

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Clarisse DESGRANGE

Née le 20 février 1991 à Champigny-sur-Marne (94)

Médecines alternatives et complémentaires (MACs) **en cancérologie digestive**

Présentée et soutenue publiquement le 07 octobre 2019 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie et cancérologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Claude LINASSIER, Oncologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Driffa MOUSSATA, Hépatogastro-entérologie, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Robert COURTOIS, Psychiatrie, PH, CHU - Tours

Docteur Sandrine FEAU-LECERF, Hépatogastroentérologie - Tours

Docteur Roland EL BRAKS, Hépatogastroentérologie - Gien

Monsieur Laurent NOWIK, Sociologie, MC, Faculté de Sociologie – Tours

Directeur de thèse : Professeur Driffa MOUSSATA, Hépatogastroentérologie, Faculté de Médecine – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Dominique GOGA
Pr Alain GOUDEAU
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET DonatienSoins palliatifs
POTIER AlainMédecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BERHOUET JulienChirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT PaulPsychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE AgnèsBiostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-SophieBactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR DianeBiophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS GéraldinePédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON Antoine.....Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU CyrilleImmunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

Résumé :

Les médecines alternatives et complémentaires (MACs) en cancérologie digestive

Introduction :

Les MACs constituent un ensemble de pratiques très variées de plus en plus utilisées par les patients cancéreux. Toutefois peu de données existent dans la littérature concernant les cancers digestifs. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'utilisation des MACs en cancérologie digestive dans la région Centre, de déterminer un profil clinico-socio-psychologique des patients y ayant recours et d'en mesurer l'impact sur leur qualité de vie.

Patients et Méthodes :

De juillet 2018 à avril 2019, 330 questionnaires destinés à tous patients atteints d'un cancer digestif métastatique sous chimiothérapie, ont été adressés à 7 services d'hépto-gastro-entérologie de la région Centre afin d'évaluer l'utilisation des MACs. Leurs motivations, leur état socio-économique et leur qualité de vie (questionnaire standardisé de l'European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC QLQ-C30) ont été comparés à ceux des patients non utilisateurs.

Résultats :

Au total, 165 patients (100 hommes, âge moyen 67 ± 10.7 ans) ont été inclus dont 66 (40%) ayant recours aux MACs. Les patients utilisateurs sont significativement plus jeunes (65 ± 11 vs 69 ± 10.1 ans respectivement, $p = 0.01$), majoritairement féminins (48 % vs 33 %, $p = 0.05$), plus souvent dans la vie active (34% vs 19%, $p = 0.04$) malgré un IMC < 20 kg/m² significativement plus fréquent (29 % vs 11 %, $p = 0.02$). Les 2 principaux cancers sont des cancers intestinaux (47 %) et bilio-pancréatiques (35 %) sans différence entre les 2 groupes. Le nombre de protocoles de chimiothérapie est significativement plus important dans le groupe utilisateur (1.09 ± 1.08 vs 0.65 ± 0.96 , $p = 0.01$) avec plus de patients traités par radiothérapie (29 % vs 12 %, $p = 0.01$). Seulement 51% abordaient d'eux-mêmes le sujet avec leur cancérologue. Inversement, plus de patients utilisateurs étaient interrogés par leur cancérologue (34 % vs 15 %, $p < 0.01$). En analyse multivariée, le recours aux MACs était significativement associé à l'utilisation de MACs avant le diagnostic de cancer, à la présence d'un entourage, à un nombre plus élevé de lignes de chimiothérapie, à la radiothérapie et au fait d'avoir été questionné par son oncologue. Aucune différence de qualité de vie n'a été notée entre les 2 groupes.

Conclusion :

Cette première étude française multicentrique montre que le recours aux MACs est fréquent en cancérologie digestive, avec 1/2 patient qui en informe leur médecin, sans effet sur la qualité de vie. D'autres études prospectives sont nécessaires pour affiner le profil des patients et mieux les accompagner en évoluant vers une pratique intégrative bien encadrée.

