

THESE

PRESENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE jeudi 10 juin 2021

PAR

Mme Pauline GILLES

Né(e) le 7 juin 1994 à Carpentras (84)

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**TITRE : QUELLE PRISE EN CHARGE FUTURE DES
MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET
ALTERNATIVES DANS LE CANCER ?**

JURY :

Président : Dr Philippe PICCERELLE

Membres :
Dr Isabelle BÉRARD et Dr Françoise AZAM CONSTANT

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI, M. Guillaume HACHE
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Henri PORTUGAL, M. Philippe CHARPIOT
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIQUE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Anne-Claire DUCHEZ
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Mélanie VELIER
----------------------------	--------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC
--	---------------

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE Mme Frédérique GRIMALDI M. Joseph CICCOLINI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE PHARMACIE CLINIQUE	Mme Anaïs MOYON M. Florian CORREARD
---	--

ATER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Anne RODALLEC
----------------------------------	-------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 janvier 2020

Remerciements :

A mes parents pour m’ avoir toujours soutenu. Merci pour votre confiance tout au long de mon parcours et d’ avoir respecté mes choix.

A mes frères et mes belles sœurs qui ont permis à cette aventure d’ être plus passionnante

A ma grand-mère soutien moral inégalable.

A Anne-Lise ma chère et tendre amie. Voilà 11 ans qu’ on partage une belle amitié merci d’ être toi.

Géraldine et Iris que je ne vois jamais assez. Merci pour ces bons moments, cette simplicité et cette belle amitié qui me permet d’ être entièrement moi.

A Anouck coloc et amie pour toujours.

A Julia, merci pour ton soutien et ton écoute sans faille. Je suis tellement fier de toi.

A Caroline que j’ aimerais voir beaucoup plus souvent. Merci d’ être toi.

A Flore merci pour ta sensibilité et ta folie.

A Elisa qui m’ inspire chaque jour.

A mes amies d’ enfance Théa, Salomé, Lucie, Juliette, Paolina.

A mes amis de pharmacie qui m’ ont appris la richesse de la confraternité

A Emmanuelle qui a réussi à m’ apporter la lumière quand j’ en avais le plus besoin.

A toutes les personnes que j’ ai rencontrées ces dernières années, merci à Algovital pour leur accueil, à l’ équipe H4 de la Timone et l’ équipe de la pharmacie Constant Brès pour leur bienveillance, à l’ équipe de la pharmacie Centrale pour leur dynamisme, à l’ équipe de Pierre Fabre pour leur confiance et accueil, merci aux stagiaires de Servier et à mes chers collègues de chez Nextep pour leur soutien.

Merci à toutes les personnes qui éclairent chaque jour mon chemin et qui rendent l’ aventure de la vie plus passionnante.

Je remercie chaleureusement mon directeur de thèse Philippe PICCERELLE et ma manageuse Isabelle BERARD de m’ avoir encadrée, orientée, aidée et conseillée dans la rédaction de cette thèse.

Merci d’ avoir cru en ce projet.

J’ adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m’ ont apporté leur savoir et leur soutien. Merci pour votre enthousiasme et votre disponibilité.

Véronique SUISSA, Caroline DESPRES, Pascale CAZANEUVE, Manon PENA, Colette VIOLAN, Sandrine REY, Cécile PETUREAU, Marine LE GOUVELLO, Johanna FILIOL, Hélène BRETON-HELMET, Joséphine BOUHANICHE, Valérie LE QUANG, Marthe HORARD, Emmanuelle LE CARO, Guy EIFERMAN, Jean-Loup MOUYSSET, Joséphine MOSSET, Alain TOLEDANO, Mireille MOUSSEAU, Martine GILLES et Xavier LABÉNÈRE.

A mes proches et tous ceux touchés ou qui ont succombé à cette maladie.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Table des matières

I) Le cancer en France :	15
a) Chiffres clés	15
b) Physiopathologie du cancer :	18
c) Le parcours de soin	24
d) Difficultés rencontrées par les patients et leur entourage touchés par le cancer	35
e) La politique de lutte contre le cancer :	43
II) Contexte des médecines complémentaires et alternatives :	46
a) Définition des médecines complémentaires et alternatives :	46
b) Évolution croissante de l'intérêt des médecines complémentaires et alternatives ces dernières années :	48
c) Méthodologie des recherches effectuées dans cette thèse :	51
d) Les MCA dans la prise en charge du cancer en France	56
e) Choix de pratiques en fonction de divers critères.	62
III) Analyse des 3 pratiques identifiées	65
a) Interviews des parties prenantes	65
b) Intérêt médical des différentes pratiques :	73
c) Intérêt économique :	83
IV) Financement :	87
a) Coût/prix des séances en ambulatoire :	87
b) Tarification dans les hôpitaux – Exemple de l'APHP :	87
c) Assurances complémentaires de santé :	88
d) Patient :	90
e) Centre : quel type de financement ?	91
f) Exemple de l'international : 43,85	91
V) Propositions et Perspectives :	93

a)	Installation de nouveaux centres de Médecines Complémentaires et Alternatives dans le cancer et instauration de services dédiés aux médecines complémentaires et alternatives au sein des services d'oncologie en France :	93
b)	Prise en charge des médecines complémentaires et alternatives par la sécurité sociale – exemple des prothèses capillaires et perspectives :	95
c)	Prise en charge par les complémentaires santé :	96
d)	Implication des régions :	97
e)	Autres modes de financements :	99
f)	Une action d'Affaires Publiques :	102
VI)	Conclusion	103
VII)	Annexes :	105
VIII)	Bibliographie	131

Abréviations :

<i>ADN</i>	<i>Acide désoxyribonucléique</i>
<i>AFSOS</i>	<i>Association Francophone des Soins Oncologiques de Support</i>
<i>AGARO</i>	<i>Association Grenobloise d'Aide et de Recherche en Oncologie</i>
<i>AICR</i>	<i>American Institute for Cancer Research</i>
<i>ALD</i>	<i>Affection longue durée</i>
<i>A-MCA</i>	<i>Agence de Médecines Complémentaires et Alternatives</i>
<i>APHP</i>	<i>Assistance Publique des Hôpitaux de Paris</i>
<i>ARN</i>	<i>Acide ribonucléique</i>
<i>ARS</i>	<i>Agence Régionale de Santé</i>
<i>BPCO</i>	<i>Bronchopneumopathie chronique obstructive</i>
<i>BOAMP</i>	<i>Bulletin Officiel d'Annonce des Marchés Publics</i>
<i>CCAM</i>	<i>Classification commune des actes médicaux</i>
<i>CEPS</i>	<i>Comité économique des produits de santé</i>
<i>CHU</i>	<i>Centre Hospitalier universitaire</i>
<i>CLCC</i>	<i>Centre de Lutte Contre le Cancer</i>
<i>CMS</i>	<i>Center Medicaid Services</i>
<i>CMU-C</i>	<i>Couverture maladie universelle complémentaire</i>
<i>CNEDiMTS</i>	<i>Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé</i>
<i>CTLA-4</i>	<i>Cytotoxic T Lymphocyte–Associated protein 4</i>
<i>3C</i>	<i>centres de coordination en cancérologie</i>
<i>DIU</i>	<i>Diplôme inter-universitaire</i>
<i>ECR</i>	<i>Essai Contrôlé Randomisé</i>
<i>EPS</i>	<i>Établissements Publics de Santé</i>
<i>FÉNA</i>	<i>Fédération française des écoles de naturopathie</i>
<i>GHS</i>	<i>Groupes Homogènes de Séjours</i>
<i>GIP</i>	<i>groupement d'intérêt public</i>
<i>HAD</i>	<i>Hospitalisation À Domicile</i>
<i>HAS</i>	<i>Haute Autorité de Santé</i>
<i>HCSP</i>	<i>Haut Conseil de la Santé Publique</i>
<i>INFγ</i>	<i>Interféron gamma</i>
<i>INPES</i>	<i>Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé</i>
<i>IL-2</i>	<i>interleukine 2</i>

<i>IL-10</i>	<i>interleukine-10</i>
<i>INCa</i>	<i>Institut Nationale du Cancer</i>
<i>Inpes</i>	<i>Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé</i>
<i>LFSS</i>	<i>Loi de financement de la sécurité sociale</i>
<i>Lymphocyte NK</i>	<i>Lymphocyte Natural Killers</i>
<i>MCA</i>	<i>Médecines Complémentaires et Alternatives</i>
<i>MDSCs</i>	<i>myeloid-derived suppressor cells</i>
<i>MIVILUDE</i>	<i>Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires</i>
<i>NIH</i>	<i>National Institute of Health</i>
<i>OMS</i>	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
<i>PD-1</i>	<i>Programmed cell death protein 1</i>
<i>Peps</i>	<i>paiement en équipe des professionnels de santé</i>
<i>PHRC</i>	<i>Programme hospitalier de recherche clinique</i>
<i>PIB</i>	<i>Produit intérieur brut</i>
<i>PLV</i>	<i>prix limites de vente au public</i>
<i>PPAC</i>	<i>programme personnalisé de l'après-cancer</i>
<i>PPS</i>	<i>programme personnalisé de soins</i>
<i>PROMs</i>	<i>Patient Reported Outcome Measures</i>
<i>RCP</i>	<i>Réunion de Concertation Pluridisciplinaire</i>
<i>RNCP</i>	<i>Répertoire National de la Certification Professionnelle</i>
<i>RRC</i>	<i>réseaux régionaux de cancérologie</i>
<i>SIDA</i>	<i>Syndrome d'immunodéficience acquise</i>
<i>SIO</i>	<i>Society for Integrative Oncology</i>
<i>SS</i>	<i>Sécurité sociale</i>
<i>TAMs</i>	<i>tumour-associated macrophages</i>
<i>TENS</i>	<i>Neurostimulation électrique transcutanée</i>
<i>TGFβ</i>	<i>transforming growth factor β</i>
<i>TLR</i>	<i>toll-like receptors</i>
<i>TTC</i>	<i>Toute taxe comprise</i>
<i>UNESCO</i>	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
<i>VIH</i>	<i>Virus de l'immunodéficience humaine</i>
<i>WCRF</i>	<i>World Cancer Research Fund</i>

Quelle pourrait être la prise en charge future des Médecines Complémentaires et Alternatives dans le cancer ?

D'après la définition de l'OMS « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité

^{1,2.} » C'est pourquoi, le but de cette thèse est de se pencher sur la prise en charge des patients atteints de cancer au niveau du soin, à travers, par exemple, la gestion des évènements indésirables liés aux chimiothérapies mais aussi la notion de bien-être du patient qui est mise à rude épreuve dans le cas d'une affection particulière tel que le cancer. « Le cancer, d'après la définition de l'OMS, est un terme générique appliqué à un grand groupe de maladies pouvant toucher une partie quelconque de l'organisme. Les autres termes employés sont ceux de tumeurs malignes et de néoplasmes. L'une des caractéristiques définissant le cancer est l'apparition rapide de cellules anormales dont la croissance s'étend au-delà de leurs limites habituelles et qui peuvent alors envahir des zones voisines de l'organisme et se propager à d'autres organes. Il est fait référence à ce processus sous le terme de dissémination métastatique. Les métastases sont la principale cause de décès par cancer »^{3.} Ce travail, va traiter des médecines complémentaires et alternatives dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de tous types de cancer. L'oncologie étant un secteur pionnier dans le domaine des médecines complémentaires et alternatives. Selon la MIVILUDE (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) 4 Français sur 10 ont recours aux médecines dites alternatives ou complémentaires, dont 60 % parmi les malades du cancer^{4.}

Après avoir décrit le cancer et défini le contexte actuel des médecines complémentaires et alternatives (MCA) en France et après présentation d'un état des lieux de ces pratiques dans le cancer, nous aborderons plus précisément la question de l'acupuncture, la sophrologie, la naturopathie ainsi que leur mode de financement. Pour finir, des propositions et perspectives de prise en charge seront étudiées.

I) Le cancer en France :

a) Chiffres clés

Épidémiologie : ^{5,6}

En France Métropolitaine, en 2017, 399 626 nouveaux cas (214 021 hommes et 185 605 femmes) et 150 303 décès ont été estimés (84 100 hommes et 66 203 femmes). La prévalence totale de personnes atteintes de cancer était de 3,8 millions avec 1 844 277 hommes et 1 991 651 femmes. On observe une prévalence en hausse consécutivement à l'augmentation du nombre de nouveaux cas et à l'amélioration de la survie. En effet, le taux de mortalité entre 2010 et 2018 poursuit sa baisse. La proportion des personnes qui décèdent d'un cancer a diminué chez l'homme et la femme. (Baisse de 0,7 % par an chez la femme et de 2,0% par an chez l'homme). Sur la période 2005-2010, la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge varie de 9 % (pancréas) à 93 % (prostate) chez l'homme et de 10 % (pancréas) à 97 % (thyroïde) chez la femme.

Types de cancer présents en France :

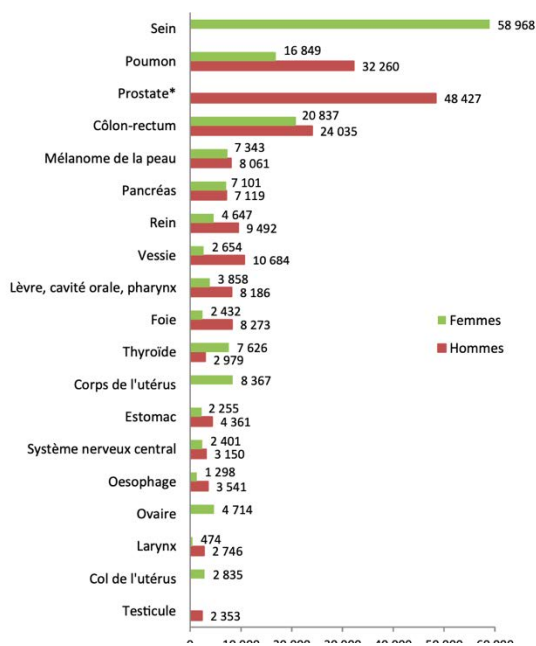


Figure 1 : Classement des tumeurs solides par mortalité estimée en 2017 en France métropolitaine selon le sexe

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa (Jéhammin-Ligier K, 2017). Traitement : INCa 2017

NB : Le risque de second cancer est augmenté en moyenne de 36 % par rapport au risque de cancer de la population générale.

Le cancer le plus meurtrier chez l'homme est le cancer du poumon suivi par le cancer colorectal et le cancer de la prostate avec 20 815, 9 294 et 8 207 décès estimés.

Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme, suivi par le cancer du poumon et le cancer colorectal avec 11 883, 10 176 et 8 390 décès chacun.

Coût du cancer en France : ^{6,7}

D'après le rapport de l'Institut National du Cancer (INCa) (Edition 2019), les dépenses hospitalières (hors séances de radiothérapie réalisées dans le secteur libéral et hors dépenses des anticancéreux facturés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS) liées au diagnostic, au traitement ou au suivi des personnes atteintes de cancer) s'élèvent à 6 milliards d'euros. Les dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour sont de 2 milliards d'euros (+ 0,2 % par rapport à 2016). 56,4 % du coût total des molécules onéreuses remboursées en sus des GHS dans le secteur public (dont les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) et le secteur privé non commercial) et 85,5 % dans le secteur privé sont des anticancéreux.

Parmi ces anticancéreux, les thérapies ciblées représentent 38 % des dépenses (inscrits sur la liste en sus) pour le secteur public et 60,9 % pour le secteur privé. Les immunothérapies elles, représentent 40,1 % des dépenses (inscrits sur la liste en sus) pour le secteur public et 21,7 % pour le secteur privé commercial. Les anti-PD1 ont été inscrits sur la liste en sus ces dernières années ce qui a entraîné une forte progression des dépenses (+ 400 millions d'euros) pour les thérapies ciblées par rapport à 2016. Les médicaments anticancéreux représentent 20 % du montant total remboursé en rétrocession. Comme mentionné ci-dessus, le développement croissant des thérapies ciblées (+47 %) et des immunothérapies (+11 %) a induit une augmentation des dépenses d'anticancéreux de +107 millions d'euros entre 2016 et 2017.

En effet, depuis plusieurs années, la part des anticancéreux continue de progresser et atteint 10 % du montant remboursé pour les médicaments délivrés en officine en 2017. La part des thérapies ciblées, « 56 % en 2017, ne cesse d'augmenter depuis quelques années (+5 points entre 2013 et 2017). » Les hormonothérapies représentant 40% des dépenses d'anticancéreux constituent elles aussi une dépense importante.

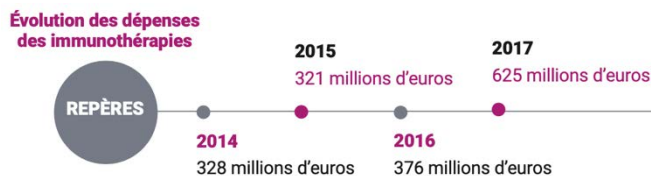


Figure 2 : Évolution française des dépenses des immunothérapies entre 2014 et 2017.

Ces dernières années, le marché des anticancéreux a été modifié par l'arrivée de nouveaux médicaments tel que les inhibiteurs de points de contrôle de l'immunité mais aussi des thérapies géniques et cellulaires (anti-PD-1, anti-PD-L1, anti-CTLA-4 et aux cellules CAR-T). Ces médicaments sont associés à de nombreux enjeux, notamment un enjeu de maîtrise des

dépenses de santé. Les préoccupations sont d'ordre économique, une inquiétante escalade des prix est observée. Le prix est généralement conditionné par des critères d'efficacité et par le nombre de malades à traiter. Un modèle économique est en pleine mutation puisque grâce à la thérapie génique, on pourrait en une seule injection aboutir à la guérison, et non se limiter à soigner de manière symptomatique ces maladies.

D'après le rapport de l'assurance maladie de 2020, la prise en charge des cancers en 2018 a atteint 16,3 milliards d'euros (19,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 11,5 % des dépenses totales de l'assurance maladie⁷.

Tableau 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées par le régime général extrapolées à l'ensemble des régimes en 2018 dans le cancer (en millions d'euros)

Pathologie	Dépenses remboursées	Soins de villes	Dont soins de médecins	Dont médicaments	Hospitalisations	Prestations en espèces ¹
Cancer	19 276	7 768	1 388	3 675	10 364	1 145
Dont cancers actifs	17 308	6 456	1 053	3 330	10 107	745
Dont cancers sous surveillance	1 968	1 311	335	345	256	400

Source : Cnam (cartographie version de juillet 2020). Rapport de 2020 de l'assurance maladie.

Le poids économique d'une maladie ne se limite pas au coût pour le système de santé mais « intègre aussi les coûts indirects tels que l'incapacité à travailler (liée à l'invalidité ou à la mort prématurée) et les soins fournis gratuitement par les proches aux malades ». D'après un article du Lancet datant de 2013, le coût du cancer pour le système de santé en France « ne représenterait que 27 % du coût total ». Le montant pour la France en 2009 était estimé à « 17 milliards d'euros, soit 0,9 % de son PIB »⁸. Le montant aujourd'hui d'après les éléments cités dessus serait bien supérieur à celui de 2013.

¹ Une prestation en espèce est une indemnité journalière qui permet de compenser la perte de revenu due à un arrêt de travail.

b) Physiopathologie du cancer :

Chez l'adulte, la formation du cancer met habituellement plusieurs années et se distingue en 3 étapes : l'initiation, la promotion et la progression.

Lors de **l'initiation**, les gènes d'une cellule peuvent être endommagés par des substances cancérigènes telles que celles présentes dans la fumée de cigarette par exemple. Dans la majorité des cas, la cellule répare l'erreur automatiquement. Si elle n'y arrive pas, elle rentre en apoptose mais lorsque la destruction de la cellule n'a pas lieu, la cellule reste endommagée et passe à l'étape suivante.

Lors de la **promotion**, des facteurs extérieurs (mode de vie (tabagisme), manque d'activité physique, mauvaise alimentation etc.) vont potentiellement stimuler la formation d'une cellule cancéreuse.

Enfin, lors de la **progression**, les cellules vont proliférer et former une tumeur. Dans certains cas, elles peuvent envahir d'autres parties du corps. En phase de croissance, la tumeur commence à provoquer des symptômes : saignements, fatigue, etc. ⁹

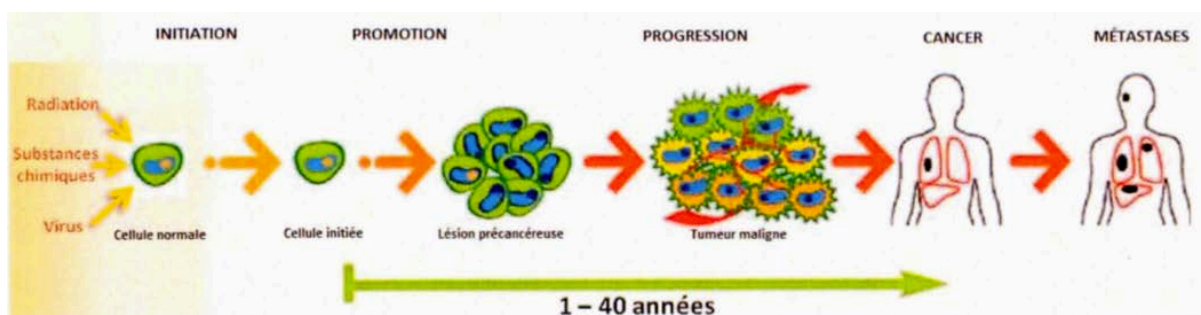


Figure 3 : Étapes de la cancérogénèse

Source: Richard Béliveau, Denis Gingras. Role of nutrition in preventing cancer. Canadian Family Physician Nov 2007, 53 (11) 1905-1911.

Au niveau immunologique, les altérations génétiques à l'origine du cancer entraînent la libération de néoantigènes dans la tumeur et dans son microenvironnement.

Ces néoantigènes tumoraux sont détectés et présentés par des cellules présentatrices d'antigènes, comme les cellules dendritiques ou les cellules tumorales elles-mêmes, « aux lymphocytes T (CD 8+ et CD4+), via le complexe majeur d'histocompatibilité de type I pour les lymphocytes T CD8+ ou de type II pour les lymphocytes T CD4+ ». Les lymphocytes T vont pouvoir distinguer les cellules cancéreuses des cellules du soi et ainsi détruire les cellules tumorales « via l'action cytotoxique des lymphocytes T CD8+ (immunité innée) » ou « enclencher une réponse immunitaire adaptative via les lymphocytes T CD4+ ».

L'hôte immunocompétent pourra détruire les cellules tumorales grâce aux lymphocytes T CD8+ ou les lymphocytes NK («natural killers»), « via des mécanismes cytotoxiques (interaction entre le récepteur Fas et son ligand, induction de la mort cellulaire par la sécrétion de protéines cytolytiques, comme la perforine ou le granzyme B, etc.) » (Figure 4). Cette phase d'élimination va se poursuivre jusqu'à l'évolution et la transformation des cellules tumorales qui vont alors pouvoir échapper aux lymphocytes cytotoxiques.

Les clones tumoraux vont être capables de survivre au système immunitaire mais les cellules tumorales non mutées vont être éliminées par les cellules immunitaires cytotoxiques, il s'agit de la phase d'équilibre.

Les cellules tumorales échappant à la surveillance immunitaire vont acquérir plus de mutations, « leur conférant un avantage en termes de survie », et vont se multiplier de « manière incontrôlée, aboutissant à l'invasion locale et à la création de métastases à distance. Ce modèle en trois phases (élimination, équilibre, puis échappement), connu sous le nom de « immunoediting » a été proposé par Dunn et al. en 2004 ».^{9,10}

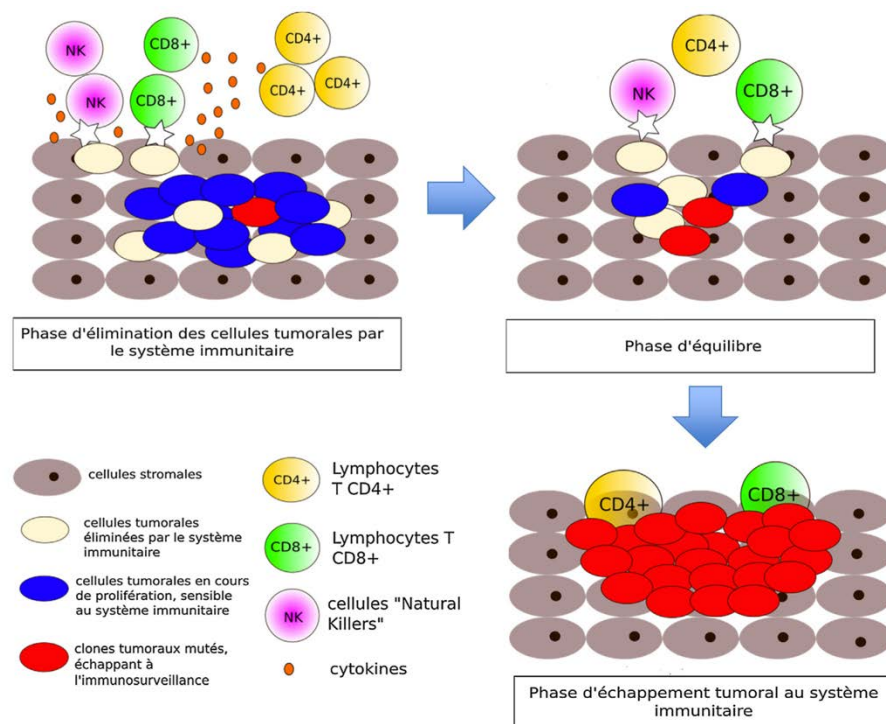


Figure 4 : Représentation de "l'immunoediting", mécanisme de cellules cancéreuses échappant à la surveillance immunitaire

Source : Bockel S, Antoni D, Deutsch É, Mornex F. Immunothérapie et radiothérapie. Cancer Radiother. 2017 May;21(3):244-255.

Pour échapper au système immunitaire, la tumeur va utiliser plusieurs mécanismes : ¹¹

- L'inactivation « de la machinerie » : en empêchant la préparation et la présentation des antigènes tumoraux par le complexe majeur d'histocompatibilité de type I. Les lymphocytes T ne pourront pas reconnaître et éliminer les cellules tumorales.
- Blocage de l'activation des lymphocytes T : les « cellules dendritiques modifiées acquièrent un phénotype modifié et présentent les antigènes tumoraux aux lymphocytes T CD8+ sans costimulation ou avec un signal co-inhibiteur, empêchant ainsi l'activation et la maturation des lymphocytes T cytotoxiques ».
- Inhibition de la fonction effectrice et cytotoxique des lymphocytes T : la tumeur va créer un microenvironnement immunosuppresseur en recrutant « des lymphocytes T régulateurs et des éléments myéloïdes inhibiteurs, comme les « tumour-associated macrophages » (TAMs) ou les « myeloid-derived suppressor cells » (MDSCs), capables de sécréter des cytokines telles que le transforming growth factor β (TGF β), l'interleukine-10 (IL-10) ou l'interféron gamma (INF γ) inhibant l'activité cytotoxique des lymphocytes T ». Ces éléments myéloïdes vont aussi entraîner une modification du métabolisme du microenvironnement tumoral.
- Modification de la vascularisation tumorale et de son microenvironnement : la néo-angiogenèse tumorale, « est responsable de l'apparition d'une ischémie et d'une hypoxie » car la vascularisation de la tumeur est « anarchique et aberrante ». L'hypoxie va entraîner l'activation de nouveaux mécanismes permettant l'emballement immunitaire.

- Rôle de dérégulation immunitaire des cellules endothéliales tumorales : en exprimant le ligand PD-1 à leur surface.

Légende figure :

CD : cellules dendritiques ; CMH-I : complexe majeur d'histocompatibilité de type 1 ; CXCR-4 : CX chemokine receptor type 4 ; HIF-1 : hypoxia-inducible factor 1 ; LT : lymphocyte T ; LT reg : lymphocyte T régulateur ; MDSC : myeloid-derived suppressor cell ; SDF-1 : stromal cell-derived factor 1 ; TAM : tumor-associated macrophage ; TGF : transforming growth factor ; IL : interleukine ; IFN : interféron ; PD : programmed death.

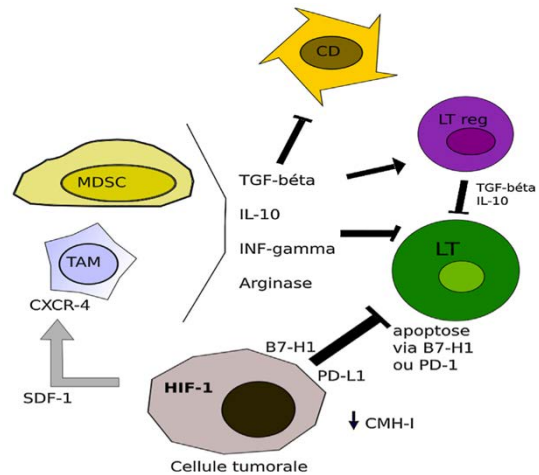


Figure 5 : Mécanisme d'échappement tumoral au système immunitaire.

Source : Bockel S, Antoni D, Deutsch É, Mornex F. Immunothérapie et radiothérapie. Cancer Radiother. 2017 May;21(3):244-255.

Facteurs déclenchants :⁹

Les facteurs déclenchants du cancer sont très nombreux.

- Tabac : l'usage du tabac (sous de nombreuses formes) est à l'origine de multiples types de cancer et d'autres grandes maladies non transmissibles. Le tabagisme cause au moins 20 types de cancer différents.
- Agents infectieux : 11 agents infectieux, ou groupes d'agents ont été classés, comme cancérogènes pour l'homme par le programme des monographies du Centre international de recherche sur le cancer. Ceux-ci comprennent une bactérie (*Helicobacter pylori*), sept virus (papillomavirus humains (HPV), virus de l'hépatite B (VHB), virus de l'hépatite C (VHC), virus d'Epstein-Barr (EBV), virus de l'herpès associé au sarcome de Kaposi (KSHV), humain Virus lymphotrope à cellules T de type 1 (HTLV-1) et VIH-1) et trois macroparasites (*Schistosoma haematobium*, *Opisthorchis viverrini* et *Clonorchis sinensis*).
- Alcool : d'après le Centre international de recherche sur les monographies sur le cancer et le projet de mise à jour continue du World Cancer Research Fund (WCRF) / American Institute for Cancer Research (AICR), les boissons alcoolisées contiennent de nombreux composés cancérogènes, mais la majorité de la relation de risque entre la consommation d'alcool et le développement d'un cancer est due à l'éthanol.
- Lumière du soleil et rayonnement ultraviolet : Le rayonnement ultraviolet induit directement et indirectement des lésions de l'ADN, qui provoquent des mutations et

déclenchent une inflammation et une immunosuppression, qui interviennent dans la croissance tumorale.

- Rayonnements ionisants et radiofréquences de champs électromagnétiques : D'après le rapport de l'Agence internationale pour la recherche sur le cancer, « des études épidémiologiques impliquant des personnes exposées à de faibles niveaux de rayonnements ionisants provenant de l'environnement (sources naturelles et artificielles), des professions ou des procédures de diagnostic médical démontrent que le risque de leucémie et d'autres cancers augmente avec la dose de rayonnement » (le lien entre l'usage des téléphones mobiles et les cancers n'a pas été mis en évidence).
- Alimentation : De multiples aspects du régime alimentaire influencent le risque de cancer, certains de manière négative et d'autres de manière bénéfique.
- Activité physique, comportement sédentaire et obésité : Il existe des preuves épidémiologiques solides selon lesquelles l'activité physique réduit le risque de cancer de la vessie, du sein, du côlon, de l'endomètre, des reins, de l'œsophage et de l'estomac.
- Contamination de l'air, de l'eau, du sol et des aliments : à l'échelle mondiale, « les expositions aux carcinogènes environnementaux sont répandues et incluent un grand nombre d'agents émis par différentes sources auxquelles les populations humaines sont exposées par diverses voies. »
- Médicaments : dans son rapport sur les cancers présents au niveau mondial, l'Agence internationale pour la recherche sur le cancer aborde la question d'une causalité (très difficile à étudier dans ce cas) entre la prise de certains médicaments pharmaceutiques et la survenue d'un cancer. Des preuves commencent à apparaître sur les risques de cancer associés aux contraceptifs hormonaux contemporains, y compris les nouvelles voies d'administration, les nouveaux progestatifs et les contraceptifs à progestatif seul. La relation entre l'hormonothérapie ménopausique et le risque de cancer de l'ovaire et du colorectum a été examinée. De plus, les médicaments de troubles de la fertilité féminine sont utilisés par un nombre croissant de femmes ; « les études examinant le risque de cancer du sein, de l'ovaire et de l'endomètre présentent de nombreux défis méthodologiques, en particulier parce que les femmes hypofertiles ont un risque de cancer intrinsèquement accru indépendamment de tout traitement de fertilité. »



Figure 6 : Principales recommandations dans la prévention du cancer de l'Institut Américain de la recherche contre cancer

Source : Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors (2020). World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.

c) Le parcours de soin

Pour une prise en charge optimale des patients atteints de cancer, un parcours de soin a été défini¹². Le parcours de soins comprend, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins. La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles. Dans le cadre du cancer, du fait de la complexité de la prise en charge et le nombre important de professionnels concernés, il est nécessaire d'avoir une coordination de qualité. Le parcours de soin permet de répondre à cette complexité en permettant aussi une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins telles que la pertinence, la sécurité, l'efficacité clinique mais aussi leur accessibilité et leur continuité. Le parcours de soins est donc aujourd'hui pluridisciplinaire et rythmé par une succession d'étapes¹³.

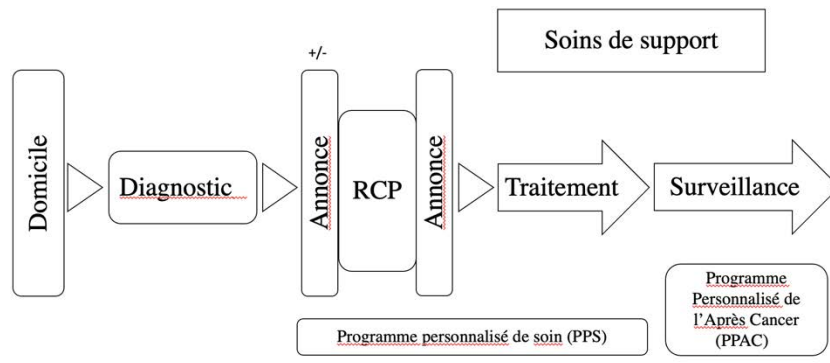


Figure 7 : Schéma représentant le Parcours de Soins dans le cancer

Diagnostic :

Orienté par le médecin généraliste, le patient consulte un spécialiste qui prescrit les examens nécessaires au diagnostic (bilans biologiques, imageries, biopsie...). Le délai entre la suspicion du cancer et l'annonce du diagnostic est en moyenne de 11,2 semaines¹⁴.

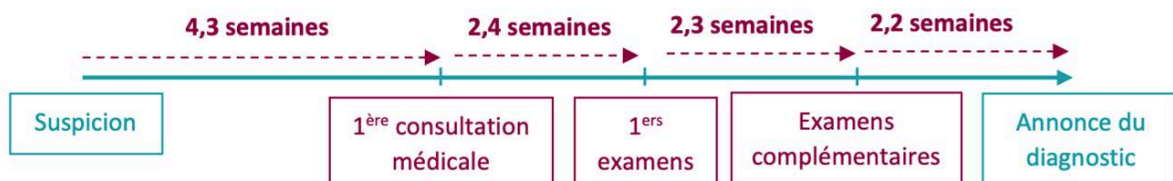


Figure 8 : Délais entre la suspicion du cancer et l'annonce du diagnostic

Source : Ligue nationale contre le cancer, 2019. Enquête « Face au cancer, l'épreuve du parcours de soins », réalisée auprès de 2649 personnes diagnostiquées ou soignées pour un cancer, ou en rémission, entre août 2015 et octobre 2018.

Annonce :

Le dispositif d'annonce :

Le dispositif d'annonce est composé de plusieurs temps, l'annonce diagnostique et l'annonce thérapeutique qui nécessitent deux consultations distinctes.

L'annonce diagnostique auprès du patient relève de la responsabilité du médecin spécialiste¹⁵.

Une consultation avec une infirmière a lieu à la suite de cette annonce afin de reformuler ce qui a été évoqué par le médecin et de répondre à nouveau aux questions du patient.

