

UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE  
MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Justine LIBERKOWSKI**

le 03 novembre 2021

Étude des motifs de demande d'information sur  
les médecines complémentaires à la pharmacie d'un  
établissement d'oncologie : Quelle place pour le médecin  
généraliste ?

Directeur de thèse : **Docteur Béatrice Lognos**

Codirection : **Professeur Gregory Ninot**

**JURY**

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Premier assesseur : Docteur Béatrice Lognos

Deuxième assesseur : Professeur Grégory Ninot

Membre invité : Docteur François Carbonnel

UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE  
MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Justine LIBERKOWSKI**

le 03 novembre 2021

Étude des motifs de demande d'information sur  
les médecines complémentaires à la pharmacie d'un  
établissement d'oncologie : Quelle place pour le médecin  
généraliste ?

Directeur de thèse : **Docteur Béatrice Lognos**

Codirection : **Professeur Gregory Ninot**

**JURY**

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Premier assesseur : Docteur Béatrice Lognos

Deuxième assesseur : Professeur Grégory Ninot

Membre invité : Docteur François Carbonnel

## ANNEE UIVERSITAIRE 2021-2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	CHAPTAL Paul-André	JARRY Daniel	OTHONIEL Jacques
ALLIEU Yves	CIURANA Albert-Jean	JOURDAN Jacques KLEIN	PAGES Michel
ALRIC Robert	CLOT Jacques	Bernard	PEGURET Claude
ARNAUD Bernard	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	PELISSIER Jacques
ASCENCIO Gérard	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PETIT Pierre
ASTRUC Jacques	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	POUGET Régis
AUSSILLOUX Charles	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	PUJOL Henri
AVEROUS Michel	DIMEGLIO Alain	LEROUX Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
AYRAL Guy	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	RAMUZ Michel
BAILLAT Xavier	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	REBOUL Jean
BALDET Pierre	DUMAS Robert	LORIOT Jean	RIEU Daniel
BALDY-MOULINIER Michel	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie	RIOUX Jean-Antoine
BALMES Jean-Louis	ECHENNE Bernard	Madeleine	ROCHEFORT Henri
BANSARD Nicole	FABRE Serge	MAGNAN DE BORNIER	ROUANET DE VIGNE
BAYLET René	FREREBEAU Philippe	Bernard	LAVIT Jean
BILLIARD Michel	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	Pierre
BLARD Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SANY Jacques
BONNEL François	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard i	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	HEDON Bernard	MION Charles	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	HERTAULT Jean	MION Henri	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	JAFFIOL Claude	MIRO Luis	VIDAL Jacques
BRUNEL Michel	JANBON Charles	NAVARRO Maurice	VISI ER Jean Pierre
CANAUD Bernard	JANBON François	NAVRATIL Henri	

#### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	BONAFE Alain
BLANC François	BOULENGER Jean-Philippe
	BOURREL Gérard

BRINGER Jacques	MAUDELONDE Thierry
CLAUSTRES Mireille	MAURY Michèle
DAURES Jean-Pierre	MESSNER Patrick
DAUZAT Michel	MILLAT Bertrand
DAVY Jean-Marc	MONNIER Louis
DEDET Jean-Pierre	MOURAD Georges
ELEDJAM Jean-Jacques	PREFAUT Christian
GROLLEAU RAOUX Robert	PUJOL Rémy
GUERRIER Bernard	RIBSTEIN Jean
GUILLOT Bernard	SCHVED Jean-François
JONQUET Olivier	SULTAN Charles
LANDAIS Paul	TOUCHON Jacques
LARREY Dominique	UZIEL Alain
LE QUELLEC Alain	VOISIN Michel
MARES Pierre	ZANCA Michel

#### **Docteurs Emérites**

PRAT Dominique  
PUJOL Joseph

#### **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

##### **PU-PH de classe exceptionnelle**

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile

COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie

médicale

REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie
AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie

DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
-----------------	-----------------------------

CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la Communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la Communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive



PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologique
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine Générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### 1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### 1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

## **PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

## **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **MCU-PH Hors classe – Echelon Exceptionnel**

RICHARD Bruno Médecine palliative

SEGONDY Michel Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### **MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion

### **MCU-PH de 1re classe**

BERTRAND Martin Anatomie

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;

	gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

#### **MCU-PH de 2ème classe**

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE	Camille Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologique

#### **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

##### **MCU-MG de 1re classe**

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

### **MCU-MG de 2ème classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

### **Maitres de Conférences des Universités**

#### Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric Sciences biologiques fondamentales et cliniques

CHAZAL Nathalie Biologie cellulaire Maîtres de Conférences de classe normale

#### Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine Neurosciences

BERNEX Florence Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine Sciences du médicament et des autres produits de santé

DELABY Constance Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HERBET Guillaume Neurosciences

LADRET Véronique Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie Neurosciences

MOUTOT Gilles Philosophie

PASSERIEUX Emilie Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie Histologie

RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

### **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

### **PU chargés d'enseignements**

ABOUKRAT Patrick	BERNARD Nathalie	CAIMMI Davide Paolo
AKKARI Mohamed	BERTCHANSKY Ivan	CARR Julie
ALRIC Jérôme	BIBOULET Philippe	CARTIER César
AMEDRO Pascal	BIRON-ANDREANI Christine	CASPER Thierry
AMOUROUX Cyril	BLANC Brigitte	CASSINOTTO Christophe
ANTOINE Valéry	BLANCHARD Sylvie	CATHALA Philippe
ARQUIZAN Caroline	BLANCHET Catherine	CAZABAN Michel
ATTALIN Vincent	BLATIERE Véronique	CHARBIT Jonathan
AYRIGNAC Xavier	BOBBIA Xavier	CHEVALIER Thierry
BADR Maliha	BOGE Gudrun	CHEVALLIER-MICHAUD
BAIS Céline	BOURRAIN Jean Luc	Josyane
BARBAR Saber Davide	BOUYABRINE Hassan	CHEVALLIER-MICHUAD
BASSET Didier	BRINGER-DEUTSCH Sophie	Josyane
BATIFOL Dominique	BRINGUIER BRANCHEREAU	COLIN Olivier
BATTISTELLA Pascal	Sophie	CONSEIL Mathieu
BAUCHET Luc	BRISOT Dominique	CORBEAU Catherine
BENEZECH Jean-Pierre	BRONER Jonathan	COROIAN Flavia-Oana
BENNYS Karim	CADE Stéphane	COUDRAY Sarah

CRANSAC Frédéric	KINNE Mélanie	PUPIER Florence
CUNTZ Danielle	LABARIAS Coralie	QUANTIN Xavier
DARDALHON Brigitte	LACAMBRE Davide	RAFFARD Laurence
DAVID Aurore	LANG Philippe	RAPIDO Francesca
DE BOUTRAY Marie	LAZERGES Cyril	RIBRAULT Alice
DE LA TRIBONNIERE Xavier	LE GUILLOU Cédric	RICHAUD-MOREL Brigitte
DEBIEN Baise	LEGLISE Marie Suzanne	RIDOLFO Jérôme
DELPONT Marion	LOPEZ Régis	RIPART Sylvie
DENIS Hélène	LUQUIENS Amandine	RONGIERES Michel
DEVILLE de PERIERE Gilles	MANZANERA Cyril	ROULET Agnès
DJANIKIAN Flora	MARGUERITTE Emmanuel	RUBENOVITCH Josh
DONNADIEU-RIGOLE Hélène	MARTIN Lucille	SANTONI Fannie
FATTON Brigitte	MATTATIA Laurent	SASSO Milène
FAUCHERRE Vincent	MEROUEH Fadi	SCHULDINER Sophie
FILLERON Anne	MEYER Pierre	SEGURET Fabienne
FITENI Frédéric	MILESI Christophe	SENESSE Pierre
FOURNIER Philippe	MORAU Estelle	SKALLI El Medhi
GAILLARD Nicolas	MOSER Camille	SOLA Christelle
GALMICHE Sophie	MOUSTY Eve	SOULLIER Camille
GENY Christian	MOUTERDE Gaël	STOEBNER DELBARRE Anne
GERONIMI Laetitia	PANSARD Nicole	TEOT Luc
GINIES Patrick	PERNIN Vincent	THIRION Marina
GRECO Frédéric	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
GUEDJ Anne Marie	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
GUYON Gaël	PICARD Eric	VINCENT Laure
HENRY Vincent	PICOT Marie Christine	WAGNER Laurent
JAMMET Patrick	PIERONI Laurence	ZERKOWSKI Laetitia
JEDRYKA François	POQUET Hélène	
JREIGE Riad	PUJOL Sarah-Lise	

## Remerciements

### **À Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,**

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury. Merci pour l'intérêt que vous y avez porté.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

### **À Monsieur le Professeur NINOT Grégory**

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez témoigné en acceptant de diriger ce travail de thèse. Merci pour votre soutien lorsqu'il fallait catégoriser ces milliers de lignes excel, ainsi que pour vos conseils de rédactions et nombreuses relectures. Votre disponibilité et votre réactivité m'ont permis d'avancer sereinement dans ce travail.

Enfin, merci de faire avancer la recherche sur les INM et de permettre l'ouverture du dialogue entre patients et professionnels de santé.

### **À Madame le Docteur LOGNOS Béatrice,**

Je vous remercie d'avoir accepté de codiriger cette thèse. Sans me connaître et sans en avoir le contenu exact vous avez accepté afin que ce projet puisse aboutir, j'en suis très reconnaissante et espère que ce travail vous apportera satisfaction.

### **À Monsieur le Docteur CARBONNEL François.**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'y apporter votre regard expert à mon travail. Merci également de vous investir auprès de l'enseignement des internes.

Soyez assuré de ma grande estime.

Aux pharmaciens, médecins et psychologues de l'ICM, merci de m'avoir permis la réalisation de cette thèse et de m'avoir accueillie au sein des différentes réunions autour de ce projet.

À Ludovic, merci pour ton travail et tes explications de biostatistiques qui m'ont éclairées sur cette discipline et ce travail.

### **À ma famille,**

À mes parents, il va sans dire que je ne serais pas celle que je suis devenue sans vous. Vous avez su me transmettre le sens du respect, du courage et aussi ce qu'était l'Amour. Merci de m'avoir fait confiance et cru en moi lorsque je vous ai dit que je voulais devenir médecin. D'avoir partagé votre casque tous les deux dans le canapé quand vous regardiez la télé pour que je puisse réviser dans le calme.

Maman, merci de tes attentions sans limites, des dizaines de conduites par semaine, à l'école, au conservatoire, à la gymnastique, qui m'ont permis de me construire et d'assouvir ma soif de toujours vouloir faire quelque chose et pour ces milliers de petits repas préparés avec amour chaque jour.

Papa, merci de m'avoir donné goût au dépassement de soi et à la persévérance. Merci pour toutes ses balades à vélo, quand petite tu me tirais en haut de la montagne avec un simple sandow et aujourd'hui encore quand tu me proposes de me pousser. Tu es celui qui trouve toujours une solution quel que soit le problème lorsque je passe mes appels de détresse !

### **Je vous aime**

À Loïc mon frère, celui qui veille sur moi depuis 26ans. C'est un mélange d'admiration de reconnaissance et d'amour quand je pense à toi. Tu resteras toujours le meilleur parapentiste, celui qui m'a initié alors que je passais l'ECN 3 mois après et qui a encore tellement de choses à m'apprendre. Merci à Laetitia et toi de m'avoir accueillie tous ces weekends quand je décidais de venir à l'improviste, et merci pour le petit neveu que vous m'avez offert.