Mots-clés :

Médecines alternatives, médecines complémentaires, cancers digestifs, qualité de vie, socio-psychologie

Abstract:

Complementary and alternative therapies (CAMs) in digestive oncology

Introduction:

Complementary and alternative therapies (CAMs) include different practices that are increasingly used by cancer patients. However, few data exist in the literature concerning digestive cancers. The objectives of this study were to evaluate the use of CAM in patients with digestive cancer, to determine a clinical-social-psychological profile of CAM-users and to measure the impact on their quality of life.

Patients and method:

From July 2018 to April 2019, 330 questionnaires were sent to patients with metastatic digestive cancer treated by chemotherapy in 7 gastroenterology departments in region Centre in France. Motivations, socio-economic status and quality of life (standardized questionnaire from the European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC QLQ-C30) were compared between CAM-users and non-users.

Results:

A total of 165 patients (100 men, mean $\pm$ SD age 67 ± 10.7 years old) were included and 66 (40 %) used CAMs. CAM-users were significantly younger (respectively 65 ± 11 vs 69 ± 10.1 years old, $p = 0.01$), mostly female (48 % vs 33 %, $p = 0.05$), employment (34% vs 19%, $p = 0.04$), despite a BMI < 20 kg/m² significantly more frequent (29 % vs 11 %, $p = 0.02$). The 2 most common types of cancer were intestinal (47 %) and bilio-pancreatic cancers (35 %) without any difference between the 2 groups. CAM-users presented a higher mean number of chemotherapy protocols (1.09 ± 1.08 vs 0.65 ± 0.96 , $p = 0.01$) and were more often treated by radiation therapy (29 % vs 12 %, $p = 0.01$). Only 51 % of them have addressed the subject of CAM with the doctor on their own initiative. Conversely, CAM users declared to be significantly more often questioned by their doctor about CAM use (34 % vs 15 %, $p < 0.01$). In multivariate analysis, CAM use was correlated with being advised by family and friends, CAM use before cancer diagnosis, being treated by radiation therapy and by a higher number of chemotherapy protocols, and being questioned by the doctor about the use of CAM. There was no difference of quality of life between the 2 groups.

Conclusion:

This multicenter study shows that CAM use is frequent in digestive oncology and particularly in young women as in other cancers. We need prospective studies to better refine these first results and specifically the effects of CAMs on quality of life.

Keywords:

Complementary therapies, alternative therapies, digestive cancers, quality of life, socio-psychology

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure 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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du Jury

À Madame le Professeur Moussata, je vous remercie de m'avoir encouragé à écouter mes questionnements dans le monde du soin, et d'avoir accepté ce sujet de thèse qui me tenait à cœur. À travers ce travail, vous m'avez initié au plaisir du raisonnement scientifique et à l'apprentissage de l'argumentation. J'espère avoir réussi à vous suivre sur le chemin de l'ambition et de l'ouverture d'esprit.

À Monsieur le Professeur Colombat, merci de me faire l'honneur de juger mon travail et d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

À Monsieur le Professeur Linassier, merci pour l'honneur que vous me faites en jugeant mon travail et de m'avoir si bien accueillie dans votre service d'oncologie.

À Monsieur le Docteur Courtois, merci pour ta précieuse et indispensable implication dans ce travail. Ta bienveillance, ta patience et ta curiosité ont nourri ma thèse. Merci à la famille Courtois, à Colombe, pour leur accueil sans faille quels que soient le jour et l'heure.

À Monsieur le Docteur El Braks, merci de m'avoir transmis l'importance de la persévérance, dont tu es un vrai exemple pour moi. Mais surtout, merci de m'avoir contaminée de ta passion pour l'endoscopie interventionnelle.

À Madame le Docteur Féau-Lecerf, merci pour ta participation à ce travail, et de me faire l'honneur de le juger en faisant partie de mon jury.