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :

La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire est une réunion qui réunit plusieurs médecins afin d'émettre un avis thérapeutique sur un cas clinique. Elle « réunit au minimum un oncologue (ou un hématologue ou onco-radiothérapeute), un chirurgien habilité à la chirurgie carcinologique de l'organe (en cas de tumeur solide) et un radiologue ». Le plus souvent, l'anatomo-pathologiste est également présent. Le dossier est présenté par le spécialiste prenant en charge le patient. Le but de cette réunion est de formuler un avis thérapeutique et organisationnel à partir des éléments présentés : diagnostic, bilan d'extension, comorbidités¹³.

NB : elle peut dans certains cas être organisée avant la biopsie afin de définir la stratégie diagnostique et de nouveau avoir lieu après l'annonce et lors du traitement si besoin.

Suite à la définition du schéma thérapeutique par l'équipe soignante, l'annonce thérapeutique est réalisée auprès du patient.

L'annonce thérapeutique :

L'oncologue effectue l'annonce thérapeutique qui consiste à exposer au patient les différentes solutions thérapeutiques et lui donner toutes les informations nécessaires, pour qu'il puisse donner son consentement, permettant le début des traitements. Cette annonce est également doublée par une consultation infirmière permettant une reformulation de l'annonce thérapeutique et d'aborder les aspects plus organisationnels du traitement (rythme des cures par exemple)¹³.

À l'issue de l'annonce thérapeutique qui a été réalisée suite à une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, un Programme Personnalisé de Soins (PPS) - document regroupant l'ensemble des soins prévus pour la prise en charge du cancer (anti-cancéreux oraux ou injectables, acte chirurgical, radiothérapie, soins de supports...) - est remis au patient.

NB : Le PPS n'est pas définitif, il sera adapté en fonction de l'évolution de la maladie et des besoins.

Lors du dispositif d'annonce, l'équipe soignante s'adapte au patient, l'objectif étant d'aider le malade à s'approprier le diagnostic et le traitement.

A la suite de l'annonce, commence la phase de traitement du cancer.

Traitement : ^{16,17,18}

Le cancer peut être soigné par différents types de traitements. En général plusieurs traitements sont associés et sont administrés de façon simultanée ou successive, et dépendent de la localisation cancéreuse et du stade de la maladie.

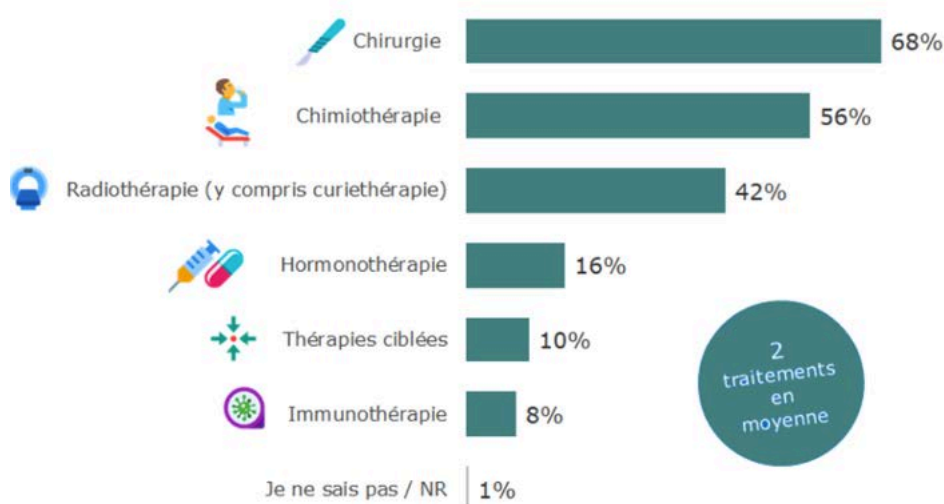


Figure 9 : Traitements utilisés pour soigner le cancer en France

Source : Rapport de la Ligue nationale contre le cancer, 2019.

Enquête « Face au cancer, l'épreuve du parcours de soins », question posée aux répondants qui sont en cours de traitement ou qui ont terminé leur traitement, soit 2430 personnes.

- La chirurgie : ¹⁹

La chirurgie est le traitement le plus courant. Il s'agit d'un traitement local qui permet de confirmer le diagnostic et/ou de retirer une tumeur solide localisée. Elle a trois objectifs principaux qui sont d'enlever la tumeur (chirurgie curative), de supprimer ou réduire les conséquences négatives des traitements (chirurgie palliative) ou bien de reconstruire, réparer les organes impactés par les traitements (chirurgie réparatrice).

- La radiothérapie :

La radiothérapie est un traitement local qui a pour objectif de cibler les cellules cancéreuses dans une zone bien précise. Il existe trois types de radiothérapie. La radiothérapie externe, la curiethérapie et la radiothérapie métabolique. La radiothérapie externe émet des rayons à travers la peau, dans le cas de la curiethérapie, il s'agit d'injecter des billes au niveau de la tumeur en limitant les effets sur les cellules saines et pour finir, la radiothérapie métabolique consiste à l'injection de radioéléments directement à l'intérieur des cellules que l'on veut atteindre. La prescription de la radiothérapie est très variable selon la localisation du cancer.

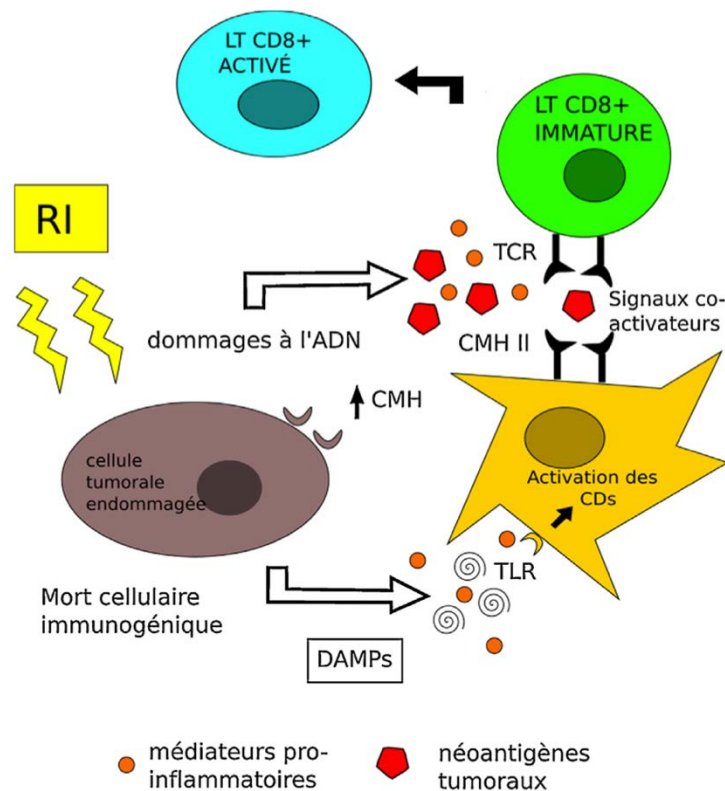


Figure 10 : Effets immunogènes de la radiothérapie

CD : cellules dendritiques ; CMH : complexe majeur d'histocompatibilité ; DAMPS : damage-associated molecular pattern ; TCR : T cell receptor ; TLR : toll-like receptor ; LT : lymphocyte T ; RI : radiations ionisantes.

Source : Bockel S, Antoni D, Deutsch É, Mornex F. Immunothérapie et radiothérapie. Cancer Radiother. 2017 May;21(3):244-255.

La radiothérapie a un effet cytotoxique au niveau local mais peut aussi amplifier l'immunogénicité de la tumeur en induisant une mort cellulaire immunogénique. Cette mort cellulaire entraîne un relargage de néo-antigènes et de molécules pro-inflammatoires. Ce relargage va permettre l'activation des cellules dendritiques à travers les toll-like receptors (TLR) exprimés à leurs surfaces qui vont reconnaître ces néoantigènes tumoraux.

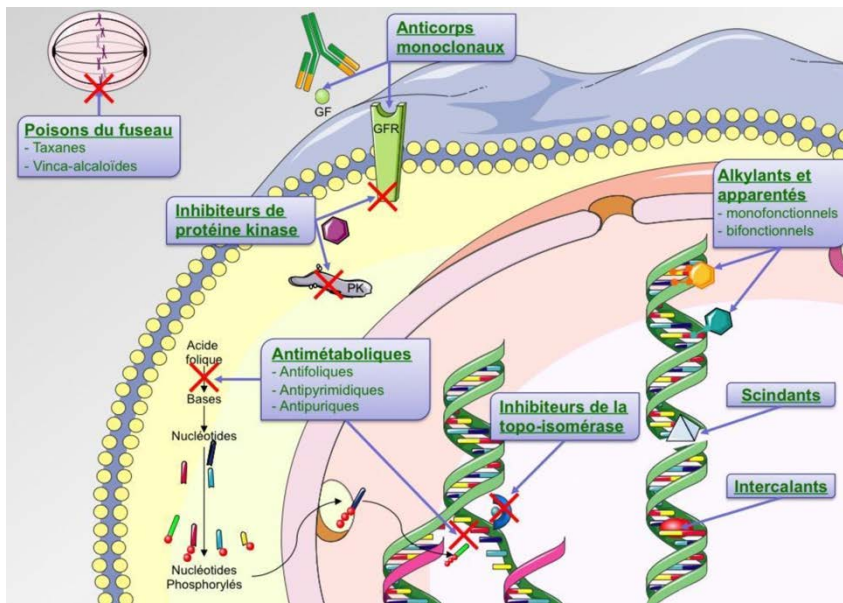


Figure 12 : Cible des anticancéreux.

Les mécanismes de ces molécules aboutissent à l'inhibition de la prolifération des cellules cancéreuses ou induisent leurs morts.

Légende : GF : Growth Factor = facteur de croissance ; GFR : Growth Factor Receptor = Récepteur du facteur de croissance ; PK : Protéine Kinase.
Source : Pharmacomédicale.org

o La chimiothérapie : ²⁰

La chimiothérapie est un traitement médicamenteux injecté par voie intraveineuse ou administré par voie orale. Elle a une action dans l'ensemble du corps.

Il existe différents types de chimiothérapie. La chimiothérapie à visée curative, la chimiothérapie concomitante à la radiothérapie (pour potentialiser celle-ci), la chimiothérapie néo-adjuvante (qui permet de réduire la tumeur primaire, avant une chirurgie d'exérèse), la chimiothérapie adjuvante (spécifiquement utilisée suite à une opération chirurgicale afin de réduire le risque de récurrence et détruire les cellules qui n'auraient pas pu être retirées), la chimiothérapie métastatique (dans les stades avancés) et enfin la chimiothérapie palliative (ayant pour but d'améliorer la qualité de vie).

Les cytotoxiques sont actifs uniquement sur les cellules en cours de division, sur une ou plusieurs phases du cycle cellulaire et agissent sur l'ADN ou l'ARN.

Il existe 5 familles de cytotoxiques classés en fonction de leurs cibles cellulaires²¹.

Tableau 2 : Classification des différents cytotoxiques.

Famille	Molécules	Cibles cellulaires
Anthracyclines/Anthracènediones	doxorubicine, epirubicine, idarubicine, mitoxantrone	Topoisomérase II, ADN
Inhibiteurs de la topoisomérase I	irinotécan, topotécan	Topoisomérase I, ADN
Antimétabolites	5-fluorouracile, méthotrexate, mercaptopurine, fludarabine, cytarabine, gemcitabine, capécitabine, pemetrexed	Bases puriques et pyrimidiques
Alkylants	cyclophosphamide, melphalan, ifosfamide, busulfan	ADN
Poisons du fuseau	vinorelbine, vincristine, vindésine, vinblastine, docétaxel, paclitaxel	Tubuline
Sels de platines	carboplatine, cisplatine, oxaliplatine	ADN

o Les thérapies ciblées : ²⁰

Les thérapies ciblées utilisent des médicaments ciblant spécifiquement une protéine ou un mécanisme impliqué dans le développement de la tumeur afin de freiner ou bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en l'affamant, en provoquant sa destruction, en dirigeant le système immunitaire contre elle ou en l'incitant à redevenir normale. L'objectif est d'éliminer les cellules cancéreuses en préservant les cellules saines.

Tableau 3 : Classification des thérapies ciblées

Famille	Molécules	Cibles cellulaires
Anticorps monoclonaux : -mab	alemtuzumab, catumaxomab, cetuximab, ipilimumab, ofatumumab, panitumumab, rituximab, trastuzumab,	Récepteurs de surface
Anti-angiogéniques	bevacizumab, aflibercept	Facteurs de l'angiogénèse circulants
Inhibiteurs des Tyrosine-Kinases TKI	lapatinib, erlotinib, géfitinib, sunitinib, sorafénib, lénalinomide, évérolimus, vérumafénib, crizotinib, vantétanib, axitinib, regorafénib, idelalisib, bosutinib	Tyrosine-Kinase
Anticorps associé à un cytotoxique	trastuzumab emtasine	Récepteur HER2 + bloque la formation des μtubules

Les thérapies ciblées ont un mécanisme d'action précis. Elles se dirigent contre des cibles moléculaires spécifiques (récepteurs, gènes, protéines, etc.) impliquées dans des voies de signalisation intracellulaires.

○ L'immunothérapie : 22

L'immunothérapie est une approche thérapeutique qui « agit sur le système immunitaire. Dans le cas du cancer, elle ne s'attaque pas directement à la tumeur, mais stimule les cellules immunitaires impliquées dans sa reconnaissance et sa destruction ».

L'organisme possède des mécanismes de protection qui empêchent des cellules du système immunitaire (en particulier les lymphocytes T cytotoxiques) de s'attaquer à leurs propres tissus.

Parmi ces mécanismes de contrôle inhibiteur on trouve l'expression à la surface des cellules immunitaires de certaines protéines telles que le CTLA-4 (Cytotoxic T Lymphocyte-Associated protein 4) ou le PD-1 (Programmed cell death protein 1).

Ces molécules sont exprimées par des lymphocytes et des cellules dendritiques mais aussi par certaines cellules tumorales.

Elles ont la particularité d'activer une réponse des cellules immunitaires afin d'éliminer les cellules tumorales ou au contraire de désactiver la réponse permettant le développement de la tumeur. Ces molécules sont des « checkpoints immunitaires ».

Le CTLA4 est impliqué dans la phase précoce de la réponse immune et le PD-1 joue un rôle majeur dans la phase effectrice qui est plus tardive.

Les traitements d'immunothérapies dans le cancer agissent à différents niveaux :

- Blocage des "checkpoints" immunologiques : blocage des interactions entre CTLA-4 ou PD-1 et leurs ligands permettant aux cellules du système immunitaire (notamment les lymphocytes) de reconnaître et de réagir à nouveau contre les cellules cancéreuses.
- Immunostimulation : Les cytokines immunostimulantes telles que l'interféron alpha et l'interleukine 2 (IL-2) sont des protéines synthétisées par les cellules immunitaires sous l'influence de stimulus inflammatoire et régulent l'activité du système immunitaire.
 - L'IL-2 induit principalement la prolifération et la différenciation des lymphocytes T cytotoxiques.
 - L'interféron alpha 2A ou 2B, a un effet immunostimulant, mais aussi un effet toxique et anti-prolifératif direct contre les cellules tumorales.
- Effet antiangiogénique : les immunomodulateurs (IMID) possèdent des effets antiangiogéniques, un effet anti-tumoral direct ils sont en interaction avec le micro-environnement médullaire et ont une action immunomodulatrice.

- Différents niveaux : les corticoïdes (glucocorticoïdes) agissent à différents niveaux (inhibition de la progression tumorale) à travers divers mécanismes et sont utilisés en association à d'autres traitements.

Tableau 4 : Classification des immunothérapies

Famille	Molécules	Cibles cellulaires
Anti-CTLA-4	ipilumab	Récepteur CTLA-4
Anti-PD-1	pembrolizumab	Récepteur PD-1
Anti-PDL-1	nivolumab, atezolizumab	Ligand PDL-1,
IMiD - thalidomide et ses dérivés	thalidomide; lénalidomide ; pomalidomide	Effets antiangiogéniques
Interférons et Interleukines	interféron alpha 2A, interleukine 2	Immunostimulation pour l'expansion et l'activation des lymphocytes T.
Corticoïdes	prednisone; dexaméthasone	Différentes cibles en fonction des cancers

o L'hormonothérapie : 14,20

L'hormonothérapie est utilisée dans le cas de cancers dits « hormonodépendants » (du sein et de la prostate) et vise à « réduire ou à empêcher l'activité ou la production d'une hormone susceptible de stimuler la croissance d'une tumeur cancéreuse », c'est un cytostatique.

Les séances de traitement peuvent se dérouler en établissement de soins en hôpital de jour (le plus souvent), en établissement de soins avec hospitalisation, au domicile du patient sans hospitalisation à domicile ou bien au domicile du patient en hospitalisation à domicile (HAD). L'objectif de l'hormonothérapie est d'inhiber la prolifération tumorale stimulée par les hormones. L'hormonothérapie va alors supprimer les effets des hormones physiologiques. En effet elle va supprimer la production de stimulines hypothalamiques (castration chimique), inhiber la synthèse des hormones en cause au niveau des glandes endocrines et bloquer les récepteurs.

Tableau 5 : Classification des traitements d'hormonothérapie

Famille	Molécules	Cibles
Agonistes de la LH-RH	busérelène, gosérelène, leuproréline, triptoréline.	LH-RH
Anti-androgènes	Stéroïdien : acétate cyprostérone Non stéroïdien : bicalutamide, nilutamide, flutamide	Récepteurs androgènes
Antagoniste de la GnRH	dégarelix	GnRH
Inhibiteurs de la biosynthèse des androgènes	acétate d'abiratéron	Mécanisme de biosynthèse des androgènes
Anti-oestrogènes	tamoxifène, fulvestrant	Récepteur RE
Inhibiteurs de l'aromatase	létrozole, anastrozole, exemestane	Aromatase

En parallèle du traitement, des soins de supports peuvent être proposés.

Soins de supports :

Les soins de supports sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer éventuellement mis en place. ²³»

D'après le rapport de la ligue contre le cancer de 2019, l'équipe soignante a pour « mission d'orienter les personnes malades vers les professionnels de soins de support, en fonction des problématiques spécifiques qu'elles rencontrent ». Cependant, les patients se tournent vers les soins de support de leur propre initiative sans incitations médicales. Les personnes touchées par le cancer y font appel principalement pour « supporter les effets indésirables ». En effet, « indépendamment de la localisation du cancer et de leur âge, les personnes qui reçoivent plusieurs traitements recourent deux fois plus aux soins de support, que celles qui n'en reçoivent qu'un seul »¹⁴.



Figure 13 : Types de soins de support consultés par les patients ayant répondu à l'enquête "Face au cancer, l'épreuve du parcours de soins"

Source : Rapport de la Ligue nationale contre le cancer, 2019.

Enquête « Face au cancer, l'épreuve du parcours de soins », question posée aux répondants qui sont en cours de traitement ou qui ont terminé leur traitement, soit 2430 personnes.

La fin du traitement :

La période de traitement est une phase du parcours de soins qui est très intense. Les patients pendant plusieurs mois ont un quotidien rythmé par les examens et les traitements et par un accompagnement quotidien des soignants et des proches. La fin des traitements peut alors sembler brutale. Du jour au lendemain, les allers retours fréquents à l'hôpital s'arrêtent. La fin des traitements correspond à un grand soulagement pour les personnes malades et leur entourage. Malgré cela, l'expérience du cancer marque durablement l'état physique et psychique des personnes qui terminent leur traitement. « La vie sociale et le parcours de vie sont forcément transformés par l'épreuve de la maladie. Le rapport au corps (parfois mutilé), aux autres, au temps et aux certitudes ont fondamentalement changé ²⁴». Les personnes peuvent alors ressentir un sentiment d'abandon au moment où les traitements s'arrêtent. En effet, d'après le rapport de 2019 de la Ligue nationale contre le cancer, « seuls 38% des participants ont été suffisamment sensibilisés à la vie après la fin des traitements, pendant leur parcours de soins ¹⁴». Cette problématique peut être en partie résolue par la période de surveillance et le programme personnalisé de l'après cancer.

Surveillance et Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC) :

Pour la plupart des cancers, la période qui suit l'obtention de la rémission fait l'objet d'une surveillance attentive et prolongée par le médecin responsable de la prise en charge. Ce suivi s'étend sur les 3 à 5 premières années, selon un rythme adapté à la nature de la tumeur.

Suite à l'arrêt des traitements, lors de la phase de surveillance, le programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) remplace le PPS afin d'acter l'entrée dans une nouvelle période. Le PPAC est établi par l'équipe spécialisée qui a pris en charge le patient en concertation avec le médecin généraliste de celui-ci. Il est remis au patient à la fin des traitements actifs afin « d'intégrer dans sa vie quotidienne son suivi personnalisé, à savoir le suivi médical conjoint spécialiste-médecin généraliste, l'accompagnement socio-professionnel et l'accès aux soins de support. Il est adapté aux besoins du patient et révisable au fil du temps. ²⁵»

d) Difficultés rencontrées par les patients et leur entourage touchés par le cancer

- Douleurs : ^{6,26}

La douleur est un symptôme très présent dans le cancer, elle peut être aiguë, multifactorielle et devenir chronique. D'après le rapport de l'INCa, 5 ans après le diagnostic, 73% des personnes ayant répondu au questionnaire ont ressenti des douleurs dans les 15 derniers jours.

Les tumeurs ne contiennent pas de nerfs, elles peuvent se former, grossir en toute discrétion mais la douleur apparaît souvent lors de l'évolution de la maladie et lors du traitement.

Le cancer en lui-même peut être douloureux. Des douleurs peuvent apparaître lorsque les tumeurs ou métastases compriment ou envahissent un organe contigu sensible. Dans certains cancers (du poumon ou de la prostate par exemple) des douleurs nociceptives peuvent être ressenties au niveau du dos en cas de métastases vertébrales. Dans le cas où la tumeur siège au niveau d'un nerf, elle peut provoquer des douleurs neuropathiques.

Certains traitements du cancer peuvent également provoquer des douleurs neuropathiques.

Les chimiothérapies anticancéreuses ciblent et détruisent les cellules cancéreuses qui sont des cellules qui se divisent et se multiplient très rapidement. Or, d'autres cellules saines du corps, comme celles des muqueuses ou les nerfs, se renouvellent également rapidement et peuvent par conséquent être impactées par la chimiothérapie. Suite à l'agression des nerfs (pendant ou après la chimiothérapie), la personne soignée peut ressentir des fourmillements ou/et des engourdissements. Ces douleurs peuvent se chroniciser. La chimiothérapie peut aussi altérer la muqueuse buccale et l'ensemble du tube digestif ce qui provoque des aphtes, des stomatites, et des diarrhées à l'origine de douleurs aiguës. « A l'arrêt de la chimiothérapie la cicatrisation des muqueuses permet d'apaiser les douleurs ».

La chirurgie peut aussi être source de douleur, en effet l'incision de la peau peut sectionner des ramifications nerveuses « qui peuvent dans certains cas engendrer des douleurs neuropathiques chroniques ». Lorsque les chirurgiens enlèvent une tumeur ils sont parfois obligés de sectionner un nerf ce qui entraîne « une douleur chronique de type neuropathique mais aussi, dans certains cas, une atteinte motrice avec des troubles de la mobilité de l'organe concerné ».

Dans le cas de la radiothérapie, une douleur liée à un œdème provoqué par l'inflammation peut se produire.

Certaines douleurs liées aux soins et examens tel que la pose d'un cathéter veineux, la mise en place d'une sonde vésicale, des ponctions, une ablation de drains « nécessaires à la prise en charge du patient peuvent provoquer des douleurs aiguës mal supportées par le patient ».

La souffrance psychique liée au cancer peut aggraver le ressenti de toutes ces douleurs et impacter fortement la qualité de vie du patient.

- Asthénie : ^{6,27}

L'asthénie liée au cancer et/ou au traitement du cancer est un phénomène complexe, subjectif, multifactoriel et multidimensionnel. Il s'agit du symptôme le plus fréquemment rapporté par les patients. Il est sous-estimé et négligé par les soignants. La fatigue en cancérologie est variable en sévérité et dans le temps, inhabituelle, longue (elle dure en général plusieurs semaines ou mois), elle ne s'améliore pas avec le sommeil ou le repos et est associée à des sentiments « de manque d'énergie, d'épuisement physique et psychique, de faiblesse, de lassitude et de difficultés d'attention et de concentration (fonctions cognitives impactées).

D'après le rapport de l'INCa, 56,5 % des femmes et 35,7 % des hommes souffrent de fatigue. Il s'agit d'un symptôme fréquemment mentionné chez 75 à 96% de patients en chimiothérapie, 75 à 100% de patients en radiothérapie et 33 à 89% de patients atteints de cancer avancé. La fatigue peut aussi faire partie des symptômes durables. En effet, jusqu'à 30 % de patients en rémission d'un cancer rapportent une asthénie.

Il peut y avoir plusieurs « dimensions » de l'asthénie. Une dimension physique, émotionnelle et/ou cognitive. Dans la dimension physique, le patient manque d'endurance, il a un besoin accru de repos, il manque d'énergie avec une baisse de l'activité physique et sexuelle, une diminution de l'autonomie et enfin il éprouve une difficulté à remplir son rôle dans la famille et le travail. Dans la dimension émotionnelle, le patient peut présenter un syndrome dépressif, manquer de courage et de combativité. Pour finir dans la dimension cognitive, la personne éprouve des difficultés à se concentrer, à mémoriser, à raisonner, elle éprouve des perturbations dans les relations interpersonnelles (altération de la maîtrise de soi, difficulté à intégrer des informations, risque d'accident) et elle est incapable de se ressourcer. La dimension cognitive survient plus tard que les autres dimensions et est plus importante et durable chez la personne âgée et à un stade avancé de la maladie.

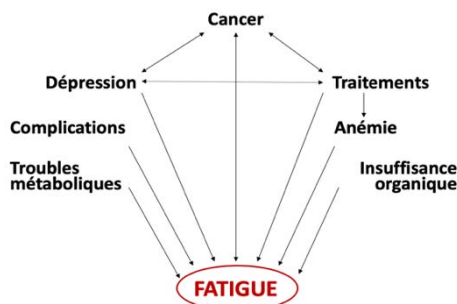


Figure 14 : Différentes causes de la fatigue dans le cancer



Figure 15 : Impact de la fatigue sur la qualité de vie

La fatigue peut avoir une signification différente selon les phases du cancer. Effectivement, elle peut être « annonciatrice » d'un cancer, engendrée par « l'annonce du diagnostic » accompagnée de stress et d'anxiété, elle peut être liée au type de traitement et à sa lourdeur et enfin elle peut persister à distance des traitements ce qui est souvent inquiétant et handicapant même s'il s'agit de la fatigue la plus souvent négligée.

La fatigue liée à la chirurgie est la moins étudiée. Elle apparaît lors de la première semaine postopératoire, est parfois aiguë mais de courte durée (elle disparaît dans les 3 mois).

Concernant la radiothérapie, la fatigue est entraînée par l'effet systémique du traitement et est aggravée par les transports répétitifs à l'hôpital. Elle peut être plus ou moins intense en fonction de la zone traitée et de l'intensité de la radiothérapie. La fatigue se présente sous la forme d'une baisse progressive des forces et de l'endurance et a lieu souvent en fin de traitement dans sa forme cognitive (concentration, perte de mémoire...). Dans le cas de traitement par chimiothérapie, l'asthénie arrive en plusieurs phases. Elle apparaît souvent avant ou au moment de la chute des globules blancs dans les 2 à 3 jours après la cure, avec un pic au 5^{ème} jour. Elle régresse jusqu'au cycle suivant mais est cumulative avec le nombre de cycles et variable selon le protocole, les effets indésirables associés, la durée et la réaction psychologique du patient. Pour l'hormonothérapie, les hommes expriment une fatigue après 3 mois d'hormonothérapie. Cette fatigue est liée à une détresse psychologique et à une baisse de la virilité. Chez la femme, elle est liée à une prise de poids.

Comme mentionné plus haut (Figure 14 & Figure 15), les facteurs prédisposants et contributifs sont nombreux et variables. En effet, la fatigue peut évoluer en fonction du type et du stade du cancer, du traitement du cancer, des complications et maladies associées (infections, syndrome inflammatoire, anémie, insuffisances organiques, troubles endocrinologiques, troubles métaboliques, troubles ioniques, malnutrition, cachexie et troubles de l'absorption), « physio-pathologiques (troubles du sommeil, immobilité manque d'activité, douleur chronique, iatrogènes) et enfin « psycho-sociaux » (dépression, anxiété, refus du diagnostic et du traitement, troubles affectifs, perte de confiance en soi, situation professionnelle et familiale). Pour conclure, l'asthénie est un phénomène complexe, sous-estimé et souvent négligé. Elle est difficile à appréhender, les mécanismes physiopathologiques sont largement méconnus et les causes peuvent être multiples et ne sont pas toujours identifiées. Enfin, les interventions dans la cadre de prise en charge de la fatigue ne sont pas standardisées.

- Nausées et vomissements : ²⁸

Certains médicaments de chimiothérapie peuvent provoquer des nausées et des vomissements. En effet, il existe un certain nombre de chimiothérapies dites « émétisantes ». Elles induisent des nausées et/ou des vomissements, qui peuvent apparaître dès le début d'une séance de chimiothérapie, pour s'estomper plusieurs jours après. La radiothérapie peut aussi être émétisante.

« Les médicaments anticancéreux sont classés en trois catégories, selon le risque qu'ils présentent de provoquer des nausées et vomissements (en l'absence de traitement antiémétique):

- Les substances hautement émétisantes : risque de 30 à 90 % ;
- Les substances moyennement émétisantes : risque de 10 à 30 % ;
- Les substances faiblement émétisantes : risque inférieur à 10 %. »

Le pourcentage émétique d'une substance peut aussi varier en fonction de la dose injectée.

L'apparition de nausées et vomissements est très variable d'une personne à une autre.

Concernant la radiothérapie, « les irradiations corporelles totales, les irradiations corporelles supérieures et les irradiations corporelles inférieures (lorsqu'elles incluent le système digestif) » sont le plus susceptibles d'entraîner des nausées et des vomissements.

Les nausées et vomissements peuvent survenir de manière « anticipée » (quelques jours ou heures avant la séance de traitement) en souvenir d'une séance précédente mais le plus souvent, ces événements indésirables apparaissent de manière aiguë (dans les 24 heures suivants l'administration du traitement) ou enfin de manière retardée (au-delà de 24 heures post traitement).

***NB:** Les nausées « durent rarement plus de 72 heures » et « ne s'accompagnent pas systématiquement de vomissements. »*

- Troubles digestifs : ^{28, 29}

Les médicaments prescrits contre le cancer présentent une certaine toxicité pour les cellules qui se divisent rapidement, ce qui est le cas de celles constituant le tube digestif.

On peut observer l'apparition de diarrhées mais aussi de constipation.

La diarrhée :

« Les mécanismes précis de la survenue de la diarrhée induite par le traitement anticancéreux ne sont pas connus avec précision. Il semblerait que la toxicité des anticancéreux entraîne une diminution des capacités d'absorption de l'intestin ainsi qu'une augmentation de la sécrétion

des fluides, d'où l'apparition de la diarrhée. Les médecins s'accordent à penser que ces processus sont liés à plusieurs mécanismes concomitants. »

La constipation :

La constipation « concerne de nombreux patients ». Les causes de constipation sont multiples. Elle peut provenir du développement et de la propagation du cancer, de l'inactivité voire l'immobilité, de l'anxiété, de dépression, du traitement administré (exemple : traitements antidouleurs à base de morphine) ou bien de précédents médicaux. Dans certains cas la constipation se transforme en obstruction intestinale qui nécessite une hospitalisation.

Les sécheresses buccales et mucites :

Chez les patients traités pour le cancer, la bouche est très fragile et souvent atteinte. En effet, le cancer en lui-même ou le traitement thérapeutique entraînent fréquemment des lésions buccales et dentaires. L'action cytotoxique des médicaments utilisés pour la chimiothérapie et des rayons de la radiothérapie s'exerce principalement contre les cellules qui se divisent rapidement. C'est le cas des cellules cancéreuses mais aussi des cellules « saines » de l'organisme et en particulier des cellules épithéliales. Ces dernières recouvrent notamment les parois de la cavité buccale. La chimiothérapie et la radiothérapie induisent une modification dans le renouvellement de ces cellules, ce qui contribue à altérer l'intégrité des muqueuses de la bouche. Parallèlement, les médicaments et les rayons dans cette zone provoquent une inflammation au niveau des muqueuses, phénomène qui accentue la survenue des lésions.

« Les sécheresses buccales sont un des effets indésirables fréquents de la chimiothérapie. » On observe aussi cette réaction avec la radiothérapie dans une zone proche de la gorge et/ou du cou. Les sécheresses buccales peuvent se présenter comme une « sensation de bouche sèche » qui est parfois « aggravée avec une infection fongique (mycose liée à des champignons) ou virale » mais aussi par une « altération ou une modification du goût ».

L'un des troubles buccaux le plus courant est la mucite. Il s'agit d'irritation des muqueuses qui tapissent la cavité buccale. Les mucites peuvent ensuite se transformer en ulcérations (aphtes). « Une mucite peut également toucher l'œsophage et s'apparenter à un mal de gorge. Elles peuvent apparaître au cours de la première semaine de traitement. Elles se résorbent ensuite progressivement durant la semaine suivante, avec un risque de réapparition à la poursuite du traitement (au cours d'un nouveau cycle de chimiothérapie par exemple). La gêne occasionnée et les douleurs induites par ces ulcérations peuvent conduire à moins s'alimenter et par conséquent entraîner une perte de poids et/ou une dénutrition. » De plus, si le nombre de

mucites est trop important, une diminution ou un arrêt temporaire des doses de chimiothérapie peuvent être envisagés.

- Troubles cutanés :

Comme mentionné plus haut, « La chimiothérapie agit essentiellement sur les cellules qui se renouvellent rapidement puisque c'est l'une des caractéristiques des cellules cancéreuses. » Elle occasionne alors des troubles au niveau de la peau, des cheveux et des ongles qui sont des zones corporelles où les cellules se renouvellent rapidement. « La fréquence et la sévérité de ces effets indésirables sont très variables d'une personne à une autre, en fonction des médicaments et des doses administrées, ainsi que de la sensibilité individuelle. »

Hyperpigmentation :

« L'hyperpigmentation de la peau se traduit par la survenue de taches brunâtres ou violacées sur la peau plus ou moins prononcées. Celles-ci peuvent être localisées au niveau du site d'injection des médicaments, suivre le trajet des veines perfusées ou se diffuser à d'autres zones du corps et être plus ou moins étendues. Cet effet indésirable peut également toucher les ongles avec l'apparition de bandes transversales ou longitudinales. » L'hyperpigmentation met du temps à se résorber, elle peut dans certains cas être définitive.

Syndrome main- pied :

« Ce syndrome associé à la prise de certains médicaments de chimiothérapie se traduit par la survenue, au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds, de rougeurs, de gonflements, d'une sécheresse de la peau, voire de petites bulles ou de cloques. Ces signes peuvent s'accompagner de picotements, de tiraillements, d'engourdissements et de sensations douloureuses. Le bout des doigts et le talon des pieds peuvent devenir sensibles et entraîner des difficultés pour l'usage des mains et pour la marche. »

De manière générale, le syndrome main-pied se résorbe en deux à quatre semaines. Les symptômes peuvent en revanche ressurgir, « avec une intensité accrue, au cours des cycles de chimiothérapie suivants ». Dans ce cas, une diminution des doses du traitement, voire un changement de médicament peuvent être nécessaires.

Éruptions cutanées :

« Diverses formes d'éruptions cutanées peuvent survenir au cours d'un traitement par chimiothérapie ou thérapie ciblée. » Dans certains cas, « ces éruptions ressemblent à de l'acné et se développent sur le visage, le cuir chevelu, le torse et/ou le haut du dos ». Elles apparaissent dans les sept à dix jours après le début du traitement. Les lésions provoquent parfois des

démangeaisons et peuvent être douloureuses. Les éruptions cutanées sont transitoires, elles disparaissent une fois le traitement terminé.