À Lucas, mon petit neveu espiègle et plein d'énergie, tu es un rayon de soleil. Je n'ai pas de doute qu'avec toutes ces bêtises, tu es un petit bonhomme très intelligent et que lorsque tu placeras cette énergie à bon escient tu feras de grandes choses.

À mamie Gaby tu es notre pilier à tous, mon modèle par excellence de femme libre et indépendante, Papi Gaëtan je me souviens de ton sourire et de ta tendresse.

À mamie Christiane et Papi Michel, pour votre amour,

À mes tontons Jean-Caude, Stani et Pascal, un savant mélange de bonne humeur, esprit d'aventure et de travail,

À mes tatas Sylvie la douceur pour l'une et la vivacité de l'autre,



À mes cousins *Simon* mon modèle de dépassement de soi, *Vincent* pour ta bienveillance, *Romain* pour ton sens de la famille, *Dorian* pour ton esprit de liberté  
À ma Cousine *Laurie*, pour ta tendresse et ton amour  
À tout(e)s leurs femme/ homme et enfants qui font grandir et rendent plus riche encore cette famille formidable.

À *Adrien*, le hasard de notre rencontre dépasse ce que chacun de nous pouvait imaginer. Merci de m'avoir soutenue quand je pensais que je devrais tout recommencer. Ta patience compense mon envie de vouloir tout, tout de suite. Au pied du mur ou d'un décollage, tu m'attends, m'explique et me fais me surpasser. J'espère que nos weekends de vadrouille ne s'arrêteront pas de sitôt et que bientôt nous irons découvrir en marchant ou en volant des contrées plus lointaines. Je t'aime.

À *Pierre, Bérange, Adrien et Rachel*, du bac à sable à aujourd'hui, j'ai pu grandir à vos côtés. Merci d'avoir ajouté une assiette à votre table toutes ces années alors qu'il était l'heure de rentrer.

À *Catherine, Stéphane, Juliette, Sophie et Olivier* merci pour votre soutien pendant ces cinq premières années, pour toutes ces discussions enrichissantes et pleines de sens.

***Aux amis du pays de la brique rouge et de l'accent si délicat***

À *Mélissa et Candice*, merci pour ce trio complémentaire que nous avons formé de ces premières folles soirées d'intégration à maintenant. À *Camille*, merci de m'avoir supporté et d'avoir partagé les remarques du prof quand je voulais te raconter ma vie en conf et que je dérangeais tout le monde ! À *Laura, Alex, Romain, et Jérémy*. Que notre amitié perdure malgré le temps et la distance.

À *Lisa*, merci pour ces heures passées au téléphone, et ton soutien indéfectible dans tous les moments de ma vie.

À *Pierre*, merci pour ta bonne humeur et tes blagues incessantes qui me manquent depuis que je ne suis plus ta voisine de classe.

### ***Aux amis rencontrés sous la douce chaleur Montpelliéraine***

*Aux doudous du love*, merci pour ces 6 premiers mois d'internat.

À Romane, ma super coloc, ma Christina Cordula, j'espère que nous retournerons bientôt fouler le bitume ensemble.

À Laure, pour ton écoute, tes conseils et ta réassurance de lendemain de soirées.

À Yaya pour ton sens de l'organisation, ta douceur et ton envie de vouloir tous nous rassembler.

À Anne-Maude pour ce magnifique voyage à tes côtés... « tcho my friend ».

À Chloé, Marine, Julie, Aurélie, Manon(s), Sophie, JB, et Momo.

Je n'aurais jamais imaginé rencontrer autant de bienveillance et d'amitiés en si peu de temps. J'espère vous avoir de près ou de loin à mes côtés encore longtemps !

*Au fofoune club du 117*, Aline pour toutes ces danses de la décompression quand tu rentrais du travail et Ben pour cette fabuleuse initiation à l'ornithologie. Merci pour ces mois de confinement passés à vos côtés, ils n'en étaient pas grâce à vous.

À tous les copains rencontrés pendant ces 3 années, les co-internes des urgences de Nîmes, et des urgences pédiatriques de Montpellier. Merci à Pauline pour tous ces supers petits plats que tu nous préparais !

***À mes maîtres de stage*** pour leurs enseignements et le temps qu'ils m'ont accordé.

À *Chantal*, tu m'as appris à laisser parler le patient, l'écouter et évoluer avec lui. Et surtout, que nous n'avions jamais fini d'apprendre et que la frustration que cela impliquait allait de pair. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de débiter les remplacements dans les meilleures conditions.

Éric, merci pour toutes ses après-midis de consultation dans la bonne humeur. Merci de m'avoir partagé ton expérience et sens clinique de la pédiatrie.

Tous les deux, bien au-delà de votre passion de la médecine et de votre dévouement auprès des patients, vous m'avez fait découvrir un art de vivre, celui de concilier son travail, et ses loisirs. J'admire votre sens du partage et votre optimisme sans faille qui sont des modèles pour moi.

À *Jean-Pierre*, tu m'as fait découvrir ce que signifiait être « médecin de campagne » par ton expérience, ta polyvalence et ta disponibilité auprès de tes patients. Merci à Gisèle et toi pour votre accueil, votre gentillesse et ces petits plats tous aussi bons les uns que les autres.

À *Laetitia*, merci de m'avoir accueillie et donné une place à part entière dans ton cabinet. Ton écoute, et ta douceur avec les patientes ont été pour moi une grande source d'inspiration.

À *Hélène, Caroline, Géraldine*, merci de m'avoir fait une place à vos côtés et pour votre sens du compagnonnage.

Merci aux chefs rencontrés au cours des différents stages hospitaliers pour vos enseignements et votre accueil,

À *Caro*, bien plus qu'une chef, tu es devenue une amie. Tu m'as permis de prendre l'assurance qui me manquait auprès des patients et de m'affirmer chaque jour un peu plus en tant que médecin. C'était un bonheur d'être ton interne pendant 6 mois. Merci mille fois pour ton soutien et ta présence.

À toutes les Infirmières, aide-soignant(e)s, ASH et secrétaires rencontrées en stage merci d'avoir pris le temps de m'accueillir, et laissé une place pour travailler à vos côtés.

À tous les patients, merci de m'avoir appris qu'il était nécessaire chaque jour de se remettre en question, merci pour la confiance que vous m'accordez.

## Glossaire

ANSES : L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS : Agence régionale de santé

CBD : cannabidiol

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CSP : code de la santé publique

DGS : direction générale des soins

DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

HAS : Haute autorité de santé

ICM : Institut du cancer de Montpellier

IDE : infirmière diplômée d'état

INCa : Institut national du cancer

INM : intervention non médicamenteuse

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

ISNI : inter syndicale nationale des internes

MA : médecine alternative

MC : médecine complémentaire

MG : médecin généraliste

MIVILUDES : Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

MSH : Maison des sciences de l'homme

PPAC : projet personnalisé après cancer

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

SIRIC : Site de recherche intégrée sur le cancer

# Sommaire

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>22</b>
A) LES « MEDECINES COMPLEMENTAIRES », UN MARCHÉ CONSIDÉRABLE	22
B) LES INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES (INM)	23
C) LES MÉDECINES ALTERNATIVES (MA)	24
D) UNE ABSENCE DE TRAÇABILITÉ, DE NOMENCLATURE ET DE NORMALISATION DES « MÉDECINES COMPLEMENTAIRES »	25
E) LES MÉDECINES COMPLEMENTAIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE	26
1. <i>Problématique</i>	27
2. <i>Hypothèses</i>	27
<b>II. MÉTHODE</b>	<b>28</b>
A) TYPE D'ÉTUDE	28
B) BASE DE DONNÉES	28
C) POPULATION	29
D) ANALYSE DES DONNÉES	29
<b>III. RESULTATS</b>	<b>30</b>
A) VOLUME DES DEMANDES, CARACTÉRISTIQUES DES DEMANDEURS	30
B) THÉRAPIES ORALES CONCERNÉES	31
C) MOTIFS DES DEMANDES SELON LES PHARMACIENS ET CONCLUSION APPORTÉE	32
D) CATEGORIES D'INM-MA UTILISÉES D'APRÈS LA CLASSIFICATION DE LA PLATEFORME CEPS	33
E) JUSTIFICATION D'USAGE DES MC	35
F) COMPARAISON DES DEMANDES ENTRE PATIENTS/ENTOURAGE ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ	36
G) PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	36
<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>38</b>
A) MOTIFS D'APPEL EN GÉNÉRAL	38
B) MOTIFS D'APPEL DES PATIENTS	39
C) MOTIFS D'APPEL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	39
D) RÔLE DU PHARMACIEN DE L'ICM	40
E) LES INDICATIONS PRÉSUMÉES DES MC	41
F) PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'INFORMATION, LA PRÉSCRIPTION ET LE SUIVI DES MC	42
1. <i>Information</i>	42
2. <i>Prescription</i>	44
3. <i>Suivi</i>	44
G) LIMITES	45
1. <i>Limites à l'analyse rétrospective</i>	45
2. <i>Recueil par les pharmaciens</i>	46
3. <i>Différence entre demande et usage</i>	46
4. <i>Absence de diffusion auprès des médecins généralistes</i>	46
<b>V. CONCLUSION</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>48</b>

# I. Introduction

Tisanes de plantes, CBD, extraits de champignon, compléments alimentaires, régimes, programmes d'activité physique adaptée, pratiques psychocorporelles, massages, ostéopathies, réflexologies, sophrologies, hypnoses, applications numériques de jeûne, thérapies par réalité virtuelle, cosméceutiques... 85% des français touchés par un cancer utilisent au moins une « médecine complémentaire » durant leurs traitements (1). Ce mot valise regroupe les soins conventionnels de support, les soins traditionnels, les médecines alternatives, les remèdes naturels, les pratiques de guérisseur, les méthodes de naturopathe... Ces pratiques ne peuvent plus être ignorées des professionnels de santé, travaillant en ville ou en établissement. Certaines pratiques interfèrent avec des traitements, font perdre des chances de guérison, provoquent des toxicités, ou des séquelles irréversibles, mettent sous emprise des personnes fragilisées par un cancer. Mais, d'autres diminuent les effets secondaires de chirurgies, chimiothérapies ou radiothérapies, facilitent l'observance des traitements prescrits, améliorent l'état général de santé des patients, augmentent l'autonomie et les activités sociales, améliorent la qualité de vie, allongent la durée de vie.

## A) Les « médecines complémentaires », un marché considérable

L'offre de « médecines complémentaires » en oncologie explose pour différentes raisons. Les patients demandent à être soignés de manière globale (« holistique »), personnalisée et plus humaine leur donnant l'impression de contribuer à leur guérison ou leur rétablissement. Une offre se diversifie et se mondialise avec des nouveaux systèmes d'information, du traitement des cancers à la prévention des risques de récurrence, jusqu'aux soins de fin de vie. Enfin, la quasi-absence de réglementation et de surveillance en France (2) et en Europe (3), et l'absence de surveillance d'une centaine de métiers « péri-médicaux » ne faisant pas partie des 24 professions de santé reconnues par le Code de la Santé Publique (CSP) en France (4) comme les psychologues, les herboristes, les ostéopathes et les naturopathes par exemple contribuent à faire du secteur des médecines complémentaires un marché considérable, estimé au niveau mondial à 360 milliards de dollars avec une progression de 5% par an depuis 2010 (5).