À Monsieur Nowik, merci de me faire l'honneur de juger ce travail et de faire partie de mon jury. Merci d'avoir enrichi ce travail par votre vision complémentaire.

À mes maîtres

À l'ensemble des praticiens des services d'hépatogastro-entérologie du CHU de Tours, du PSLV, de l'Alliance, d'Orléans, de Blois, de Dreux et de Gien, merci de m'avoir formée au métier de médecin et de m'avoir fait évoluer en tant qu'individu. Un grand merci à tous ces médecins qui ont cru en moi et qui ont collaboré à ce travail.

À Madame le Docteur Picon, un profond merci pour votre compréhension et votre bienveillance.

Au Professeur Lecomte, aux Docteurs d'Alteroche, Nicolas, Godart, Barbieux, Perarnau, Aubourg, Caulet, merci à chacun de m'avoir transmis des connaissances, à l'image du serment d'Hippocrate.

À Benjamin et David, qui méritent le titre de « maître », même si je ne le répéterai jamais. Merci pour votre répartie et votre joie de vivre.

David, un immense merci pour ton soutien. Merci d'avoir pris le temps de me transmettre les valeurs d'un bon médecin.

Aux docteurs Garet, Fourdan, Fallik et El Braks, merci d'avoir adouci mon cursus et éveillé mon goût pour l'endoscopie.

Au Dr Haque, merci pour ta rigueur et la qualité de ton raisonnement médical. Tu es à mes yeux un médecin exemplaire doté d'une gaieté sans faille. Merci de m'avoir contaminée.

À l'ensemble des praticiens de Kaplan, du CORAD et de l'oncologie médicale, merci de m'avoir accueillie et de m'avoir initiée à un autre aspect de la cancérologie.

À mes confrères et collègues

À Clara Pouchelon, celle avec qui tout a commencé, merci pour ta curiosité et ta fidèle affection.

À ceux qui sont bien plus que mes co-internes : Diane, Tyranaux, Hortense, Mélodie, Anaïs, Olivia, Anna, Jérémie, Pauline, Benoît, Romain, Laura, Vittoria, Coralie, Thomas, Céline, Manon, Ludovic, Fahed. J'ai appris avec vous l'importance de la bienveillance et de la confraternité qui, je l'espère, ne me quitteront jamais.

À Mélanie et Corentin, merci pour votre implication sans laquelle ce travail n'aurait pas pu aboutir.

À Diorette, qui est venue embellir ce tableau.

À Widad, qui est venue alimenter ce tableau.

À Théo, pour son soutien et son grain de folie.

À Éva, pour sa confraternité qui a fini par se mêler à l'amitié.

Aux belles rencontres malgré leur choix d'exercer une autre spécialité : Cédric, Timothée, Alexandre, Mathilde, Tilia, Augustin et Pierre.

À Yacine, pour sa bienveillance et son réconfort alimentaire.

Au Professeur Ferreirator, pour ses incroyables connaissances médicales, sa capacité d'organisation hors pair et sa douceur.

Au Professeur Delamontagne, pour la qualité de son humour et de son amitié.

À ma chère Dyna, pour sa curiosité sans fin et sa capacité de remise en question.

À Yanis Ramdani, pour son soutien et son investissement pour les internes de la région.

À toutes les équipes soignantes du CHU de Tours, avec qui j'ai travaillé et qui m'ont fait évoluer. Une pensée particulière aux équipes de l'hôpital de jour et d'endoscopie digestive pour cette ambiance de travail conviviale.

À Rachel, pour sa douceur et sa gentillesse qui se sont rapidement mues en amitié.

Aux incroyables secrétaires de Gien, et tout particulièrement à Carine pour son ensorcelante joie de vivre.

À mes amis et ma famille

Aux trois amies ancrées dans ma vie, Marion, Nolwenn et Margot, merci pour votre soutien indéfectible. La seule chose qui change avec le temps est la profondeur de mon affection pour vous.