Érythèmes :

Les érythèmes sont des plaques rouges ressemblant à un coup de soleil qui peuvent s'accompagner de vésicules. « Dans certains cas, les érythèmes peuvent évoluer vers des formes sévères qui nécessitent un arrêt du traitement et des soins spécifiques. » Les érythèmes peuvent également être liés à une sensibilisation accrue de la peau au soleil, provoquée par les médicaments.

Réactions allergiques :

Les réactions allergiques se manifestent par la survenue sur la peau d'une urticaire et de démangeaisons, accompagnées ou non de plaques rouges.

Troubles au niveau des ongles :

Hormis l'hyperpigmentation des ongles, la chimiothérapie peut entraîner des stries et des ondulations sur ceux-ci. Dans les formes les plus sévères, il est possible que l'ongle se décolle. Une infection avec suppuration peut alors survenir au niveau du lit de l'ongle.

L'ongle retrouve une croissance et un aspect normal après la fin du traitement.

Perte de cheveux :

L'alopécie est provoquée par certains traitements de chimiothérapie (du fait de leur mécanisme d'action sur les cellules de l'organisme particulièrement actives) ou par la radiothérapie locale (au niveau du cerveau)

La survenue de cet évènement indésirable dépend de la dose de médicament prescrite, de la durée du traitement, ainsi que d'une certaine « sensibilité individuelle ».

« L'alopécie débute en règle générale environ deux à trois semaines après la première séance de chimiothérapie. Elle apparaît quelques fois très brutalement, la chute pouvant avoir lieu en une nuit. »

- Fertilité :

Le cancer et ses traitements sont susceptibles d'altérer la fertilité, de manière temporaire ou définitive selon la localisation du cancer et la nature des traitements.

- Psychologiques:³⁰

Si le cancer s'attaque à l'organisme, ses conséquences psychologiques ne sont pas anodines et sont observées à chaque étape du parcours de soin.

L'annonce du cancer confronte le patient à sa propre vulnérabilité, l'illusion d'immortalité de celui-ci s'écroule, le patient éprouve un énorme sentiment de perte de contrôle. Le schéma corporel est totalement désorganisé, la personne peut aussi se sentir isolée, différente ce qui peut bouleverser le sentiment d'identité. Un sentiment d'injustice peut faire surface avec la question récurrente « pourquoi moi ? », le patient peut se sentir coupable et rechercher une cause externe avec parfois des théories « pseudo scientifiques » impliquées.

A chaque phase, le patient doit se réadapter. Il va s'adapter en fonction des expériences passées et en anticipant la menace future. Le vécu de la maladie est très subjectif, en effet, à chaque étape de la maladie il y a une interaction entre les faits réels et le vécu subjectif de celle-ci.

e) La politique de lutte contre le cancer :

Politique du cancer en France – Généralités :

Depuis 2003, la France s'est dotée d'une approche intégrée de lutte contre le cancer au travers des Plans Cancer successifs.

Portés au plus haut niveau de l'État, par les Présidents de la République, les plans cancer français préconisent « une approche intégrée de la lutte contre la maladie, couvrant à la fois le champ de la recherche, de la prévention, de l'organisation des soins et de l'après-cancer. » Cette approche transversale a permis des actions synergiques et la mise en place « d'initiatives innovantes propres à notre pays ». Ces plans « facilitent la mobilisation des différents acteurs du champ de la lutte contre le cancer sur une feuille de route pluriannuelle.³¹ »

Cette politique de lutte contre les cancers affiche depuis son origine une particularité qui la distingue des autres plans de santé publique et des approches internationales.

En effet, l'implication des Présidents dans les plans leur a donné une « dimension sociétale et médiatique particulière, un financement conséquent, et donc un statut à part parmi les plans de santé publique dont se dotent habituellement les États ³²», elle a entraîné la responsabilisation des acteurs et l'obligation de résultat.

Le cancer a connu une « éclosion sociale et politique » grâce à une prise de conscience des pouvoirs publics qui s'engagent en matière de santé et par « une attente de plus en plus forte des citoyens par rapport à la mise en œuvre de ces politiques ». Le pilotage de ces plans a lieu au plus « haut sommet de l'exécutif », et non dans les institutions traditionnelles dont les missions sont dévolues au traitement de ces problèmes, comme la Direction générale de la santé et l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (Inpes).³³

Plan 2003-2007 :

Le plan 2003-2007 a permis de structurer l'environnement de la cancérologie, à travers la création d'un organisme dédié à la coordination des actions de lutte contre le cancer, l'Institut national du cancer (INCa), créé par la loi de santé de 2004. Il a également permis d'organiser une coordination des acteurs à l'échelon territorial en créant les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), les centres de coordination en cancérologie (3C), et les sept cancéropôles. L'INCa a comme particularité d'être un groupement d'intérêt public. « Ce statut, peu fréquent pour une agence sanitaire ou scientifique de l'État, lui permet de réunir au sein de son conseil d'administration l'ensemble des acteurs investis dans la lutte contre les cancers. »

Ce premier plan a permis d'apporter la garantie d'une prise en charge sécurisée et de qualité des patients atteints de cancer en France. « Il a impulsé une dynamique importante dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des malades »³¹. Il a apporté une prise de conscience de la part des acteurs de santé de la nécessité de « s'organiser, de répondre à certaines contraintes et de devoir rendre compte des pratiques au bénéfice des patients. ³²»

Le Plan cancer 2009-2013 :

Le plan cancer 2009-2013 s'est inscrit dans la continuité de la dynamique portée par le premier plan, il était structuré autour de cinq grands axes (recherche, prévention, dépistage, soins et après-cancer). Dans ce plan, la notion de personnalisation des prises en charge a été introduite et est devenue incontournable dans la pratique de la cancérologie. C'est à ce moment-là que les programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer ont été expérimentés (PPS et PPAC). « La nécessité de prendre en compte la qualité de vie des patients a été reconnue, garantissant notamment l'accès aux soins de support ³²». Le plan a aussi mis l'accent sur le déploiement des innovations thérapeutiques⁵⁵.

Le Plan cancer 2014-2019 :

Le plan cancer 2014-2019 a été copiloté par le ministre de la Santé et de la Recherche, il s'est structuré autour de trois objectifs majeurs : la diminution de l'incidence des cancers, la baisse de la mortalité et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées, notamment l'accessibilité aux soins et aux assurances³⁴. Il « propose une prise en charge globale de la personne, tenant compte de l'ensemble de ses besoins pour préserver la continuité et la qualité de vie pendant et après la maladie »³².

Évaluation des plans :

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a évalué en 2016, 10 ans de politique de lutte contre le cancer de 2004 à 2014³⁵. A travers un rapport détaillé, le HCSP met en exergue plusieurs points qui n'ont pas été résolus par les plans successifs jusqu'à 2014 tel que des médecins surchargés et inégalement formés aux relations humaines et des effets incomplets sur la population et les patients.

Une surcharge d'activité des services d'oncologie et des oncologues a été mise en évidence mettant en difficulté le fonctionnement des différents dispositifs qualité issus des Plans (RCP,

annonce...)²³. De plus, en 2014, la formation initiale des médecins et en particulier des oncologues à l'éthique médicale et aux relations humaines restait disparate selon les académies. La formation pédagogique autour de « la relation interpersonnelle n'est pas traitée systématiquement dans le cadre des études médicales ». En effet, la question de la formation des médecins sur les besoins psychologiques et pédagogiques des patients porteur d'un cancer « n'avait pas suffisamment progressé depuis 2004 ».

En 2014, les effets des plans sur la population et les patients étaient partiels avec un dispositif d'annonce encore incomplet, un programme personnalisé de soins trop limité (« La remise d'un PPS ne concerne encore que la moitié des patients ») et enfin un accès insuffisant aux soins de support. Malgré une attente majeure des patients, exprimée dans le cadre des États généraux du cancer, la prévoyance de « la généralisation de l'accès aux soins de support d'ici 2011 » ces objectifs n'étaient toujours pas atteints en 2014. La « prise en compte du retentissement de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle reste à améliorer ³¹ » en 2014.

Dans ce sens, l'amélioration de la qualité de vie a constitué un axe majeur du plan 2014-2019. Et pourtant, le parcours de soins demeure complexe, l'annonce de la maladie, les réunions de concertations pluridisciplinaires et le plan personnalisé de soins mis en œuvre « doivent être améliorés » et l'accès aux soins de support est globalement peu assuré³⁶ à l'issue de ce dernier plan.

Les objectifs du plan décennal :

Le nouveau plan s'étalera lui sur 10 ans et s'orientera sur 3 axes stratégiques : améliorer la prévention, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, et lutter contre les cancers de mauvais pronostic.

Pour limiter les conséquences sur la vie post-cancer, les citoyens (interrogés dans le cadre de l'élaboration de ce nouveau plan) ont proposé « d'étudier les apports de la socio-esthétique pour éventuellement les intégrer au panier de soins de support et de mesurer l'effet de la maladie sur les droits à la retraite, pour en réduire l'impact »³⁷.

Afin de « diminuer les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes » - action phare du plan décennal- des appels à projets multithématiques impliquant des soins de support vont être mis en place dès 2021. Dans le cas de cancers de mauvais pronostic une « introduction précoce et renforcée des soins de support, bien au-delà des soins palliatifs » est l'un des objectifs de la stratégie décennale ³⁸.

Pour conclure, les « soins de support » sont cités plusieurs fois dans cette stratégie décennale, les MCA pourraient alors avoir un rôle important à jouer et être plus facilement intégrées dans le parcours de soin des patients atteints de cancer dans les prochaines années.

II) Contexte des médecines complémentaires et alternatives :

a) Définition des médecines complémentaires et alternatives :

Les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA), sujet du travail, ont de nombreuses dénominations. En fonction des acteurs et de la nature des pratiques, plusieurs termes vont être utilisés. Le grand public, va le formuler autour de l'image populaire des « médecines douces ». Les autorités publiques françaises ont plutôt choisi les termes suivants : « Thérapies Non Médicamenteuses » au sein de la HAS, et « pratiques de soins non conventionnelles » ou « approches hétérodoxes » au sein du Ministère des Solidarités et de la Santé. L'Organisation Mondiale de Santé (OMS) étudie, elle, les « médecines traditionnelles », socle de pratiques anciennes. Et pour finir, le terme prôné par les médecins praticiens des MCA est la « médecine intégrative ». Le terme MCA permet quant à lui de se positionner sous l'angle de « l'utilisateur » plutôt que par le prisme de la pratique qui permet d'apporter la part de subjectivité très présente dans l'utilisation des MCA. Dans ce sens, une pratique pourrait être utilisée en complément d'un traitement médical par un individu ou bien en remplacement d'un traitement médical par un autre individu. « Le terme de MCA permet de recentrer la réflexion sur les dimensions éminemment subjectives associées à ces recours (motivations, attentes, croyances, etc) impactant directement la santé »³⁹.

Les MCA sont donc des pratiques très variées qui n'ont pas véritablement de cadre officiel et unanime, ni de définition et de catégorisation propre. C'est pourquoi il a été important de sélectionner une définition et une catégorisation applicables en France et ayant pris en compte les recommandations de l'OMS et des catégorisations déjà existantes. Un article récent remplissait ces critères : Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : Proposition d'une définition et d'une catégorisation de références⁴⁰. Il a été rédigé notamment par Véronique SUISSA auteure d'une thèse sur les MCA dans le cancer⁴¹ et co-fondatrice de l'Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives en France. « Les MCA constituent différentes formes hétérodoxes de soins non-médicalisant, plus ou moins éloignés des pratiques médico-scientifiques et dispensées – dans un contexte de santé ou de maladie – par des praticiens dûment ou insuffisamment formés pour répondre à la demande et/ou aux besoins des

usages. Utilisées de façon complémentaire ou alternative aux soins standards, les MCA s'inscrivent dans le champ de la médecine non conventionnelle, c'est-à-dire extrinsèque au modèle biomédical de référence. Elles renferment un ensemble de pratiques validées et sécuritaires, insuffisamment éprouvées, douteuses, voire dangereuses. De fait, elles entretiennent des rapports pluriels avec notre médecine au sein de laquelle certaines pratiques sont acceptées (ex : acupuncture), tolérées (ex. : soutien spirituel) ou rejetées (ex. : secte guérisseuse). Dans cette optique, certaines MCA sont intégrées aux centres et dispositifs de soins conventionnels (ex. : soins de support, pôles de soins et d'activités adaptées) tandis que d'autres en sont exclues⁴⁰. » La catégorisation des MCA, réside dans cet article « dans le fait de ne pas déconnecter la pratique hétérodoxe avec son statut, l'usage ou encore le praticien qui la dispense » et donc à travers leur relation plurielle à la médecine conventionnelle.

On distingue alors 3 types de MCA : les MCA acceptées, les MCA tolérées et enfin les MCA dites rejetées.

- **Les MCA acceptées** sont « l'ensemble de pratiques intégrées aux structures de santé (ex : hôpitaux), et aux dispositifs de soins conventionnels (ex : soins de support). Certaines d'entre elles sont légalisées (ex : acupuncture) ou font l'objet d'un processus de régulation (ex : cannabis thérapeutique). Elles sont dispensées par des praticiens dont les formations sont reconnues (ex : diplôme universitaire), de façon complémentaire aux soins conventionnels et dans un objectif thérapeutique sans visée curative. Elles font référence à des pratiques comportant des risques exceptionnels et n'impliquant aucune forme de dérive. » L'hypnose, la relaxation, la sophrologie, la méditation, l'art-thérapie, le Qi gong, le yoga, la réflexologie, la chiropraxie, l'ostéopathie, l'acupuncture et l'homéopathie (liste non exhaustive) font parties des MCA acceptées.
- **Les MCA tolérées** sont « l'ensemble de pratiques non intégrées aux structures de santé et aux dispositifs de soins conventionnels. Aucune d'entre elles ne sont légalisées. Elles sont dispensées par des praticiens dont les formations ne sont pas reconnues (ex : écoles non agréées), de façon complémentaire aux soins conventionnels et dans un objectif thérapeutique sans visée curative. Elles font référence à des pratiques comportant des risques potentiels et n'impliquant aucune forme de dérive. » Le magnétisme, le Reiki, le Tai chi chuan, l'aide spirituelle, les approches énergétiques, la médecine chinoise, la médecine ayurvédique, la médecine africaine et la naturopathie (liste non exhaustive) sont des MCA dites tolérées.

- Pour finir, les **MCA rejetées** sont « l'ensemble des pratiques exclues des structures de santé et des dispositifs de soins conventionnels. Certaines d'entre elles sont interdites par la loi. Elles sont dispensées par des praticiens dont les formations ne sont pas reconnues, de façon complémentaire ou alternative aux soins conventionnels et dans un objectif thérapeutique avec ou sans visée curative. Elles font référence à des pratiques comportant des risques avérés et impliquant une ou plusieurs formes de dérive ». La méthode Hamer, la thérapie de conversion, l'Access Bar, l'aide spirituelle exclusive, la méthode Di Bella, le régime gerson, la thérapie Livingston Wheeler et les sectes (liste non exhaustive) (définitions en annexes VII).

Il est important de noter que les « thérapeutiques non médicamenteuses validées » couvertes par le rapport d'orientation publié par la Haute Autorité de Santé en avril 2011⁴² comme les règles hygiéno-diététiques (régimes diététiques, activités physiques et sportives, modifications des comportements alimentaires, règles d'hygiène), les traitements psychologiques (thérapies d'inspiration analytique et psychanalyse, thérapies cognitivo-comportementales) et les thérapeutiques physiques (techniques de rééducation, kinésithérapie, ergothérapie) n'entrent pas dans le périmètre des MCA.

b) Évolution croissante de l'intérêt des médecines complémentaires et alternatives ces dernières années :

Ces dernières années il a été observé une croissance et un engouement envers les médecines complémentaires et alternatives avec une prévalence d'utilisation pouvant aller jusqu'à 65% en Europe^{39,43}. Dans les populations adultes atteintes de cancer, une méta-analyse a estimé une utilisation des MCA acceptées dans le cancer de 25% dans les années 70 et 80 à plus de 25% dans les années 90 et jusqu'à 49% après 2000. En France 39% des patients atteints de cancer utilisent des MCA en 2018⁴³.

Cet attrait et intérêt croissants pour les médecines complémentaires et alternatives pourraient être expliqués par diverses raisons. Tout d'abord, la médecine occidentale et moderne a été chamboulée par plusieurs crises sanitaires. L'apparition du SIDA dans les années 80 a bousculé les autorités médicales à travers la modification du rôle du patient qui est devenu au cours du temps expert de sa maladie. Le patient est devenu patient expert et acteur de sa maladie et s'est aussi regroupé et a constitué des groupes de pressions (associations de patients) afin d'être davantage entendu par les professionnels de santé et les responsables politiques de santé publique. Les patients entendent maintenant contribuer à la définition des soins qui leur sont

portés. Compte tenu du nombre de malades concernés et de leurs caractéristiques sociodémographiques, c'est par le VIH que l'implication des patients dans le soin prend un trait nouveau. D'acteurs individuels, les patients deviennent des acteurs collectifs^{44,45,46}.

La fin du 20ème siècle en France a été marquée par d'autres crises sanitaires. L'affaire du sang contaminé, la maladie de Creutzfeld-Jakob mais aussi l'affaire plus récente du Mediator® ont été les raisons principales de la remise en cause de la médecine telle qu'elle se pratiquait et de l'apparition de la défiance et la méfiance envers les autorités sanitaires^{44,47}. L'apparition du patient acteur, suite, notamment à l'émergence de la maladie du SIDA a été reconnue par la loi du 4 mars 2002. Il jouit alors de droits lui permettant d'agir au niveau individuel mais aussi collectif par l'intermédiaire des associations patients. « Il dispose désormais du pouvoir d'exprimer sa volonté et d'intervenir aussi bien dans la gestion de sa thérapie que dans la détermination de la politique de santé⁴⁸. »

Les crises sanitaires pourraient être, une première cause éventuelle de l'émergence des MCA mais l'évolution démographique et la performance de la médecine moderne et ses nouveaux événements indésirables pourraient être la 2ème cause. On observe un vieillissement de la population en France, la médecine occidentale a contribué à la transformation de maladies incurables en curables. Dans le cas du cancer, malgré leur efficacité, les traitements entraînent de nombreux événements indésirables. D'après le rapport anthropologique - rédigé par Madame DESPRES -, portant sur l'utilisation des MCA sur l'île de La Réunion, la prise en charge peut souvent être ressentie comme une violence. Le traitement peut être vécu comme « une agression vis-à-vis du corps. Cette agression est vécue physiquement, dans la mesure où le corps réagit avec violence. Ce sont les chimiothérapies qui sont le plus mal vécues⁴⁹. » Les MCA tentent de répondre à la demande croissante des patients de prise en charge des événements indésirables mais aussi de la détresse psychologique qui peut être associée à cette maladie³⁹.

A cette 2ème cause s'ajoute un engouement depuis quelques années de la population pour le naturel qui pourrait sembler dépourvu d'effets négatifs.

On observe notamment une popularité croissante des pratiques avec des bénéfices de relaxation, à travers la méditation qui a vu une apparition de nombreuses applications pour le grand public mais aussi par la pratique du yoga et de la sophrologie. Les huiles essentielles utilisées pour soigner particulièrement les maux du quotidien sont de plus en plus présentes dans la population générale mais aussi dans la population cancéreuse (prise en charge des événements indésirables)^{50,51}.

« Les MCA constituent donc un pan important et souvent sous-estimé des soins de santé. Elles existent dans quasiment tous les pays du monde, et la demande de services dans ce domaine est en progression. » En ce sens, le bilan stratégique de l’OMS pour 2014-2023 vise à aider « les responsables de la santé à développer des solutions pour avoir une vision plus large favorisant l’amélioration de la santé et l’autonomie des patients. Cette stratégie s’est fixé deux grands buts : épauler les États Membres qui cherchent à mettre à profit la contribution des MCA à la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne et favoriser un usage sûr et efficace des MCA au moyen d’une réglementation des produits, des pratiques et des praticiens. Ces buts pourront être atteints si l’on réalise trois objectifs stratégiques : 1) consolider la base de connaissances et formuler des politiques nationales ; 2) renforcer la sécurité, la qualité et l’efficacité via la réglementation, et 3) promouvoir une couverture sanitaire universelle en intégrant les services de MCA et l’auto-prise en charge sanitaire dans les systèmes de santé nationaux. »

Du fait du nombre croissant de personnes malades, en particulier celles atteintes de maladies chroniques ayant recours à ces médecines largement disponibles en ville et de l’intégration des soignants dans leurs modalités de prise en charge issus de pratiques ou d’actes des MCA, l’APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) a engagé une réflexion sur ce sujet en 2011. « Après l’adoption du plan stratégique 2010-2014, la Direction Générale a souhaité débiter rapidement la mise en œuvre de ce projet stratégique en mettant en place un Comité d’Orientation en matière de Médecines Complémentaires, chargé de définir et de proposer rapidement les premières orientations mais aussi de réaliser le bilan de ces activités à la fin de la période couverte par le plan stratégique⁵². ».

En septembre 2020, en France une Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives⁵³ (A-MCA) a été créée. Il s’agit de la « première structure nationale pour favoriser l’essor des pratiques bénéfiques tout en luttant contre les dérives en santé ». Cette agence a pour objectifs de « déployer une stratégie nationale dans le domaine des MCA à partir d’une double dynamique, d’intégration/vigilance, d’asseoir le soin relationnel et non médicamenteux dans une logique de complémentarité à la médecine officielle, de mieux articuler le “cure” et le “care” dans les centres de soins tant pour les patients que pour les soignants et enfin de structurer ce champ dans la société en déployant une approche transverse : scientifique, juridique, institutionnelle, etc. » Les missions principales de cette agence seront de mener des réflexions transverses au niveau Scientifique, Institutionnel, Sociétal et Juridique ; de s’inscrire dans un triple champ d’action au niveau des pratiques, des praticiens et des usagers ; de porter

des recommandations nationales ; d'expérimenter sur le terrain ; de développer des formations labellisées ; de déployer une stratégie d'information et pour finir d'instaurer une dynamique partenariale multiaxiale.

c) Méthodologie des recherches effectuées dans cette thèse :

Dans le cadre de la thèse, 2 types de recherches distinctes ont été effectuées : une recherche pour cartographier les pratiques existantes en France dans le cadre du cancer et 4 recherches Pubmed (pour l'efficacité en oncologie : de l'acupuncture, la sophrologie, la naturopathie et pour finir l'efficacité des MCA).

Dans la littérature scientifique, une soixantaine de « Traitements complémentaires » sont identifiés par des descripteurs spécifiques (mots-clefs) du MeSH qui sont présentés dans le tableau ci-dessous⁵⁴. (Tableau 6)

Tableau 6 : Identification des « Traitements complémentaires » présents dans la littérature scientifique par MeshTerm

Mesh Term Complementary Therapies
Acupuncture Therapy
Acupuncture Analgesia
Acupuncture, Ear
Electroacupuncture
Meridians + Moxibustion
Anthroposophy
Auriculotherapy
Acupuncture, Ear
Cupping Therapy Diffuse Noxious Inhibitory Control
Dry Needling
Holistic Health
Bioresonance Therapy
Homeopathy
Horticultural Therapy
Integrative Oncology
Medicine, Traditional
Medicine, African Traditional
Medicine, Arabic
Medicine, Ayurvedic
Medicine, East Asian Traditional + Shamanism
Mesotherapy
Mind-Body Therapies
Aromatherapy

Biofeedback, Psychology + Breathing Exercises + Hypnosis + Imagery, Psychotherapy
Laughter Therapy
Meditation
Mental Healing
Psychodrama + Psychophysiology
Relaxation Therapy
Tai Ji
Therapeutic Touch
Yoga
Musculoskeletal Manipulations
Kinesiology, Applied
Manipulation, Chiropractic
Manipulation, Osteopathic
Therapy, Soft Tissue
Naturopathy
Organotherapy
Tissue Therapy, Historical
Phytotherapy
Aromatherapy; Eclecticism, Historical
Prolotherapy
Reflexotherapy
Sensory Art Therapies
Acoustic Stimulation Aromatherapy
Art Therapy
Color Therapy
Dance Therapy
Music Therapy
Play Therapy
Speleotherapy
Spiritual Therapies
Faith Healing
Magic
Medicine, African Traditional
Meditation
Mental Healing
Radiesthesia
Shamanism
Therapeutic Touch
Witchcraft
Yoga

A partir de ces MeshTerm identifiés, une recherche correspondant au bon vocabulaire scientifique des MCA a pu être réalisée.

A travers les recherches spécifiques concernant les trois pratiques sélectionnées dans ce mémoire, la lecture de nombreux articles ainsi qu'une littérature grise ont permis d'exploiter 11 travaux traitants des médecines complémentaires et alternatives dans le cancer (Tableau 9).

La recherche bibliographique concernant l'efficacité de l'**acupuncture** dans le cancer a été effectué à partir de Pubmed. Lors de la première recherche : (Efficacy[Title/Abstract]) AND (("acupuncture"[MeSH Terms] OR "acupuncture"[All Fields] OR "acupuncture therapy"[MeSH Terms] OR ("acupuncture"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "acupuncture therapy"[All Fields])) AND Cancer[Title/Abstract])

241 résultats sont ressortis, la recherche a donc été restreinte aux cinq dernières années en Europe, France, USA, Amérique du Nord, Canada et Australie. 27 résultats ont alors été obtenus.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité - Acupuncture - Cancer - Europe, Amérique du Nord, Canada, France, Australie - 5 dernières années - Français ou anglais 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocoles d'essais cliniques - Avant 2015 - Langue étrangère (excepté l'anglais)

Après lecture, et en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion 9 articles ont pu être exploitables (Tableau 10).

Pour la **naturopathie**, la recherche sur Pubmed était la suivante : ((Naturopathy[Title/Abstract]) AND (cancer[Title/Abstract])) AND (efficacy[Title/Abstract]) où 3 résultats ont été obtenus dans les dix dernières années, un seul article était exploitable d'après les critères d'inclusion et d'exclusion suivants (mais qui était déjà ressorti dans les précédentes recherches sur l'acupuncture).

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité - Naturopathie - Cancer - Monde entier - Français ou anglais 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocoles d'essais cliniques - Langue étrangère (excepté l'anglais)

Une littérature grise a donc été nécessaire. Les entretiens effectués avec les naturopathes ont aiguillé l'orientation des recherches spécifiquement sur l'importance de l'alimentation en santé à travers le rapport entre le cancer et la viande et les aliments ultra-transformés mais aussi sur l'usage de certaines plantes. 8 articles ont donc été exploitables. (Tableau 11)

Pour la **sophrologie**, la 1ère recherche sur Pubmed a été la suivante : (((Relaxation therapy[Title/Abstract]) OR (relaxation therapy[MeSH Terms])) OR (sophrology[Title/Abstract])) AND (cancer[Title/Abstract]) AND (efficacy[Title/Abstract])
Filters: in the last 10 years.

53 résultats ont été obtenus dont seulement un article exploitable d'après les critères d'inclusion et d'exclusion. Une recherche sur la base de données de la faculté d'Aix-Marseille Université a donc été effectuée ce qui m'a permis d'obtenir 4 articles. Au total 5 articles été exploitables concernant la sophrologie (Tableau 12).

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité - Sophrologie - Relaxation thérapeutique - Cancer - Monde entier - Les 10 dernières années - Français ou anglais 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocoles d'essais cliniques - Langue étrangère (excepté l'anglais) - Yoga (car comprend de la relaxation mais concerne une autre MCA) - Méditation pleine conscience car ne correspond pas à la définition exacte de la sophrologie

La sophrologie est une méthode de relaxation qui permet de se réapproprier son corps, d'avoir une meilleure estime de soi etc. Elle a donc de nombreux points communs avec d'autres pratiques tel que le yoga, la méditation, la méditation pleine conscience, c'est pourquoi ces pratiques seront donc exclues de la recherche, d'où le nombre restreint d'articles. De plus, il n'existe pas de MeshTerm spécifique à la sophrologie.

Concernant l'**efficience**, la recherche Pubmed était la suivante : (((((((integrative medicine[Title/Abstract] OR alternative medicine[Title/Abstract]) OR complementary medicine[Title/Abstract]) OR alternative medicine[Title/Abstract]) AND "complementary therapies"[MeSH Terms]) OR "national center for complementary and integrative health (u.s.)"[MeSH Terms]) OR alternative medicine[Text Word]) AND cancer[Title/Abstract]) AND (((Cost-effectiveness[Title/Abstract] OR ICUR[Title/Abstract]) OR ICER[Title/Abstract]) OR Cost-utility[Title/Abstract]) OR "cost-benefit analysis"[MeSH Terms]). En prenant en compte les critères d'inclusion et d'exclusion, au total 4 articles étaient exploitables dont un en commun avec la partie concernant l'intérêt médical.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Cost-effectiveness - MCA - Integrative medicine - Oncology - Europe, Amérique du N, Australie 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne concerne pas MCA - Autre pathologie que le cancer - Langue : autre que l'anglais et le français - Non accessible

En second temps, pour effectuer la cartographie (Tableau 7) des pratiques en France, la recherche a été effectuée différemment. Le processus de délimitation et de classification des MCA ne connaît pas de consensus³⁹, ce qui complexifie l'analyse dans le domaine. Dans cette recherche, une littérature grise a été effectuée. Une recherche Google a été réalisée pour trouver les premières informations, cette recherche a été complétée par les informations trouvées lors des entretiens réalisés avec les différents acteurs. La recherche a été ciblée sur toutes les associations de patients dans le cadre de cancer, les centres hospitaliers principalement présents en île de France (ex : Gustave Roussy) et évoqués comme actifs dans le domaine (ex : Centres Ressource). Après cela, les différentes pratiques utilisées dans ces établissements/entités ont été identifiées et catégorisées à partir de la classification réalisée par l'APHP⁵² ainsi que l'article de définition et catégorisation des MCA rédigé par le docteur en psychologie/psychologue clinicienne Véronique SUISSA et.al.

d) Les MCA dans la prise en charge du cancer en France

En 2018, l'incidence mondiale des cancers était estimée à 18,1 millions de cas, la survie à 5 ans des personnes atteintes de cancer, quant à elle, a augmenté pour la majorité des cancers entre 1989 et 2013^{55,56,57}. En France, comme mentionné dans la première partie il a été estimé en 2017, 400 000 nouveaux cas de cancer. D'après le rapport de l'INCa de 2018, 63,5% des personnes souffrent de séquelles dues au cancer ou aux traitements et 5 ans après un diagnostic de cancer, 44,4 % des patients estiment que leur qualité de vie reste dégradée⁵⁸. D'après UNICANCER, les MCA dans le cancer (soins de supports) « seront considérés à l'horizon 2025 comme indispensables à tous les patients traités pour un cancer avec un impact prouvé sur les résultats de santé (moins d'hospitalisations non programmées, moins de récurrences, etc.) » L'objectif est « d'harmoniser les soins de support proposés aux patients et d'augmenter et de pérenniser les financements »⁵⁹. Effectivement, de nombreux centres d'oncologie Européens proposent des produits naturels et des MCA, les plus communes étant l'homéopathie (40,4%), la phytothérapie (38,3%) et la médecine traditionnelle chinoise (36,2%). Les traitements visent principalement à réduire les effets indésirables de la chimiothérapie et de la radiothérapie (23,9%), en particulier les nausées et vomissements (13,4%), la douleur (10,9%) et la fatigue (10,9%), symptômes secondaires iatrogènes⁶⁰. En ce sens, avec les progrès continus de la médecine conventionnelle, les acteurs de la santé ne sont pas seulement soucieux de prolonger la vie des patients atteints de cancer, mais aussi très préoccupés par l'impact du cancer sur la douleur et la qualité de vie des patients. À l'heure actuelle, la médecine conventionnelle utilise principalement les analgésiques en « trois étapes » recommandés par l'OMS pour traiter la douleur cancéreuse. Les patients ont besoin d'un anesthésique à haute dose à long terme pour prendre en charge cette douleur^{61,62}.

Les MCA peuvent alors présenter une réelle utilité et avoir une influence positive sur la qualité de vie des patients.

Ci-dessous vous seront présentées les principales pratiques présentes en France dans la prise en charge du cancer. Il existe de multiples classifications réalisées par différents organismes.

Par exemple, l'AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support) synthétise une classification des pratiques intégrées en oncologie en quatre catégories et selon leur nature. Dans le domaine du cancer aussi, Dilhuydy J.M⁶³ répertorie en cinq catégories les méthodes alternatives qui se présentent comme des substituts aux soins curatifs. La classification de Rosenthal D.S. & Schraub S⁶⁴, elle, semble éclaircir le statut des MCA en distinguant les modalités principales d'utilisation (complémentaire ou alternative).

L'APHP - pour clarifier le champ couvert par les MCA - a répertorié les traitements en fonction de la nature du traitement qu'il a regroupé en 4 catégories (traitements biologiques naturels (plantes, compléments alimentaires, ...) ; traitements psychocorporels ((hypnose, yoga,...) ; traitements physiques manuels (ostéopathie, chiropractie, massage,...) ou d'autres pratiques et approches de la santé (Médecine traditionnelle chinoise,...)) et selon le mode d'administration qui a été classifié en 3 catégories (Auto-administration (plantes, compléments alimentaires, méditation, ...) ; administration par un tiers praticien (acupuncture, massage, réflexologie, ostéopathie,...) ou auto-administration avec supervision périodique (yoga, biofeedback, tai chi,...))⁵².

Comme mentionné dans le rapport de l'APHP sur les MCA (soins de support) « Les soins de médecines complémentaires délivrés dans les hôpitaux de l'APHP par le personnel APHP sont délivrés au sein des services cliniques (et non pas dans des structures dédiées). »

Le recensement de ces pratiques au sein des hôpitaux de l'APHP dans le domaine des médecines complémentaires a conduit à distinguer une offre organisée dans le cadre hospitalier du CHU, intégrée dans les structures cliniques, pratiquée par des personnels AP-HP d'une offre organisée dans un cadre associatif, présente dans les structures cliniques et les Maisons d'Information Santé.

Par ailleurs, il existe de plus en plus de traitements dans le cancer par voie orale, de plus, d'après l'unicancer la chirurgie ambulatoire sera en 2025 une pratique courante en oncologie ce qui implique une croissance de la prise en charge du cancer en ambulatoire. Les pratiques des MCA seront dans ce sens, possiblement, encore plus présentes en ville. Il est très difficile de cartographier les MCA utilisées en ambulatoire dans le cancer, du fait d'un manque de consensus et de la difficulté de définition des MCA. C'est pourquoi, les MCA mentionnées dans le tableau ci-dessous - résultats de la recherche- sont principalement présentes à l'hôpital et centres dédiés. Afin d'avoir une vision globale des pratiques en France, la psychologie et la nutrition ont été pris en compte ici, malgré l'exclusion de ces pratiques dans la définition des MCA du fait d'une prise en charge spéciale de la HAS qui les a classifiées comme thérapies non médicamenteuses.