## B) Les interventions non médicamenteuses (INM)

La recherche non médicamenteuse connaît un essor considérable depuis une dizaine d'années notamment en oncologie (4). Elle s'appuie sur les découvertes récentes en neurosciences, épigénétique, immunologie et santé publique et sur l'essor des mathématiques et des technologies numériques appliquées à la santé (biométrie, intelligence artificielle). Des interventions non médicamenteuses (INM) détaillées dans des référentiels (6) et dont l'efficacité a été prouvée par des études cliniques se distinguent des médecines alternatives (MA), pratiques pseudoscientifiques (magiques, ésotériques, occultes, parallèles...). Les INM deviennent un atout pour l'oncologie tant en soin de support durant les traitements hospitaliers qu'en prévention tertiaire (complications, séquelles, récurrences...). Elles complètent les traitements biomédicaux du cancer et minimisent les toxicités par effet synergétique. Attendues par la Haute autorité de santé (HAS) depuis son rapport publié en 2011, les INM s'inscrivent dans la Stratégie nationale 2018-2022 du Ministère de la Santé (7), et désormais dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

Les recherches depuis 10 ans menées par les équipes de l'Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique (INSERM – Université de Montpellier), de la Plateforme CEPS (CNRS - MSH-Sud), de l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM) et du SIRIC Montpellier Cancer, ont permis de développer une classification des INM (4,8). Ces pratiques fondées sur la science sont aussi appelées des soins de support en oncologie. Cette classification nourrit une ontologie de plus de 16.000 termes et sert par exemple à un site de Science Ouverte recensant de manière plus exhaustive que Pubmed les références bibliographiques des études interventionnelles et cliniques en prévention et soin des cancers avec le soutien de l'Institut National du Cancer (INCa).

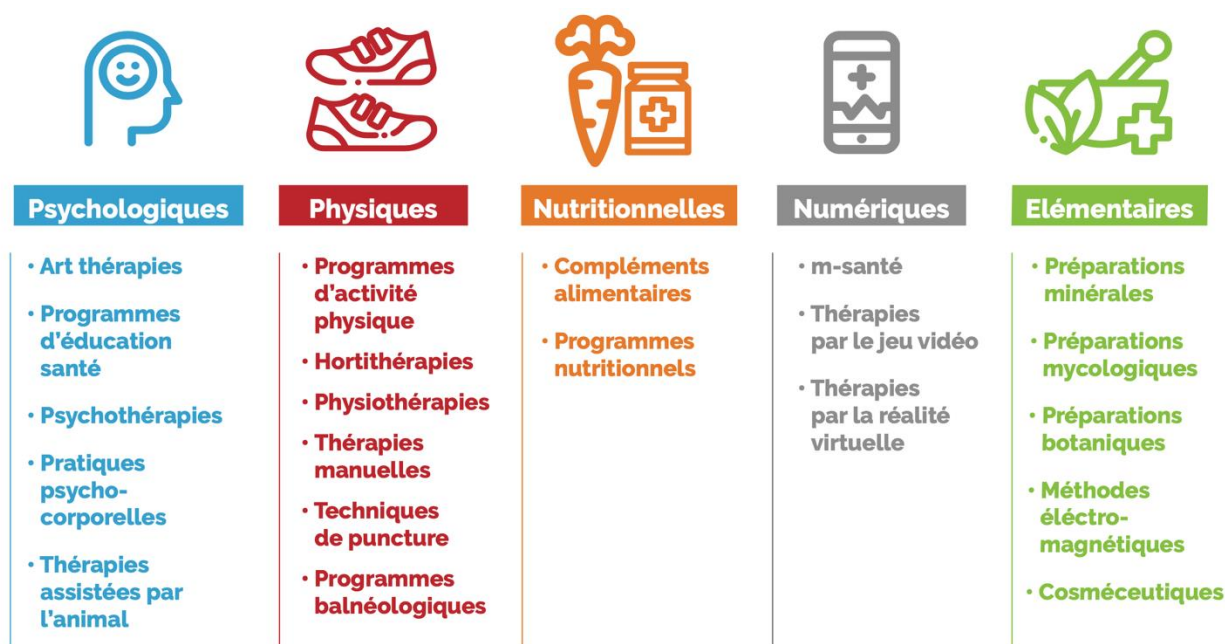


Figure 1 : Classification des INM d'après la Plateforme universitaire CEPS

### C) Les médecines alternatives (MA)

En parallèle des INM, des médecines alternatives issues de pratiques traditionnelles et/ou importées de pays proches et lointains affluent. Des patients commandent par exemple des extraits de champignon aux vertus prétendument miracle sur des plateformes de vente chinoise sur Internet. Les abus, les manques de contrôle-qualité des produits et les dérives se multiplient en particulier en oncologie comme le constatent la Miviludes (9), le Sénat (10), l'Académie de Médecine (11) et la DGCCRF (2). Les influenceurs, les blogueurs, les réseaux sociaux et les sites Internet contribuent à la confusion en recommandant subtilement leurs produits et leurs services à des personnes fragilisées par un cancer et prêtes à se donner toutes les chances d'aller mieux. Des « praticiens » (naturopathes, praticiens de bien-être, énergéticiens, guérisseurs, maîtres de médecine chinoise, praticiens ayurvédiques...) vantent des méthodes miraculeuses contre le cancer (régime du Dr Micozzi, régime du Dr Schwartz, jeûne intermittent, capsule à haute dose de vitamine C, gélule de gui, ampoule de Curcuma, méthode de méditation, tisanes, bagues magnétiques, pratique de radiesthésie...). Des centres de « médecines complémentaires » s'ouvrent avec des produits issus de médecines traditionnelles extra-européennes. Des maisons des patients s'implantent partout sur le territoire, chacun y partageant sa recette personnelle contre le cancer. Les grandes surfaces agrandissent leurs rayons de compléments alimentaires et de produits à base



de plantes médicinales notamment. La presse relaie toutes les recettes miracles de survivants au cancer sans vérifier l'état de la science, ni la véracité médicale des récits. Les termes scientifiques sont remplacés par des « mots valises ». Par exemple, le vocabulaire de la recherche clinique est détourné, « efficace » devient « bénéfique », « essai clinique » devient « étude » ou « enquête », « validé » devient « vérifié par des experts ». Des arguties pseudo-scientifiques et marketing sont légions (12). Le témoignage d'un patient sur un média est souvent plus percutant qu'un expert s'efforçant de décrire la complexité du mécanisme biologique d'un traitement anti-tumoral. Le passage TV devient une preuve irréfutable d'efficacité, d'autant plus s'il s'agit d'une personnalité charismatique. Les MA, parfois appelées médecines alternatives et complémentaires (MAC ou MCA), bénéficient d'une rare impunité, et d'une préoccupante crédulité (13).

Penser qu'une médecine est sans danger parce qu'elle utilise des composés naturels ou qu'elle s'appuie sur une tradition, est un leurre. Son innocuité ne va pas de soi. Une étude publiée en 2018 dans le *Journal of American Medical Association* (JAMA) a évalué 190.815 américains diagnostiqués d'un des 4 cancers les plus fréquents (sein, prostate, poumon, colorectal) entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2013 (14). Les patients atteints d'un cancer métastatique au moment du diagnostic, de stade IV, en soins palliatifs ou sous traitement inconnu n'ont pas été inclus dans l'analyse. Tous les patients devaient avoir subi au moins un traitement conventionnel (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie et/ou traitement hormonal). Les patients déclarant suivre un « autre traitement non prouvé administré par un personnel non médical » (groupe MA) étaient distingués de ceux qui n'en suivaient pas. L'analyse portait sur l'impact des MA sur l'observance aux traitements et sur la survie. Les résultats montrent que l'utilisation des MA était associée à un risque de décès 2 fois supérieur à celui des patients n'ayant pas eu recours aux MA (expliqué notamment par le refus des traitements anticancéreux conventionnels). Les abus se multiplient dans des revues scientifiques permissives et des revues pseudo-scientifiques tellement les enjeux économiques sur les traitements des cancers sont importants et touchent toutes les familles dans le monde.

#### D) Une absence de traçabilité, de nomenclature et de normalisation des « médecines complémentaires »

De par l'absence de réglementation, les « médecines complémentaires » (MC) sont très rarement suivies dans les essais cliniques en oncologie, et sont exceptionnellement

tracées au sein de registres structurés dans les dossiers médicaux et les parcours de soin des patients durant les traitements à l'hôpital et en médecine de ville. Une revue de la littérature sur la communication des patients aux professionnels de santé montre qu'entre 20 et 77% des patients ne révèlent pas leur utilisation de MC avec pour principale raison l'absence d'enquête médicale (15).

Les patients sont aussi en partie responsables, une étude sur la fouille massive de 4 forums de patientes traitées pour un cancer du sein (264.269 posts) montre à quel point les MC se répandent de « post à post » sans esprit critique (par ex., conflits d'intérêt, biais de raisonnement, raccourci scientifique, analogie abusive, généralisation biaisée), et la plupart du temps, sans discussion avec l'oncologue et/ou le médecin traitant (16). Dans une étude qui concernait des patients atteints de cancer, moins d'un patient sur deux consultait un soignant avant l'usage de MC en pensant à priori que le soignant n'approuverait pas l'usage (17).

Les confusions entre approches, pratiques, techniques, et ingrédients sont légion (8). Des patients dépensent plus de 500 euros par mois pour des « remèdes naturels contre le cancer ». Les flous réglementaires dans les différents pays permettent l'essor de campagnes de *crowdfunding* auxquelles des patients atteints de cancer souvent associés font appel pour financer des MC (18).

## E) Les médecines complémentaires en médecine générale

L'acupuncture, la mésothérapie, l'ostéopathie et l'homéopathie sont les 4 MC qui peuvent faire l'objet de mentions autorisées sur les plaques et les ordonnances. En 2015, 6115 médecins français ont déclaré avoir une orientation ou un titre en MC, majoritairement en homéopathie 37%, ostéopathie 32% et acupuncture 22% (19). Une étude concernant les médecins généralistes du Languedoc Roussillon rejoint ces chiffres avec une pratique principalement d'homéopathie et d'acupuncture. Elle met également en évidence que 66% des médecins orientaient au moins une fois leur patient vers une MC sans précision sur une orientation de manière orale ou par le biais d'une prescription (20). Des laboratoires spécialisés dans les compléments alimentaires, la phytothérapie ou encore la nutrition via les visiteurs médicaux sont une source d'information pour les médecins généralistes et vont dans certains cas influencer les prescriptions (21).

L'arsenal thérapeutique répondant aux effets indésirables des traitements du cancer ou aux symptômes liés à la progression de la maladie est parfois limité, et cela entraîne un recours aux MC plus important nécessitant de la part du médecin généraliste ou spécialiste un interrogatoire pertinent vis-à-vis de l'utilisation des MC. Pourtant, qu'ils consultent leur médecin généraliste ou spécialiste les patients sont peu nombreux à révéler l'usage qu'ils en ont. L'anticipation de la désapprobation du médecin ou du désintérêt de ce dernier (15) ne favorise pas le dialogue. De plus, il semble que les médecins n'orientent pas leur interrogatoire vers les MC malgré de nombreuses études montrant l'intérêt grandissant des patients pour les MC et notamment les femmes jeunes (22,23).