Tableau 7 : Principales pratiques des médecines complémentaires et alternatives dans la prise en charge du cancer présentes en France

Nom de la pratique	Nature du traitement	Mode d'administration	Nature de la prise en charge	Lien avec le système de soin français
Activité physique adaptée	Autre	Auto-administration avec supervision périodique	Bien-être	Socialement acceptée
Acupuncture	Médecine traditionnelle chinoise	Administration par un tiers	Gestion des évènements indésirables	Juridiquement encadrée
Art thérapie	Autre	Auto-administration avec supervision périodique	Bien-être	NA
Auriculothérapie	Physique manuelle	Administration par un tiers	Soin	Juridiquement encadrée
Cryothérapie	Autre	Administration par un tiers	Soin	NA
Cuisine santé	Biologique naturelle	Auto-administration avec supervision périodique	Quotidien	NA
Danse thérapie	Autre	Auto-administration avec supervision périodique	Psychocorporelle	NA
Dramathérapie	Autre	Auto-administration avec supervision périodique	Psychocorporelle	NA
Écriture thérapeutique	Autre	Auto-administration avec supervision périodique	Psychocorporelle	NA
Éducation thérapeutique	Autre	Administration par un tiers	Soin	Socialement acceptée
Ergothérapie	Physique manuelle	Administration par un tiers	Soin	Juridiquement encadrée
Fasciapulsoologie	Physique manuelle	Administration par un tiers	Gestion des évènements indésirables	NA
Groupe de parole	Autre	Administration par un tiers	Accompagnement psychologique	Socialement acceptée

Homéopathie	Biologique naturelle	Auto-administration avec supervision périodique	Soin	Juridiquement encadrée
Hypnose	Psychocorporelle	Administration par un tiers	Gestion des évènements indésirables	Socialement acceptée
Kinésithérapie	Physique manuelle	Administration par un tiers	Manuelle	Juridiquement encadrée
Magnétiseur, coupeur de feu	Physique manuelle	Administration par un tiers	Manuelle	NA
Managing Advanced Cancer Pain Together (MACPT)	NA	Administration par un tiers	Qualité de vie	NA
Massage ayurvédique	Physique manuelle	Administration par un tiers	Bien être	NA
Médiation familiale	Autre	Administration par un tiers	Bien être	NA
Méditation pleine conscience	Autre	Auto-administration	Bien-être	NA
Musicothérapie	Autre	Administration par un tiers	Bien être	Socialement acceptée
Naturopathie	Biologique naturelle	Auto-administration avec supervision périodique	Soin	Socialement acceptée
Neurofeedback dynamique	Autre	Autre	Bien-être	Autre
Nutrition	Biologique naturelle	Auto-administration avec supervision périodique	Soin	Juridiquement encadrée
Onco-esthétique	Autre	Administration par un tiers	Bien-être	Socialement acceptée
Orthophonie	Autre	Auto-administration avec supervision périodique	Soin	Juridiquement encadrée
Ostéopathie	Physique manuelle	Administration par un tiers	Gestion des évènements indésirables	Juridiquement encadrée
Pilates	Psychocorporelle	Auto-administration avec supervision périodique	Bien-être	Socialement acceptée
Psychologie	Autre	Administration par un tiers	Soin	Juridiquement encadrée
Qi-Gong	Médecine traditionnelle chinoise	Auto-administration avec supervision périodique	Bien-être	Socialement acceptée

Réflexologie	Physique manuelle	Administration par un tiers	Bien-être	Socialement acceptée
Shiatsu	Psychocorporelle	Auto-administration avec supervision périodique	Bien-être	Socialement acceptée
Soins énergétiques chinois (LaHoChi)	NA	Administration par un tiers	Soin	NA
Sophrologie	Psychocorporelle	Auto-administration avec supervision périodique	Bien-être	Socialement acceptée
Stomatothérapie	Physique manuelle	Administration par un tiers	Soin	NA
Tai Chi	Médecine traditionnelle chinoise	Auto-administration avec supervision périodique	Bien-être	Socialement acceptée
Thérapie manuelle : méthode Poyet	Physique manuelle	Administration par un tiers	Soin	NA
Yoga	Psychocorporelle	Auto-administration avec supervision périodique	Bien-être	Socialement acceptée

Les centres :

« Dans les principaux centres d'oncologie intégrative²

^{65,66,67,125} des États-Unis, les patients rencontrent généralement un médecin de médecine intégrative pour une consultation initiale qui couvre : l'alimentation, le mode de vie et les produits naturels. Ensemble, le médecin et le patient développent une prescription de médecine intégrative individualisée qui utilise au mieux les modalités appropriées pendant et après le traitement du cancer. Souvent, l'acupuncture et la massothérapie sont recommandées pour réduire la douleur. La méditation, la musicothérapie et d'autres types d'approches corps-esprit sont recommandées pour réduire l'anxiété et le stress. L'activité physique est généralement recommandée à tous les patients cancéreux et survivants en raison de preuves solides de son impact positif sur la qualité de vie⁴³. »

En France, le concept n'est pas démocratisé. Deux exemples innovants dans le domaine vont être présentés dans cette partie : l'Institut Raphaël et le Centre Ressource.

L'Institut Raphaël

⁶⁸ est un « centre de médecine intégrative pour une prise en charge globale de la personne confrontée au cancer ». Espace de vie de 2000m², l'Institut est situé à Levallois-Perret en région Île-de-France. Il regroupe 20 médecins spécialisés et 60 para-médicaux et il a pour objectif de prendre en charge chaque individu avec ses attentes spécifiques. A l'Institut, des programmes d'accompagnement personnalisés sont proposés aux patients afin de leur apporter le meilleur suivi possible, tout en répondant à leurs besoins ciblés. Ainsi, la prise en charge peut être abordée à travers différents axes : locomoteur (activité physique adaptée, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien) ; nutritionnel (rééquilibrage alimentaire, cours de cuisine, etc.) ; émotionnel (psychologue, sophrologue, hypnothérapeute, sexologue) ; artistique (musicologie, art thérapie, etc.) et enfin socioprofessionnel (retour à l'emploi, reconversion professionnelle, conseils bancaires/assurantiels). Cette prise en charge s'effectue en collaboration avec des professionnels de diverses spécialités afin de répondre au mieux aux

² Centre d'oncologie intégrative : objectif d'améliorer le bien-être de leurs patients, tout en assurant la sécurité dans l'usage des MCA, en particulier quant aux interactions potentielles phyto/nutritionnelles dans les cas de complément à la chimiothérapie. L'oncologie intégrative intègre la « Médecine Complémentaire Intégrative » dans un contexte médical fondé sur des preuves scientifiques, offrant une approche pratique, éthique et centrée sur le patient, évaluant le ratio bénéfices/risques des traitements, et fournissant un programme biologique-psychologique-social-culturel-spirituel en accord avec les dires, les inquiétudes et les attentes des patients. Les services d'oncologie intégrative aux États-Unis prévoient un certain nombre de « Médecines Complémentaires Intégratives », dont la phytothérapie et des conseils nutritionnels, de l'acupuncture et des thérapies psychocorporelles (mind-body) et manuelles.

souhaits des patients. La priorité de l'Institut « est de rendre les patients acteurs de leur vie après-cancer, d'assurer leur bien-être, et d'éviter l'isolement social et le cloisonnement au simple rôle de malade ».

Au sein du Centre Ressource situé à Aix-en-Provence (13)³⁹, il est question de « se construire une santé et se reconstruire » avec l'enjeu de répondre aux besoins spécifiques des personnes confrontées à la maladie « chronique » tout en considérant le risque de mourir et celui d'une récurrence et/ou de séquelles, induits par les traitements. Salle de sport réaménagée (920m²) avec piscine et Hammam, ce centre peut accueillir des malades et leur proches afin de participer à des activités individuelles ou collectives. L'objectif du Centre Ressource est « d'accompagner la personne pour favoriser son mieux être et l'aider à devenir actrice de sa santé. » Le centre a pour mission de traiter « la personne et non la maladie. La démarche ici est complémentaire à celle portée dans les centres de soins conventionnels ». Le centre propose deux axes complémentaires d'accompagnement : les soins de mieux-être et le Programme D'accompagnement Thérapeutique PPACT Ressource®. Le premier axe est « dispensé en individuel ou en groupe par 140 intervenants bénévoles ». Le second coordonné par une psychologue et un médecin.

De nouveaux centres se sont développés en France notamment à Montélimar (26), Montauban (82), Reims (51), Paris (75) et bientôt près de Metz (57), Saint-Avold (57) et Lyon (69).

e) Choix de pratiques en fonction de divers critères.

La volonté principale de ce travail est d'étudier différentes pratiques choisies pour leurs potentielles actions synergiques qui amélioreraient une prise en charge dite « globale » à travers le traitement des événements indésirables : une prise en charge de la douleur, un soutien dans la gestion du stress et de l'anxiété liés à la maladie et enfin une adaptation du régime alimentaire du patient. Les pratiques ont aussi été sélectionnées selon la nature de la prise en charge, le mode d'administration et le lien avec le système de soin français. L'acupuncture est une médecine traditionnelle chinoise, administrée par un tiers et juridiquement encadrée. La naturopathie elle, est une pratique dite biologique naturelle, auto-administrée avec supervision périodique et socialement acceptée. La dernière MCA sélectionnée est la sophrologie qui est une pratique psychocorporelle, auto-administrée avec supervision périodique et socialement acceptée. Les pratiques traitées de manière spécifique dans cette thèse sont des pratiques qui sont déjà présentes et au minimum socialement acceptées en France. Le but ici est d'étudier une possible prise en charge des médecines complémentaires et alternatives dans le cancer par

les collectivités ou autres organismes. A travers une revue de littérature et des entretiens avec différentes parties prenantes, un état des lieux sera effectué de ce qu'il se passe en France, avant de réfléchir à la meilleure prise en charge possible de ces pratiques.

Définition de l'acupuncture :

« L'acupuncture est une discipline issue de la tradition médicale chinoise consistant en une stimulation de « points d'acupuncture » à visée thérapeutique. Les techniques de stimulation des points d'acupuncture sont ponctuelles (limitées en surface et centrées sur le point d'acupuncture) et se font principalement par l'implantation et la manipulation d'aiguilles et/ou une stimulation thermique (moxibustion) mais elle peut aussi être électrique avec laser ou mécanique, par acupression. L'acupuncture fait appel à des modes opérationnels spécifiques et des savoirs médicaux issus de la tradition médicale chinoise, le Yin et le Yang et le principe des cinq mouvements qui sont le Qi (Energie), le Xue (Sang), le Shen (Esprit), le Jing (Essence) et les liquides organiques. Les cinq mouvements sont en relation les uns avec les autres. L'acupuncture s'intéresse aux manifestations physiologiques et pathologiques des Zang-Fu (Viscères) à travers les méridiens principaux et collatéraux. Elle s'intéresse aussi aux causes et aux mécanismes des maladies à travers des facteurs internes et externes et aux perturbations anatomo-cliniques qui sont liées aux facteurs alimentaires et psycho-émotionnels. » Les points d'acupuncture en surface du corps agissent sur les organes internes et régulent la fonction neuroendocrinienne du patient à travers l'activation du système de modulation de la douleur du corps. Des études récentes ont également montré que la stimulation de ces points d'acupuncture peut libérer plusieurs médiateurs et peptides opioïdes. Ensemble, ces substances endogènes forment le « système anti-douleur » du corps et produisent des effets analgésiques par acupuncture.^{69,70,71} »

Dans le cas du cancer, en 2017 en France, 15 à 20% des patients utilisaient l'acupuncture.

Les patients utilisant l'acupuncture sont souvent orientés par leur entourage, le médecin traitant, les autres patients atteints de cancer et les soignants (oncologue, psychologue, infirmière d'annonce...). Ils ont souvent recours à cette pratique pour aider à mieux supporter les événements indésirables liés aux traitements de la prise en charge du cancer (bouffées de chaleur, nausées/vomissements, fatigue, stress/anxiété, perturbation du système immunitaire, douleur⁷², troubles du sommeil et consommation excessive de narcoleptique), pour un soutien psychologique, une amélioration de l'état général et un accompagnement, une préparation aux traitements⁷³.

Définition de la naturopathie :

La Féna (Fédération française des écoles de naturopathie) définit la naturopathie comme une discipline « fondée sur le principe d'énergie vitale de l'organisme qui rassemble les pratiques issues de la tradition occidentale et repose sur les 10 agents naturels de santé. Elle vise à préserver et optimiser la santé globale de l'individu, la qualité de vie, ainsi qu'à permettre à l'organisme de s'auto-régénérer par des moyens naturels. » Les fondements de la naturopathie reposent sur 5 piliers : sur le plan philosophique, le vitalisme qui considère l'existence de l'énergie vitale comme à l'origine de la vie et de la guérison ; l'holisme, une philosophie qui considère l'Homme comme appartenant au grand tout ; le causalisme, la méthodologie de la naturopathie, on recherche une cause au dysfonctionnement ; l'humorisme qui sur le plan scientifique s'attache à la circulation des humeurs (sang, lymphe, liquide interstitiel, cytoplasme, urine) et enfin l'hygiénisme au plan pratique et technique qui est un art de vivre qui peut se décliner en quatre applications : alimentaire, physique, émonctoriel et psycho-émotionnel afin de maintenir ou rétablir la santé. Le naturopathe va utiliser différentes techniques comme l'alimentation, une activité physique adaptée, la gestion correcte du stress et des émotions ainsi que des techniques complémentaires comme les exercices respiratoires, les techniques manuelles comme le massage bien-être, l'hydrologie, l'usage des plantes et des huiles essentielles ou encore des techniques réflexes (réflexologie plantaire, auriculothérapie...)^{74,75}.

Le naturopathe a un rôle d'accompagnant et⁷⁵ de « généraliste des médecines complémentaires et alternatives », il a une vision holistique et globale. Malgré la spécialisation dans certaines branches de la naturopathie, le naturopathe a pour rôle d'orienter le patient en fonction de ses besoins vers d'autres spécialités »⁷⁶.

L'acupuncture et la sophrologie sont, par exemple, très complémentaires à la naturopathie.

Définition de la sophrologie :

D'après l'étymologie du mot provenant du grec : sos qui veut dire harmonie, phren qui signifie conscience et logia qui est « l'étude ». La sophrologie est, d'une part, une science qui étudie la conscience humaine et, d'autre part, une méthodologie proposant des techniques pour son harmonisation. La sophrologie a été créée en Espagne, en 1960, par un neuropsychiatre colombien, étudiant en Espagne : Alfonso Caycedo⁷⁷. La Sophrologie associant un travail du corps et de l'esprit, permet, grâce à la répétition d'exercices de respiration, d'exercices de relaxation dynamique et d'exercices de visualisation, d'aider le patient à reprendre le contrôle

de ses émotions, se réapproprier son corps, restaurer une meilleure estime de lui afin de retrouver confiance et sérénité⁷⁸.

III) Analyse des 3 pratiques identifiées

a) Interviews des parties prenantes

Pour aborder l'utilisation des 3 pratiques identifiées dans la prise en charge du cancer, des entretiens auprès de différents acteurs (2 patients, 3 oncologues, 3 infirmières, 4 naturopathes, 2 sophrologues) ont été réalisés et résumés dans cette partie. Malheureusement les acupuncteurs n'ont pas répondu aux sollicitations d'entretien. Il est important de notifier que le contexte du Covid n'a pas facilité la démarche. Malgré les délais très courts, toutes les personnes interviewées ont été très enthousiastes à l'idée d'apporter de la granularité à ce travail. Par souci de clarté, un résumé par pratique sera réalisé plutôt qu'un retour individuel.

Les patients :

La première patiente était présidente d'une association proposant des soins de supports aux patients atteints de cancer.

Elle-même touchée par cette maladie, la pérennité de l'association lui tenait vraiment à coeur. « Aujourd'hui encore, le cancer est une maladie dévastatrice. Physiquement mais aussi psychologiquement. C'est pourquoi l'association a eu l'idée de proposer aux hommes et aux femmes atteints de cancer ainsi qu'aux aidants de participer gratuitement à une vingtaine d'ateliers individuels et collectifs divers de soins de supports (conseils en image, salsa, pilates, massages, réflexologie plantaire, psychologie, sophrologie, marche nordique etc.) »

La problématique principale de l'association est la source de financement. En effet l'objectif est de proposer des ateliers gratuitement aux adhérents de l'association (patients et accompagnants) « à l'exception d'une modeste cotisation d'adhésion de 20 euros par an ». L'association fait donc appel à des partenariats et des dons et explore aussi la piste d'un engagement des pouvoirs publics à travers des plaidoyers au sénat en faveur d'une prise en charge accrue des soins de supports par l'État.

Pour une autre patiente, l'ampleur psychologique dans la lutte contre le cancer est une dimension très importante. La question de la cause de l'apparition de la maladie est souvent abordée (« pourquoi moi ? »), le rapport au corps et à la maladie est ébranlé et enfin il est difficile d'intégrer des émotions liées à la gravité de la maladie. Mais, le plus dur – d'après cette patiente- au niveau du psychologique est l'après cancer. En effet, le patient peut se retrouver

totalemment démuni face à l'arrêt des traitements et la nécessité de se remettre à vivre le plus normalement possible. L'appel aux médecines complémentaires et alternatives donne une « liberté d'agir » qui est très importante pour les patients qui se retrouvent souvent face à « un paternalisme médical » et le sentiment de ne « plus mener sa vie ».

Les oncologues :

Les 3 oncologues interviewés avaient une implication importante dans les médecines complémentaires.

Le premier oncologue était Oncologue médical au CHU de Grenoble et responsable pédagogique du Diplôme Universitaire sur les « Thérapies complémentaires : Place face aux Maladies Chroniques et en Cancérologie » depuis 3 ans.

« Suite à la demande croissante des patients dans les années 2000 une orientation vers les thérapies complémentaires a été nécessaire. »

Au sein du CHU 4 pratiques sont actuellement proposées : l'art thérapie, la socio-esthétique, la réflexologie et l'hypnose.

L'art thérapie a pour but d'« engager la personne en souffrance sur le plan physique, psychique et social, en potentialisant les pouvoirs de l'art, dans un projet d'amélioration de sa qualité de vie. » La socio-esthétique a un rôle important chez les patients atteints de cancer. La réflexologie permet aussi de soulager les nausées et vomissements ainsi que les neuropathies induites par la chimiothérapie.

L'objectif global est d'améliorer le bien-être du patient.

L'implantation de ces pratiques à l'hôpital a été difficile notamment pour une question de financement.

La socio-esthétique, la réflexologie et l'art thérapie sont donc pris en charge par une association locale : AGARO (Association Grenobloise d'Aide et de Recherche en Oncologie). (L'hôpital fournit des fiches de paie pour reconnaître l'intervention des praticiens de l'association et le paiement final est effectué par AGARO). Un docteur pratique l'hypnose bénévolement.

La réflexologie a aussi connu un frein lors de son implantation au sein de l'hôpital car cette pratique aborde une question de massage qui est de l'ordre de compétence des kinésithérapeutes.

« La principale difficulté rencontrée dans les thérapies complémentaires est financière. En effet l'association AGARO éprouve des difficultés de financement. L'option d'une aide de la part de l'ARS n'étant possible que pour la nutrition et l'activité physique adaptée. »

Concernant la prise en charge médicale, « la priorité de l'oncologue est d'insister sur la prise en charge conventionnelle puis ensuite sur l'activité physique adaptée et les notions de nutrition. C'est au fil des consultations, si le patient en exprime le besoin ou si certains symptômes ne sont pas améliorés que la notion de thérapies complémentaires est abordée ».

La naturopathie n'est pas proposée au sein de l'association car des retours d'interactions de certains compléments alimentaires, de phytothérapie avec les traitements conventionnels ont apporté une certaine vigilance à ce sujet.

Les deux autres oncologues étaient des fondateurs de « centre de médecine intégrative pour une prise en charge globale de la personne confrontée au cancer ».

Dans les deux cas, le même constat a été fait, « dès l'annonce du diagnostic, les personnes touchées par le cancer font face à un défi existentiel. Il est nécessaire d'apporter une aide non pas morcelée et ponctuelle mais un véritable soutien dans la durée. Tout en s'attachant à autonomiser le patient, cet accompagnement pourra se poursuivre tout le long des traitements mais également après, à l'arrêt des traitements où il ne s'agit pas de l'inciter à vivre « comme avant », mais de l'aider à s'inscrire dans une nouvelle vie impliquant nécessairement de nouveaux repères tant sur le plan existentiel qu'en terme de prévention santé. Il est donc question de se « construire une santé et de se reconstruire », avec l'enjeu de répondre aux besoins spécifiques des personnes confrontées à la maladie « chronique » tout en considérant le risque de mourir et celui d'une récurrence et/ou de séquelles, induits par les traitements.³⁹ »

Les infirmières :

Les 3 infirmières interviewées avaient des spécialités différentes. L'une était infirmière libérale depuis 38 ans, la deuxième infirmière clinicienne et aromaturge depuis de nombreuses années et la troisième était une jeune infirmière spécialisée en oncologie pédiatrique et travaillait au sein d'un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD).

La jeune infirmière connaissait peu de patients atteints de cancer faisant appel aux MCA. « J'y suis toutefois très peu confrontée dans mon métier au quotidien. Depuis 6 ans d'exercice, je n'ai vu qu'une fois un patient utilisant de l'homéopathie pour prendre en charge les effets indésirables des traitements anticancéreux. » En revanche, les deux autres ont rencontré des patients utilisant ces pratiques. La première orientait les patients vers des praticiens en fonction des besoins. La deuxième, à travers sa formation de clinicienne et d'aromaturge, appliquait quelques techniques auprès de ses patients. « Dans mon cas, je parle souvent de naturopathie,

car, l'alimentation est très importante dans la santé de la personne - comme le disait Hippocrate « Que ton aliment soit ton médicament » -. J'utilise également des outils tels que la sophrologie et l'hypnose conversationnelle. J'ai appris en tant que clinicienne à utiliser toutes ces méthodes pour prendre en charge des patients de façon globale très souvent en grande difficulté physique et émotionnelle. Ces techniques permettent aux patients de voir le soin autrement. De ne plus anticiper de manière négative celui-ci. »

D'après les infirmières, les patients répondent globalement bien à l'usage des médecines complémentaires et alternatives. « J'aurais tendance à dire, même si les patients âgés n'y sont pas réfractaires que les jeunes semblent plus ouverts à ce sujet ». « Je suis persuadée que ça pourrait soulager certaines complications ».

La complémentarité aux soins conventionnels reste essentielle pour celles-ci. Il s'agit toujours d'un « complément, qui ne se substitue pas aux traitements conventionnels ». « Il m'arrive de réaliser des conseils de temps en temps mais je précise toujours qu'il faut l'accord de l'oncologue. »

Les freins de l'usage des MCA étaient notamment l'aspect financier : « C'est un frein majeur à l'utilisation des médecines complémentaires et alternatives », le manque d'information :

« Tout le monde n'est pas au courant des possibilités, il y a un manque d'information, le répertoire des associations et quasi-inexistant » mais aussi un manque de coordination avec les services d'oncologie : « Le milieu hospitalier est un milieu très terre à terre, les oncologues ne semblent pas très sensibles à ces sujets-là. » « Certains médecins sont sensibles à ces approches et d'autres pas du tout. »

Pour conclure, « nous adaptons notre prise en charge pour le bien du patient. Si ces pratiques étaient reconnues de manière plus formelle et remboursées, tout cela serait plus facile. Je me suis rendue compte au cours de mes expériences qu'un patient n'est pas qu'un être physique mais aussi un être émotionnel et spirituel. La prise en charge devient plus humaine, si nous en tenons compte, tant pour les patients, les familles et également les soignants. »

Les retours des 3 infirmières étaient assez différents, ceci est sûrement dû à la divergence d'expérience mais aussi à la relation et au temps passé avec les patients. Globalement, les 3 infirmières avaient un rôle de conseil et étaient favorables à l'utilisation des MCA.

Les naturopathes :

En naturopathie, nous nous intéressons au « terrain » de la personne : sa force vitale, sa capacité d'adaptation, son vécu, aux caractéristiques qui lui sont propres.

La naturopathie est définie par principalement 3 piliers : l'alimentation, l'exercice physique et la gestion du mental et des émotions.

L'alimentation/la nutrition va mettre en avant ce qu'il faut consommer, il va s'agir d'un apport d'aliments. Alors que la diététique, va plutôt porter sur les retraits qu'il est conseillé de faire dans l'alimentation. Dans le cancer notamment, nous allons conseiller d'éviter la consommation de viande rouge, de produits laitiers et de produits ultra-transformés. La naturopathie peut aussi conseiller des régimes monodiètes. Le jeûne est donc une technique que l'on utilise beaucoup en naturopathie. Les deux autres piliers majeurs en naturopathie sont l'exercice physique et la gestion du mental et des émotions.

Tout ceci fait un individu en bonne santé. L'idée est de rendre les gens autonomes et acteurs de leur santé. L'accompagnement émotionnel dans la naturopathie s'effectue à travers l'aromathérapie et les techniques respiratoires afin d'agir sur le mental et les émotions.

Autour du cancer, un(e) naturopathe peut soutenir la personne avant, pendant (en accord avec l'oncologue) ou après ses traitements : chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie. L'objectif étant de renforcer son terrain et sa « vitalité » et de l'aider éventuellement dans la prise en charge des effets secondaires des traitements ainsi que dans un soutien au niveau émotionnel. Tout cela avec des méthodes naturelles citées précédemment. Une ouverture sur la nutrition en cancérologie a été possible grâce à la popularisation du régime cétogène, en association avec le traitement métabolique (acide alpha lipoïque + hydroxycitrate). Dans le cas du cancer, le naturopathe va mettre un accent important sur la nutrition, mais il fera surtout en fonction du profil du patient. Il s'agit avant tout d'une « approche individualisée ». L'individualisation est une notion fondamentale de la naturopathie. Chaque programme délivré par le naturopathe est taillé sur mesure pour le patient. Une consultation dès l'annonce de la maladie est idéale, la naturopathie insistant sur la prévention.

L'objectif est aussi de minimiser au maximum les effets secondaires des traitements (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) et d'améliorer la qualité de vie.

« Mon objectif est d'aider la personne à modifier son hygiène de vie afin d'optimiser sa santé : je lui fais notamment prendre conscience de ce qui lui convient ou non dans ses habitudes de vie et lui donne les clés pour agir directement sur sa santé ». Faire preuve de pédagogie est

essentiel et « je mets un point d'honneur à formuler des recommandations réalistes et adaptées aux habitudes existantes ».

Malgré la spécialisation dans certaines branches de la naturopathie, le naturopathe a pour rôle d'orienter le patient en fonction de ses besoins vers d'autres spécialités. L'acupuncture est par exemple très complémentaire à la naturopathie. Dans le cas de présence de brûlures dans le corps après la radiothérapie, le naturopathe peut aussi orienter le patient vers un magnétiseur (aussi appelé dans le langage courant « coupeur de feu »). Ces magnétiseurs vont alors travailler sur la régulation de l'énergie circulant dans le corps. C'est un métier qui n'est pas du tout encadré « c'est sûrement pour ça que vous l'avez peu vu référencé à travers vos recherches ». Le naturopathe va pouvoir conseiller des spécialistes qu'il connaît à travers son réseau.

« Je n'emploie pas le terme de « patient », réservé au corps médical. Le bilan réalisé n'est pas un diagnostic médical. La consultation d'un naturopathe ne se substitue pas à celle du médecin, avec lequel il travaille toujours en collaboration. »

La naturopathie n'a pas une place encore légitime dans la prise en charge du cancer, les partenariats entre les oncologues et les naturopathes ne sont pas encore une norme. Le recours à la naturopathie provient alors, principalement d'une volonté des patients. Dans ce sens, la sophrologie et l'aromathérapie sont plus à même d'être acceptées à l'hôpital. Malgré un intérêt croissant de certains oncologues, le rôle de la nutrition n'est pas toujours connu par ceux-ci.

En dépit de cela, le naturopathe travaille dans le cadre du protocole réalisé par l'oncologue, « en total respect » de celui-ci. Le naturopathe a pour but d'« améliorer le bien-être du patient » et de potentialiser les effets des protocoles de cancérologie; par exemple la chimio est plus efficace, les rémissions plus rapides, la résistance du patient est meilleure etc.

La plupart des naturopathes interviewés étaient pour une reconnaissance de la profession en France et favorables au remboursement de la naturopathie :

« Malgré l'apparition de nouvelles contraintes, je suis favorable au remboursement généralisé des séances de naturopathie si cela permet un accès égalitaire au soin des patients et à la prévention de la santé des français ».

« Le remboursement de la Naturopathie est selon moi conditionné à la reconnaissance de la profession en France. Plusieurs mutuelles proposent une prise en charge des consultations de Naturopathie. Je suis favorable à ce que la profession de Naturopathe fasse l'objet de davantage d'encadrement. Par ailleurs, une prise en charge par la Sécurité sociale, utopique à ce jour, favoriserait l'accès à la pratique. »

« La vocation des naturopathes est avant tout la prévention. J'ai l'espoir que notre pratique soit reconnue un jour en France, comme c'est déjà le cas aux États-Unis et en Allemagne. Le remboursement entraînerait certainement une protocolisation de notre pratique mais nous pourrions protocoliser une partie spécifique de notre pratique comme par exemple le niveau émotionnel (relaxations etc). Afin d'être remboursé dans ce cadre. Cela permettrait de protéger les personnes voulant faire appel à notre pratique (éviter les charlatans) et à nous protéger, nous naturopathes ». Le remboursement pourrait permettre une ouverture de la naturopathie à plus de personnes et favoriser un accès à un plus grand nombre. »

Une limite au remboursement a cependant été émise : « La généralisation du remboursement partiel des séances de naturopathie pourrait rendre cette pratique plus accessible au plus grand nombre. Toutefois, est-ce que cela ne risquerait pas d'un autre côté d'amener à une perte dans la personnalisation de la pratique dans notre profession qui en fait aussi sa richesse ? Car chaque naturopathe pratique aussi en fonction de qui il est, de ses affinités avec tel ou tel outil, des diverses formations qu'il réalise par ailleurs en plus de sa formation initiale et qui peuvent l'enrichir et le faire évoluer dans sa pratique. »

Pour conclure, le naturopathe a un « rôle de généraliste des médecines complémentaires et alternatives », il a une vision holistique et globale. Il a pour objectif d'effectuer une prise en charge de la « personne » globale et personnalisée et prône avant tout la prévention.

Les sophrologues :

La sophrologie utilise des techniques qui permettent d'agir sur le corps et sur le mental. Elle combine des exercices qui travaillent à la fois sur la respiration, la décontraction musculaire et l'imagerie mentale ou visualisation. Toutes ces techniques permettent de retrouver un état de détente, de bien-être et d'activer le potentiel de chacun. La sophrologie permet d'acquérir une meilleure connaissance de soi, de prendre du recul, et d'affronter les difficultés du quotidien avec plus de sérénité. La respiration est primordiale dans la sophrologie. C'est une pratique psycho-corporelle, « toute pensée est corporelle », le stress interne est souvent lié aux pensées négatives.

Le but des exercices de sophrologie est de sortir de l'emprise mentale, souvent négative, et de se réapproprier son corps. « Les respirations font circuler les énergies ce qui permet d'évacuer nos pensées négatives, de rééquilibrer nos émotions. Souvent nous sommes trop dans notre tête, nous écoutons notre mental, nous respirons mal (la respiration se bloque au niveau du

diaphragme). La respiration consciente permet de dénouer le diaphragme et de retrouver une respiration plus profonde ».

La sophrologie peut être réalisée en séances collectives ou individuelles.

Voici un exemple d'une séance collective. « Une séance collective se déroule en 3 temps, en début de séance les personnes vont pouvoir échanger, s'exprimer, il va y avoir ensuite une phase de relaxation dynamique puis une phase passive avec une visualisation. L'échange du début permet à chacun de s'exprimer sur le vécu de sa maladie. La relaxation dynamique consiste à effectuer mouvements doux associés à la respiration, afin de reprendre conscience de son corps. Au fur et à mesure de ces exercices, les participants vont pouvoir exprimer leur ressenti, leurs sensations. Ensuite, on passe à la sophronisation durant laquelle on va utiliser des techniques de visualisation, le but étant de placer la personne dans un état sophronique, c'est à dire entre veille et sommeil. La personne est tout à fait consciente de ce qui se passe, bien qu'elle soit dans un état de détente corporelle et mentale totale. Elle se ferme au monde extérieur pour entrer dans le monde intérieur juste au bord du sommeil. Ce niveau sophro-liminal amène la personne à activer son imagination, à visualiser mentalement de manière toujours positive, un paysage, un son, une odeur, une sensation tactile, une émotion, une situation. Le cerveau ne fait alors plus la différence entre l'imagination et le réel. Il intègre ce vécu comme s'il le vivait. De ce fait, ces visualisations permettent de vivre plus sereinement notre vie ou des événements redoutés. »

En séance individuelle : le sophrologue va échanger avec les personnes, parler d'elles et non de la maladie et va essayer de comprendre ce dont la personne a besoin. L'objectif est ensuite lui permettre d'y répondre à travers différents exercices de relaxation dynamiques, de visualisation et de respiration.

« Au fil des séances, on voit que les personnes se sentent mieux au quotidien, supportent mieux leurs traitements. Cela leur permet de changer leur rapport à la maladie, de vivre plus sereinement avec elle. Les personnes apprennent à vivre davantage dans l'instant présent. « A la fin de la séance elles sont très détendues ». »

La personne suit environ 6 à 10 séances (le nombre varie en fonction de ses améliorations). Il faut au moins 1 mois (4 séances avec entraînement entre les séances) pour qu'il y ait une modification physiologique. La régularité de la pratique permet de créer un réflexe pour se consacrer du temps pour soi

La sophrologie n'est pas encore totalement démocratisée au niveau des professionnels de santé. « Aujourd'hui il y a encore beaucoup de professionnels de santé qui méconnaissent les bienfaits de la sophrologie. J'ai eu des retours de personnes me consultant, qui ont vu leur oncologue « hausser les épaules » lorsqu'elles abordaient la question. »

Concernant le remboursement, certaines mutuelles remboursent soit en partie soit en totalité. Il y a des Comités d'entreprises qui prennent en charge des cours collectifs.

« Concernant le remboursement généralisé de la sophrologie, bien sûr j'aimerais donner la possibilité à plus de monde d'avoir accès à cette pratique, cependant il ne faudrait pas que la démarche de la personne consultante change. Je m'explique, « la personne consultante du fait de la « gratuité » de la séance ne sera peut-être pas aussi motivée qu'une personne qui fait la démarche de consulter même si c'est payant. Or la motivation est primordiale dans ce genre de démarche, il faut y mettre du sien ». »

b) Intérêt médical des différentes pratiques :

Lors des recherches spécifiques réalisées pour les 3 pratiques sélectionnées dans ce travail, d'autres articles traitant des MCA dans leur ensemble ont été trouvés (Tableau 9). Dans cette partie, après avoir abordé l'intérêt des MCA dans leur globalité, une analyse spécifique des 3 pratiques sera réalisée.

La littérature montre un intérêt croissant des patients pour les MCA dans le cadre du cancer en vue d'un besoin émotionnel et physique, avant, pendant et après les traitements.

Dans une étude réalisée entre novembre 2017 et juin 2018 au sein de l'Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth à Saint-Priest-en-Jarez (département de la Loire) les chercheurs ont mis en exergue une utilisation des MCA dans 83% des patients sélectionnées dans l'étude avec particulièrement 3 pratiques utilisées : l'ostéopathie (49,5% des cas), l'homéopathie (39,0% des cas) et enfin en 3^{ème} position l'acupuncture dans 38% des cas. Il s'agit de la première étude qui rapporte des données sur des caractéristiques des MCA des patients souffrant de cancer en France⁷⁰.

Il a été aussi mis en exergue un manque de connaissance et d'information en matière de MCA des professionnels de santé qui pourrait empêcher une pleine acceptation culturelle de ce processus de prise en charge.

« L'utilisation d'interventions de médecine complémentaire et alternative est courante, et le nombre d'essais contrôlés randomisés (ECR) et d'examens systématiques liés aux interventions de MCA a déjà augmenté⁷⁹. » Mais il est nécessaire d'effectuer plus d'essais contrôlés

randomisés pour explorer la sécurité et l'efficacité des MCA en France. En effet, la recherche clinique est orientée principalement sur 4 pratiques (l'acupuncture, le qi-gong qui appartient au groupe des traitements psychocorporels, le massage tui-na, et la diététique). « La recherche clinique sur les plantes, ou les produits à base de plantes, de la pharmacopée chinoise sont très difficiles à mettre en œuvre en France, notamment pour des questions règlementaires et également compte tenu de la difficulté de constituer des dossiers scientifiques permettant aux autorités une évaluation de risque appropriée. Afin de contribuer à la recherche dans ce domaine, l'APHP a rejoint en 2010 le Comité de Pilotage de l'accord sino-français sur la Médecine Traditionnelle Chinoise, signé en 2007 ⁵²».

Pour conclure, la littérature montre un besoin de repenser la prise en charge du patient afin d'intégrer la relation corps-esprit et la place prépondérante du bien-être dans la prise en charge du cancer dans la médecine occidentale.

Acupuncture :

D'après la recherche hospitalière actuelle, la prise en charge de la douleur par l'acupuncture renvoie à la théorie des méridiens. La combinaison d'un traitement conventionnel avec l'acupuncture a réduit de manière significative la douleur liée au cancer et la douleur liée à la chirurgie⁷⁰. L'impact de l'acupuncture est donc plus significatif en complémentarité d'un traitement conventionnel, dans ce sens, les médecines occidentale et chinoise tentent de trouver une synergie dans la prise en charge de ces deux médecines à travers l'organisation de congrès⁸⁰.

L'acupuncture a prouvé son efficacité dans la prise en charge de la douleur, du stress, de la dépression, des nausées et vomissements et de la qualité de vie dans le cancer à travers une littérature scientifique importante^{81,82,83,84}.

Dans plusieurs études^{85,86}, l'acupuncture a montré une efficacité similaire voir supérieure comparée aux traitements généraux avec une meilleure tolérance. Comme par exemple l'électroacupuncture (la neurostimulation électrique transcutanée (TENS))⁸⁷ dans la prise en charge de la xérostomie (sécheresse de la bouche) induit par la radiothérapie. Peu d'évènements indésirables ont été mis en évidence dans la pratique de l'acupuncture. Dans ce sens, la déclaration de consensus des NIH sur l'acupuncture publiée en 1998 a révélé que « l'incidence des effets indésirables est nettement inférieure à celle de nombreux médicaments ou autres procédures acceptées pour les mêmes conditions ». La littérature a clarifié la sûreté de l'acupuncture lorsqu'elle est pratiquée « par un praticien approprié »^{84,88,89,90}.

L'acupuncture est aussi appréciée par les patients, 95% des patients étaient prêts à recommander cette pratique à un proche ou à d'autres patients^{70,82}.

En France, la pratique de l'acupuncture est réservée aux docteurs en médecine, sages-femmes et aux dentistes dans leur domaine de compétence. Pour devenir acupuncteur, une formation en médecine est obligatoire. La formation initiale dispensée aux futurs acupuncteurs/acupunctrices est similaire à celle des futurs médecins. A l'issue de l'obtention du doctorat d'État de docteur en médecine, les étudiants se spécialisent en acupuncture. Ils obtiennent alors une capacité de médecine d'acupuncture au bout de deux ans. Les sages-femmes souhaitant pratiquer cette médecine traditionnelle ont la possibilité d'effectuer une formation qui se soldera par l'obtention d'un diplôme interuniversitaire en acupuncture obstétricale. En France, les acupuncteurs non médecins ne sont pas reconnus et ne sont pas autorisés à exercer cette médecine chinoise^{91,92}. Depuis 2008, il existe aussi des diplômes d'État de « capacité en acupuncture ». Des écoles privées dispensent aussi des formations auprès des candidats ayant

suivi des études de médecine. Mais une formation à un public plus large est proposée par des centres de formation. Le candidat ne pourra cependant pas légalement exercer son métier en France⁹³.

En 2012, la HAS a donné un avis favorable à l'inscription de conditions de réalisation avec des critères définis dans cet avis d'une séance d'acupuncture⁹⁴. En 2020 elle a en revanche rendu un avis non favorable au protocole de coopération d'acte d'acupuncture réalisé par un infirmier sur des « patients majeurs, présentant des nausées et/ou vomissements chimio induit(e)s ou post-opératoires, et/ou une anxiété préopératoire » « en lieu et place d'un Médecin »⁹⁵.

L'acupuncture est donc une pratique, réglementée en France. Riche d'une littérature importante, elle est connue pour son efficacité et sa bonne tolérance chez les patients atteints de cancer.

Naturopathie :

Les articles scientifiques retrouvés lors de la recherche suggèrent une efficacité potentielle de l'extraction de certaines plantes dans le cancer. Notamment la curcumine un des composants principaux du curcuma et le Cordyceps sinensis, qui, très souvent présenté sous le nom de « champignon chenille », est une espèce de champignons ascomycètes

⁹⁶. L'OMS, elle, à travers un groupe de travail ayant passé en revue plus de 800 études épidémiologiques a mis en évidence une corrélation entre le cancer et la consommation d'aliments transformés et de viande rouge. Par la suite, elle a classé la consommation de viande transformée³ comme « cancérogène pour l'homme » (Groupe 1) et la consommation de viande rouge comme « probablement cancérogène pour l'homme » (Groupe 2A). L'alimentation semble avoir un rôle important dans le cancer, mais, malgré tous les plans « mangez bougez » il semblerait que les oncologues portent peu d'intérêt sur le sujet « Les discours des cancérologues sur les traitements de leur patient montrent la préoccupation de ces professionnels pour apporter les meilleurs traitements à leurs patients au travers d'une culture médicale principalement définie en termes de coûts et de bénéfices des interventions proposées. Au moment de notre recherche, la question de la prévention du cancer par l'alimentation ou par la nutrition ne semblait pas être une préoccupation centrale des cancérologues, notamment ceux qui traitaient les cancers du sein, hématologiques, gynécologiques (cancers n'impliquant pas d'organes liés directement à l'acte alimentaire ainsi qu'à la digestion). Seuls les compléments alimentaires et les risques potentiels d'interférence qu'ils pourraient avoir avec les traitements ont pu être cités par ces professionnels.⁹⁷»

Des articles ont été trouvés en lien avec la naturopathie principalement pour l'alimentation mais très peu de citations ont été trouvées pour d'autres méthodes utilisées en naturopathie hormis une étude française qui a évalué l'usage de la naturopathie au sein d'un centre de cancer⁷⁰. Dans cette étude, un « total de 41 patients (21%) ont eu recours à la naturopathie, dont 63,4% (n = 26) avant les antécédents de cancer. L'usage quotidien a été principalement signalé (n = 16, 39,0%). La naturopathie était principalement pratiquée pour améliorer le bien-être (n = 31, 55,4%). La satisfaction moyenne était de 69 sur 100. Quant aux 159 patients n'ayant jamais eu

³ Définition de viande transformée : viande qui a été transformée par salaison, maturation, fermentation, fumaison ou d'autres processus mis en oeuvre pour rehausser sa saveur ou améliorer sa conservation. La plupart des viandes transformées contiennent du porc ou du boeuf, mais elles peuvent également contenir d'autres viandes rouges, de la volaille, des abats ou des sous-produits carnés comme le sang.

recours à la naturopathie (80,0%), 50 (31,4%) auraient accepté une consultation en naturopathie.”

« Le manque de littérature au sujet de la naturopathie est sûrement lié à la méthodologie des études scientifiques. C’est un « problème de format qui ne correspond pas bien à la naturopathie ». Effectivement, la naturopathie a toujours une approche multiple, on va allier plusieurs pratiques ce qui est difficilement évaluable dans les études et protocoles qui sont réalisés aujourd’hui.⁷⁶ »

Concernant le cadre juridique, la naturopathie est référencée par l’OMS, depuis la Conférence d’Alma Ata de 1978, elle est conventionnellement enregistrée depuis 1968 au Bureau International du Travail de Genève, elle est inscrite dans les Pages Jaunes de l’annuaire téléphonique sous la rubrique : « soins hors d’un cadre réglementé » et le Thesaurus de l’UNESCO (liste de termes contrôlés et structurés pour l’analyse thématique et la recherche de documents et publications) lui assigne une référence « médecine traditionnelle »⁷⁵.

Cependant, la loi française réserve l’exercice de la médecine aux seuls détenteurs d’un doctorat en médecine (diplôme d’état). De même, les paramédicaux sont structurés et reconnus. Mais aucun texte législatif ne précise le statut des naturopathes, alors que les professions d’ostéopathe et de chiropraticien sont dans un processus de reconnaissance depuis 2002.

Le vide juridique est donc total, mais il n’y a pas d’interdit dès lors que la loi est respectée en matière d’exercice illégal de la médecine.

Concernant la formation, la fédération française des écoles de naturopathie existe depuis 1985. Il s’agit de la référence qualité de la formation au métier de naturopathe en France⁷⁴. Elle valide les agréments des écoles de naturopathie en France. « L’agrément par La FÉNA suppose un engagement sur un programme déterminé. Celui-ci met l’accent sur la pratique du futur professionnel et sur la déontologie. Il doit intégrer les techniques majeures de la naturopathie ainsi que les fondamentaux scientifiques de l’anatomie, de la physiologie. Il doit comprendre l’enseignement de l’hygiène vitale et de la naturopathie appliquée, de la biochimie et de la nutrition, des techniques de gestion du stress, de la phytologie et de l’aromatologie. Peuvent s’y ajouter, notamment, l’hydrologie et les techniques respiratoires. Les formations par correspondance ne sont pas acceptées. Un minimum de 1200 heures de formation en présentiel est requis. Afin que leur candidature à La FÉNA puisse être étudiée, les écoles doivent avoir au moins deux années d’existence et transmettre notamment leur bilan pédagogique.⁹⁸ »

Les années à venir seront déterminantes pour les médecines dites non-conventionnelles dont la naturopathie. La prévention est devenue un enjeu considérable en matière de santé ; et la naturopathie, en tant que pratique de santé préventive, est un atout majeur pour y répondre.

Sophrologie :

D'après la littérature, la sophrologie apporte une détente et un bien-être immédiat. Certaines études mettent en avant l'utilité possible de la sophrologie via la relaxation par la visualisation sur l'humeur, la dépression, les nausées et les vomissements induits par la chimiothérapie.

En France, la profession de sophrologue est non réglementée et donc aucun diplôme, certificat ou autre ne peut être légalement exigé pour s'installer. En revanche, même si la loi ne l'impose pas, une formation au métier de sophrologue est indispensable pour la pérennité de l'activité professionnelle et la sécurité des clients. Il n'existe pas de diplôme d'État de sophrologue mais quelques D.U. (diplômes universitaires) qu'il faut appréhender avec attention. En effet, ils n'ont pas la même valeur ou reconnaissance que les autres diplômes d'université comme la licence ou le doctorat. Il n'existe pas de « Master » de sophrologue en France puisque ce diplôme est réservé aux cursus de l'Enseignement Supérieur. Le titre RNCP est la seule distinction officielle du métier de sophrologue en France aujourd'hui (titre de niveau 5 en Europe). Cette appellation signifie que le « diplôme » délivré par une école de sophrologie est enregistré au RNCP (Répertoire National de la Certification Professionnelle). La Société Française de Sophrologie a obtenu par décision du 28 décembre 2018 publiée au journal officiel du 4 janvier 2019, « l'enregistrement au RNCP du titre à finalité professionnelle de SOPHROLOGUE n°17965, de niveau 5 »

⁹⁹. Pour obtenir le Titre de Sophrologue inscrit au RNCP, deux voies sont possibles¹⁰⁰ : La Certification par la formation professionnelle continue dans une des écoles affiliées de la SFS, habilitées à préparer au titre RNCP et la Certification par la VAE pour les professionnels installés depuis 1 an (équivalent plein temps : 1820 heures).

Comme nous l'avons mis en évidence, dans cette partie, mise à part la littérature pour l'acupuncture et malgré l'engouement des patients cancéreux pour les MCA il existe encore que trop peu d'études. En France, comme le met en évidence la figure ci-dessous, le nombre d'études et la littérature sont faibles dans le domaine⁷⁰.

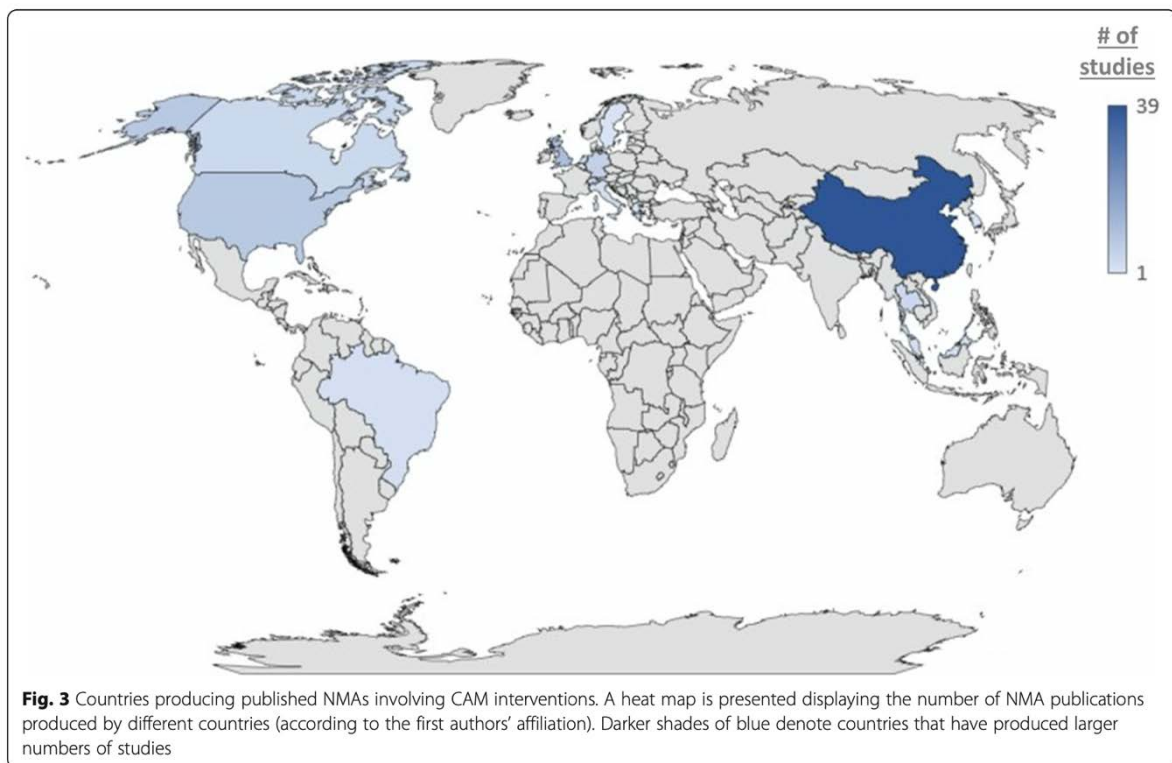


Figure 16 : Représentation du nombre d'études dans les MCA lors d'une revue de littérature par pays

Source : Misty Pratt et al. A scoping review of network meta-analyses assessing the efficacy and safety of complementary and alternative medicine interventions. Pratt et al. Systematic Reviews (2020) 9:97.

Ce faible nombre d'essais cliniques pourrait être dû à différents points. Tout d'abord ces essais cliniques semblent peu attractifs comme il a été mentionné dans le rapport de l'APHP⁵²: « Les difficultés de financement des projets de recherche clinique sont une des explications avancées pour expliquer le fait que les équipes françaises sont peu présentes dans la littérature internationale sur ces sujets. En l'absence d'appels à projets dédiés ou d'axe prioritaire dans les appels à projets ministériels ou internes à l'APHP, les projets portant sur les médecines complémentaires se trouvent en compétition avec des projets s'inscrivant dans des thématiques plus conventionnelles (génétique, immunologie...). Ainsi, 2 projets portant sur la prise en charge des effets secondaires induits par des chimiothérapies

anticancéreuses ont été soumis par des équipes de l'APHP en 2009 (PHRC Cancer) et en 2011 (PHRC National), et rejetés au stade de la lettre d'intention au motif qu'ils n'entraient pas dans le champ d'application de l'appel d'offres ».

Il existe aussi, de nombreuses différences entre les traitements médicamenteux utilisés en médecine allopathique et en MCA, tout d'abord d'un point de vue réglementaire, la réglementation des MCA est très hétérogène alors que celle des médicaments est uniforme et très réglementée

¹⁰¹. L'ordre d'accès au marché n'est pas le même non plus, les MCA arrivent en premier sur le marché et commencent à être utilisées par les patients/personnes et ensuite sont évaluées alors que les produits de santé sont d'abord évalués et doivent obtenir une autorisation de mise sur le marché pour être diffusés. Pour finir, le but de la prise en charge n'est pas non plus le même, les MCA ont principalement pour but d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des patients et donc intervient principalement en complémentarité des traitements conventionnels alors que ceux-ci doivent montrer une efficacité spécifique et ont souvent pour but de remplacer un traitement existant.

Ces différences pourraient donc amener à remettre en question l'adéquation du modèle d'évaluation développé dans le champ du médicament à l'évaluation des MCA et à proposer d'autres stratégies de recherche¹⁰¹. Notamment en se positionnant sur l'importance de la place du patient dans la recherche.

Enfin, l'évaluation des MCA chez les patients cancéreux doit certainement être élargie en trouvant la meilleure méthode pour les évaluer.

c) Intérêt économique :

L'analyse de l'intérêt économique a été effectuée sur une revue de la littérature orientée en Europe, Amérique du Nord et Australie. En effet, ces régions du monde sont celles qui ont un modèle économique le plus proche du modèle français. Le but de cette partie est de réaliser un état des lieux de l'efficacité, que sait-on de l'efficacité des médecines complémentaires et alternatives ? Le faible nombre d'articles à ce sujet dans le cancer (4 articles exploitables cf la partie : I) est-il représentatif d'une non efficacité de ces pratiques ? Comment justifier l'utilisation de ces pratiques si non efficacité démontrée ?

Les recherches effectuées ont mis en avant la complexité d'étudier l'intérêt économique de ces pratiques du fait d'une difficulté à définir et évaluer l'efficacité ainsi que de choisir les traitements comparateurs¹⁰².

Malgré cela, une étude américaine effectuée au sein du Beth Israel Medical Center qui a mis en œuvre une Initiative « Urban Zen » - Urban Zen est une approche de médecine intégrative comprenant la thérapie par le yoga, les soins infirmiers holistiques et un environnement de guérison en milieu hospitalier - au sein de l'unité d'oncologie médicale a mis en évidence « une diminution significative de l'utilisation des coûts des médicaments antiémétiques, anxiolytiques et hypnotiques ainsi qu'une diminution des coûts totaux des médicaments dans l'échantillon « Urban Zen » par rapport au groupe de référence ». Cette réduction d'utilisation de médicaments s'est traduite par des « économies substantielles pour les hôpitaux dans les soins des patients en oncologie »¹⁰³. Pour confirmer ces résultats, une nouvelle étude est nécessaire en utilisant des groupes randomisés et équivalents.

En Allemagne, en 2017, un groupe de travail regroupant des experts en oncologie complémentaire faisant partie de la Société Savante : *German Cancer Society* ont émis 8 recommandations pour l'analyse économique des MCA en oncologie¹⁰².

La première concernant la détermination du traitement comparatif, consiste à envisager toutes les options (de l'oncologie conventionnelle, de la psycho-oncologie, de la psychoéducation, des soins palliatifs, etc.). Effectivement, lors de la planification d'une étude, les paramètres doivent être comparables à ceux des soins conventionnels et les populations de l'étude doivent être comparables aux patients bénéficiant de soins conventionnels.

Pour évaluer les coûts, le groupe d'experts recommande de réaliser une approche globale basée sur les coûts directs et indirects et d'y inclure les frais payés directement et indirectement par les patients et leurs familles. L'évaluation des coûts immatériels doit aussi être intégrée au calcul

des coûts. La 4ème recommandation est d'analyser les mêmes paramètres pour les MCA et l'oncologie conventionnelle dans une étude comparative. De plus, les influences des MCA sur les coûts de traitement en médecine conventionnelle et vice versa doivent être évaluées. Le bénéfice et l'efficacité doivent être comparés en utilisant les mêmes paramètres pour les MCA que pour l'oncologie conventionnelle. Ces paramètres doivent inclure des données cliniquement pertinentes sur la survie et la qualité de vie et une notification complète des événements indésirables. Pour finir, les résultats rapportés par les patients doivent également être inclus. L'intégration du point de vue du patient dans l'évaluation des bénéfices et des risques est recommandée dans les MCA ainsi qu'en oncologie conventionnelle. En revanche, il n'est pas recommandé d'utiliser le point de vue des personnes en bonne santé pour évaluer ou classer les avantages. Pour conclure sur ces recommandations, « les approches habituelles de la médecine conventionnelle pour évaluer les coûts, les bénéfices et l'efficacité semblent adéquates dans le domaine des MCA en oncologie. De plus, une réflexion approfondie sur le comparateur, les paramètres et les instruments est obligatoire pour la conception des études. »

Malgré ces travaux ayant pour but d'évaluer l'intérêt économique des MCA et d'émettre des recommandations à ce sujet, la littérature dans le domaine reste faible. Cette rareté des études peut éventuellement être expliquée par une incitation moins importante à effectuer des évaluations économiques de la médecine complémentaire et alternative (MCA) comparé aux soins conventionnels. En effet, les consommateurs dépensent déjà une grande partie de leur revenu disponible dans les MCA sans preuve formelle d'efficacité ou de rentabilité. Des évaluations économiques sont généralement nécessaires pour l'incorporation des thérapies dans les mécanismes de financement traditionnels et pour l'ajustement de la couverture dans le cadre de ces mécanismes or dans le cadre des MCA, les pratiques sont déjà utilisées par les patients. Comme mentionné dans la partie intérêt médical, le processus de mise sur le marché est différent des médecines conventionnelles (les MCA arrivent en premier sur le marché et commencent à être utilisées par les patients/personnes et ensuite sont évaluées alors que les produits de santé sont d'abord évalués et doivent obtenir une autorisation de mise sur le marché pour être diffusés.) Par conséquent, le marché de l'évaluation économique dans les MCA peut être restreint en raison de l'implication réduite des tiers payants dans le financement de celles-ci.

Il est aussi apparu que certains praticiens de MCA n'émettaient pas le besoin d'évaluations économiques. Une étude intéressante de Kelner et al¹⁰⁴ avait -à l'époque- interrogé des chiropraticiens, homéopathes et praticiens de Reiki sur la nécessité de démontrer l'efficacité, la

sécurité et la rentabilité de leurs thérapies. Les chiropraticiens ont convenu que des évaluations économiques de haute qualité sont essentielles à leur pratique, mais les praticiens de Reiki ne voyaient aucune raison à cette recherche et les homéopathes étaient divisés sur ces questions. Il peut y avoir une bonne raison pour laquelle certains praticiens résistent à l'évaluation économique. Lors des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire, malgré une volonté majoritaire du remboursement de ces pratiques -afin de permettre un accès plus égalitaire aux soins-, certains praticiens ont émis l'hypothèse d'une perte d'autonomie et d'une diminution de l'individualisation de la prise en charge dans le cas d'un remboursement. En effet, dans le cas où l'intérêt économique des thérapies de MCA est mis en évidence, il y aurait de plus forte chance d'avoir un remboursement par un tiers ce qui pourrait réduire l'autonomie du praticien¹⁰⁵. Effectivement, cela pourrait changer radicalement la façon dont les MCA sont pratiquées en diminuant l'utilisation d'interventions multidimensionnelles à plusieurs composantes, en institutionnalisant les soins dans les systèmes de soins de santé conventionnels et en limitant l'individualisation des soins.

Il est intéressant aussi d'aborder la question du surcoût potentiel en cas de non encadrement et le potentiel fardeau économique de certaines habitudes -notamment alimentaires- qui pourrait être évité grâce à certaines pratiques (comme la naturopathie qui a pour principal but : la prévention en santé)⁷⁶.

En 2018, l'OMS a émis un avis sur la consommation de viande rouge et transformée (Cf partie Intérêt médical des différentes pratiques : naturopathie). Suite à cela, le journal scientifique « The lancet » a publié un article concernant la viande, il a estimé que les « coûts liés à la santé directement attribuables à la consommation de viande rouge et transformée seront de 285 milliards de dollars américains en 2020, soit 0,3% du PIB mondial brut. 4,4% de tous les décès dans le monde seraient causés par la viande rouge ou transformée »¹⁰⁶. Dans ce sens, la naturopathie - qui conseille souvent de réduire la consommation de viande - pourrait avoir un impact significatif sur la réduction du fardeau économique lié à la consommation excessive de viande rouge et transformée dans le monde.

Dans l'un des articles, il est apparu un point intéressant concernant l'encadrement des MCA. Le manque d'encadrement des MCA, signifie que la majorité des patients utilisent les services de médecine complémentaire et intégrative traditionnels de manière indépendante, avec peu de conseils de la part des professionnels de la santé en oncologie. « En conséquence, les patients sont souvent mal informés et engagent des coûts importants sur des produits naturels qui pourraient être inefficaces ou non testés et utilisent potentiellement des thérapies qui

interagissent négativement avec les traitements conventionnels ou qui sont dangereuses. Le stress et l'anxiété ainsi que la perte de confiance dans la relation thérapeutique avec les médecins sont également des conséquences.⁴³ »

Pour conclure, même si les résultats cliniques d'une thérapie par les MCA sont similaires ou légèrement moins bénéfiques que ceux des soins habituels, un coût lié aux soins moins élevé pourrait rendre ces thérapies attrayantes pour les décideurs. Cependant, si aucune donnée sur les coûts n'est disponible, même les thérapies hautement efficaces peuvent être facilement négligées¹⁰⁵.

Malgré l'augmentation d'évaluation économiques des MCA et la qualité de celle-ci^{43,102,103,105} ces dernières années, la majorité des MCA reste encore à évaluer.

IV) Financement :

a) Coût/prix des séances en ambulatoire :

« Le coût d'une séance d'acupuncture varie entre 35 € et 90 € selon la renommée de l'acupuncteur et le type de pathologie. Si la séance est pratiquée par un médecin acupuncteur conventionné, elle est remboursée par la Sécurité sociale à hauteur de 70 % du TC – ou Tarif de Convention -. Au regard du prix des séances assez élevé, des mutuelles incluent dans leurs prestations des remboursements forfaitaires.

¹⁰⁷» Un patient atteint de cancer, nécessite en général plusieurs séances.

Les honoraires de consultation en naturopathie sont libres, mais en règle générale la fourchette se situe entre 60 € et 90€ pour la 1ère consultation pour une durée d'environ 1h à 1h30^{74,108}.

Le nombre de séances nécessaires en naturopathie dépend des besoins de chacun (souvent 3 séances sont nécessaires au minimum).

Concernant la sophrologie, il existe 2 types de séances : individuelle et collective. Une séance individuelle coûte en moyenne 45€, le prix peut varier entre 30 et 100€ la consultation. Une séance collective coûte en moyenne 12€¹⁰⁹. La sophrologie fait partie des thérapies brèves. Il faut, en moyenne, compter entre 6 à 12 séances pour un accompagnement complet^{110,111}.

b) Tarification dans les hôpitaux – Exemple de l'APHP ¹¹²:

Pour la tarification dans les hôpitaux, nous allons prendre l'exemple de l'AP-HP, les informations sont issues du rapport sur les médecines complémentaires au sein de l'AP-HP datant de 2012. Concernant la facturation, seuls les actes techniques médicaux bénéficiant d'un tarif et réalisés en consultation externe peuvent être facturés. Dans ce cas, les règles prévoient la facturation de l'acte (ou prestation) le plus cher pour des actes (ou prestations) réalisés pour un patient, lors d'une même séquence de soins, par le même professionnel. Cela signifie que si le praticien réalise une consultation de spécialiste et un acte CCAM au même moment sur un même patient, c'est l'acte (ou prestation) le plus cher qui sera facturé. A titre d'exemple, c'est l'acte d'acupuncture (18€) qui doit être facturée lorsqu'elle est associée à la réalisation d'un électrocardiogramme (14,26€) tandis que c'est l'échographie transcutanée de la glande thyroïdienne (34,97€) qui doit être facturée lorsqu'il est associé à l'acte de médecine manuelle-ostéopathie (de la colonne vertébrale) (33,5€). « Pour les actes ou prestations non codifiés, ainsi que pour les actes codifiés par l'Assurance Maladie mais valorisés à 0€ (cas de l'hypnose), les Établissements Publics de Santé (EPS) ont la possibilité de créer des tarifs

locaux. Ces tarifs doivent être définis, puis créés dans le système d'information ; ils doivent faire l'objet d'une décision de la Direction générale et être publiés au BOAMP⁴ pour les rendre opposables aux tiers (Ces tarifs sont libres mais sont normalement le fruit d'un calcul médico-économique sur la base des charges constatées. La Direction Économique, Financière et de l'Investissement Patrimonial recommande que ces actes soient payés avant la consultation et sur devis comme tous les actes non pris en charge par l'Assurance maladie.)⁵². »

Les séances de sophrologie réalisées au sein de la Timone sont financées par la Ligue contre le Cancer (Comité des bouches du Rhône)¹¹³.

Il est apparu, lors des entretiens, que les séances liées à une prise en charge globale du patient et donc à l'utilisation de MCA n'étaient pas tarifées comme tel mais sous un autre objet.

c) Assurances complémentaires de santé :

En France, quelques assurances complémentaires remboursent en partie les pratiques d'acupuncture, de naturopathie et de sophrologie (*Tableau 8*).

Ces remboursements sont souvent sous conditions. En effet, pour certaines assurances complémentaires de santé, les praticiens doivent être titulaire d'un diplôme d'état. Dans d'autres cas, le patient doit bénéficier d'un certificat médical réalisé par un médecin certifiant le besoin de recours à cette pratique en particulier (swiss life par exemple).

De plus, les assurances ne prennent souvent en charge que partiellement. Le remboursement est donc limité par un nombre de séances ou l'équivalent d'un forfait par an. Dans la majeure partie des cas, l'information du prix des contrats est très difficile à trouver (des devis sont spécifiques à chaque demandeur en fonction de divers critères, tel que : l'âge, les antécédents médicaux etc...). Il est donc difficile d'évaluer la hauteur de prise en charge de ces complémentaires.

Dans le cas de la complémentaire Alptis, son pack supplémentaire « bien-être » coûte 6€ par mois et il prend en charge 25€ par séance pour 5 séances par an maximum ; ce qui fait au final une prise en charge de 78€ par an. La MFIF semble la plus en adéquation avec les besoins des consommateurs en proposant une prise en charge à hauteur de 60€ par séance à raison de 12 séances par an avec la garantie Essentielle 4 de sa gamme PROTECT BIEN-ETRE. Le montant de ce contrat n'a cependant pas été trouvé.

⁴ Le bulletin officiel d'annonce des marchés publics est une publication officielle française dédiée à la publication des avis d'appel public à la concurrence, obligatoirement imposée pour les marchés publics supérieurs à 90 000 euros HT. Le BOAMP assure la publication des avis d'appels publics à la concurrence à l'échelle nationale. Il reçoit également les avis d'attribution de marché.

Dans le cadre du cancer, les patients ont souvent besoin de plusieurs séances et d'une synergie dans l'utilisation des pratiques comme nous l'avons vu au sein des Centres de prise en charge du cancer (Institut Raphaël et Centre Ressources). Ces forfaits ne semblent donc pas idéalement adaptés à des patients atteints d'une pathologie aussi lourde que le cancer. La complémentaire santé Malakoff Humanis, pionnière dans cette prise en charge, paye les cotisations mensuelles à hauteur de 40€ à ses sociétaires au sein du centre Ressource d'Aix-en-Provence¹¹⁴.

Aucun panier spécial « cancer » n'a été mis en évidence dans cette recherche.

Tableau 8 : Exemples de quelques assurances complémentaires santé prenant en charge des MCA en France (liste non exhaustive)

Mutuelle	Acupuncture	Naturopathie	Sophrologie ¹¹⁵	Montant de prise en charge
COMPAGNIE DES FEMMES ¹¹⁶	OUI	OUI	OUI	25 € par séance/ 5 séances / an OU 30 € par séance / 5 séances / an
Adrea mutuelle ¹¹⁷	OUI	OUI	OUI	75 € par année civile Limité à 30 € par séance pour les consultations non remboursées par le Régime Obligatoire OU 150 € par année civile Limité à 30 € par séance pour les consultations non remboursées par le Régime Obligatoire
MGEN	Non mentionné	Non mentionné	Sous condition ¹¹⁵	Conditions sophrologie : que le sophrologue soit certifié RNCP; et que le client ait un certificat médical de son médecin lui préconisant les séances de sophrologie.
Swiss Life ¹¹⁸	OUI	OUI	25€/séance jusqu'à 5 séances /an/famille.	Si prescription par un médecin.
ALPTIS ¹¹⁹	Pack Bien-être 25€ la séance pour 5 séances/an/assuré			Pack : 6€/mois (donc prise en charge équivalent à 78€/an) Le praticien de médecines douces doit être diplômé d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé
MUTUELLE CAP VERT	De 25 à 240€ par an selon le forfait choisi ¹²⁰	OUI	De 125 à 240 €/an/selon le forfait choisi.	
MUTUELLE VERTE ¹²¹	30 ou 40 Euros / séance 3 séances / an	30 ou 40 Euros / séance 3 séances / an	NON	Praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales

MFIF ¹²²	60€ par séance à raison de 12 séances par an avec la garantie Essentielle 4 de sa gamme PROTECT BIEN-ETRE ¹²³	La Gamme PROTECT BIEN-ETRE : 3 niveaux de garantie Santé Conventiionnelle et des renforts de Médecine douce.
---------------------	--	--

Pour conclure, quelques complémentaires sont actives dans le domaine mais aucune ne semble adaptée dans la prise en charge du cancer. Une évolution vers un remboursement plus global est donc possible pour les médecines complémentaires et alternatives.

d) Patient :

Les MCA ont connu un engouement sociétal, avec une augmentation de l'appel à ces pratiques de la part des patients atteints de cancer.

En effet, comme mentionné dans les interviews, « dès l'annonce du diagnostic, les personnes touchées par le cancer font face à un défi existentiel. Il est nécessaire d'apporter une aide non pas morcelée et ponctuelle mais un véritable soutien dans la durée. Tout en s'attachant à autonomiser le patient, cet accompagnement pourra se poursuivre tout le long des traitements mais également après, à l'arrêt des traitements où il ne s'agit pas de l'inciter à vivre « comme avant », mais de l'aider à s'inscrire dans une nouvelle vie impliquant nécessairement de nouveaux repères tant sur le plan existentiel qu'en termes de prévention santé ».

Malheureusement, malgré une prise en charge partielle des mutuelles, et l'implication de certaines associations en France, le reste à charge est souvent important pour les patients. Aujourd'hui, la plupart des médecines complémentaires et alternatives sont à la charge du patient^{105,124}. Avec des séances en moyenne de 50€ et un suivi sur plusieurs séances par différentes pratiques en parallèle, le budget pour le patient peut monter très rapidement.

Ceci amène au principal objectif de la thèse qui est de permettre un accès plus équitable aux MCA permettant une prise en charge globale des patients atteints de cancer. Effectivement, cette prise en charge permettrait d'éviter une sélection par moyen financier.

e) Centre : quel type de financement ?

Dans cette partie le financement des centres de MCA dans le cancer existant en France va être abordé pour 2 de ces centres, l'Institut Raphaël à Levallois-Perret et le Centre Ressource d'Aix-en-Provence.

Le Centre Ressource bénéficie d'une multiplicité de sources de financement.

Dans le cadre du patient acteur de sa santé et puisqu'il s'agit d'une association citoyenne et non de patients, celui-ci participe à hauteur de ses moyens. Le forfait est à 40€ par mois mais en moyenne les patients donnent 20 à 25€. La participation des patients correspond à 12-15% du financement du centre.

10% de financement provient de dons de personnes qui viennent régulièrement aux centres.

15% provient de partenariats avec des entreprises (mutuelles, laboratoires pharmaceutiques).

8% du financement provient de dons réguliers, en général il s'agit de 5€ par mois. 10% de budget provient d'appels à projet et de remises de prix.

10% est apporté par les collectivités (conseil régional, de la mairie, de la métropole). Et pour finir, la pérennité du centre passe aussi par une grande générosité. Par exemple, une entreprise de nettoyage nettoie les locaux tous les jours gratuitement. La médecine du travail participe aussi au financement à travers des dons. De plus, les praticiens interviennent bénévolement.

Concernant l'Institut Raphaël⁶⁸, le financement passe aussi à travers des dons ponctuels ou mensuels, des partenariats et un soutien de la région. La prise en charge est gratuite pour les patients et les praticiens sont payés par forfait.

f) Exemple de l'international : 43.⁸⁵

Aux États-Unis, les MCA sont généralement prises en charge par les patients. Ce n'est que dans de rares cas que les consultations d'acupuncture ou d'autres MCA peuvent être couvertes par certaines compagnies d'assurance. La philanthropie peut alors couvrir le coût de certains services hospitaliers de MCA ou de cours de groupe, comme le yoga. Les types de MCA proposés en dehors des milieux hospitaliers par des cliniques indépendantes peuvent varier considérablement et sont rarement couverts par l'assurance maladie.

Le système de santé canadien n'offre aucune couverture pour les services de MCA, sauf par le biais d'une assurance maladie privée. L'accès est donc limité à ceux qui bénéficient d'une couverture ou peuvent payer de leur poche ces pratiques. Le modèle de financement à l'acte appliqué au Canada, pose un défi de taille à l'instauration des MCA et des services d'oncologie intégrative dans le pays.

En Australie⁸⁵, les coûts financiers liés à l'usage des MCA sont largement pris en charge par les patients cancéreux, avec un financement partiel seulement pour des services limités offerts par des organismes privés d'assurance maladie. Malgré cela, l'engagement en faveur d'un accès équitable aux soins de santé est important, certains centres de cancérologie fournissent désormais des services de MCA sans frais pour le patient.