La réponse aux besoins psychosociaux, à la détresse psychologique et aux symptômes physiques, bien que vitale pour le suivi du cancer et la qualité de vie des patients (24), et malgré les croyances des médecins généralistes et des oncologues affirmant satisfaire chacun de leur côté les besoins (25), est très souvent insuffisante comme le montre plusieurs études (26,27). Considérant que les patients utilisent les MC pour améliorer leur qualité de vie (28), le manque de formation des médecins généralistes dans le suivi post cancer et de discussion concernant les besoins psychosociaux entraîne des difficultés à l'élaboration d'un dialogue autour des MC (29,30).

### *1. Problématique :*

On peut alors se demander si, malgré le manque de communication, les patients, leur entourage et les professionnels de santé se préoccupent des risques d'usage des MC lors des traitements du cancer.

### *2. Hypothèses :*

Hypothèse 1 : Les demandes d'information sur les MC à la pharmacie de l'ICM concernent les interactions potentielles entre les traitements contre le cancer et les MC.

Hypothèse 2 : L'usage des MC vise à limiter les effets indésirables des traitements contre le cancer et non à traiter ce dernier.

Hypothèse 3 : Il existe une proportion supérieure de demandes d'information à la pharmacie de l'ICM de la part des patients par rapport aux professionnels de santé.

Hypothèse 4 : Les médecins généralistes sont à l'origine de prescriptions de MC.

## II. Méthode

### A) Type d'étude

Nous avons réalisé une analyse exploratoire rétrospective d'une base de données anonymisée exhaustive de 2018 à 2020 des demandes regroupant appels, mails et courriers retranscrites par un pharmacien de l'ICM sur un fichier Excel.

### B) Base de données

Le pharmacien a retranscrit le type de demande, la catégorie de l'interlocuteur, le temps pour la résolution du problème, l'antinéoplasique pris par le patient, le type de problème et ses détails, s'il existait une co-médication et son intervention au terme de l'appel.

Parmi les 2466 demandes entre 2018 et 2020, deux experts indépendants ont vérifié et caractérisé les différentes MC utilisées en indiquant la catégorie et sous-catégorie selon la classification créée par la Plateforme CEPS s'il s'agissait d'INM ou selon une liste alphabétique s'il s'agissait de MA (annexe 1). Nous avons également recensé les justifications d'usage notées dans les commentaires du pharmacien.

La base de données a été anonymisée par l'ICM. Son exploitation ne nécessitait pas l'avis d'un comité d'éthique selon la loi Française en vigueur. La direction de l'établissement et le département des soins de support ont été avertis de la recherche.

## C) Population

Les demandes concernent des patients atteints de cancer sous thérapies orales traités à l'ICM. Le tableau 1 présente les catégories des demandeurs et leur effectif selon les données recueillies par les pharmaciens. Les demandes ont été traitées par 11 pharmaciens.

Tableau 1 : Effectifs des demandeurs

Catégorie du demandeur	Nombre	%
<b>Patients</b>	1648	66,8
<b>Entourage patient</b>	148	6,0
<b>Pharmaciens d'officine</b>	186	7,5
<b>Oncologues</b>	244	9,9
<b>Médecins généralistes</b>	72	2,9
<b>Médecins spécialistes</b>	18	0,7
<b>Radiothérapeutes</b>	5	0,2
<b>Pharmaciens hospitaliers</b>	6	0,3
<b>Professionnels d'EHPAD</b>	1	0,1
<b>Infirmiers</b>	132	5,4
<b>Dentistes</b>	3	0,1
<b>Attachés de recherche clinique</b>	3	0,1
<b>Total</b>	2466	100

## D) Analyse des données

Une analyse descriptive des variables qualitatives (effectifs, pourcentage) a permis d'identifier les thérapies orales utilisées par les patients, les caractéristiques des demandeurs, les motifs des demandes selon les pharmaciens, les catégories de MC utilisées selon la classification de la Plateforme CEPS pour les INM et par ordre alphabétique pour les MA. Nous avons analysé les justifications d'usage qualitativement afin de les catégoriser avec des termes scientifiques. Enfin, nous avons analysé les demandes provenant des médecins généralistes.

### III. Résultats

#### A) Volume des demandes, caractéristiques des demandeurs

Le nombre de patient traités par thérapie orale était de 879 en 2018, 922 en 2019 et 859 en 2020 soit 2660 patients sous thérapie orale entre 2018 et 2020 dans la file active des patients de l'ICM. Entre 2018 et 2020, on dénombre 2466 demandes d'information à la pharmacie de l'ICM. 926 concernent les interactions potentielles avec un traitement allopathique et 717 concernent les INM et MA et 1 avec une bombe antimoustique classée « autre » (figure 2).

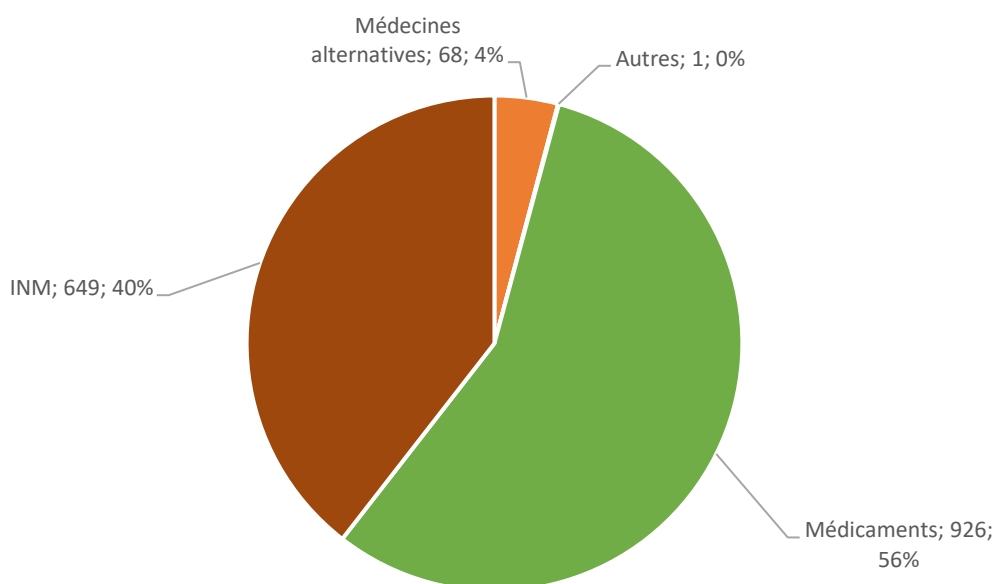


Figure 2 : Répartition des demandes après exclusion des demandes concernant les thérapies orales

95% des demandes INM-MA concerne un seul produit ou une pratique unique, avec 649 demandes pour une INM et 68 pour une MA. Les demandes ont été traitées par 12 pharmaciens différents. 2007 demandes ont été traitées par téléphone, 447 par mail, 4 par fax et 8 autrement.

## B) Thérapies orales concernées

122 intitulés de thérapie orale sont retrouvés. Parmi les 2466 demandes, 1403 concernent 10 thérapies orales. Il y a eu 10 demandes où la thérapie orale prise n'a pas été indiquée (tableau 2).

Tableau 2 : Effectifs des thérapies orales

<b>Nom</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>PALBOCICLIB</b>	470	19,1
<b>CAPECITABINE</b>	267	10,8
<b>PAZOPANIB</b>	121	4,9
<b>PALBOCICLIB+ FULVESTRANT</b>	100	4,1
<b>AFATINIB</b>	95	3,9
<b>ABEMACICLIB</b>	81	3,3
<b>IMATINIB</b>	78	3,0
<b>TRIFLURIDINE + TIPIRACIL</b>	75	3,1
<b>OSIMERTINIB</b>	60	2,4
<b>TEMOZOLOMIDE</b>	56	2,3
<b>AUTRES</b>	1053	42,9
<b>TOTAL</b>	2456	100,0

### C) Motifs des demandes selon les pharmaciens et conclusion apportée

Les pharmaciens ont distingué les demandes en 8 catégories (figure 3).

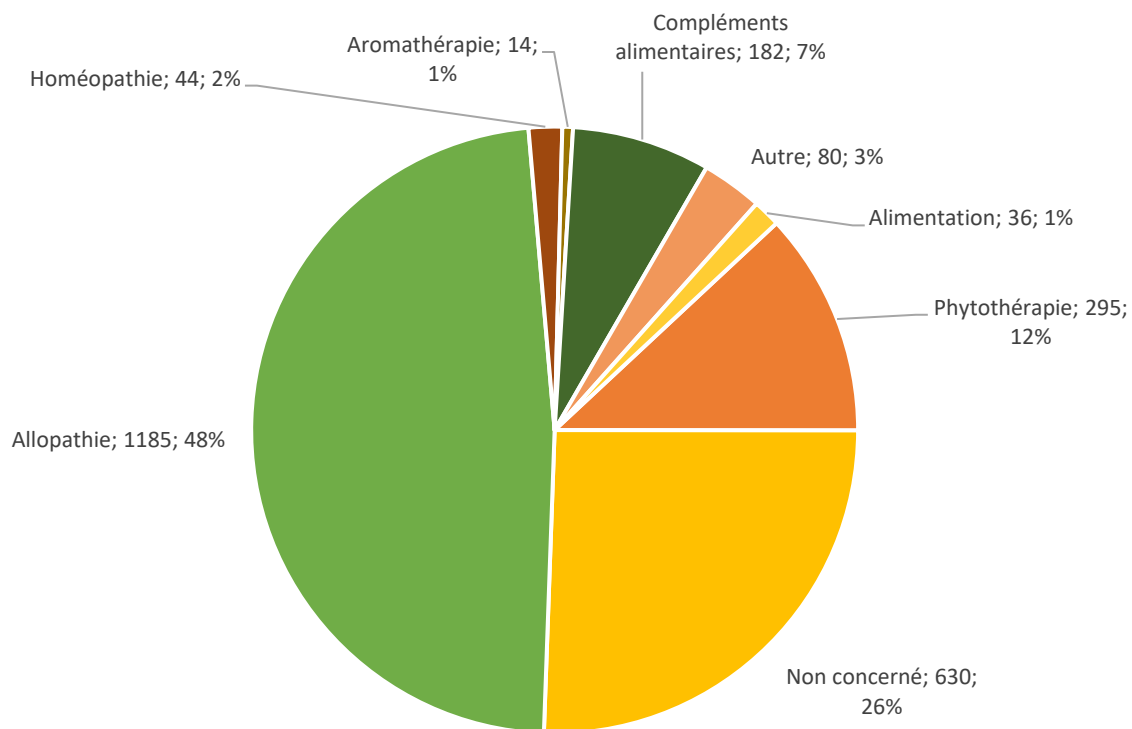


Figure 3 : Répartition des demandes selon les pharmaciens



## D) Catégories d'INM-MA utilisées d'après la classification de la plateforme CEPS

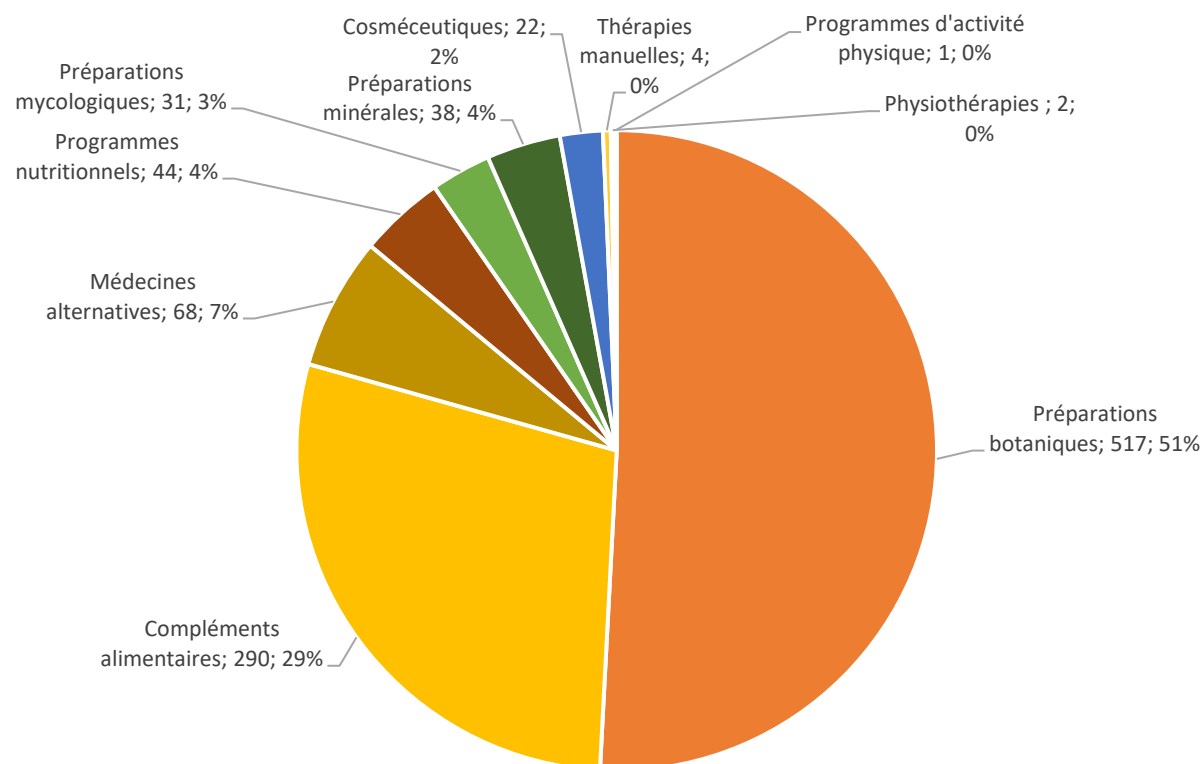


Figure 4 : Répartition des INM-MA

Après avoir analysé les INM et MA évoquées, on décompte 1030 demandes concernant des INM ou des MA. Nous avons identifié 456 pratiques et produits différents. La plupart peut être regroupée dans les domaines « préparations botaniques » (51%), « compléments alimentaires » (29%), « médecines alternatives » (7%) et « programmes nutritionnels » (4%) (figure 4).

Le tableau 3 répertorie les 20 INM et MA les plus citées par les demandeurs, toutes faisant partie des catégories « préparations botaniques » ou « compléments alimentaires ».

*Tableau 3 : Classification des 20 INM-MA les plus citées*

	<b>INM-MA</b>	<b>Nombre de fois citée</b>
<b>1</b>	Desmodium	40
<b>2</b>	Probiotiques	28
<b>3</b>	Huiles essentielles diverses	21
<b>4</b>	Curcuma	20
<b>5</b>	Vitamine C	18
<b>6</b>	Magnésium	18
<b>7</b>	Propolis	16
<b>8</b>	Passiflore	12
<b>9</b>	Mélatonine	12
<b>10</b>	Aloe vera	11
<b>11</b>	Forcapil	11
<b>12</b>	Levure de bière	10
<b>13</b>	Ultralevure	10
<b>14</b>	Gingembre	10
<b>15</b>	Spiruline	8
<b>16</b>	Aubépine	8
<b>17</b>	Acerola	8
<b>18</b>	Gingko biloba	8
<b>19</b>	Chardon marie	7
<b>20</b>	Silicium	7

## E) Justification d'usage des MC

Le pharmacien répondeur faisait un compte rendu textuel de chaque motif d'appel quand celui-ci existait de la prise de MC ou du traitement allopathique. Le tableau 4 présente les 47 motifs liés à l'utilisation des INM et MA. Nous avons dénombré 178 motifs pour l'utilisation de thérapeutiques allopathiques.

*Tableau 4 : Motifs d'usage des INM-MA*

Alimentation	Douleurs articulaires	Œdèmes des membres
Alopécie	Douleurs digestives	inférieurs
Antimoustique	Douleurs jambes	Ostéoporose
Anxiété	Dysphagie	Problème circulatoire
Aphtes	Epigastalgies	Prurit
Bronzage	Fragilité/sécheresse	Réduction du poids
Choix dentifrice	cutanée	Reflux gastro-
Constipation	Gingivite	oesophagien
Contracture musculaire	Hémorroïdes	Syndrome mains pieds
Crampes	Hépatomégalie	Toux
Croutes dans le nez	Immunité	Troubles de la mémoire
Céphalées	Infection urinaire	Troubles des phanères
Dépression	Maux de gorge	Troubles digestifs
Detox cure	Métastase osseuse	Troubles du sommeil
Detox hépatique	Mucite	Vertiges
Diarrhée	Mycose	Virose
Douleurs	Nausées	

## F) Comparaison des demandes entre patients/entourage et professionnels de santé

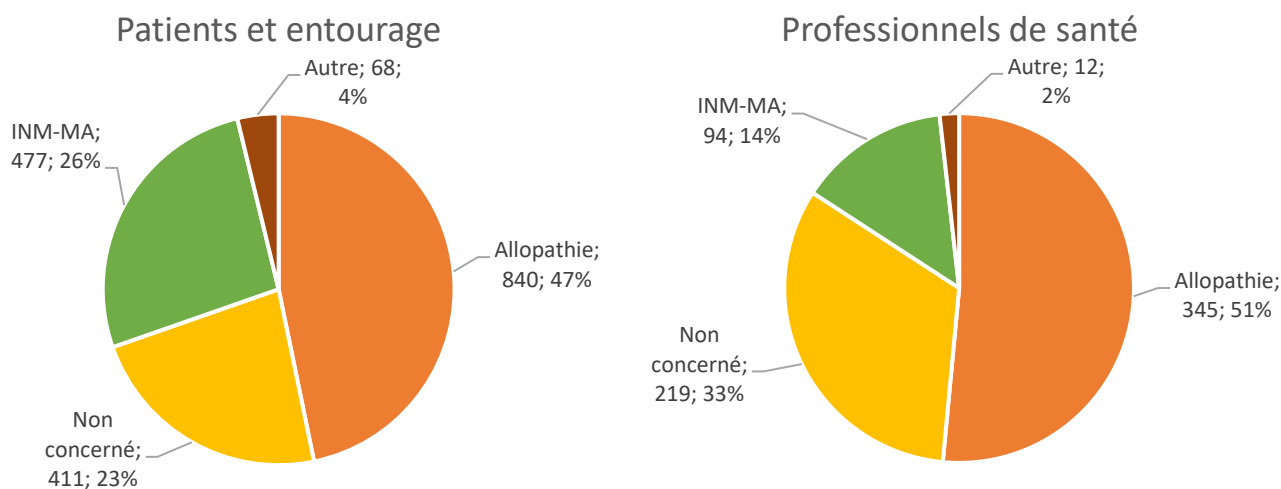


Figure 5 Répartition des demandes patients et professions de santé

1796 demandes émanent de patients et de leur entourage, et 670 de professionnels de santé (tableau 1). En ce qui concerne les demandes sur les INM (Figure 5), il y a plus de demande qui émanent des patients et de leur entourage que des professionnels de santé ( $p < .01$ ).

## G) Place du médecin généraliste

Sur les 72 demandes d'information de médecins généralistes soit 10% des demandes des professionnels de santé à la pharmacie de l'ICM, aucune ne concernait une INM ou une MA. Les médecins généralistes appelaient principalement pour vérifier l'existence d'une interaction médicamenteuse avec un traitement allopathique qu'ils souhaitaient prescrire. Cependant, nous constatons que le médecin généraliste est indiqué - dans le commentaire ajouté par le pharmacien - en tant que prescripteur dans 20 demandes concernant une interaction potentielle entre une INM ou une MA et une thérapie orale. Les demandes émanaient de 17 patients, 1 pharmacien d'officine, 1 infirmière et 1 oncologue. Parmi ces 20 demandes, il y en a eu 6 pour lesquelles le pharmacien a préconisé l'arrêt ou la substitution par un autre produit. Les prescriptions concernent des préparations botaniques, des compléments alimentaires, de l'homéopathie et une

préparation minérale (figure 6). Ces prescriptions sont liées à des symptômes rapportés par le patient tel que l'asthénie, le stress et les troubles digestifs.

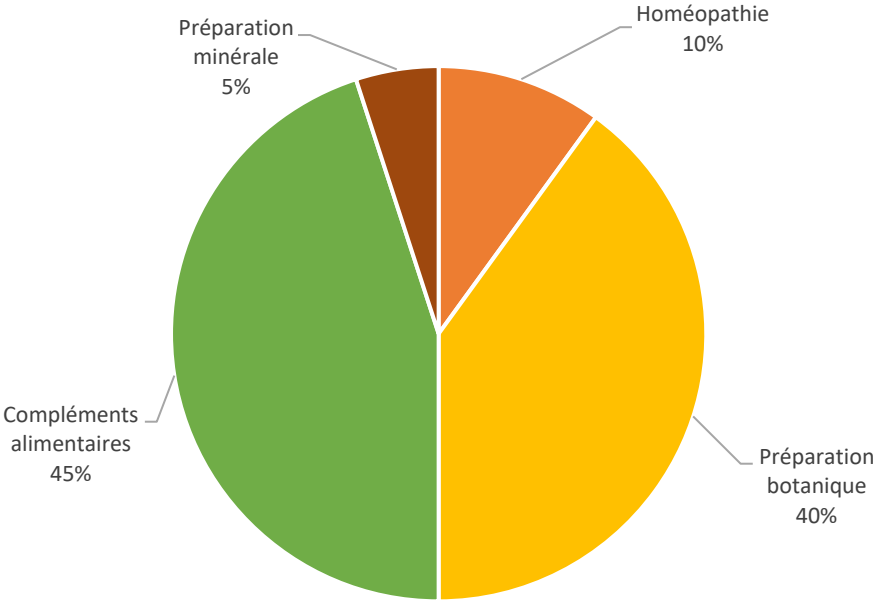


Figure 6 Répartition des prescriptions médecins traitants

## IV. Discussion

Notre étude a permis de confirmer que les personnes traitées pour un cancer et leur entourage ainsi que les professionnels de santé s'interrogent sur les interactions à risque entre les traitements et les médecines complémentaires. Les effets indésirables des traitements biomédicaux contre le cancer représentent la raison principale pour laquelle les patients se tournent vers ces pratiques. On remarque une proportion supérieure de demandes des patients par rapport aux professionnels de santé à la pharmacie de l'ICM. Enfin les médecins généralistes sont à l'origine de prescription de MC.