Concernant l'Europe il y a de grandes disparités. L'Italie, est un exemple de financement innovant. Malgré la prévalence relativement faible de l'utilisation des MCA signalées par les patients atteints de cancer, de nombreuses régions les intègrent dans les systèmes hospitaliers publics et les subventionnent.

Pour conclure, les défis liés au financement et à la fourniture de soins de médecines complémentaires et alternatives abordables en oncologie sont un obstacle commun et important rencontré sur les 3 continents.

V) **Propositions et Perspectives :**

- a) Installation de nouveaux centres de Médecines Complémentaires et Alternatives dans le cancer et instauration de services dédiés aux médecines complémentaires et alternatives au sein des services d'oncologie en France :

Dans cette partie, des recommandations seront proposées concernant les centres de MCA dans le cancer et la création de nouvelles unités au sein des services d'oncologie dans les hôpitaux français.

Quelques centres de MCA dans le cancer sont déjà présents en France. Afin d'éviter des inégalités territoriales, il serait recommandable d'installer de nouveaux centres. Pour réussir leur installation et permettre leur pérennité, ils devront -en prenant exemple sur les centres pionniers- faire preuve de créativité dans la recherche de financement. Pour cela, ils pourraient effectuer des demandes de subventions auprès du gouvernement, auprès de sources philanthropiques et auprès de partenariats afin de permettre un accès équitable à tous les patients atteints de cancer.

L'instauration d'une unité de MCA dans les services d'oncologie au sein des hôpitaux faciliterait le parcours de soin du patient qui serait alors pris en charge médicalement et en soins de support ce qui lui permettrait de recevoir une médecine personnalisée et globale à l'hôpital. Ce genre de service permettrait de répondre à l'utilisation et à la demande importantes des patients cancéreux pour les MCA d'une manière sûre et fondée sur des preuves. Pour créer et maintenir ces services dans la durée, des scientifiques ayant étudié le sujet au niveau international ont proposé quelques recommandations dans l'article « *Integrative Oncology: International Perspectives*.⁴³ »

Tout d'abord, avant de fonder une unité de MCA en oncologie, les scientifiques conseillent d'effectuer une étude de l'environnement, de s'inspirer de modèles qui fonctionnent, de recruter et d'accréditer des praticiens de MCA et enfin de rechercher un soutien descendant aux niveaux organisationnel et politique ainsi qu'un soutien externe à travers, par exemple, des associations qui soutiendraient le projet. Cette unité serait fondée dans le respect des valeurs et de la culture des professionnels de santé et des patients. La personne en charge de l'unité devrait se préparer aux attitudes négatives, notamment concernant la remise en question de cette unité qui pourrait être décriée comme « non essentielle et non fondée sur des preuves ». Plusieurs parties prenantes seraient impliquées afin d'écouter et de résoudre de manière proactive les incertitudes sur l'efficacité et l'innocuité des MCA. Des informations fiables pourraient être identifiées et

diffusées (sous forme papier ou électronique) auprès des patients, des praticiens et des prestataires sur les indications cliniques et les preuves existantes. L'unité pourrait envisager d'utiliser un modèle de co-conception basé sur l'expérience pour impliquer les parties prenantes concernées. Un programme pilote en tant qu'initiative de recherche devrait être établi. Et l'unité devrait collaborer avec d'autres programmes de recherche dans le domaine. De plus¹²⁵, l'emplacement de la salle du médecin coordinateur de l'unité devrait se situer près du service d'oncologie, du temps devrait être attribué entre l'oncologue et le médecin coordinateur et enfin, les praticiens de l'unité de MCA devraient être rémunérés.

Afin que cette unité soit pérenne, il faudrait trouver le moyen de faciliter le travail des infirmières et des oncologues en collaborant avec les équipes. Saisir toutes les opportunités qui permettent de partager des informations d'*evidence-based* à propos des MCA avec les équipes de l'hôpital. Aborder toute politique organisationnelle qui empêche le développement de cette unité. Faciliter la formation continue des professionnels de santé et permettre un accès facile aux patients. Et enfin, collecter et diffuser au sein de l'hôpital les retours des patients sur le fardeau des symptômes et leurs commentaires sur leurs expériences au sein du service de MCA et leurs préférences concernant leur prise en charge.

Ce genre d'unité existe déjà aux États-Unis, au sein des établissements suivants : *MD Anderson Cancer Center* et *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*. De plus, la *Society for Integrative Oncology (SIO)* a été fondée en 2003 en tant qu'organisation multidisciplinaire à but non lucratif et a publié en 2009 des lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes pour les MCA en oncologie.

Plusieurs études^{125,126} suggèrent que les patients traités dans des unités de MCA en oncologie perçoivent la consultation comme favorable et valorisent le processus d'obtention d'informations fiables qui leur permettent d'être plus impliqués dans la gestion de leurs soins. En outre, ils signalent des résultats positifs en matière de qualité de vie (y compris dans la douleur et la détresse psychologique).

b) Prise en charge des médecines complémentaires et alternatives par la sécurité sociale – exemple des prothèses capillaires et perspectives :

En France, en 2014, le remboursement des prothèses capillaires par la sécurité sociale a été réévalué. Cette évaluation avait pour objectif de répondre à un des objectifs du plan Cancer¹²⁷ 2014-2019. « Le 3ème plan cancer, couvrant la période 2014-2019, avait été lancé le 4 février 2014 par le président de la République. Les mesures annoncées s’articulent autour de 4 grandes priorités dont l’amélioration de la qualité de vie des patients ». En 2018, la CNEDiMTS modifie les modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires inscrits au chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l’article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale afin de clarifier des modalités de délivrance et de la définition et du cadre de prise en charge^{128,129}.

Voici les tarifs et prix limites de vente au public (PLV) en € TTC des prothèses capillaires fixées par le CEPS¹³⁰ :

CODE	LIBELLE	Tarif en € TTC	PLV en € TTC
1xxxxx1	Prothèse capillaire totale, classe I. Ce code inclut la prise en charge d’un accessoire textile.	350,00	350,00
1xxxxx2	Prothèse capillaire totale, classe II. Ce code inclut la prise en charge d’un accessoire textile.	250,00	700,00
1xxxxx3	Prothèse capillaire partielle. Ce code inclut la prise en charge d’un accessoire textile.	125,00	125,00
1xxxxx4	Accessoires capillaires, 3 accessoires.	20,00	40,00

Le remboursement des prothèses capillaires est donc en partie évalué dans le cadre du plan cancer 2014-2019. Dans ce plan, l’action 7.7 a pour intitulé : « AMÉLIORER L’ACCÈS À DES SOINS DE SUPPORT DE QUALITÉ ».

De plus, d’après UNICANCER, les MCA dans le cancer (soins de supports) « seront considérés à l’horizon 2025 comme indispensables à tous les patients traités pour un cancer avec un impact prouvé sur les résultats de santé (moins d’hospitalisations non programmées, moins de récurrences, etc.) » L’objectif est « d’harmoniser les soins de support proposés aux patients et d’augmenter et pérenniser les financements »⁵⁹.

Il est aussi important de notifier la création de l’Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives (A-MCA) qui devrait apporter un encadrement de nouvelles perspectives afin que les MCA puissent éventuellement, remplir les critères d’un remboursement par la sécurité sociale (SS).

Pour conclure, ces différents points mettent en exergue une perspective éventuelle d'une prise en charge des MCA par la SS. Pour cela, « il sera aussi nécessaire « d'harmoniser ces soins »⁵⁹.

c) Prise en charge par les complémentaires santé :

La prise en charge des MCA par les complémentaires santé dans le cancer pourrait être intéressant à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, elle permettrait un accès plus égalitaire aux soins des patients atteints de cancer. Il s'agirait alors d'une complémentarité de prise en charge. En effet, cela permettrait aux complémentaires de couvrir un certain nombre d'actes et prestations qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. « Dès lors que ces professionnels y ont un avantage et sont d'accord ». Les complémentaires santé pourraient essayer de bâtir des partenariats avec d'autres professions de santé ou des praticiens en MCA, qui leur permettraient de se diversifier. Ce serait une opportunité sur laquelle les complémentaires santé pourraient rebondir¹³¹. Ce type de prestation pourrait attirer plus de clients et permettrait d'avoir une image de leader dans le domaine du cancer. Intervenir auprès d'une pathologie médiatisée et créer de la valeur pour le patient pourraient être une réelle campagne d'affaires publiques pour celles-ci. Dans ce secteur concurrentiel (il y a une assurance maladie obligatoire mais plusieurs assurances maladies complémentaires), la singularité d'une prise en charge des MCA dans le cancer permettrait une différenciation de la complémentaire innovante et donc de se démarquer de ses concurrentes. De plus, l'objectif des complémentaires santé est d'avoir des « parcours de santé cohérents qui permettraient d'améliorer la coordination des acteurs, d'éviter des hospitalisations ainsi que la iatrogénie médicamenteuse »¹³². Une meilleure gestion du risque de santé est une préoccupation très forte des assureurs.

Cependant, il s'agit d'un secteur qui reste complexe.

Tout d'abord, la pérennité et l'organisation des remboursements dans un secteur des MCA où les tarifs sont libres pourraient être questionnées. De plus, de manière générale, les complémentaires santé ont « mauvaise presse ».

Une crainte de celles-ci pourrait être que les clients ne souscrivent pas à ces « offres spéciales MCA et cancer » car certaines idées restent encore ancrées en France. Notamment, la sélection des adhérents et l'exploitation des données personnelles. De plus, « la perception des ménages, est que la complémentaire coûte de plus en plus cher. ¹³³»

« Il est indispensable de commencer par un état des lieux de notre système de soins et des besoins de nos concitoyens. A cet égard, le système n'est pas aussi satisfaisant que ce que l'on croit et les attentes de la société sont très fortes »¹³⁴.

Pour évoluer, les complémentaires de santé ont peut-être besoin d'un déclencheur. Récemment la sécurité sociale est intervenue auprès de celles-ci. Elles devront payer une surtaxe Covid de 1,5 milliard d'euros. Cette mesure permettra de récupérer des montants qui n'ont pas été déboursés en raison de la chute des dépenses de santé pendant le confinement, et de la prise en charge à 100 % de certains actes par l'Assurance-maladie¹³⁵. Cet exemple met en exergue la nécessité des complémentaires santé d'être plus pro-actives. « Nous avons besoin du monde extérieur pour nous chahuter dans nos réflexions et les perspectives que nous dressons. »

Pour conclure, les acteurs les plus importants pour influencer un changement sont les assurés et les associations patients. « Les complémentaires santé, c'est un monde diversifié, riche de différents acteurs qui adaptent leurs offres à leurs assurés »¹³³.

d) Implication des régions :

Dans cette partie, l'implication des régions dans le financement et dans l'aide à l'implémentation des MCA vont être abordés à travers 3 exemples : le premier est une association française qui est financée par l'agence régionale de santé (ARS) de la région dans laquelle elle se trouve, le deuxième est la mise en place d'un parcours de soin post-cancer piloté par les ARS dans le cadre de l'Article 59 de la LFSS 2020 et le troisième est l'exemple Toscan de financement régional.

Le Réseau ONCO 28 est une association loi 1901 à but non lucratif, créée en 2006 et financée par l'Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire (ARS)¹³⁶. C'est un réseau Ville/Hôpital qui coordonne les soins à domicile avec les établissements de santé (hospitaliers et privés), des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmières libérales, kinésithérapeutes...), des associations de malades, pour offrir aux patients et à leurs familles un service de proximité, continu, adapté à leurs demandes. L'association a pour but de répondre aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux du patient et de son entourage. Elle propose alors des soins « de support » qui correspondent aux MCA avec un nombre de séances payées par l'association. De plus, dans le cadre de la loi MaSanté2022 l'association pourrait s'agréger à une plateforme territoriale d'appui dont la vocation serait élargie. En effet, l'objectif du Plan MaSanté2022 est de décloisonner et coordonner le soin. « Les nouveaux modes d'organisation et de financement innovants, correspondant à l'évolution des besoins de soins, doivent être

élaborés et testés en lien étroit avec les acteurs de terrain ». Il a aussi pour but de « financer de nouveaux modes d'organisation ». En ce sens, les régions pourraient avoir un rôle à jouer plus important en prenant exemple sur cette association qui permet un accès facilité aux médecines complémentaires et alternatives des patients atteints de cancer.

En France, une initiative se rapprochant de la prise en charge des MCA dans le cancer a été mise en place suite à la publication de l'Article 59 de la LFSS 2020 qui décrète la mise en place d'un parcours de soin post-cancer. Il s'agit d'un parcours soumis à prescription médicale comprenant un bilan d'activité physique et un bilan ainsi qu'une consultation de suivi nutritionnels et psychologiques (maximum six consultations de suivi diététiques ou psychologiques). L'organisation de ce parcours et le financement au forfait de 180€ par patient et par an prévu à l'article R. 1415-1-12 sont réalisés par l'ARS.

Un rapport comportant un bilan de l'utilisation des ressources publiques, l'impact sur les patients et pistes d'amélioration proposées doit être adressé au parlement pour décembre 2021¹³⁷.

Un parcours de soins des patients atteints de cancer incluant des médecines complémentaires et alternatives pourrait à l'avenir bénéficier d'un financement par les ARS de manière généralisée en France.

La France pourrait aussi s'inspirer de son voisin italien.

Effectivement, une résolution (no. 418/2015) a été adoptée par le gouvernement régional toscan et promu par l'Institut toscan des tumeurs et le Centre régional toscan de médecine intégrative. La résolution a ratifié l'utilisation des MCA pour traiter certains symptômes et effets secondaires liés au cancer de la thérapie anticancéreuse et, « dans le respect de l'égalité des soins de santé, pour garantir aux patients la possibilité d'intégrer des thérapies MCA considérées comme sûres et efficaces et ayant peu d'effets secondaires ». En conséquence de cette politique régionale, il existe aujourd'hui « au moins 8 cliniques hospitalières publiques » présentant une unité de MCA en oncologie, qualifiées et accréditées travaillant en étroite collaboration avec les services d'oncologie. Ces unités sont financées par la région Toscane⁴³.

e) Autres modes de financements :

Financement au parcours de soin :

Dans le rapport Véran d'avril 2017¹³⁸, un financement au parcours de soin a été proposé pour la prise en charge « des pathologies chroniques qui demandent une coopération ville-hôpital ». Le but étant « d'aller vers une prise en charge globale des patients ». Le parcours de soins, dans ce contexte pourrait aider à reconfigurer l'organisation des soins, ainsi que ses modalités de financement. « Le financement au parcours de soins, permettrait de proposer des alternatives innovantes de financement incluant les activités de prévention, de soins et de suivi médico-social ou social. Le principe d'un financement au parcours est de fixer pour une période donnée (semestre ou année) et pour une pathologie chronique donnée (ou pour un épisode de soins aigu), une rémunération forfaitaire globale pour tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge pour l'ensemble des moyens mis en œuvre (actes, consultations, médicaments, hospitalisations, coordination, transport, etc.). »

Dans ce cas, des parcours de référence les plus pertinents et qualitatifs devront être définis en amont. Un calcul prospectif – sur une période déterminée – de la rémunération forfaitaire devra prendre en compte l'ensemble de la prise en charge du patient. Une « cartographie précise des activités » du parcours devra être effectuée afin d'évaluer financièrement les parcours. Des indicateurs de qualité, de processus et de résultats « liés plus directement à la mesure de la satisfaction des patients » devront être définis. La France pourrait prendre l'exemple de la Suède et mettre en place des indicateurs – « sous l'égide de la HAS » - de type PROMs (Patient Reported Outcome Measures).

Dans le futur, les MCA pourraient alors faire partie du parcours de soin d'un patient atteint de cancer afin de permettre une prise en charge globale.

Paiement à l'épisode de soins :

Le paiement à l'épisode de soins est un « paiement négocié pour l'ensemble des services nécessaires à un processus de soins ou une pathologie donnée (grossesse, naissance, prothèse de hanche, pathologies cardiaques...). Les Pays-Bas ont introduit cette forme de paiement en 2007 pour le diabète : l'assureur négocie un tarif global avec un groupement de professionnels de santé pour l'ensemble des soins liés à cette pathologie pour une période d'un an. Le groupement de professionnels, qui est une nouvelle entité légale, comprend souvent exclusivement des généralistes. Ce mode de paiement à l'épisode de soins a depuis été étendu à la BPCO et au traitement du risque vasculaire.»¹³⁹

Aux États-Unis, dans le cadre de la pose des prothèses de hanche ou de genou (Comprehensive Care for Joint Replacement Model) le Center for Medicare and Medicaid Services (CMS), conduit actuellement une expérience de cinq ans, qui consiste à instaurer un forfait unique pour l'ensemble de l'épisode de soins, ainsi qu'un suivi qualitatif. Le but est d'inciter les différents acteurs de la prise en charge (médecins, hôpitaux et établissements de rééducation) à se coordonner davantage. « Le forfait débute à l'admission du patient et se termine 90 jours après la sortie de l'hôpital. Il couvre toutes les dépenses hospitalières et ambulatoires, à l'exception des médicaments prescrits en ambulatoire. » Il s'agit d'un modèle mixte qui combine un modèle du paiement à l'épisode de soins et un modèle des économies partagées. « Le coût moyen à partir duquel sera déterminé s'il y a des économies effectuées est calculé d'après l'historique des dépenses des hôpitaux de la même région ou de mêmes caractéristiques pour cette intervention. Ce coût moyen est pondéré par la qualité observée (indicateur composite comprenant un suivi des complications, une évaluation du service par le patient et sa santé perçue), de sorte que les deux composantes ont un impact sur la somme qui sera versée ou due par l'établissement. »

Ce financement mixte pourrait être instauré dans le cas de cancer et inclure les MCA.

L'Article 51 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2018: ¹⁴⁰

L'article 51 est « au cœur de l'ambition de transformation de Ma Santé 2022 ». L'objectif est « de faire la place à l'innovation organisationnelle et de l'accompagner » en permettant à « toute personne ayant un intérêt à agir dans le système de santé de proposer de nouveaux modèles d'organisation ou de financement et de les tester en vie réelle ».

Les principaux types de modèles de financement des premiers projets autorisés concernent des « modèles substitutifs aux règles actuelles de financement (souvent un financement à l'activité) : forfaitisation d'une prise en charge, souvent inter-professionnelle, dans la plupart des cas et des modèles complémentaires aux règles de financement déjà applicables. Dans ce deuxième cas, il peut s'agir :

- de créer un intéressement en fonction de critères tels que l'expérience patient, les économies attendues, la qualité de la prise en charge, la pertinence des soins dispensés, etc. ;
- de financer des prestations actuellement dites hors panier de soins car non remboursées. Il peut s'agir par exemple de prise en charge psychologique, diététique, etc.»

Dans le cadre de l'article 51, un projet d'expérimentation « paiement en équipe des professionnels de santé » (Peps) a été mis en place.¹³⁹

L'expérimentation de rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville (paiement en équipe des professionnels de santé – Peps) a débuté en juin 2019 pour une durée de cinq ans. L'objectif est de « favoriser la pertinence en diminuant le nombre d'actes évitables, d'optimiser la prise en charge par une meilleure coordination, d'améliorer la qualité du parcours de soins et l'accès aux soins en zone sous-dense. Il s'agit d'une rémunération calculée pour une patientèle, qui sera versée, pour une équipe donnée, à la structure. Les équipes participantes sont libres dans la répartition et l'utilisation de la rémunération Peps ». Un partenariat entre l'Assurance Maladie, le ministère de la Santé et les professionnels concernés le cahier des charges a été défini.

La rémunération forfaitaire est « ajustée aux caractéristiques des patients (âge, sexe, proportion de bénéficiaires de la CMU-C nombre et types d'ALD), prend en compte l'activité réalisée et certaines caractéristiques des territoires fragilisés, est modulée selon la qualité de la prise en charge évaluée d'après des indicateurs reflétant la continuité de la prise en charge, la sécurité de la prescription médicamenteuse, la prise en charge de la patientèle diabétique et l'expérience patient. » Pour pouvoir participer à cette expérimentation, l'équipe doit « exercer au sein d'une structure juridique pouvant percevoir un versement forfaitaire collectif, être pluri professionnelle, comprendre au moins 5 professionnels de santé avec au moins 3 médecins généralistes et un infirmier, tous volontaires pour substituer leur rémunération à l'acte par une rémunération au forfait. La patientèle concernée doit avoir une taille minimale de 250 personnes. »

Une expérimentation de ce type pourrait être appliquée pour les centres de prise en charge du cancer comme par exemple l'Institut Raphaël ou le centre Ressource.

En France, les modes de financement des activités de soins sont un levier de transformation du système de santé. Le financement des MCA dans le cancer pourrait faire partie de cette transformation.

Pour conclure, plusieurs sources de financement sont déjà présentes ou envisageables afin de prendre en charge les médecines complémentaires et alternatives dans le cancer.

f) Une action d’Affaires Publiques :

Comme mentionné dans la partie « Politique de lutte contre le cancer » le cancer est une pathologie très médiatisée et politisée. C’est pourquoi, une piste est à explorer du côté des Affaires Publiques. En effet, divers acteurs, comme par exemple des associations de patients pourraient réaliser un plaidoyer en faveur d’une prise en charge accrue des médecines complémentaires et alternatives par l’État auprès des députés afin d’obtenir un budget supplémentaire dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

VI) Conclusion

Cette thèse a abordé l'envergure du cancer en France et à l'international. Les traitements qui y sont liés de plus en plus innovateurs, entraînent cependant de nombreux évènements indésirables non négligeables. Malgré la chronicisation de cette pathologie, le risque de mourir et celui d'une récurrence et/ou de séquelles restent importants et entraînent un bouleversement dans la vie des patients.

Les médecines complémentaires et alternatives démocratisées ces dernières années ont montré leur intérêt dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Il reste malgré cela beaucoup à faire dans le domaine. En effet, la littérature a montré un besoin de repenser la prise en charge du patient afin d'intégrer la relation corps-esprit et la place prépondérante du bien-être dans la prise en charge du cancer dans la médecine occidentale. De plus, malgré l'augmentation du nombre d'évaluations qualitatives et économiques des MCA ces dernières années, la majorité d'entre elles reste encore à évaluer.

Un besoin d'encadrement a été mis en évidence et est actuellement l'une des missions phare de l'Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives. La création récente de cette agence en France va permettre d'harmoniser la prise en charge, de sécuriser et de prodiguer une information sûre concernant l'utilisation de ces thérapies sur le territoire. Elle permettra sans doute une avancée majeure en la matière dans les années à venir.

Le financement de ces pratiques, sujet conducteur de la thèse est revenu à plusieurs reprises dans les challenges du développement des médecines complémentaires et alternatives. En effet, dans un système de soins de santé français où les services médicaux hospitaliers et communautaires sont fournis généralement sans frais pour l'utilisateur, l'idée d'autofinancer les services de soins de santé, tels que les MCA, est contraire aux principes fondamentaux d'accès et d'universalité. L'équité est donc une préoccupation majeure.

Des solutions de prise en charge sont possibles, la sécurité sociale, les complémentaires de santé mais aussi les financements régionaux pourraient y contribuer. Le modèle de financement de la santé est en pleine mutation à l'heure actuelle sur le territoire français.

Les autorités font face à de nouveaux challenges financiers ainsi qu'une implication de plus en plus forte dans la santé et dans les décisions conjointes des politiques. Dans le cancer, les MCA

pourraient s'introduire dans ces changements de modèles afin de permettre une prise en charge plus globale, personnalisée et équitable du patient. En effet, les articles de la LFSS cités dans ce travail pourraient être appliqués aux médecines complémentaires et alternatives. De plus, un article en faveur d'une prise en charge accrue des médecines complémentaires et alternatives par l'État pourrait sortir dans la Loi de Financement de Sécurité Sociale de 2022.

En effet, comme mentionné précédemment, les preuves affirmatives sur les résultats économiques et sanitaires sont une étape nécessaire vers la prise en charge des MCA. Elles sont en revanche insuffisantes. D'autres facteurs tels que l'opportunisme politique, la demande des consommateurs et l'enthousiasme des praticiens peuvent également être pris en compte dans la décision d'incorporer des médecines complémentaires et alternatives dans une politique d'assurance maladie¹⁰⁵. La piste d'avoir une action d'Affaires Publiques est donc à explorer. Elle pourrait être menée par la nouvelle Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives mais aussi par des associations de patients ou bien des associations de praticiens. Le progrès est en marche, le patient acteur de sa santé sera au centre du soin, la maladie certes sera traitée, mais en prenant compte l'intégrité toute entière de la personne et son environnement renforcé.

VII) Annexes :

Définition de certaines médecines complémentaires et alternatives dites « rejetées » :

La méthode Hamer ou « décodage biologique » : terme générique utilisé par de nombreux thérapeutes (les « décodeurs biologiques ») pour qualifier leur pratique qui repose sur la conviction que la maladie est due à un « choc psychologique » responsable d'un « conflit biologique » provoquant des lésions tissulaires. Celles-ci peuvent être guéries en « décodant » le choc psychique pour l'identifier et, dans un second temps, résoudre le conflit. Le décodage est désigné comme « biologique » puisque le thérapeute part de la lésion tissulaire pour remonter, par un jeu de correspondances reposant sur une pensée analogique, jusqu'à la nature du conflit. Le premier théoricien du décodage biologique est Ryke Geerd Hamer, médecin allemand, spécialisé en médecine interne et radiologie. En août 1978, son fils Dirk, âgé de 19 ans, est accidentellement blessé par balle, et décède de ses blessures trois mois plus tard. Selon Hamer, cet événement familial dramatique est à l'origine de sa théorie. En effet, peu de temps après le décès de son fils, Hamer est atteint d'un cancer des testicules. Rapprochant les deux événements, il déduit qu'un « conflit psychologique de perte d'un enfant » pourrait être à l'origine d'un cancer du testicule ou de l'ovaire. Il a écrit sur son site Web que son hypothèse a été construite sur une intuition nourrie par la douleur de la perte de son fils et par des rêves récurrents dans lesquels ce dernier l'encourageait à poursuivre sur cette voie. Il s'agit donc bien d'une vérité révélée, et c'est pour cette raison que nous avons qualifié les préceptes de la méthode de Hamer de doctrine

¹⁴¹.

La thérapie de conversion : Une thérapie de conversion, parfois appelée thérapie de réorientation sexuelle ou bien encore thérapie réparatrice par ses défenseurs, est un ensemble de traitements pseudo-scientifiques d'origines diverses utilisés dans le but controversé de tenter de changer l'orientation sexuelle d'une personne de l'homosexualité ou de la bisexualité à l'hétérosexualité. De telles thérapies sont aussi souvent proposées à des personnes transgenres. Il n'existe en fait aucune preuve fiable que l'orientation sexuelle peut être changée, et des études, organisations médicales et organisations internationales signalent que ces thérapies inefficaces sont potentiellement dangereuses¹⁴².

L'Access Bar : L'Access Bars est une pseudo-médecine qui se définit comme un soin énergétique effectué en activant 32 points situés dans le crâne. Cette technique fait partie des pseudo-thérapies. Selon un article de Victor Garcia paru dans l'Express, elle est susceptible de déboucher sur des "dérives inquiétantes". Dans une enquête L'Express décrit « des discours troubles et nébuleux mais aussi des abus que de nombreux témoignages dénoncent. » D'après le Centre Contre les Manipulations Mentales : « Si cette prétendue thérapie ne repose sur aucune étude scientifique sérieuse, elle a en revanche fait l'objet d'une cinquantaine de signalements et témoignages auprès de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) ces deux dernières années. Certains décrivent comment des disciples se sont subitement coupés de leur entourage, d'autres décrivent leur ruine financière après avoir investi des milliers d'euros.¹⁴³ »

La méthode Di Bella : Le but de la méthode Di Bella (DBM) est d'essayer de surmonter le niveau élevé de toxicité et l'efficacité limitée des traitements médicaux actuels du cancer. En utilisant la mélatonine, les rétinoïdes et les vitamines E, D3 et C, composants de la matrice extracellulaire, le DBM renforce ces moyens que la physiologie considère comme essentiels à la vie. En agissant ensemble, ces molécules différenciantes ont également un effet antiangiogénique et antiprolifératif. La cabergoline et / ou la bromocriptine régulent négativement la prolactine, l'hormone mitogène ubiquitaire. Cet effet est renforcé par la somatostatine et / ou ses analogues en régulant négativement des molécules hautement mitogènes telles que l'hormone de croissance et les facteurs de croissance dépendant de l'hormone de croissance¹⁴⁴.

Le régime Gerson : Le Dr Gerson a mis en place un régime à base de jus de fruits et légumes crus afin de combler tous les apports en minéraux, vitamines et enzymes nécessaires, et qui permet également d'oxygéner les cellules : les fruits purifient l'organisme et les légumes le restaurent. Pour le Dr Gerson, une alimentation biologique est indispensable : « Il n'est pas possible de guérir des gens très malades en mettant des poisons dans leur organisme. » Pour le Dr Gerson, une alimentation saine est une des meilleures façons de prévenir le cancer. On évite ainsi par des aliments dégradés, ou intoxiqués, d'abîmer son foie et d'empoisonner son corps jour après jour¹⁴⁵.

La thérapie Livingston Wheeler : Le traitement du cancer de Livingston-Wheeler est basé sur la croyance que le cancer est causé par une bactérie qu'elle a nommée Progenitor cryptocides. Cependant, des recherches minutieuses utilisant des techniques modernes ont montré qu'il n'existe pas d'organisme de ce type et que Livingston-Wheeler a apparemment confondu plusieurs types de bactéries, à la fois rares et communes, pour un microbe unique. Malgré des recherches diligentes pour isoler un micro-organisme cancérigène, aucun n'a été trouvé¹⁴⁶.

Tableau 9 : Résumé des articles traitant des médecines complémentaires et alternatives

Titre de la publication	Année de publication	Pratiques	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
Health-Related Quality of Life in Patients with Lung Cancer Applying Integrative Oncology Concepts in a Certified Cancer Centre ¹⁴⁷	2020	Traitement psycho-oncologique ; Soins infirmiers (embrocation) ; Mouvement (eurythmie thérapie) ; Physiothérapie, Massages ; Musicothérapie ; Thérapie respiratoire ; Dessin thérapie	Étude prospective observationnelle	Plus des deux tiers de nos patients atteints de cancer du poumon ont appliqué des concepts complémentaires en plus de la thérapie oncologique standard. Ceci est en ligne avec d'autres études sur des patients cancéreux recevant des thérapies oncologiques intégratives	Allemagne	Nos résultats mettent l'accent sur la prise en compte des besoins émotionnels et physiques avant et pendant le traitement précoce chez les patients atteints de cancer du poumon, y compris les concepts de cancer intégratifs et de soutien.
A scoping review of network meta-analyses assessing the efficacy and safety of complementary and alternative medicine interventions ⁷⁹	2020	Large éventail de pratiques : Les compléments alimentaires (51,1%) et les vitamines et minéraux (42,2%) étaient les thérapies les plus étudiées, suivies par la stimulation électrique (31,1%), les plantes médicinales (24,4%) et l'acupuncture et les traitements connexes (22,2%).	Un spécialiste de l'information a exécuté une recherche dans plusieurs bases de données (par exemple, MEDLINE, Embase, Cochrane), et deux examinateurs ont effectué la sélection des études et la collecte de données. Des informations sur les caractéristiques de publication, les maladies étudiées, les interventions comparées, la transparence des rapports, les résultats évalués et d'autres paramètres ont été extraites de chaque revue. Les études ont	Un total de 11 revues liées au cancer ont été identifiées, y compris une méta-analyse en réseau des interventions pour le cancer gastro-intestinal, le cancer du pancréas, le cancer du poumon non à petites cellules de leucémie promyélocytaire aiguë, la neurotoxicité de la chimiothérapie et la fatigue liée au cancer	Chine, UK, USA, Allemagne, Canada, Suisse, Thaïlande, Pays-Bas, Hong-Kong, Italie, Malaisie, Brésil, Suède, Grèce	Compte tenu de la prévalence de l'utilisation des interventions de MCA, les efforts futurs pour incorporer des comparaisons dans les méta-analyses en réseau avec les médicaments conventionnels et pour identifier et relever les défis méthodologiques des méta-analyses en réseau dans ce contexte valent la peine pour une identification et une comparaison complète des options de traitement.

			été publiés entre 2010 et 2018, la majorité étant publiés entre 2015 et 2018.			
Use of Complementary and Alternative Medicines among Cancer Patients: A Single-Center Study ⁷⁰	2019	Ostéopathie, homéopathie, acupuncture, toucher curatif, magnétisme, naturopathie, ventouses, médecine chinoise, réflexologie, hypnose.	Étude prospective, répondre à un formulaire d'environ 5 min. Tous les patients consécutifs traités entre novembre 2017 et juin 2018 à l'Institut Lucien Neuwirth Cancer (France) ont été dépistés. Leurs raisons d'utiliser les MCA et leurs habitudes d'utilisation ont été recueillies. Les patients ont évalué leur bénéfice.	Au total, 166 patients (83,0%) avaient utilisé une MCA au moins une fois depuis le début de leur traitement anticancéreux. Parmi eux, 56 (33,5%) ont déjà discuté du sujet avec leur oncologue. Les CAM ont été principalement utilisées pour prévenir / traiter les effets secondaires des traitements anticancéreux (81,2% pour le toucher de guérison), augmenter le bien-être (55,4% pour la naturopathie), améliorer le système immunitaire (16,9% pour l'homéopathie) et traiter le cancer (n = 3, 5,1% pour l'homéopathie).	France	Les raisons de l'utilisation des MCA différaient selon les patients. Ils ont fait l'éloge des CAM et ont continué à demander plus d'informations bien qu'il y ait peu de preuves de leur efficacité dans la littérature. Ainsi, des essais contrôlés randomisés prospectifs explorant la sécurité et l'efficacité des MCA chez les patients cancéreux sont nécessaires.
Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain—attaining exhaustive cancer pain management ⁸³	2018	Yoga, tai chi, and qi gong, acupuncture, Neurostimulation électrique transcutanée (TENS), psychologie de groupe, imagerie guidée, réalité virtuelle, hypnose, musicothérapie, méditation de pleine conscience, thérapie cognitivo-comportementale	Réflexion critique basée sur l'analyse de la littérature et la pratique clinique. Pour chaque domaine, la recherche bibliographique a été mise en place sur les revues récentes et les dernières publications sur Medline.	L'utilisation de CAM peut entraîner une meilleure acceptation des thérapies pharmacologiques en raison du contrôle des effets indésirables et des sentiments positifs globaux soutenus par une relation patient-professionnel de la santé plus constructive. Même si les niveaux de preuve peuvent parfois être modérés ou faibles, l'amélioration des conditions psychologiques, comportementales et physiques globales des	France	Les améliorations déjà observées et les demandes des patients renforcent le besoin d'équipes multidisciplinaires en oncologie pour intégrer les soins analgésiques et l'expertise en CAM pour offrir une prise en charge personnalisée

				patients observée avec les différents CAM devrait conduire à un essai contrôlé randomisé mieux conçu pour conforter leur efficacité, le cas échéant.	
Long-term outcomes of interventions for radiation-induced xerostomia: A review ⁸⁷	2019	Médicaments sialagogue, substituts de la salive, acupuncture, vitamines, oxygène hyperbare, transfert de glande sous-maxillaire et acupuncture ou traitements associés.	Revue d'articles de revues en anglais en juillet 2018. Notre critère d'inclusion était tout essai clinique prospectif rapportant les résultats cliniques des interventions pour la xérostomie radio-induite, avec une évaluation de la xérostomie tardive au moins 1 an après la radiothérapie ou l'intervention.		USA L'acupuncture par stimulation nerveuse transcutanée a une efficacité similaire aux traitements conventionnels mais une meilleure tolérance.
EVIDENCE-BASED NONPHARMACOLOGIC STRATEGIES FOR COMPREHENSIVE PAIN CARE: THE CONSORTIUM PAIN TASK FORCE WHITE PAPER ⁸⁸	2018	Acupuncture, massothérapie, manipulation ostéopathique et chiropratique, thérapies de mouvement méditatives, Tai chi et yoga, interventions comportementales corps-esprit, composantes diététiques et stratégies d'auto-soins / d'auto-efficacité.	Livre blanc.	Les thérapies non pharmacologiques fondées sur des données probantes sont des éléments sûrs et efficaces des soins complets de la douleur. Une caractéristique souvent méconnue des thérapies non pharmacologiques est leur capacité à conférer des avantages supplémentaires : un traitement pour réduire la douleur peut également réduire l'anxiété et la dépression, les nausées et les vomissements ; faciliter un sommeil réparateur; et augmenter le sentiment de bien-être du patient et son désir de participer à son propre rétablissement. Les	USA Les données probantes exigent un appel à l'action pour accroître la sensibilisation aux traitements non pharmacologiques efficaces contre la douleur, pour former les praticiens et les administrateurs de la santé à la base de données probantes d'une pratique non pharmacologique efficace, pour plaider en faveur d'initiatives politiques qui remédient aux obstacles liés au système et au remboursement des soins de la douleur, et

				<p>approches de style de vie ou comportementales, telles que la gestion du stress, la thérapie cognitivo-comportementale, la méditation / pleine conscience et les thérapies par le mouvement méditatives sont également recommandées comme stratégies non pharmacologiques. Il a été démontré que d'autres approches de style de vie, notamment l'alimentation et l'hygiène du sommeil, sont bénéfiques pour la santé. Ceux-ci sont à faible risque, peu coûteux, bien acceptés par les patients et nombre d'entre eux sont utilisés avec succès depuis des milliers d'années.</p>		<p>de promouvoir la recherche continue et la diffusion du rôle des traitements non pharmacologiques efficaces contre la douleur, axés sur l'impact thérapeutique et économique à court et à long terme des pratiques de soins complets.</p>
<p>Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support</p>	2016	<p>Les thérapies complémentaires fréquemment utilisées en France sont : l'homéopathie, les régimes et les suppléments alimentaires, la phytothérapie, l'acupuncture, l'activité physique adaptée.</p>	<p>Revue, analyse, point de vue.</p>	<p>En France de nombreux praticiens de thérapies complémentaires, appartenant ou non à la profession médicale ou paramédicale, exercent actuellement dans les établissements de santé publique ou privée depuis parfois de nombreuses années. Leur activité est exercée en consultation externe ou en hospitalisation. L'exercice de ces TC est réalisé dans un cadre hospitalier ou parfois dans un cadre associatif. Il faut combattre les idées reçues et les phrases toutes</p>	France	<p>La mise en place des soins de support en oncologie a pour vocation de prendre en charge « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie.</p>

				faites telles que « si c'est naturel, c'est sans danger » et ne pas oublier que l'absence de preuve n'est pas la preuve de l'absence d'efficacité. Les patients ont besoin de ces informations pour être accompagnés dans leur choix d'utilisation de TC, d'autant que le médecin reste pour le patient la source d'information la plus fiable.		
Integrative Oncology: International Perspectives ⁴³	2019	Dans les centres d'oncologie intégrative en Europe offraient de produits naturels et de médecine traditionnelle; les plus couramment fournis étaient l'homéopathie (40,4%), la phytothérapie (38,3%) et la médecine traditionnelle chinoise (36,2%). Les traitements visaient principalement à réduire les effets indésirables de la chimiothérapie et de la radiothérapie (23,9%).	Cet article résume les présentations qui ont eu lieu lors d'un symposium intitulé «Oncologie intégrative: perspectives internationales» au Congrès international de recherche sur la médecine intégrative et la santé à Baltimore, 2018. Le but de ces présentations était d'examiner si les services de cancérologie à travers une variété de régions géographiques, notamment l'Australie, le Canada, les États-Unis et l'Union européenne, répondaient activement à la demande de MCA des survivants du cancer.	L'oncologie intégrative (IO) est apparue dans les hôpitaux et les milieux communautaires en réponse au rôle croissant des personnes atteintes de cancer et des survivants dans la gestion de leurs propres soins, à l'utilisation croissante et à la base de données probantes de MCA, et à l'importance d'une alliance thérapeutique entre les soins du cancer et les MCA qui respectent les préférences de traitement et les valeurs des patients	Monde entier	Un manque relatif de connaissance des thérapies d'oncologie intégrative existe encore de la part de nombreux médecins conventionnels qui empêche une pleine acceptation culturelle de ce processus d'intégration.
Évaluation des médecines complémentaires : quels	2017	MCA en général, focus sur l'hypnose pour le travail de	Thèse de doctorat en santé publique ; état des	Questionner le choix des critères de jugement et des	France	In fine, cela invite à redéfinir les objectifs

compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ? ¹⁰¹		l'accouchement, qi gong dans l'anorexie mentale sévère, et d'autres à travers le Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) pour évaluer les médecines complémentaires.	lieux de l'adéquation des méthodes conventionnelles utilisées pour l'évaluation du médicament, à savoir de l'essai contrôlé randomisé (ECR) et des méta-analyses, pour l'évaluation des médecines complémentaires. A travers trois applications pratiques, nous réfléchissons ensuite à l'apport d'autres méthodes, moins reconnues à ce jour dans le champ de l' <i>evidence based medicine</i> mais pouvant apporter d'autres éclairages.	instruments de mesure utilisés dans les Essai Contrôle Randomisé et nous inciteront à accorder davantage de place et de légitimité à la perspective du patient. Remettre en cause la suprématie traditionnellement accordée aux études quantitatives pour la remplacer par une vision non hiérarchique mais synergique des approches qualitatives et quantitatives. Le troisième axe nous permettra d'identifier les limites actuelles à l'exploitation du SNIIRAM pour l'évaluation des médecines complémentaires, à la fois sur le plan technique et sur le plan de la représentativité.	des soins, et à débattre du positionnement relatif des MCA et de la médecine dans le champ de la santé.
Advancing supportive oncology care via collaboration between psycho-oncology and integrative medicine ¹⁴⁸	2018	Plantes, homéopathie, exercice, acupuncture, méditation, yoga, massage, musicothérapie et consultations sur les compléments alimentaires et les herbes	Un programme pilote a été lancé dans un grand centre médical universitaire pour explorer les avantages d'une visite clinique collaborative menée avec la psycho-oncologie et la médecine intégrative au sein d'une clinique d'oncologie de soutien existante. Des interventions médicales et psychologiques collaboratives ont été fournies pour améliorer la qualité de vie des	De nombreux patients cancéreux et survivants signalent une détresse émotionnelle persistante et des problèmes physiques chroniques associés à leur diagnostic et à leur traitement. Les types de patients vus dans ce programme pilote soulèvent des inquiétudes quant aux inégalités persistantes dans l'accès aux services de médecine intégrative et de psycho-oncologie	USA Alors que la relation corps-esprit est depuis longtemps au centre de la philosophie et de la médecine orientale, certains prestataires médicaux occidentaux acceptent plus lentement les thérapies intégratives. Cependant, les avantages de la collaboration entre la médecine intégrative et la psycho-oncologie sont de plus en plus pertinents à mesure que les périodes de survie augmentent.

			patients et réduire le fardeau des symptômes.			
Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and following breast cancer treatment; 2017. ¹²⁴	2017	Acetyl-L-carnitine, acupuncture, Acupressure, Aloe Vera, ginger, ginseng, glutamine, guarana, healing touch, Hyaluronic acid cream, hypnosis, Laser therapy, Manual lymphatic drainage and compression bandaging, massage, meditation, Mistletoe, music therapy, reflexology, Relaxation techniques, qigong, stress management, soy, yoga.	Ce rapport fournit des directives de pratique clinique mises à jour de la Society for Integrative Oncology sur l'utilisation de thérapies intégratives pour des indications cliniques spécifiques pendant et après le traitement du cancer du sein, y compris l'anxiété / le stress, la dépression / les troubles de l'humeur, la fatigue, la qualité de vie / le fonctionnement physique, la chimiothérapie - nausées et vomissements induits, lymphœdème, neuropathie périphérique induite par chimiothérapie, douleur et troubles du sommeil. Les lignes directrices de pratique clinique sont basées sur une revue systématique de la littérature de 1990 à 2015.	La musicothérapie, la méditation, la gestion du stress et le yoga sont recommandés pour réduire l'anxiété / le stress. La méditation, la relaxation, le yoga, les massages et la musicothérapie sont recommandés pour la dépression / les troubles de l'humeur. La méditation et le yoga sont recommandés pour améliorer la qualité de vie. L'acupression et l'acupuncture sont recommandées pour réduire les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie. L'acétyl-L-carnitine n'est pas recommandée pour prévenir la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie en raison d'une possibilité de préjudice. Aucune preuve solide ne soutient l'utilisation de compléments alimentaires ingérés pour gérer les effets secondaires liés au traitement du cancer du sein		En résumé, il existe un nombre croissant de preuves appuyant l'utilisation de thérapies intégratives, en particulier les thérapies corps-esprit, en tant que stratégies de soins de soutien efficaces pendant le traitement du cancer du sein. De nombreuses pratiques d'intégration, cependant, restent sous-étudiées, avec des preuves insuffisantes pour être définitivement recommandées ou évitées

Tableau 10 : Résumé des articles traitant de l'acupuncture dans le cancer

Titre de la publication	Année de publication	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
Convergent priorities and tensions: a qualitative study of the integration of complementary and alternative therapies with conventional cancer treatment ⁸⁵	2017	Des entretiens qualitatifs ont été menés avec vingt parties prenantes clés - patients cancéreux, infirmières cancéreuses et oncologues - qui dispensaient ou recevaient des soins dans un hôpital public australien où des services d'acupuncture sont fournis gratuitement aux patients, parallèlement aux traitements de chimiothérapie et de radiothérapie standard.	Cette étude a des implications importantes pour la pratique clinique. Premièrement, le soutien aux CAM dans les centres de cancérologie présente des avantages potentiels pour les services de santé. Il permet une évaluation rigoureuse de la recherche des traitements tout en soutenant la sécurité des patients et améliore la perception des patients de la qualité des soins. Deuxièmement, les oncologues ne sont pas nécessairement pleinement conscients de la base de données disponibles pour la CAM. Accroître leur connaissance de ces preuves peut améliorer la satisfaction des patients à l'égard des soins. Troisièmement, le dialogue et la prise de décision sur les services de soins intégrateurs contre le cancer, et l'allocation des ressources de soins de santé, doivent inclure toutes les parties prenantes, afin de garantir que les services répondent aux besoins de ceux qui reçoivent et fournissent des soins.	Australia	Trois thèmes clés ont été identifiés dans tous les groupes de participants ; cependant, les priorités des patients atteints de cancer, des infirmières en oncologie et des oncologues convergeaient et divergeaient dans chaque domaine thématique. Premièrement, tous les groupes de participants se préoccupaient de prioriser la personne et de fournir un modèle de soin centré sur la personne qui privilégiait le choix du patient en matière de CAM; cependant, parfois, la fourniture de CAM était en conflit avec les cadres biomédicaux de soins. Deuxièmement, tous étaient préoccupés par l'efficacité et l'innocuité des CAM, mais des tensions concernant ce qui constitue une preuve persistaient. Troisièmement, déterminer qui devrait supporter les coûts résume les points de vue divergents des participants concernant l'allocation des ressources au sein du système de santé publique en Australie.
Use of Complementary and Alternative Medicines among Cancer Patients: A Single-Center Study ⁷⁰	2019	Étude prospective, répondre à un formulaire d'environ 5 min. Tous les patients consécutifs traités entre novembre 2017 et juin 2018 à l'Institut Lucien Neuwirth Cancer (France) ont été dépistés. Leurs raisons d'utiliser les MCA et leurs habitudes d'utilisation ont été	Au total, 76 patients (38%) ont eu recours à l'acupuncture, dont 68,4% (n = 52) avant les antécédents de cancer. La plupart des patients ne l'utilisaient qu'une seule fois (n = 39, 51,3%) ou chaque année (n = 27, 35,5%) (tableau 2). L'acupuncture était principalement pratiquée pour des raisons non liées au	France	Quant aux 124 patients (62,0%) qui n'ont jamais eu recours à l'acupuncture, 41 (33,1%) auraient accepté une consultation d'acupuncture.

Titre de la publication	Année de publication	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
		recueillies. Les patients ont évalué leur bénéfice.	cancer (n = 37, 42,5%). La satisfaction médiane était de 61 sur 100. De plus, une deuxième méta-analyse évaluant l'impact de l'acupuncture sur le traitement du cancer a été récemment publiée. Il était basé sur l'analyse de 36 études randomisées incluant 2 213 patients. La combinaison d'un traitement conventionnel avec l'acupuncture a réduit de manière significative la douleur liée au cancer et la douleur liée à la chirurgie.		
Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain—attaining exhaustive cancer pain management ⁸³	2019	Réflexion critique basée sur l'analyse de la littérature et la pratique clinique. Pour chaque domaine, la recherche bibliographique a été mise en place sur les revues récentes et les dernières publications sur Medline.	Une revue de la littérature a montré que l'acupuncture associée à la pharmacothérapie est plus efficace que la pharmacothérapie conventionnelle seule pour la douleur liée au cancer, tandis que la réduction de la douleur liée au cancer avec l'acupuncture seule n'était pas supérieure à celle de la pharmacothérapie conventionnelle. L'acupuncture somatique et auriculaire associée à un traitement médicamenteux a entraîné des bénéfices dans la douleur cancéreuse et une meilleure qualité de vie (lorsqu'elle est mesurée) sans effets indésirables graves, la qualité de tous les résultats étant principalement faible	France	L'acupuncture peut être envisagée pour la douleur liée aux symptômes musculo-squelettiques associés aux inhibiteurs de l'aromatase. Comme pour les autres thérapies intégratives complémentaires, des essais cliniques de haute qualité avec des échantillons de plus grande taille devraient dissiper tout doute sur son efficacité.
Acupuncture in Oncology: The Effectiveness of Acupuncture May Not Depend on	2017	Les patients ont reçu 2 (n = 35), 10 (n = 53) ou 20 minutes (n = 54) d'acupuncture une fois par semaine pendant 6 semaines. Résultats de l'anxiété et de la dépression, du stress, de la fatigue et de la qualité de vie (QOL), avec l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière, l'échelle de stress perçu, l'évaluation fonctionnelle de la thérapie	Cette étude rétrospective a exploré l'effet des durées variables de rétention des aiguilles d'acupuncture chez les patients cancéreux.	Australie	Plus de 95% des participants ont indiqué qu'ils recommanderaient l'acupuncture à d'autres patients atteints de cancer, à leurs amis et aux membres de leur famille. L'efficacité de l'acupuncture peut non seulement dépendre de la durée de rétention de l'aiguille, mais peut également être associée à de multiples facteurs. Compte

Titre de la publication	Année de publication	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
Needle Retention Duration ⁸²		anticancéreuse-fatigue et l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer Quality of Life , ont été mesurés au départ et à 6 semaines après l'intervention.			tenu des limites de cette conception d'étude, des études contrôlées randomisées robustes sont nécessaires pour confirmer les résultats

A Phase IIA Trial of Acupuncture to Reduce Chemotherapy- Induced Peripheral Neuropathy Severity During Neoadjuvant or Adjuvant Weekly Paclitaxel Chemotherapy in Breast Cancer Patients ¹⁴⁹	2018	Dans cet essai clinique de phase IIA à un seul bras, nous avons dépisté des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I-III recevant du paclitaxel hebdomadaire néoadjuvant / adjuvant pour développer une neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie. L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture dans la prévention de l'escalade de la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie de grade 2 du National Cancer Institute.	L'acupuncture a été jugée digne d'une étude plus approfondie si 23 ou plus des 27 patients inscrits ne développaient pas de neuropathie périphérique de grade 3 induite par la chimiothérapie. Des mesures des résultats (grade NCI-CTCAE CIPN, Functional Assessment of Cancer Therapy / Gynecologic Oncology Group-Neurotoxicity (FACT / GOG-Ntx), Neuropathic Pain Scale (NPS)) ont été obtenues chaque semaine pendant l'intervention.	USA	L'acupuncture était sûre et a montré des preuves préliminaires d'efficacité dans la réduction de l'incidence de neuropathie périphérique de haut grade induite par la chimiothérapie pendant la chimiothérapie. Un essai contrôlé randomisé de suivi est nécessaire pour établir l'efficacité définitive dans la prévention de la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie chez les patients à risque
Acupuncture and Related Therapies for Symptom Management in Palliative Cancer Care ⁸⁶	2016	Le but de cette revue systématique et de cette méta-analyse était de résumer les meilleures preuves actuelles sur l'acupuncture et les thérapies connexes pour les soins palliatifs contre le cancer.	L'acupuncture et les thérapies associées ont considérablement réduit la douleur chez les patients cancéreux avec un effet analgésique plus rapide et une durée analgésique plus longue par rapport à la médecine conventionnelle.	Monde entier	L'acupuncture et les thérapies associées sont efficaces pour réduire la douleur, la fatigue et améliorer la qualité de vie par rapport à l'intervention conventionnelle seule chez les patients cancéreux. Les limites du corps de preuve actuel impliquent qu'elles devraient être utilisées comme un complément, plutôt qu'une alternative, aux soins conventionnels.
Evaluation of Group Acupuncture for Cancer-	2015	Les patients recevaient des traitements d'acupuncture de groupe dans le cadre d'un programme	Au moment du quatrième groupe d'acupuncture, les participants ont signalé beaucoup moins de douleur /	USA (Floride)	Les résultats de cette étude fournissent des preuves à l'appui de l'efficacité de l'acupuncture de

<p>Related Symptoms: A Retrospective Analysis¹⁵⁰</p>		<p>d'oncologie intégrative dans un grand cabinet d'oncologie communautaire du centre-ouest de la Floride. Une courte évaluation de sept symptômes de base liés au cancer, réalisée par le patient, à l'aide d'une échelle de notation numérique de 0 à 10 a été réalisée à chaque traitement d'acupuncture. Les informations démographiques de base, y compris l'âge, le sexe, la race / origine ethnique et le type de cancer, ont été obtenues à partir du dossier médical. Des tests t d'échantillons appariés ont été utilisés pour évaluer les différences de symptômes avant le premier traitement et au quatrième traitement.</p>	<p>d'engourdissement et de problèmes de digestion.</p>		<p>groupe pour la douleur, la neuropathie et les problèmes digestifs chez les personnes atteintes de cancer. Un minimum de quatre traitements hebdomadaires peut être nécessaire avant que des améliorations ne soient notées. Les limites comprennent une conception rétrospective, une évaluation incomplète des symptômes et un biais de réponse possible. Les futures études d'acupuncture de groupe pour les symptômes liés au cancer devraient utiliser une conception prospective et contrôlée, utiliser des mesures validées pour évaluer en profondeur les symptômes ciblés et inclure un échantillon plus diversifié sur le plan racial et ethnique.</p>
<p>Acupuncture for Aromatase Inhibitor– Induced Arthralgia: A Systematic Review¹⁵¹</p>	<p>2015</p>	<p>Cet article a examiné des essais contrôlés randomisés (ECR) mesurant les effets de l'acupuncture sur les symptômes articulaires causés par les inhibiteurs de l'aromatase dans 8 bases de données médicales jusqu'en mai 2014.</p>	<p>Les inhibiteurs de l'aromatase (IA) sont couramment utilisés comme traitement hormonal d'appoint chez les patientes atteintes d'un cancer du sein précoce. L'effet secondaire majeur des IA est l'arthralgie, qui affecte l'adhérence. Des revues antérieures suggéraient que l'acupuncture était efficace dans la gestion de la douleur liée au cancer.</p>	<p>Monde entier</p>	<p>La revue systématique suggère que l'acupuncture a des avantages potentiels pour améliorer l'arthralgie causée par les inhibiteurs de l'aromatase. Cependant, d'autres essais portant sur une taille d'échantillon adéquate, un groupe témoin approprié et un suivi plus long sont nécessaires pour étudier l'efficacité de l'acupuncture dans l'arthralgie induite par les inhibiteurs de l'aromatase.</p>

Tableau 11 : Résumé des articles traitant de la naturopathie dans le cancer

Titre de la publication	Année de publication	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
Apoptosis of Human Lung Cancer Cells by Curcumin Mediated through Up-Regulation of "Growth Arrest and DNA Damage Inducible Genes 45 and 153" ¹⁵²	2010	Nous avons étudié la relation entre l'expression de GADD45 et 153 et l'induction apoptotique dans la lignée cellulaire PC-9 du cancer du poumon humain.	L'expression « arrêt de croissance et endommagement de l'ADN des gènes inductibles 45 et 153 » est liée à l'induction apoptotique des cellules. GADD45 est un gène effecteur du suppresseur de tumeur p53, et GADD153 est associé à la fonction cellulaire de prévention du cancer.	Japon	Tous les résultats avec les cellules PC-9 suggèrent que la régulation positive de GADD45 et 153 par la curcumine est un mécanisme majeur de l'activité anticancéreuse de la curcumine.
Curcumin inhibits the side population (SP) phenotype of the rat C6 glioma cell line: Towards targeting of cancer stem cells with phytochemicals ¹⁵³	2010	Nous avons examiné les effets de la curcumine sur la lignée cellulaire de gliome C6 de rat. Les cellules traitées et témoins ont été analysées par colorant Hoechst 33342 et cytométrie en flux.	La curcumine phytochimique, issue de l'épice curcuma indien, possède de nombreuses propriétés biologiques, notamment des activités anti-inflammatoires et anti-cancérigènes.	USA	Nous avons observé une diminution de la population secondaire de cellules C6 après un traitement quotidien à la curcumine des cellules C6. L'incubation directe de la curcumine aux cellules C6 pendant le test Hoechst a également diminué la population secondaire. Étant donné que la population secondaire a été associée à des populations de cellules souches, la curcumine peut être un phytochimique alimentaire ayant le potentiel de cibler les cellules souches cancéreuses.
Evidence That Naturopathic Therapy Including Cordyceps sinensis Prolongs	2013	Analyse rétrospective de séries de cas de patients atteints de carcinome hépatocellulaire traités avec des agents naturopathiques. Le carcinome hépatocellulaire a été diagnostiqué par	Il y avait une corrélation significative entre le nombre d'agents administrés et la survie (P <.0001). Les patients traités avec ≥4 agents ont survécu significativement plus longtemps que les	Japon	Le plus grand effet a été observé chez les patients traités avec au moins 4 agents dont Cordyceps sinensis. Cette survie

Survival of Patients With Hepatocellular Carcinoma ¹⁵⁴		imagerie par tomodensitométrie (TDM) dynamique et α -foetoprotéine (AFP) ou PIVKA II, ou par histologie. La stadification tumorale a été déterminée par CT. Un score Childs-Pugh modifié a été utilisé pour évaluer les maladies du foie. Les patients ont été traités avec des combinaisons administrées par voie orale de 12 agents naturopathiques. Les patients ont été suivis cliniquement et par imagerie tumorale CT, marqueurs tumoraux en série et tests de la fonction hépatique.	patients traités avec ≤ 3 agents (40,2 vs 6,4 mois, $P < .0001$). Cette différence n'a pas pu être attribuée à des différences statistiquement significatives de gravité de la maladie hépatique ou du stade de la tumeur, à un retard de traitement, à un traitement antérieur, à un traitement non médicamenteux concomitant ou à des effets de censure.		prolongée était sans effets secondaires toxiques et semblait potentialiser le bénéfice de survie de la thérapie conventionnelle. Conclusion. Le traitement du carcinome hépatocellulaire avec un schéma de ≥ 4 agents préparés à partir de produits naturels a été associé à une survie prolongée chez une partie importante des patients. Les données fournissent des preuves de niveau II de l'efficacité de la thérapie naturopathique dans le carcinome hépatocellulaire.
Roles of Caloric Restriction, Ketogenic Diet and Intermittent Fasting during Initiation, Progression and Metastasis of Cancer in Animal Models: A Systematic Review and Meta-Analysis ¹⁵⁵	2014	Les publications sur les associations entre la restriction alimentaire et le cancer publiées dans PubMed au cours des vingt dernières années ont fait l'objet de recherches approfondies. Le modèle animal, le type de tumeur, le régime alimentaire, la durée de l'étude, la taille de l'échantillon, le résultat principal, la conclusion, le score d'évaluation de la qualité et l'étape interférentielle du cancer ont été extraits de chaque étude éligible. Nous avons analysé les taux d'incidence des tumeurs de 21 études sur la restriction calorique.	Cinquante-neuf études ont été impliquées dans notre examen du système. Les études impliquées ont exploré les rôles de la restriction alimentaire lors de l'initiation, de la progression et des métastases du cancer. Environ 90,9% des études pertinentes ont montré que la restriction calorique joue un rôle anticancéreux, avec un OR combiné (IC à 95%) de 0,20 (0,12, 0,34) par rapport aux témoins. Le régime cétogène était également positivement associé au cancer, ce qui a été indiqué par huit des neuf études. Cependant, 37,5% des études associées ont obtenu une conclusion négative selon laquelle le jeûne intermittent n'était pas significativement préventif contre le cancer.	Monde entier	La restriction calorique et le régime cétogène sont efficaces contre le cancer dans les expériences animales, tandis que le rôle du jeûne intermittent est douteux et doit encore être exploré. D'autres expériences cliniques sont nécessaires et des modèles plus appropriés pour les humains devraient être étudiés.
Carcinogenicity of consumption of red and	2015	Le Groupe de travail a évalué plus de 800 études épidémiologiques qui ont examiné l'association du cancer avec la consommation de viande rouge ou de	Le groupe de travail a classé la consommation de viande rouge comme «probablement cancérigène pour l'homme» (Groupe 2A). Lors de cette	Monde entier	Consommation de viande rouge comme «probablement

<p>processed meat (WHO workshop)¹⁵⁶</p>		<p>viande transformée dans de nombreux pays, plusieurs continents, avec des ethnies et des régimes alimentaires divers. Pour l'évaluation, le poids le plus important a été accordé aux études prospectives de cohorte réalisées dans la population générale. Des études cas-témoins de grande qualité basées sur la population ont fourni des preuves supplémentaires. Pour les deux modèles, les études jugées les plus informatives étaient celles qui considéraient séparément la viande rouge et la viande transformée, avaient des données alimentaires quantitatives obtenues à partir de questionnaires validés, une grande taille d'échantillon et contrôlaient les principaux facteurs de confusion potentiels pour les sites de cancer concernés.</p>	<p>évaluation, le groupe de travail a pris en considération toutes les données pertinentes, y compris les données épidémiologiques substantielles montrant une association positive entre la consommation de viande rouge et le cancer colorectal et les preuves mécanistes solides. La consommation de viande rouge était également positivement associée au cancer du pancréas et de la prostate. Dans l'ensemble, le Groupe de travail a classé la consommation de viande transformée comme « cancérogène pour l'homme » (Groupe 1) sur la base de preuves suffisantes du cancer colorectal. De plus, une association positive avec la consommation de viande transformée a été trouvée pour le cancer de l'estomac.</p>		<p>cancérogène pour l'homme» (Groupe 2A) consommation de viande transformée comme «cancérogène pour l'homme» (Groupe 1)</p>
<p>EFFICACY AND SAFETY OF CURCUMIN IN TREATMENT OF INTESTINAL ADENOMAS IN PATIENTS WITH FAMILIAL ADENOMATOUS POLYPOSIS¹⁵⁷</p>	<p>2018</p>	<p>Notre étude comprenait 44 patients atteints de polypose adénomateuse familiale (âgés de 18 à 85 ans) qui n'avaient pas subi de colectomie ou avaient subi une colectomie avec anastomose iléo-rectale ou poches anales iléales et avaient 5 polypes adénomateux intestinaux ou plus, recrutés à Porto Rico ou aux États-Unis de septembre 2011 à novembre 2016. Les patients ont été répartis au hasard (1: 1) dans des groupes recevant de la curcumine pure à 100% (1 500 mg par voie orale, deux fois par jour), ou des capsules de placebo d'aspect identique, pendant 12 mois. Le nombre et la taille des polypes du tractus gastro-intestinal inférieur ont été évalués tous les 4 mois pendant 1 an. Le critère de jugement principal était le nombre de polypes dans les groupes curcumine et placebo à 12 mois ou au moment du retrait de l'étude selon le principe de l'intention de traiter.</p>	<p>La polypose adénomateuse familiale est une maladie autosomique dominante caractérisée par le développement de centaines d'adénomes colorectaux et éventuellement un cancer colorectal. L'administration orale de la curcumine épice a été suivie d'une régression des polypes chez les patients atteints de ce trouble.</p>	<p>Johns Hopkins Hospital and the University of Puerto Rico Medical Sciences Campus.</p>	<p>Dans un essai randomisé en double aveugle chez des patients atteints de polypose adénomateuse familiale, nous n'avons trouvé aucune différence dans le nombre moyen ou la taille des adénomes du tractus intestinal inférieur entre les groupes de patients ayant reçu 3000 mg / jour de curcumine par rapport au placebo pendant 12 semaines.</p>

<p>Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort¹⁵⁸</p>	<p>2018</p>	<p>104 980 participants âgés d'au moins 18 ans (âge médian 42,8 ans) de la cohorte française NutriNet-Santé (2009-17). Les apports alimentaires ont été collectés à l'aide de relevés alimentaires répétés sur 24 heures, conçus pour enregistrer la consommation habituelle des participants pour 3300 aliments différents. Ceux-ci ont été classés selon leur degré de traitement par la classification NOVA.</p>	<p>Les aliments ultra-transformés sont souvent caractérisés par une qualité nutritionnelle inférieure et la présence d'additifs, de substances provenant de l'emballage en contact avec les aliments et de composés formés pendant la production, la transformation et le stockage. Bien que les données épidémiologiques relatives au risque de cancer manquent, des études mécanistes suggèrent des effets cancérigènes potentiels de plusieurs composants couramment trouvés dans les aliments ultra-transformés</p>	<p>France</p>	<p>Dans cette vaste étude prospective, une augmentation de 10% de la proportion d'aliments ultra-transformés dans l'alimentation était associée à une augmentation significative de plus de 10% des risques de cancer global et de cancer du sein. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre l'effet relatif des différentes dimensions de la transformation (composition nutritionnelle, additifs alimentaires, matériaux de contact et contaminants néoformés) dans ces associations.</p>
<p>Evaluating the Anti-cancer Efficacy of a Synthetic Curcumin Analog on Human Melanoma Cells and Its Interaction with Standard Chemotherapeutics¹⁵⁹</p>	<p>2019</p>	<p>Nous avons testé des analogues synthétiques de la curcumine qui sont plus stables. L'un de ces dérivés, le composé A, a montré une efficacité anticancéreuse significative dans le côlon, la leucémie et les cellules du cancer du sein inflammatoire triple négatif.</p>	<p>En raison de sa faible biodisponibilité et stabilité, la curcumine naturelle n'est pas un traitement efficace contre le cancer.</p>	<p>Canada</p>	<p>Le composé A pourrait être développé en tant que traitement sélectif et efficace du mélanome seul ou en combinaison avec d'autres agents non toxiques comme le tamoxifène.</p>

Tableau 12 : Résumé des articles traitant de la sophrologie dans le cancer

Titre de la publication	Année de publication	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
Cancer et sophrologie ¹⁶⁰	2009	Retour patient	Le patient atteint de cancer est confronté à des ressentis corporels éprouvants qui viennent s'inscrire dans une crise identitaire plus globale. Dans l'accompagnement psychologique de ces patients, la sophrologie s'inscrit comme une proposition d'accéder à des ressources internes permettant de faire face à la maladie.	France	La sophrologie est souvent assimilée à de la relaxation, censée apporter une détente et un bien-être immédiat.
Effects of relaxing therapies on patient's pain during percutaneous interventional radiology procedures ¹⁶¹	2018	Nous présentons une étude observationnelle prospective sur 60 patients consécutifs ayant subi des interventions de radiologie interventionnelle dans un contexte de prise en charge oncologique de septembre 2017 à mars 2018. Quarante-deux patients ont été interrogés s'ils souhaitaient bénéficier des techniques de sophrologie et d'hypnose lors de leur intervention. Un groupe témoin a également été constitué comprenant 18 patients. Le niveau d'anxiété et la douleur ont été évalués à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA) avant et pendant les procédures.	Nous avons observé une diminution significative de l'anxiété ressentie par les patients lors des procédures de radiologie interventionnelle par rapport aux procédures antérieures dans le groupe sophrologie (P = 3,318E-08), et un niveau d'anxiété et de douleur lors des gestes inférieur à celui du groupe témoin (P = 2.035E-06 et 7.03E-05 respectivement).	France	Les thérapies relaxantes, comme la sophrologie et l'hypnose, semblent être un outil complémentaire intéressant pour la prise en charge des patients en oncologie interventionnelle, induisant une diminution du stress, de la douleur et de l'anxiété chez les patients.
Psychologie et sophrologie en oncologie : les voies d'un possible travail d'articulation ¹¹³	2012	L'expérience de la séance de sophrologie a été étudiée à l'aide d'une fiche « qualité » élaborée par le groupe de travail pluridisciplinaire afin d'accompagner la mise en œuvre de l'activité de la sophrologue au sein du service. Cette fiche a une double fonction :	Trois raisons sont particulièrement retenues pour expliquer la participation aux séances de sophrologie. Les deux raisons les plus évoquées concernent le bénéfice potentiel attribué à la séance : évacuer le stress lié à la maladie ou l'envie de se décontracter. La troisième raison concerne ce que l'on pourrait nommer un « adressage », c'est-à-dire la participation	France	À partir d'un dispositif pluridisciplinaire (psychologie clinique, psychologie sociale et sophrologie), nous avons souhaité éclairer l'expérience du recours à la sophrologie et l'inscription potentielle de

		<p>– rendre compte de l'activité de la sophrologue ;</p> <p>– recueillir des données de type « expérientiel » sur le vécu des séances par les patient(e)s.</p> <p>Cette fiche se veut « brève » car elle est proposée aux patients à la suite de leur séance de sophrologie. Il s'agit de recueillir une information en produisant le moins de contraintes pour les patients.</p>	<p>suite à la proposition d'un soignant. Viennent ensuite des raisons moins évoquées qui renvoient à la recherche d'un temps pour soi, en dehors de la maladie et des raisons qui touchent à un « prendre soin » qui s'inscrit à un niveau physique et psychologique. D'autres raisons, moins évoquées, relèvent de la découverte du dispositif, de son corps sous un autre angle ou encore un travail sur le lien corps–esprit.</p>		<p>ce type d'offre de soins de support en oncologie. L'analyse de données recueillies auprès de patients met en évidence que la sophrologie permet de « suspendre » pour un moment le temps de la maladie en permettant une baisse des tensions et en favorisant une centration sur les dimensions du bien-être. La présentation de vignettes cliniques (psycho-oncologue et sophrologue) met en évidence le travail d'articulation qui peut opérer dans la prise en charge des patients.</p>
<p>Intérêt de la sophrologie durant les séances de traitement par CyberKnife®¹⁶²</p>	<p>2013</p>	<p>Durant l'année 2013, nous avons analysé l'apport de la sophrologie durant 37séances de traitement par CyberKnife® chez 13 patients. Les patients ont été randomisés avec ou sans séance de sophrologie durant l'irradiation. Les séances de sophrologie ont été réalisées grâce à un CD spécifique. L'état psychologique du patient a été évalué sur 16axes définis par deux critères (éveillé/somnolent; calme/excité; fort/faible; vaseux/les idées claires ; adroit/maladroit ; mou/énergique ; content/mécontent ; inquiet/tranquille ; esprit lent/vif). Ces 16 axes ont été évalués à l'aide d'un questionnaire rempli par chaque patient avant et après la séance.</p>	<p>Au total, 72 questionnaires ont été analysés. L'amélioration psychologique générale était avec sophrologie de 6 points contre 0,8 points sans sophrologie. L'amélioration psychologique générale a été obtenue avec la sophrologie était respectivement sur l'axe: tendu/relaxé (4,3); inquiet/tranquille (4,1) ; éveillé/somnolent (2,2) ; attentif/dans les nuages (1,5) ; esprit lent/vif (1,1) ; intéressé/ennuyé (1,0) ; hostile/amical (0,6) ; renfermé/sociable (0,4) ; mou/énergique (0,4) ; content/mécontent (0,4) ; calme/excité (0,3) ; fort/faible (0,3) ; adroit/maladroit (0,2) ; heureux/malheureux (0,2) ; incapable/capable (0,1) ; vaseux/les idées claires (0). Nous n'avons pas constaté d'amélioration du temps de mise en place.</p>	<p>France</p>	<p>Cette étude randomisée démontre l'apport de la sophrologie sur l'état psychologique. Il n'a pas été retrouvé d'amélioration du temps de mise en place.</p>