### A) Motifs d'appel en général

Entre 2018 et 2020, pour 2660 patients dans la file active de patients suivi en thérapie orale contre un cancer, 1030 demandes ont été faites à la pharmacie de l'ICM pour obtenir des informations supplémentaires sur une MC. Ce chiffre signe un grand intérêt des patients et des professionnels envers ces pratiques (1,31). Les demandeurs souhaitent se renseigner sur les interactions potentielles vis-à-vis de leurs traitements anti-cancéreux. Les patients comme les professionnels manquent d'informations concernant ces pratiques, les ressources à leur disposition telles que le Vidal, les livrets de l'AFSOS (32) ou les sites Internet des autorités et sociétés savantes sont une aide à la pratique mais semblent insuffisants face aux produits et pratiques toujours plus nombreux sur un marché mondialisé. Les autorités prennent peu à peu conscience du manque de connaissances vis-à-vis de ces pratiques. Des programmes de recherche européen comme CAMbrella (33) et français (34) démarrent. Plus que jamais, il est devenu urgent de disposer d'un outil d'aide à la gestion des risques afin de recommander et de prescrire des INM évaluées scientifiquement, et approuvées cliniquement pour ainsi éviter les pratiques dangereuses ou inutiles, autrement dit les MA. Dans cette étude nous avons regroupé dans les MA, l'homéopathie, les fleurs de Bach, la gemmothérapie, la médecine chinoise et la naturopathie. Ces pratiques sont souvent associées à un praticien non professionnel de santé.

En oncologie, des INM s'intègrent aujourd'hui dans le parcours de soin du patient à travers les soins de support dont l'enjeu principal est l'amélioration de la qualité de vie sur les plans physique, psychologique et social (35). Leurs bénéfices et risques ont été vérifiés et commencent à faire l'objet de recommandations comme dans le cancer du sein

avec des thérapies cognitivo-comportementales, des programmes d'activité physique adaptée et des méthodes d'éducation thérapeutique classés en Grade A (EBM). D'autres INM ont des grades plus faibles sans mettre en évidence de danger pour le patient en dehors d'une association de produit avec une chimiothérapie (36,37).

## B) Motifs d'appel des patients

Le nombre de demandes des patients est 2 fois supérieur à ceux des professionnels. Ils s'expriment avec des niveaux de précisions différents allant de la nature d'un produit (e.g., aromathérapie, phytothérapie), sa marque (e.g., Effinov, Ergy) à sa composition. Contrairement à des études qui révèlent l'absence de dialogues sur les MC avec les professionnels de santé (15), nos résultats témoignent de l'intérêt de patients souhaitant être acteur du traitement de leur cancer en se servant d'INM pertinentes notamment contre les effets secondaires et les séquelles des traitements biomédicaux des cancers. La promotion de la santé comme le montre certains textes officiels (38) a permis ces dernières années d'engager chaque citoyen à avoir un meilleur contrôle de sa santé (« empowerment »). Il faut désormais reconnaître et promouvoir la compétence et la responsabilité des patients dans leur choix. Ainsi, lorsqu'ils en ont la possibilité, les patients disent être très satisfaits de la possibilité d'échanger avec des professionnels de santé autour des MC, et ces discussions devraient améliorer leur qualité de vie et leur bien-être et poursuivre leur engagement vis-à-vis de leur traitement (39).

## C) Motifs d'appel des professionnels de santé

Concernant les professionnels de santé, les oncologues par leur rôle dans la prescription des thérapies orales et le suivi du patient mais aussi leur connaissance du dispositif mis en place par la pharmacie, représentent 9,9% des demandes. Les pharmaciens d'officine sont des interlocuteurs privilégiés du patient car ce sont eux qui délivrent les thérapies orales et sont donc les derniers à pouvoir s'assurer de l'absence d'interaction avec les autres prises orales du patient, cela peut donc expliquer qu'ils représentent 7,5% des demandes. Bien que peu nombreuses des infirmières libérales et coordinatrices émettent des demandes concernant les MC, le nombre d'appel est limité. Une infirmière libérale a appelé pour un de ses patients qui prend un complément alimentaire et pour lequel le

pharmacien de l'ICM préconise l'arrêt. Une vigilance des MC peut, et doit être partagée non seulement par les professionnels de santé mais également par les professionnels paramédicaux qui gravitent autour du patient et qui font souvent parti du quotidien permettant ainsi une plus grande relation de confiance et la révélation d'usage de MC. Malgré la diversité des professionnels appelant la pharmacie de l'ICM, peu ont finalement eu recours à ce dispositif. Un rapport de la HAS montre qu'il y a un manque d'enseignement, un déséquilibre entre les informations concernant les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses et un manque d'information concernant la disponibilité des professionnels (7). Ainsi, le manque de connaissance et les différences entre les cultures, les pays, le type et la gravité des cancers et les traitements associés représentent des freins à la prescription des INM du côté des médecins. Le médecin se doit de fournir une information fiable et fondée sur la science, la prescription de traitements ayant des interactions avec des MC pose des problèmes médicaux et juridiques et pourrait aller à l'encontre du principe « *primum non nocere* ». Le code de déontologie médicale interdit de « proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite » (40). Informer un patient souffrant d'un cancer des risques d'usage est devenu une nécessité sous peine d'être accusé de manquement, d'omission et d'abus (6,7,11,41,42). Ce risque est majoré avec la multiplication des thérapies orales car ces nouvelles formulations réduisent le nombre de contacts entre le patient et ses soignants hospitaliers.

#### D) Rôle du pharmacien de l'ICM

Les motifs des demandes de MC à la pharmacie de l'ICM concernent surtout les plantes, les compléments alimentaires et les champignons. Ceci peut s'expliquer par le domaine de compétences du pharmacien (43) mais aussi par le fait que les compléments alimentaires sont les MC les plus utilisées chez les patients atteints de cancer (44). Les demandeurs recherchent des interactions potentielles avec des prises orales, auxquelles le pharmacien saura apporter une réponse éclairée. Les nombreuses pratiques et les divers produits utilisés et présentés sous des formes galéniques très diverses impliquent des difficultés à repérer des toxicités ou des synergies avec les chimiothérapies (45–47). Ces multiples usages représentent également un risque de dépenses injustifiées pour les patients et/ou l'Assurance maladie (48). Ce n'est pas parce qu'une solution est constituée



d'éléments naturels ou qu'une pratique est traditionnelle qu'elle est nécessairement sans danger. Des tisanes de plantes, des gélules d'extraits de champignons et des compléments alimentaires interfèrent avec des chimiothérapies (49). Le pharmacien va avoir pour objectifs de repérer les risques directs qui sont notamment des risques d'allergies présents pour l'ensemble des produits, de toxicité hépatique ou thyroïdienne avec l'Aloe vera ou encore le risque d'hypertension artérielle avec la réglisse (32). La difficulté réside dans le dépistage des risques d'interaction comme le montre une récente étude où 90% des patients présentaient au moins un risque d'interaction avec un médicament ou une MC à base de plante (47). Ces interactions résultent souvent de l'inhibition ou de l'induction de cytochrome permettant le métabolisme des thérapies orales ou d'autres traitements allopathiques, comme c'est le cas du millepertuis (50) ou de l'ail (51).

Dans la base de données, le pharmacien en fonction de la demande de l'interlocuteur apportait une conclusion. Il pouvait proposer d'adapter la posologie, ajouter une prescription, préconiser l'arrêt, la substitution ou l'échange, proposer une autre voie d'administration ou encore ne pas faire de modification. Concernant les INM-MA, il détecte un risque et préconise l'arrêt ou la substitution du produit 219 fois. Nous pouvons citer comme exemple cette patiente qui souhaite prendre un complément alimentaire pour la chute des cheveux qui contient de la roquette et de la prêle des champs. Le pharmacien analyse la composition et remarque que la prêle des champs agit sur le CYP3A4 et propose un autre complément alimentaire sans risque d'interaction, associé à des traitements locaux si besoin. Dans notre étude, nous avons un biais de centration sur les plantes, compléments et champignons, les MC sont pourtant bien plus larges et des interactions existent avec des MC qui ne nécessitent pas une prise per os. En effet, un jeûne prolongé peut perturber l'action d'une chimiothérapie (52). Un programme sportif trop intense épuiserait des patientes traitées pour un cancer du sein (53).

## E) Les indications présumées des MC

Lorsqu'elles ont été mentionnées, les justifications d'usage des MC sont principalement en lien avec des effets indésirables des traitements et du cancer, ces résultats concordent avec d'autres études évaluant les attentes des patients vis-à-vis des MC (28,54). Seule une demande émanant d'un patient concernant le pissenlit avait pour but de lutter contre les métastases osseuses. Cet usage qui renforce le contrôle des traitements et la

participation active du patient à ses soins vise ainsi à avoir un effet global sur sa qualité de vie, son moral, et si possible, son état général de santé comme ce patient qui demande « s'il existe un produit pour booster le système immunitaire » ou un autre qui souhaite prendre du « radis noir pour une detox hépatique ».

Dans notre étude, le recueil du prescripteur de la MC n'a pas été exhaustif, cependant nous remarquons comme c'est le cas pour cette patiente qui « souhaite prendre des gélules de curcuma conseillées par une amie » que les patients sont souvent orientés par les conseils de l'entourage, ou d'un professionnel de santé non oncologue pour l'usage d'un produit (« son pharmacien de ville lui a conseillé l'inhalation de Perubore »). Les thérapeutes de MC sont aussi des prescripteurs pour les patients (« patiente suivie par un naturopathe, qui souhaite prendre du desmodium et hépatobiane ») et ne prennent pas toujours considération des traitements usuels des patients, ni conscience des toxicités provoquées (« interaction avec le paropanib métabolisé par CYP3A4 »). C'est au patient de se référer à l'avis du pharmacien compétent. Cependant, selon Renet et ses collaborateurs, un patient sur deux utilise Internet comme principale source d'information. Le patient discutera de sujet différent en fonction des professionnels de santé auxquels il s'adresse. Il préférera discuter des interactions potentielles avec son oncologue, en revanche avec son médecin généraliste il s'interrogera plutôt sur quelle MC utiliser (1).

## F) Place du médecin généraliste dans l'information, la prescription et le suivi des MC

### 1. *Information*

Peu de médecins généralistes (2,9% des demandes professionnelles) ont fait appel à ce dispositif de soutien informationnel de la pharmacie de l'ICM. Il est parfois difficile pour eux de s'intégrer dans le suivi des patients atteints de cancer comme le montrent Signorelli et ses collaborateurs (55). La Ligue contre le cancer signale que le lien ville-hôpital n'est pas toujours optimal, 52% des médecins généralistes ne sont pas satisfaits de l'information délivrée par leurs confrères prenant en charge leurs patients pour un cancer (56). Aux Etats-Unis, 45% des oncologues ne fournissent pas systématiquement de plan de soins concernant les recommandations de la surveillance des patients traités pour un cancer (57). Depuis 2012, un programme personnalisé de l'après cancer a été

instauré en France, cela répond au 44,4% des malades qui estiment leur qualité de vie dégradée 5 ans après leur diagnostic (42). Ce chiffre démontre la nécessité de poursuivre les soins de support après les traitements et la guérison du cancer. C'est dans cette nouvelle étape de la prise en charge que le médecin généraliste pourra avoir un rôle important à jouer, d'abord dans le volet relatif au suivi médical du patient mais surtout concernant les soins de support qui doivent être poursuivis après les traitements dans le but d'améliorer la qualité de vie (25). Les patients en se confiant sur leurs effets secondaires, leur fatigue ou encore leur anxiété vont créer une relation étroite avec leur MG, malgré cela on s'aperçoit que le dialogue concernant les MC n'est pas ou peu établi d'abord par anticipation du patient de la désapprobation du médecin de l'utilisation des MC, par manque d'intérêt du médecin à ouvrir le dialogue (15) mais aussi parce que celui-ci a tendance à sous-estimer le recours au MC des patients (20). Notre étude le montre, les demandes des médecins généralistes concernaient des interactions avec les traitements allopathiques ou le suivi du cancer mais aucune des demandes concernaient les MC et leurs interactions avec les traitements.

Le manque de connaissance, ainsi que le manque de temps lors des consultations représentent également des freins à l'information sur les MC (20). Aussi, comme l'indique l'article R4127-70 du CSP « tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. » Ainsi, il préférera sans doute ne pas aborder un sujet où sa responsabilité déontologique, civile et pénale pourrait être engagée en prescrivant des soins qu'il ne maîtrise pas.

Comme le demandait l'intersyndicale nationale des internes (ISNI) (58), la récente réforme du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales a permis l'introduction d'un enseignement sur les INM. Cela permettra aux nouvelles générations de médecins d'être formés et d'avoir des connaissances sur les nouvelles recommandations et bonnes pratiques (59,60). Elles devraient permettre de diminuer l'errance thérapeutique et la prescription abusive de soins ou de traitements. Associés à ces nouvelles notions, les outils numériques d'aide à la décision devraient faciliter la guidance de MG et des autres professionnels de santé et une information des patients (interactions, synergies, précautions, contre-indications...).

## 2. Prescription

Les médecins généralistes font de plus en plus face à des symptômes - notamment dans les maladies chroniques telles que le cancer - pour lesquels la médecine basée sur les preuves ne parvient pas à répondre. Ils sont aussi confrontés à cette nébuleuse des MC en pleine expansion. C'est pour ces raisons que certains médecins généralistes trouvent des motivations à se former. Certaines facultés telle que l'université de Paris 13 a créé un département de « médecine complémentaire » qui regroupe neuf DU et DIU comme l'acupuncture, l'auriculothérapie ou encore la pharmacopée chinoise. Bien qu'encadrée par des universités, cela ne signifie pas que ces techniques soient prouvées scientifiquement. S'ajoute à cela des formations privées qui ne sont pas encadrées par les autorités et qui peuvent être délivrées à des médecins comme à des non médecins et dont les techniques enseignées n'ont pas été évaluées scientifiquement.

C'est en s'appuyant sur la jurisprudence, mais aussi sur les codes de déontologie médicale et de santé publique que des médecins appliquant des MC non évaluées ou pouvant mettre en danger les patients sont jugés. Un médecin généraliste a ainsi reçu une interdiction d'exercer pendant 2 ans pour avoir continué de prescrire à une patiente ayant un cancer du sein, un traitement homéopathique en s'abstenant de prendre contact avec l'équipe spécialisée, en ignorant son cancer et en ne prescrivant aucun examen. Il a de ce fait gravement compromis la santé de sa patiente (61). Dans un autre cas (62), c'est pour avoir utilisé des méthodes bioélectroniques et demandé à des patients des échantillons d'urines sans les avoir examinés auparavant, ni avoir échangé avec le médecin traitant référent, qu'un médecin généraliste aurait pu être radié de la profession s'il n'avait pas fait appel de la décision de la chambre disciplinaire de première instance.

## 3. Suivi

En restant ouvert et en posant des questions orientées, sans jugements ni remarques culpabilisantes, le patient se sentira plus à même de se confier sur ses usages de MC (15). Aborder les notions de qualité de vie à travers des questions sur la santé physique du sujet, son état psychologique mais aussi sa santé sexuelle pourrait permettre lors de l'interrogatoire de rechercher les MC qu'il utilise pour répondre à ses symptômes en posant des questions simples telles que « Utilisez-vous des pratiques ou produits complémentaires ou alternatifs pour vos symptômes ? », « Avez-vous déjà eu recours à une médecine alternative ? ». Il serait intéressant de réaliser une étude évaluant

l'implication des médecins généralistes dans l'enquête des médecines complémentaires chez leurs patients notamment ceux atteints de cancer.

En ayant connaissance de ces usages, il pourra ainsi avoir un suivi et une trace dans les dossiers, ce qui a semblé être utile au patient mais aussi les toxicités par relation temporelle entre les prises de MC et les données cliniques et biologiques. Il pourra alors avoir un rôle de lanceur d'alerte vis-à-vis des MC et répondre à son obligation de signalement des effets indésirables (63). Depuis 2009, le dispositif de nutrivigilance mis en place par l'ANSES, invite les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes à signaler les effets indésirables des produits, et recommande, lors des consultations d'interroger les patients sur leur consommation de compléments alimentaires ou d'autres aliments spécifiques. Grâce à ce système, de nombreux signalements ont été effectués et ont permis d'établir des avis et rapports sur certains produits comme pour les compléments alimentaires à base de spiruline (64). Dans le rapport de 2014, seulement 2% des déclarations venaient des médecins de ville, d'où l'importance de promouvoir ce dispositif et d'interroger les patients.

La discussion autour des MC en médecine générale permettrait également de repérer des signes de dérives sectaires pour les patients atteints de cancer qui sont des cibles pour les mouvements sectaires, le MG peut dans ce cas être aidé par différentes structures tels que conseil de l'ordre, la Miviludes, ou encore l'ARS.

Malgré les différents dispositifs mis en place, un large spectre de MC ne répond pas aux critères de signalements et un nouveau dispositif est nécessaire pour surveiller ces pratiques très diverses.

## G) Limites

### 1. *Limites à l'analyse rétrospective*

Tout d'abord, en choisissant de réaliser une analyse rétrospective à partir d'une base de données, nous n'avons pas pu établir à priori les critères de remplissage du fichier du pharmacien. Ainsi, nous n'avons pas pu recueillir de manière exhaustive d'une part les caractéristiques des usagers, le type et la gravité du cancer. Et d'autre part, l'origine de la prescription, la justification d'usage de la MC, la galénique et posologie des produits. Ces éléments qui permettraient d'être plus précis quant à l'usage des MC pourront être

recueillis dans une nouvelle étude prospective qui portera sur des interrogatoires réalisés à l'introduction des thérapies et qui concernera l'ensemble des INM et MA.

L'analyse rétrospective ne permet pas, par définition, le suivi qui ici aurait permis de connaître l'impact du conseil du pharmacien sur la prise de médecine complémentaire.

## *2. Recueil par les pharmaciens*

Le recueil des données a été effectué par plusieurs pharmaciens ou internes en pharmacie de l'ICM qui se sont succédés de 2018 à 2020. Sachant que l'interlocuteur téléphonique était un pharmacien, les demandeurs appelaient principalement pour des plantes et des compléments nutritionnels mais peu par rapport à l'ensemble des MC. Aussi, l'étude minimise la compréhension des usages des pratiques psychologiques, psychocorporelles, corporelles et numériques.

## *3. Différence entre demande et usage*

Les demandes de renseignements à la pharmacie de l'ICM ne signifiaient pas forcément un usage de la part des patients. Cependant, on peut imaginer que s'ils demandaient à un service compétent, c'est que leur intention de la prendre était forte et qu'ils voulaient une confirmation de la part d'un pharmacien spécialisé en oncologie.

## *4. Absence de diffusion auprès des médecin généralistes*

Aucune demande de médecin généraliste concernait les MC. Ce dispositif de demande via le téléphone et l'email est communiqué au patient ainsi qu'aux pharmaciens d'officine à qui on remet un document pour la délivrance des thérapies orales. Il n'y avait pas de document fourni au médecin généraliste lui permettant de connaître l'existence de ces appels.

## V. Conclusion

Qu'elles soient prescrites par un professionnel de santé ou choisies librement par le patient, les INM et les MC prennent une place grandissante en oncologie. Il est désormais nécessaire de favoriser la prescription d'INM fondées sur la science au détriment de MC établies sur des bases pseudoscientifiques et des habitudes hors d'âge. Par ailleurs, améliorer le dialogue autour de celles-ci entre praticiens et patients mettra à jour les risques (interaction, toxicité...) mais aussi les effets synergétiques.

S'assurer du lien ville hôpital est d'autant plus important lors des thérapies orales du cancer. Que ce soit entre pharmaciens pour s'assurer de la bonne délivrance des traitements, mais aussi entre les médecins pour permettre une traçabilité des effets indésirables, des usages du patient des MC et des interactions potentielles mais aussi pour assurer le suivi après un cancer dont l'objectif est l'amélioration de la qualité de vie.

L'approche paternaliste du médecin comme c'était usuel il y a vingt ans n'est plus permise aujourd'hui dans la prise en charge des patients malades chroniques. Le patient s'informe et prend part aux décisions qui concernent sa santé, que ce soit en médecine générale ou en oncologie. Il ou elle se renseigne par ses propres moyens. Mais il ou elle a besoin de personnes ressources fiables que représente le corps médical afin de l'aiguiller dans ses décisions et ses usages. Du programme personnalisé de soins au programme personnalisé après cancer, le médecin généraliste a un rôle à jouer dans le suivi du cancer de son patient, et notamment dans l'écoute qu'il pourra proposer concernant les MC afin d'orienter lorsqu'il en aura les moyens techniques vers des INM adaptées aux besoins.

## Bibliographie

1. Renet S, de Chevigny A, Hoacoglu S, Belkarfa A-L, Jardin-Szucs M, Bezie Y, et al. Risk evaluation of the use of complementary and alternative medicines in cancer. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. janv 2021;79(1):44-52.
2. DGCCRF. Bilan d'activité [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/bilan-dactivite-2019-de-la-dgccrf>
3. Wiesener S, Falkenberg T, Hegyi G, Hök J, Roberti di Sarsina P, Fønnebø V. Legal Status and Regulation of Complementary and Alternative Medicine in Europe. *Forsch Komplementmed*. 2012;19(s2):29-36.
4. Ninot G. *Non-Pharmacological Interventions: An Essential Answer to Current Demographic, Health, and Environmental Transitions*. Springer Nature; 2020.
5. Global wellness institute. *Global Wellness Economy Monitor* [Internet]. Global Wellness Institute. 2018 [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/2018-global-wellness-economy-monitor/>
6. AFSOS. Découvrir tous les référentiels [Internet]. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. Disponible sur: <https://www.afsos.org/referentiels-recommandations/decouvrir-tous-les-referentiels/>
7. Haute Autorité de Santé. *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. Paris; 2011.
8. Ninot G. *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses, INM: évaluation, réglementation, utilisation*. Malakoff: Dunod; 2019. (Les nouveaux chemins de la santé).
9. Miviludes. *Guide santé et dérives sectaires*. Paris; 2012. (Documentation française).
10. Sénat. *Dérives thérapeutiques et dérives sectaires : la santé en danger*. 2013. Report No.: 480 tome 1.
11. Académie nationale de médecine. *Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins* [Internet]. 2013. 31 p. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/Upload/4.rapport%20Thérapies%20complémentaires1.pdf>
12. Ernst E. Ethics of complementary medicine: practical issues. *Br J Gen Pract*. 1 juill 2009;59(564):517-9.
13. Académie nationale de médecine. *Thérapies complémentaires en France : La science doit être au centre de toutes les initiatives*. 2021.
14. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1 janv 2018;110(1):121-4.