<p>Mind-Body Therapies in Cancer: What Is the Latest Evidence?¹⁶³</p>	<p>2017</p>	<p>L'efficacité de ces modalités a été revue en évaluant les résultats récents dans le contexte des soins contre le cancer.</p>	<p>La relaxation par exercice de visualisation a le plus fort effet sur l'humeur, la dépression, les nausées et les vomissements induits par la chimiothérapie et a d'autres effets possibles sur le stress, la qualité de vie, la douleur, la fatigue et l'insomnie</p>	<p>Monde entier</p>	<p>La relaxation par exercice de visualisation et l'hypnose ont une plus grande utilité pour les nausées / vomissements et le contrôle de la douleur, tandis que la méditation, le yoga et le tai chi / qigong peuvent être plus utiles pour améliorer la qualité de vie globale, la dépression et l'anxiété. Ces possibilités restent à tester empiriquement. Des études futures devraient étudier des populations de cancer plus diversifiées à l'aide de protocoles de traitement standardisés</p>
--	-------------	---	--	---------------------	---

Tableau 13 : Résumé des articles traitant de l'analyse médico-économique des médecines complémentaires et alternatives dans le cancer

Titre de la publication	Année de publication	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
Integrative Oncology: International Perspectives ⁴³	2019	Cet article résume les présentations qui ont eu lieu lors d'un symposium intitulé « Oncologie intégrative : perspectives internationales » au Congrès international de recherche sur la médecine intégrative et la santé à Baltimore, 2018. Le but de ces présentations était d'examiner si les services de cancérologie dans différentes régions géographiques, notamment l'Australie, le Canada, les États-Unis et l'Union européenne, répondaient activement à la demande des patients en rémissions et guéris du cancer en médecine complémentaire et intégrative traditionnelle.	Des différences notables ont été identifiées dans les types de services MCA couramment offerts par les centres d'oncologie intégrative et les frais associés. De façon constante, la demande des patients en oncologie intégrative était un moteur important qui a été modifié par une variété d'attitudes culturelles, de politiques de services de santé et de modèles de financement. Les services d'oncologie intégrative équitables financés par le NHS visant à minimiser les dépenses personnelles semblent être plus courants dans les pays d'Europe occidentale et au Royaume-Uni.	Europe, Amérique du Nord et Australie	Les défis liés au financement et à la fourniture de services d'oncologie intégrative abordables étaient un obstacle commun et important rencontré sur les 3 continents. <u>Stratégies pour l'établissement et l'expansion des services d'oncologie intégrative :</u> Identifier et plaider pour les opportunités de financement au sein du système de santé global du pays ou de la région (par exemple, le financement de la santé publique, le financement de l'assurance maladie privée, la philanthropie) et les moyens de soutenir les patients en difficulté financière. Plaidoyer pour des soins de santé en oncologie intégrative basés sur la valeur qui placent les valeurs des patients au centre de la prestation de services et des décisions de financement.
Economic Evaluation of Complementary and Alternative Medicine in	2017	Sur la base d'une recherche systématique dans la littérature (Medline et la Cochrane Library, combinant les termes MeSH "thérapies complémentaires", "néoplasmes", "coûts", "analyse des	Les types d'analyses économiques et leurs paramètres discutés pour les MCA en oncologie étaient les analyses de coût, coût-bénéfice, efficacité (cost-effectiveness) et de coût-utilité. Seuls	Allemagne	Pour évaluer l'utilité, les sujets sains peuvent ne pas être adéquats en tant que patients atteints d'une maladie potentiellement

Titre de la publication	Année de publication	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
Oncology: Is There a Difference Compared to Conventional Medicine? ¹⁰²		coûts " et " analyse coûts-avantages "), un groupe d'experts a discuté de différents types d'analyses et leur importance pour évaluer les MCA en oncologie	quelques articles incluaient des arguments en faveur ou contre ces différentes méthodes, et seuls quelques arguments étaient spécifiques pour la MCA, car la plupart des méthodes de MCA abordent un large éventail de paramètres d'objectif de traitement pour évaluer l'efficacité et sont difficiles à définir. De plus, le choix des traitements comparatifs est difficile.		mortelle et peuvent être jugés différemment, en particulier en ce qui concerne une approche de traitement holistique. Nous n'avons trouvé aucun argument dans la littérature qui visait l'analyse économique des MCA en oncologie. Par conséquent, une évaluation d'approche globale basée sur des critères de médecine factuelle évaluant les coûts directs et indirects est recommandée. <u>Pour conclure :</u> Les approches habituelles de la médecine conventionnelle pour évaluer les coûts, les bénéfices et l'efficacité semblent adéquates dans le domaine des MCA en oncologie. De plus, une réflexion approfondie sur le comparateur, les paramètres et les instruments est obligatoire pour la conception des études.
Cost savings in inpatient oncology through an integrative medicine approach ¹⁰³	2011	Cette étude a utilisé des groupes non randomisés et non équivalents. Un échantillon de base de patients hospitalisés en oncologie au Beth Israel Medical Center admis à l'unité d'oncologie médicale avant la mise en œuvre de l'Initiative Urban Zen a été comparé aux	Nous avons des données de coût complètes sur 85 patients dans notre groupe de base et 72 dans notre groupe d'intervention. Nous n'avons trouvé aucune différence de durée de séjour entre les 2 groupes. Nous avons trouvé une diminution significative de l'utilisation des coûts des médicaments	USA	Une approche de médecine intégrative comprenant la thérapie par le yoga, les soins infirmiers holistiques et un environnement de guérison en milieu hospitalier peut réduire l'utilisation de médicaments, ce qui se

Titre de la publication	Année de publication	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
		<p>patients admis après la mise en place de l'Initiative Urban Zen.</p> <p>L'initiative Urban Zen a incorporé la thérapie de yoga, des techniques de soins infirmiers holistiques et un « environnement de guérison » dans les soins oncologiques hospitaliers de routine. Les données sur la durée du séjour et l'utilisation des médicaments ont été extraites de la base de données électronique d'aide à la décision de Beth Israel. Nous avons comparé la durée du séjour, les coûts totaux des médicaments et les coûts des médicaments au besoin pour les deux groupes : l'échantillon de base de patients hospitalisés en oncologie et de patients exposés à l'initiative de l'environnement de guérison Urban Zen.</p>	<p>antiémétiques, anxiolytiques et hypnotiques ainsi qu'une diminution des coûts totaux des médicaments dans l'échantillon Urban Zen par rapport au groupe de référence.</p>		<p>traduit par des économies substantielles pour les hôpitaux dans les soins des patients en oncologie.</p>
<p>Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? a systematic review¹⁰⁵</p>	<p>2005</p>	<p>Les objectifs de cette étude sont de présenter un aperçu de l'évaluation économique et de développer un premier examen afin d'examiner la portée et la qualité actuelles des évaluations économiques des MCA.</p>	<p>Les sources de données utilisées étaient Medline, AMED, Alt-HealthWatch et le Complementary and Alternative Medicine Citation Index; De janvier 1999 à octobre 2004. Des articles rapportant des données originales sur des thérapies CAM spécifiques provenant de toute forme d'analyse économique standard ont été inclus. Les évaluations économiques complètes ont été soumises à deux types d'examen de la qualité. Le premier était une liste de contrôle de 35 points pour la qualité des rapports, et le second était un ensemble de quatre critères de qualité de l'étude (randomisation, collecte prospective de</p>		<p>Alors que le nombre et la qualité des évaluations économiques de la MCA ont augmenté ces dernières années et que davantage de thérapies MCA se sont avérées d'une bonne valeur, la majorité des thérapies MCA restent encore à évaluer.</p>

Titre de la publication	Année de publication	Méthodologie	Remarques	Pays	Conclusion
			données économiques, comparaison avec les soins habituels et pas de mise en aveugle)		

VIII) Bibliographie

- ¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- ² OMS. Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986
- ³ Site internet de l'OMS : <https://www.who.int/topics/cancer/fr/> (consulté le 2/09/20)
- ⁴ Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES). Guide des dérives sectaires. Mars 2018
- ⁵ Les cancers en France, édition 2017, collection Les Données, Institut national du cancer, avril 2018.
- ⁶ Rapport de l'Institut National du Cancer. Les cancers en France, l'essentiel des faits et des chiffres. Edition 2019
- ⁷ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2021 (loi du 13 août 2004). Juillet 2020
- ⁸ Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union : a population-based cost analysis. *Lancet Oncol*, 2013, 14 : 1165-1174.
- ⁹ Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors (2020). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://publications.iarc.fr/586>.
- ¹⁰ Dunn GP, Old LJ, Schreiber RD. The immunobiology of cancer immunosurveillance and immunoediting. *Immunity*. 2004 Aug;21(2):137-48. doi: 10.1016/j.immuni.2004.07.017.
- ¹¹ Bockel S, Antoni D, Deutsch É, Mornex F. Immunothérapie et radiothérapie [Immunotherapy and radiotherapy]. *Cancer Radiother*. 2017 May;21(3):244-255.
- ¹² Site internet Institut National du cancer : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients> (consulté le 12/03/2021)
- ¹³ Aude Penetier, Sabrina Falcowski, Nicolas Picard, Parcours de soins d'un patient atteint de cancer, du diagnostic à l'officine. *Actualités Pharmaceutiques*. Volume 57, Issue 579. 2018. Pages 46-49.
- ¹⁴ Ligue nationale contre le cancer, 2019. Face au cancer, l'épreuve du parcours de soins. Rapport 2018-2019 de l'Observatoire sociétal des cancers.
- ¹⁵ Site internet proinfoscancer : <https://www.proinfoscancer.org/fr/page/annonce-et-pps> (consulté le 07/01/2021)
- ¹⁶ Site internet de l'oncorif : <https://www.oncorif.fr/patients/le-parcours-soins/> (consulté le 07/01/2021)
- ¹⁷ Site internet de l'INSERM : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/immunotherapie-cancers> (consulté le 07/01/2021)
- ¹⁸ « La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer », collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014.
- ¹⁹ Ligue suisse contre le cancer. La chirurgie dans le cancer, Berne. 2ème édition ; 2019.
- ²⁰ Gilles CORNAIRE. PRINCIPES DE TRAITEMENTS EN CHIMIOTHERAPIE. CH Carcassonne. <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/principesdetraitementsenchimiotherapiegillescornaire.pdf>

-
- ²¹ Site internet oncologie médicale : <https://www.oncologie-medicale-hegp.fr/chimiotherapie/> (consulté le 16/03/2021)
- ²² Site internet de la Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique : <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/immunotherapie-anti-tumorale-et-immunomodulateurs> (consulté le 20 mars 2021)
- ²³ Site internet de l'Institut National du cancer : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition> (consulté le 04/01/2021)
- ²⁴ Philippe Bataille, Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie, Paris, Balland, Collection « Voix et Regards », 2003, 359 p.
- ²⁵ Rapport de l'Institut Nationale du Cancer (INCa). Organisation des soins en cancérologie. Version médecin généraliste. Juillet 2016.
- ²⁶ Site internet de l'Institut Curie : <https://curie.fr/dossier-pedagogique/dou-vient-la-douleur-cancereuse#:~:text=La%20maladie%20canc%C3%A9reuse%20en%20elle,au%20niveau%20d'un%20nerf>. (consulté le 20/01/2021)
- ²⁷ Dr J.KERGER. Les multiples facettes de la fatigue liée au cancer. Institut Jules Bordet. Déc 2016.
- ²⁸ Site internet Roche infos patients cancer : <https://www.roche.fr/fr/patients/info-patients-cancer/effets-secondaires-traitement-cancer/nausees-vomissement-cancer.html> (consulté le 20/01/2021)
- ²⁹ Site internet de la fondation ARCAD : <https://www.fondationarcad.org/les-cancers-digestifs/infos-generales-sur-le-cancer/les-effets-secondaires/> (consulté le 25/01/2021)
- ³⁰ A.Altmeyer, psychologue C.H.B.M. Répercussions psychologiques du cancer. Formation réseau oncolie 2009.
- ³¹ Viguier, Jérôme, et al. « 52. Cancer et politique de lutte contre le cancer », François Bourdillon éd., Traité de santé publique. Lavoisier, 2016, pp. 490-498.
- ³² Buzyn, A. Les apports des Plans cancer à la cancérologie. Oncologie 16, 4–6 (2014).
- ³³ Benoit Lafon et Jean-Philippe De Oliveira, « Le cancer et la maladie d'Alzheimer, des chantiers présidentiels », Communication [En ligne], Vol. 30/1 | 2012.
- ³⁴ Plan cancer 2014-2019 (www.e-cancer.fr/content/download/123552/1485522/file/Plan_cancer_2014-2019-PNRT.pdf).
- ³⁵ Haut Conseil de la santé publique. Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004-2014. Avril 2016.
- ³⁶ TOME I : RAPPORT COMPLET IGAS N°2019-104R/IGESR N°2020-103
- ³⁷ Site internet le quotidien du médecin : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/strategie-decennale-contre-le-cancer-les-citoyens-apposent-leur-marque-travers-une-dizaine-de> (consulté le 29/01/21)
- ³⁸ Stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030. Feuille de route 2021-2025.
- ³⁹ V.Suissa ; S.GUERIN ; P.Denormandie. Médecines complémentaires et alternatives pour ou contre ? 2019 Livre Michalon éditeur.
- ⁴⁰ Suissa, Véronique et al. Médecines Complémentaires ou Alternatives (MCA) : Proposition d'une définition et d'une catégorisation de références. Revue Hegel. 2020. <https://doi.org/10.4267/2042/70798>

⁴¹ V.SUISSA. Thèse de Doctorat de Psychologie Clinique. Évaluation de l'impact des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) chez les patients atteints de cancer. 2017

⁴² Rapport Haute autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201106/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

⁴³ Grant SJ, Hunter J, Seely D, Balneaves LG, Rossi E, Bao T. Integrative Oncology: International Perspectives. *Integr Cancer Ther.* 2019;18:1534735418823266.

⁴⁴ Barbot J, Fillion E. La dynamique des victimes. Les formes d'engagement associatif face aux contaminations iatrogènes [VIH et prion]. *Sociol Sociétés.* 2007;39(1):217-47

⁴⁵ Dodier N. Leçons politiques de l'épidémie de sida. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales ; 2003. 360 p

⁴⁶ Mougeot Frédéric, Robelet Magali, Rambaud Claude et al., « L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique », *Santé Publique*, 2018/1 (Vol. 30), p. 73-81.

⁴⁷ Fillion E. À l'épreuve du sang contaminé : Pour une sociologie des affaires médicales. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales ; 2009. 323 p.

⁴⁸ Anne Laude. Le patient, nouvel acteur de santé ?. *Recueil Dalloz*, Dalloz, 2007, pp.1151.

⁴⁹ C.DESPRES. Les médecines parallèles dans la prise en charge du cancer à l'Ile de la Réunion. *Rapport de recherche* ; 2008.

⁵⁰ Elzière Pierre. Des médecines dites naturelles. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 4, n°2, 1986. Médecines parallèles. pp. 39-74.

⁵¹ Site internet la médecine douce et son aspect scientifique : <http://www.medecine-douce.fr/la-medecine-douce-est-bien-reputee-et-son-aspect-scientifique-y-est-pour-quelque-chose/> (consulté le 17/08/2020)

⁵² Jean-Yves Fagon ; Catherine Viens-Bitker. *MEDECINES COMPLEMENTAIRES A L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS*. Rapport Mai 2012

⁵³ Site internet de l'Agence des MCA : <https://www.agencemca.org/> (consulté le 11/09/2020)

⁵⁴ Site internet Pubmed : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=complementary+therapies> ; consulté le 18 août 2020)

⁵⁵ Santé Publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers#:~:text=A%2018%2C1%20millions%20le,au%20cours%20de%20leur%20vie> (consulté le 17 août 2020)

⁵⁶ Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A. and Jemal, A. (2018)

⁵⁷ Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68: 394-424

⁵⁸ Rapport de L'INCa de 2018 : https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2019/07/rapport_2018_714_enrich.pdf

⁵⁹ Site internet d'unicancer ; Décryptage des nouvelles tendances, des changements majeurs et des adaptations de la cancérologie à l'horizon 2025 ; <http://www.unicancer.fr/cancerologie-2025#soins%20de%20support> (Consulté le 17/08/20)

-
- ⁶⁰ 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 centers in Europe. *Support Care Cancer*. 2015;23:1795- 1806.
- ⁶¹ Valois B, Young T, Thorpe P, et al. Evaluating the NADA ear acupuncture protocol to improve wellbeing and quality of life for men diagnosed with prostate cancer. *Eur J Integr Med* 2015;7:
- ⁶² Yu Chao. Clinical study on acupuncture and moxibustion for treatment of advanced prostate cancer. Proceedings of the 14th National Academic Conference of the Department of Urology, Chinese Society of Integrative Medicine. Chinese Society of Integrated Traditional and Western Medicine, Department of Urology; 2016, p. 2.)
- ⁶³ Dilhuydy JM. (2005). Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : traitements inévalués ou pratiques inapprouvées. 27e journées de la SFSPM, Deauville ; 2005. p 396-416.)
- ⁶⁴ Rosenthal DS, Schraub S. American cancer society's guide to complementary and alternative cancer methods. Springer Verlag France, *Oncologie* 2008;3:416-419.
- ⁶⁵ Deng G., « Integrative Cancer Care in a US Academic Cancer Centre : The Memorial Sloan-Kettering Experience » in *Curr. Oncol. Suppl.* 2 :s108.es68-71, 2008
- ⁶⁶ Deng GE, Frenkel M, Cohen L, et al., « Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology : complementary therapies and botanicals » in *J. Soc. Integr. Oncol.* 7(3) :85-120, 2009.
- ⁶⁷ Sagar S.M., « Integrative oncology in North America » in *J. Soc. Integr. Oncol.* 2006 ;4(1) :27-39.
- ⁶⁸ Site internet de l'Institut Raphaël : <https://institut-rafael.fr/> (consulté le 10/09/2020)
- ⁶⁹ Lei Y, Duan Y, Wang J, et al. A randomized controlled trial for acupuncture combined with conventional therapy in the treatment of pain caused by prostate cancer: Study protocol clinical trial (SPIRIT compliant). *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(14):e19609.
- ⁷⁰ Gras M, Vallard A, Brosse C, et al. Use of Complementary and Alternative Medicines among Cancer Patients: A Single-Center Study. *Oncology*. 2019;97(1):18-25.
- ⁷¹ Shen X, Kumar P. Trade-Off between Treatment of Early Prostate Cancer and Incidence of Advanced Prostate Cancer in the Prostate Screening Era. *The Journal of Urology*. 2016 May;195(5):1397-1402.
- ⁷² Chiu HY, Hsieh YJ, Tsai PS. Systematic review and meta-analysis of acupuncture to reduce cancer-related pain. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(2):10.1111/ecc.12457.
- ⁷³ Dr Stéphanie Träger et al. Référentiel acupuncture en onco-hématologie ; AFSOS ; 2017.
- ⁷⁴ M.Le Gouvello. Naturopathie le guide complet au quotidien. 2018, Editions Rustica éditions.
- ⁷⁵ B.Boutry. La naturopathie, 3e médecine traditionnelle au monde et profession à part entière. OMNES ; 2015.
- ⁷⁶ Entretien de Marine LE GOUVELLO naturopathe.
- ⁷⁷ Site internet de l'association européenne de sophrologie : <https://www.sophro.be/a-quoi-sert-la-sophrologie/d%C3%A9finition-de-la-sophrologie/> (consulté le 30/08/20)
- ⁷⁸ Site internet : <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/apres-cancer/la-sophrologie-un-maillon-fort-des-therapies-de-lapres-cancer-a-linstitut-rafael/> (consulté le 30/08/20)
- ⁷⁹ Misty Pratt et al. A scoping review of network meta-analyses assessing the efficacy and safety of complementary and alternative medicine interventions. Pratt et al. *Systematic Reviews* (2020) 9:97

-
- ⁸⁰ Jeffrey D. White et al. Proceedings of the Strategy Meeting for the Development of an International Consortium for Chinese Medicine and Cancer. *J Glob Oncol*. 2017 Dec; 3(6): 814–822.
- ⁸¹ Heather Tick, MD et al. Evidence-based non pharmacologic strategies for comprehensive pain care: the consortium pain task force white paper. Elsevier inc. May/June 2018, Vol. 14, No. 3 177.
- ⁸² Oh B, Eade T, Kneebone A, et al. Acupuncture in Oncology: The Effectiveness of Acupuncture May Not Depend on Needle Retention Duration. *Integr Cancer Ther*. 2018;17(2):458-466.
- ⁸³ Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer*. 2019;27(8):3119-3132.
- ⁸⁴ C. Barry, V. Seegers, J. Gueguen, C. Hassler, A. Ali, B. Falissard. Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. INSERM. 2014.
- ⁸⁵ River J, McKenzie H, Levy D, Pavlakis N, Back M, Oh B. Convergent priorities and tensions: a qualitative study of the integration of complementary and alternative therapies with conventional cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2018;26(6):1791-1797.
- ⁸⁶ Lau CH, Wu X, Chung VC, et al. Acupuncture and Related Therapies for Symptom Management in Palliative Cancer Care: Systematic Review and Meta-Analysis [published correction appears in *Medicine (Baltimore)*. 2016 May 20;95(20):e90e6]. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(9):e2901.
- ⁸⁷ Ma SJ, Rivers CI, Serra LM, Singh AK. Long-term outcomes of interventions for radiation-induced xerostomia: A review. *World J Clin Oncol*. 2019;10(1):1-13. doi:10.5306/wjco.v10.i1.1
- ⁸⁸ Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, et al. Evidence-Based Nonpharmacologic Strategies for Comprehensive Pain Care: The Consortium Pain Task Force White Paper. *Explore (NY)*. 2018;14(3):177-211.
- ⁸⁹ Bao T, Seidman AD, Piulson L, et al. A phase IIA trial of acupuncture to reduce chemotherapy-induced peripheral neuropathy severity during neoadjuvant or adjuvant weekly paclitaxel chemotherapy in breast cancer patients. *Eur J Cancer*. 2018;101:12-19.
- ⁹⁰ Weidong Lu et al. Acupuncture for Chemoradiation Therapy-Related Dysphagia in Head and Neck Cancer: A Pilot Randomized Sham-Controlled Trial. *The oncologist*. 2016
- ⁹¹ Site web studyrama : <https://www.studyrama.com/formations/fiches-metiers/sante/acupuncteur-76104> (consulté le 30/08/2020)
- ⁹² S.TROGER et al. Acupuncture en oncohématologie. Référentiel inter-régionaux en soins oncologiques de supports. AFSOS. 2017
- ⁹³ Site internet : <https://www.je-change-de-metier.com/fiche-metier-acupuncteur> (consulté le 30/08/2020)
- ⁹⁴ Avis n°2012.0046/AC/SEAP du 12 décembre 2012 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la demande de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant sur les conditions de réalisation d'une séance d'acupuncture figurant dans la Liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale
- ⁹⁵ Avis de la HAS 12/02/20 :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/ac_2020_0016_pc_oncologie_acupuncture_cd_2020_02_12_vd.pdf
- ⁹⁶ Site internet : <https://www.guide-des-plantes.com/cordyceps-sinensis/> (consulté le 25/08/2020) 135 / 140

⁹⁷ Patrice Cohen et Emilie Legrand, « Alimentation et cancers. Personnes atteintes et autorités alternatives », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 2 | 2011, mis en ligne le 27 mai 2011, consulté le 30 août 2020. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/629>

⁹⁸ Site internet de la FÉNA : <http://lafena.fr/ecoles-agreees/> (consulté le 30/08/2020)

⁹⁹ https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037941704&oldAction=rechExpTexteJorf

¹⁰⁰ Site internet de la Société Française de Sophrologie : <https://www.sophrologie-francaise.com/index.php/component/content/article/8-single/21-rncp> (consulté 31/08/2020)

¹⁰¹ Juliette Gueguen. Evaluation des médecines complémentaires : quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses?. *Santé publique et épidémiologie*. Université Paris-Saclay, 2017.

¹⁰² Huebner J, Prott FJ, Muecke R, et al. Economic Evaluation of Complementary and Alternative Medicine in Oncology: Is There a Difference Compared to Conventional Medicine?. *Med Princ Pract*. 2017;26(1):41-49.

¹⁰³ Kligler B, Homel P, Harrison LB, Levenson HD, Kenney JB, Merrell W. Cost savings in inpatient oncology through an integrative medicine approach. *Am J Manag Care*. 2011;17(12):779-784.

¹⁰⁴ Kelner MJ, Boon H, Wellman B, Welsh S: Complementary and alternative groups contemplate the need for effectiveness, safety and cost-effectiveness research. *Complementary Therapies in Medicine* 2002, 10:235-239.

¹⁰⁵ Herman PM, Craig BM, Caspi O. Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. *BMC Complement Altern Med*. 2005;5:11. Published 2005 Jun 2.

¹⁰⁶ The Lancet; We need to talk about meat;The Lancet,Volume 392, Issue 10161,2018,Page 2237,ISSN 0140-6736.

¹⁰⁷ Site web : <https://www.portailbienetre.fr/formation/acupuncteur/#tarifs> (consulté le 30/08/20)

¹⁰⁸ Site internet de l'OMNES : <https://www.naturopathe.net/combien-coute-une-consultation-#:~:text=Les%20honoraires%20sont%20libres%2C%20mais,doivent%20%C3%AAtre%20affich%C3%A9s%20en%20cabinet.> (consulté le 07/09/2020)

¹⁰⁹ Site internet masophrologie : <https://masophrologie.fr/combien-coute-une-seance-de-sophrologie/> (consulté le 07/09/2020)

¹¹⁰ Site internet de la chambre syndicale de sophrologie : <https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/questions-sophrologie/> (consulté le 07/09/2020)

¹¹¹ Site internet bien dans mon être : <https://www.biendansmonetre.com/tarifs-et-prestations/> (consulté le 07/09/2020)

¹¹² Site internet ameli ; accueil de la CCAM : Acte d'acupuncture tarification. <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/par-mot-cle.php> (consulté le 11/09/2020)

¹¹³ Dudoit, E., Lheureux, E., Dany, L. et al. Psychologie et sophrologie en oncologie: les voies d'un possible travail d'articulation. *Psycho Oncologie* 6, 50–58 (2012).

¹¹⁴ Entretien téléphonique avec le fondateur du Centre Ressource le 9 septembre 2020.

¹¹⁵ Site internet chambre syndicale de sophrologie : <https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/mutuelle-sophrologie-sophrologue/> (consulté le 07/09/2020)

¹¹⁶ Catalogue de prestation 2020 : https://www.comdesfemmes.com/upload/Garanties/Garanties_Identites_Mutuelle_2020.pdf

-
- ¹¹⁷ Catalogue de 2018-2019 : https://www.adrea.fr/uploads/20180219/5a8af8119a59c_RENFORT%20BIEN%20ETRE%20ET%20PREVENTION.pdf
- ¹¹⁸ Site internet de Swiss Life : <https://www.swisslife.fr/content/search?SearchText=m%C3%A9decine+douce&sessionId=> (consulté le 08/09/2020)
- ¹¹⁹ Site internet d'Alptis : <https://www.alptis.org/complementaire-sante/options/assurance-medecine-douce-automedication/> (consulté le 08/09/2020)
- ¹²⁰ Offre de soins mutuelle cap vert : <https://www.mutuelle-capvert.com/public/fichier/garanties.pdf>
- ¹²¹ Site internet de la Mutuelle verte : <https://www.mutuelleverte.com/comparateur/produits/particulier/?p=15-16> (consulté le 08/09/2020)
- ¹²² Site internet de MFIF : <https://www.mfif.fr/mutuelle-sante/medecine-douce/> (consulté le 07/09/2020)
- ¹²³ Site internet devis mutuelle : <https://www.devismutuelle.com/dossier/resilier-sa-mutuelle-medecines-douces> (consulté le 08/09/2020)
- ¹²⁴ Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(3):194-232.
- ¹²⁵ Ben-Arye, E., Schiff, E., Zollman, C. et al. Integrating complementary medicine in supportive cancer care models across four continents. *Med Oncol* 30, 511 (2013).
- ¹²⁶ Koithan M, Bell IR, Caspi O, et al. Patients' experiences and perceptions of a consultative model integrative medicine clinic: a qualitative study. *Integr Cancer Ther.* 2007;6(2):174-84.
- ¹²⁷ Feuille de route : Postiches pour homme ou femme ; 2014 ; HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/feuille_de_route_postiches_2014_10_03_2014-11-12_10-43-4_674.pdf
- ¹²⁸ Avis de projet de modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires inscrits au chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037306976&oldAction=rechExpTexteJorf
- ¹²⁹ AVIS DE LA CNEDiMTS 18 décembre 2018 – Recommandations sur l'avis de projet publié au JO le 10/08/18 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-12/protheses_capillaires_dm_eval_206.pdf
- ¹³⁰ Journal Officiel de la République Française du 21 décembre 2018 - Avis de projet de fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en € TTC des prothèses capillaires visés au chapitre 2 du titre I er de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037840674&oldAction=rechExpTexteJorf
- ¹³¹ Collège des Économistes de la Santé ; QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE AMO ET AMC ? ; Actes de la 13e Matinée thématique du 19 octobre 2017 ; La lettre du Collège n° 2 - Mai 2018 - Véronique Cazals - Directrice santé de la Fédération française de l'assurance (FFA)
- ¹³² Collège des Économistes de la Santé ; QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE AMO ET AMC ? ; Actes de la 13e Matinée thématique du 19 octobre 2017 ; La lettre du Collège n° 2 - Mai 2018 - Cécile Waquet Directrice adjointe « Métiers santé-prévoyance » (AG2R)
- ¹³³ Collège des Économistes de la Santé ; QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE AMO ET AMC ? ; Actes de la 13e Matinée thématique du 19 octobre 2017 ; La lettre du Collège n° 2 - Mai 2018 « Dr Jean-Martin Cohen-Solal
Délégué auprès du Président de la Mutualité française. »

-
- ¹³⁴ Collège des Économistes de la Santé ; QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE AMO ET AMC ? ; Actes de la 13e Matinée thématique du 19 octobre 2017 ; La lettre du Collège n° 2 - Mai 2018
- ¹³⁵ Information des échos confirmée par Le Monde avec AFP – 04/09/2020
- ¹³⁶ Site internet d'Onco28 : <https://www.onco28.org/index.php/onco-28/instances> (consulté le 13/09/2020)
- ¹³⁷ Journal officiel de la république française. Arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer. https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/VoNXj6fFpsQgxB4w29KnoNL3cq72ZRf8EFU1apye2e4=/JOE_TEXTE (consulté le 24 février 2021)
- ¹³⁸ O.Véran. L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Avril 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf (consulté le 24/02/2021)
- ¹³⁹ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie. Rapport 2020
- ¹⁴⁰ Rapport au parlement sur les expérimentations innovantes en santé de l'article 51 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2018. Fin 2019.
- ¹⁴¹ Aline Sarradon-Eck et Coralie Caudullo, « Le décodage biologique. Diffusion d'une nouvelle médecine non-conventionnelle contre le cancer », Anthropologie & Santé [En ligne], 2 | 2011, mis en ligne le 24 juillet 2014, consulté le 05 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/539>
- ¹⁴² Site internet wikipédia : https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9rapie_de_conversion#:~:text=Une%20th%C3%A9rapie%20de%20conversion%2C%20parfois,personne%20de%20l'homosexualit%C3%A9%20ou (consulté le 05/09/2020)
- ¹⁴³ https://fr.wikipedia.org/wiki/Access_Bars#:~:text=L'Access%20Bars%20est%20une.d%C3%A9rives%20sectaires%20pour%20pratiques%20sectaires (consulté le 05/09/2020)
- ¹⁴⁴ Di Bella G. The Di Bella Method (DBM). Neuro Endocrinol Lett. 2010;31 Suppl 1:1-42.
- ¹⁴⁵ Site internet Entrelacs (Association pour transformer le pire en meilleur Maladie grave, Deuil, Vieillesse, Fin de vie) : <https://entrelacs.ch/le-regime-du-dr-gerson/#:~:text=Le%20Dr%20Gerson%20a%20mis%20en%20place%20un%20r%C3%A9gime%20C%C3%A0e%20les%20C%C3%A9gumes%20le%20restaurent>. (consulté le 05/09/2020)
- ¹⁴⁶ Livingston-Wheeler therapy. CA Cancer J Clin. 1990;40(2):103-108.
- ¹⁴⁷ Anja Thronicke et al. Health-Related Quality of Life in Patients with Lung Cancer Applying Integrative Oncology Concepts in a Certified Cancer Centre. Hindawi. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2020, Article ID 5917382, 9 pages.
- ¹⁴⁸ Kacel EL, Pereira DB, Estores IM. Advancing supportive oncology care via collaboration between psycho-oncology and integrative medicine. Support Care Cancer.
- ¹⁴⁹ Bao T, Seidman AD, Piulson L, et al. A phase IIA trial of acupuncture to reduce chemotherapy-induced peripheral neuropathy severity during neoadjuvant or adjuvant weekly paclitaxel chemotherapy in breast cancer patients. Eur J Cancer. 2018;101:12-19. doi:10.1016/j.ejca.2018.06.008
- ¹⁵⁰ Tofthagen C, Boses S, Healy G, Jooma N. Evaluation of Group Acupuncture for Cancer-Related Symptoms: A Retrospective Analysis. J Palliat Med. 2015;18(10):878-880.

-
- ¹⁵¹ Bae K, Yoo HS, Lamoury G, Boyle F, Rosenthal DS, Oh B. Acupuncture for Aromatase Inhibitor-Induced Arthralgia: A Systematic Review. *Integr Cancer Ther.* 2015;14(6):496-502.
- ¹⁵² Saha A, Kuzuhara T, Echigo N, Fujii A, Suganuma M, Fujiki H. Apoptosis of human lung cancer cells by curcumin mediated through up-regulation of "growth arrest and DNA damage inducible genes 45 and 153". *Biol Pharm Bull.* 2010;33(8):1291-1299.
- ¹⁵³ Fong D, Yeh A, Naftalovich R, Choi TH, Chan MM. Curcumin inhibits the side population (SP) phenotype of the rat C6 glioma cell line: towards targeting of cancer stem cells with phytochemicals. *Cancer Lett.* 2010;293(1):65-72.
- ¹⁵⁴ Niwa Y, Matsuura H, Murakami M, Sato J, Hirai K, Sumi H. Evidence that naturopathic therapy including *Cordyceps sinensis* prolongs survival of patients with hepatocellular carcinoma. *Integr Cancer Ther.* 2013;12(1):50-68.
- ¹⁵⁵ Lv M, Zhu X, Wang H, Wang F, Guan W. Roles of caloric restriction, ketogenic diet and intermittent fasting during initiation, progression and metastasis of cancer in animal models: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9(12):e115147. Published 2014 Dec 11.
- ¹⁵⁶ WHO consortium. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *Lancet Oncol* 2015.
- ¹⁵⁷ Cruz-Correa M, Hyland LM, Marrero JH, et al. Efficacy and Safety of Curcumin in Treatment of Intestinal Adenomas in Patients With Familial Adenomatous Polyposis. *Gastroenterology.* 2018;155(3):668-673. doi:10.1053/j.gastro.2018.05.031
- ¹⁵⁸ Fiolet Thibault, Srour Bernard, Sellem Laury, Kesse-Guyot Emmanuelle, Allès Benjamin, Méjean Caroline et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort *BMJ* 2018; 360 :k322
- ¹⁵⁹ Parashar K, Sood S, Mehaidli A, et al. Evaluating the Anti-cancer Efficacy of a Synthetic Curcumin Analog on Human Melanoma Cells and Its Interaction with Standard Chemotherapeutics. *Molecules.* 2019;24(13):2483. Published 2019 Jul 6.
- ¹⁶⁰ S. Sicard. Cancer et sophrologie. *Psycho-Oncol.* (2009) 3:184-187
- ¹⁶¹ Bertrand AS, Iannessi A, Buteau S, et al. Effects of relaxing therapies on patient's pain during percutaneous interventional radiology procedures. *Ann Palliat Med.* 2018;7(4):455-462.
- ¹⁶² Bondiau, P.-Y., Starzyk, A., Gotra, D., Palamini, G., Perychon, M., Grondin, B., & Dalmasso, M. (2015). Intérêt de la sophrologie durant les séances de traitement par CyberKnife®. *Cancer/Radiothérapie*, 19(6-7), 655.
- ¹⁶³ Carlson, L. E., Zelinski, E., Toivonen, K., Flynn, M., Qureshi, M., Piedalue, K.-A., & Grant, R. (2017). Mind-Body Therapies in Cancer: What Is the Latest Evidence? *Current Oncology Reports*, 19(10).

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.