15. Davis EL, Oh B, Butow PN, Mullan BA, Clarke S. Cancer Patient Disclosure and Patient-Doctor Communication of Complementary and Alternative Medicine Use: A Systematic Review. *The Oncologist*. nov 2012;17(11):1475-81.
16. Lognos B, Carbonnel F, Boulze Launay I, Bringay S, Guerdoux-Ninot E, Mollevi C, et al. Complementary and Alternative Medicine in Patients With Breast Cancer: Exploratory Study of Social Network Forum Data. *JMIR Cancer*. 27 nov 2019;5(2):e12536.
17. Dişsiz G, Yilmaz M. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. mai 2016;23:34-9.
18. Snyder J, Zenone M, Caulfield T. Crowdfunding for complementary and alternative medicine: What are cancer patients seeking? Grundy Q, éditeur. *PLoS ONE*. 20 nov 2020;15(11):e0242048.
19. Ordre des médecins. Webzine n°3: Quelle place pour les médecines complémentaires? [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/intro>
20. Chamard A. Etat des lieux du recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale, dans le Languedoc-Roussillon: étude quantitative auprès de patients et de médecins. 2016.
21. Greffion J, Breda T. Façonner la prescription, influencer les médecins: Les effets difficilement saisissables du cœur de métier des grandes entreprises pharmaceutiques. *regulation* [Internet]. 17 juin 2015 [cité 23 sept 2021];(17). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/regulation/11272>
22. Bishop FL, Lewith GT. Who Uses CAM? A Narrative Review of Demographic Characteristics and Health Factors Associated with CAM Use. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2010;7(1):11-28.
23. Dubois C, Eisfeld H, Bauer F, Schmidt T, Kastrati K, Hochhaus A, et al. Not all cancer patients with an interest in CAM are the same. Differences between patients with a CAM interest prior to the cancer diagnosis and those with first-time interest since diagnosis. *Complementary Therapies in Medicine*. août 2019;45:167-71.
24. Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs* [Internet]. Adler NE, Page AE, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2008 [cité 23 sept 2021]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK4015/>
25. Forsythe LP, Alfano CM, Leach CR, Ganz PA, Stefanek ME, Rowland JH. Who Provides Psychosocial Follow-Up Care for Post-Treatment Cancer Survivors? A Survey of Medical Oncologists and Primary Care Physicians. *JCO*. 10 août 2012;30(23):2897-905.

26. McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psycho-Oncology*. mai 2010;19(5):508-16.
27. Jang Y, Jeong Y. Unmet Needs and Quality of Life of Cancer Patients and Their Families: Actor–Partner Interdependence Modeling. *Healthcare*. 12 juill 2021;9(7):874.
28. Ernst E, Hung SK. Great Expectations: What Do Patients Using Complementary and Alternative Medicine Hope For? *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. juin 2011;4(2):89-101.
29. Bober SL, Recklitis CJ, Campbell EG, Park ER, Kutner JS, Najita JS, et al. Caring for cancer survivors: A survey of primary care physicians. *Cancer*. 15 sept 2009;115(S18):4409-18.
30. Potosky AL, Han PKJ, Rowland J, Klabunde CN, Smith T, Aziz N, et al. Differences Between Primary Care Physicians' and Oncologists' Knowledge, Attitudes and Practices Regarding the Care of Cancer Survivors. *J GEN INTERN MED*. déc 2011;26(12):1403-10.
31. Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis. *Integr Cancer Ther*. sept 2012;11(3):187-203.
32. AFSOS. Question phytothérapie: répondre aux patients atteints de cancer [Internet]. 2019 [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.afsos.org/ressource-doc/question-phytotherapie-volume-2/attachment/livret-ok\\_compressed/](https://www.afsos.org/ressource-doc/question-phytotherapie-volume-2/attachment/livret-ok_compressed/)
33. EUROCAM. The contribution of complementary and alternative medicine to sustainable healthcare in Europe [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://cam-europe.eu/library-cam/cam-publications/>
34. DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
35. INCa. A quoi servent les soins de support ? - Qualité de vie [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support>
36. Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D, et al. Clinical Practice Guidelines on the Use of Integrative Therapies as Supportive Care in Patients Treated for Breast Cancer. *JNCMON*. nov 2014;2014(50):346-58.
37. Lyman GH, Greenlee H, Bohlke K, Bao T, DeMichele AM, Deng GE, et al. Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: ASCO Endorsement of the SIO Clinical Practice Guideline. *JCO*. 1 sept 2018;36(25):2647-55.
38. Commission d'Orientation Prévention, Jean-François Toussaint, président. *Stratégies Nouvelles de Prévention*. 2006 sept p. 101.
39. Stie M, Jensen LH, Delmar C, Nørgaard B. Open dialogue about complementary and alternative medicine (CAM) integrated in conventional oncology care,

characteristics and impact. A systematic review. *Patient Education and Counseling*. nov 2020;103(11):2224-34.

40. Ordre des médecins. Le code de déontologie médicale [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
41. INCa. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 -. 2021.
42. INCa. Bilan Plan cancer 2014-2019 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>
43. Clairet A-L, Boiteux-Jurain M, Curtit E, Jeannin M, Gérard B, Nerich V, et al. Interaction between phytotherapy and oral anticancer agents: prospective study and literature review. *Med Oncol*. mai 2019;36(5):45.
44. Duffer SA, Hübner J, Ahmadi E, Zomorodbakhsch B. Traits of cancer patients and CAM usage. *J Cancer Res Clin Oncol* [Internet]. 2 avr 2021 [cité 23 sept 2021]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00432-021-03605-7>
45. Stub T, Quandt SA, Arcury TA, Sandberg JC, Kristoffersen AE, Musial F, et al. Perception of risk and communication among conventional and complementary health care providers involving cancer patients' use of complementary therapies: a literature review. *BMC Complement Altern Med*. déc 2016;16(1):353.
46. American Cancer Society. The Truth About Alternative Medical Treatments [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.cancer.org/latest-news/the-truth-about-alternative-medical-treatments.html>
47. Prely H, Herledan C, Caffin AG, Baudouin A, Larbre V, Maire M, et al. Real-life drug-drug and herb-drug interactions in outpatients taking oral anticancer drugs: comparison with databases. *J Cancer Res Clin Oncol*. 29 avr 2021;
48. John GM, Hershman DL, Falci L, Shi Z, Tsai W-Y, Greenlee H. Complementary and alternative medicine use among US cancer survivors. *J Cancer Surviv*. oct 2016;10(5):850-64.
49. Ernst E. Fatalities after CAM: an overview. *Br J Gen Pract*. juin 2011;61(587):404-5.
50. Markowitz JS, Donovan JL, DeVane CL, Taylor RM, Ruan Y, Wang J-S, et al. Effect of St John's wort on drug metabolism by induction of cytochrome P450 3A4 enzyme. *JAMA*. 17 sept 2003;290(11):1500-4.
51. Ho BE, Shen DD, McCune JS, Bui T, Risler L, Yang Z, et al. Effects of Garlic on Cytochromes P450 2C9- and 3A4-Mediated Drug Metabolism in Human Hepatocytes. *Sci Pharm*. sept 2010;78(3):473-81.
52. Mas S. Jeûne, régimes restrictifs et cancer : revue systématique des données scientifiques et analyse socio-anthropologique sur la place du jeûne en France. 2018.
53. Carayol M, Romieu G, Bleuse J-P, Senesse P, Gourgou-Bourgade S, Sari C, et al. Adapted physical activity and diet (APAD) during adjuvant breast cancer therapy:

- Design and implementation of a prospective randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*. 1 nov 2013;36(2):531-43.
54. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. mai 2019;35:33-47.
55. Signorelli C, Wakefield CE, Fardell JE, Foreman T, Johnston KA, Emery J, et al. The Role of Primary Care Physicians in Childhood Cancer Survivorship Care: Multiperspective Interviews. *Oncologist*. mai 2019;24(5):710-9.
56. Ligue contre le cancer. Communiqué de presse. « Les médecins généralistes face au cancer ». 2010.
57. Klabunde CN, Han PKJ, Earle CC, Smith T, Ayanian JZ, Lee R, et al. Physician Roles in the Cancer-Related Follow-Up Care of Cancer Survivors. *Fam Med*. 2013;45(7):463-74.
58. Bommier C, Gautier S, Riom I, Reydellet A. Les soins complémentaires : réflexion de l'Inter syndicale nationale des internes autour d'un sujet qui divise. *Ethics, Medicine and Public Health*. 1 janv 2020;12:100414.
59. He Y, Guo X, May BH, Zhang AL, Liu Y, Lu C, et al. Clinical Evidence for Association of Acupuncture and Acupressure With Improved Cancer Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Oncology*. 1 févr 2020;6(2):271-8.
60. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and following breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 6 mai 2017;67(3):194-232.
61. Chambre disciplinaire de première instance. Jurisprudence - Consultation d'une fiche [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/FicheDetailConsultation.do?ficId=20621&isFromRecherche=listeResultats>
62. Chambre disciplinaire de première instance P. Jurisprudence - Consultation d'une fiche [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/FicheDetailConsultation.do?ficId=19145&isFromRecherche=listeResultats>
63. Ministère des Solidarités et de la santé. Signaler les effets indésirables d'un médicament [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/article/signaler-les-effets-indesirables-d-un-medicament>
64. Gwenn Vo Van Regnault. Bulletin des vigil'ances. Le bulletin des vigilances de l'Anses [Internet]. févr 2018 [cité 23 sept 2021];(4). Disponible sur: <https://vigilances.anses.fr/fr/issues/2018>



Annexe 1 Classification des INM

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux(se) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.*

## Résumé :

Introduction : Aujourd'hui, 85% des patients atteints de cancer utilisent au moins une « médecine complémentaire ». Malgré la place grandissante de ces médecines complémentaires, et les effets indésirables et interactions qu'elles impliquent avec les thérapies orales, il persiste un manque de communication entre soignants et patients. On peut alors se demander si, malgré le manque de communication, les patients, leur entourage et les professionnels de santé se préoccupent des risques d'usage des MC lors des traitements du cancer.

Méthode : Analyse exploratoire rétrospective d'une base de données anonymisée de 2018 à 2020 des demandes regroupant appels, mails et courriers retranscrites par un pharmacien de l'ICM sur un fichier Excel. Parmi les 2466 demandes entre 2018 et 2020 nous avons vérifié et caractérisé les différentes MC utilisées selon la classification utilisée sur la plateforme CEPS. Nous avons également caractérisé les justifications d'usage décrits dans les commentaires du pharmacien.

Résultats : Entre 2018 et 2020, il y a eu 2466 demandes d'information à la pharmacie de l'ICM. 718 concerne les interventions non médicamenteuses et médecines alternatives. Il existe de manière significative plus de demandes de la part des patients et de leur entourage que de la part des professionnels de santé. Aucune demande de médecins généralistes concerne une INM ou une MA.

Discussion : Les patients et leur entourage se préoccupent des effets potentiels de leur prise de MC sur leur traitement. Ils se confient plus volontiers lorsqu'ils savent qu'ils ont la possibilité d'en discuter avec les professionnels de santé mais aussi lorsque ceux-ci instaurent la discussion. Le manque de formation des professionnels de santé et le manque d'outils concernant les MC est un frein aux discussions autour des MC.

Conclusion : La mise en évidence des interactions et effets indésirables des MC est une preuve supplémentaire pour la nécessité d'une formation mais également pour la création d'un outil informatique dédié au dépistage des risques et des effets synergétiques concernant les interventions non médicamenteuses avec les traitements contre le cancer.

**Mots clefs** : Médecines complémentaires et alternatives, interventions non médicamenteuses, oncologie, thérapie orale, patients, professionnels de santé, préoccupation, médecine générale.