À Wartou, merci de si bien être ce que l'on peut attendre d'un ami.

À Axel, Charles, Nadège, Philippe, Clément, Thibault, Dorothée, Caroline et Laura dont l'amitié traverse les décennies.

À Philippine, merci pour ton affection, ton humour et la passion de la profession que l'on partage.

À Solène, merci pour cet amour indescriptible dont tu me couves depuis toujours.

À ma sœur, merci de m'éclairer de ton soutien et de ton amour fraternels.

À Charles et Rose, pour le bonheur qu'ils apportent.

À ma mère, merci de n'avoir jamais mis de limites à mes rêves.

À la famille Tremblay, merci de leur affection au-delà de la distance.

À mon père, merci de n'avoir eu de cesse d'élever mon esprit.

À Pom, merci pour ta douceur et tes pensées bleues.

Aux familles Desgrange et Fortesa, merci de leur tendresse.

À Mamie, la femme de ma vie.

À la famille Levé, pour être devenue progressivement ma famille.

À Claude, pour votre sincère bienveillance, votre affection et votre fils.

Et surtout, à Nicolas, l'homme de ma vie. Merci de faire de chaque jour une fête.

Table des matières

Abréviations.....	14
Abbreviations.....	15
Première partie : Revue de la littérature.....	16
I. Introduction	16
II. MACs et cancérologie	17
1. Rappels sur les cancers digestifs	17
2. Généralités sur les MACs.....	19
3. Épidémiologie du recours aux MACs en cancérologie.....	23
4. Caractérisation des MACs utilisées en cancérologie	26
III. Profil des patients utilisant les MACs.....	27
1. Profil socio-économique et psychologique	27
2. Motifs d'utilisation déclarés par les patients	28
3. Motifs de l'absence d'utilisation des MACs.....	29
4. Communication au sujet des MACs.....	30
IV. Effets des MACs	32
1. Effets bénéfiques.....	32
2. Effets délétères	34
3. Limites des études publiées	36
V. Conclusion	37
Deuxième partie : Article original.....	38
I. Introduction	38
II. Patients and methods.....	39
Patients	39
Data collection	40
Statistical analysis.....	42
III. Results	42
Patients	43
Clinical criteria	44
Practitioner and CAM-users	46
Socio-economic criteria.....	46
Quality of life and socio-psychological status	47
CAM use description	49
Predictors of CAM use.....	51
IV. Discussion	51
V. Conclusion	54
Troisième partie : Annexe.....	55
Questionnaire de l'étude	55
Quatrième partie : Bibliographie.....	69

Abréviations

AERIO : Association pour l'Enseignement des Internes en Oncologie

BEP : Brevet d'Étude Professionnelle

BEPC : Brevet d'Études du Premier Cycle

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Coll. : collaborateurs

F : Femme

H : Homme

Hab : habitants

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MA : Médecine Alternative

MAC : Médecine Alternative et Complémentaire

MIVILUDES : Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Abbreviations

4PAS: 4-Point ordinal Alliance Selfreport

BMI: Body mass Index

CAM: Complementary and Alternative Medicine

EORTC: European Organization for Research and Treatment of Cancer

EPO: Erythropoietin

G-CSF: Granulocyte Colony Stimulating Factor

MHLCS: Multidimensional Health Locus Of Control Scale

NCCIH: National Center for Complementary and Integrative Health

QLQ-C30: Quality of Life Questionnaire Core 30

QOL: Quality Of Life

SF-36: Short-Form health survey

Première partie : Revue de la littérature

I. Introduction

Les cancers digestifs représentent un vrai défi pour notre système de soins en raison de leur forte incidence et de leur impact sur la morbi-mortalité nationale (1). Les traitements conventionnels carcinologiques, tels que la chimiothérapie ou la radiothérapie, ont permis d'améliorer le pronostic de ces maladies avec la mesure délicate de la balance entre leur efficacité et leurs effets secondaires potentiels. Ces deux éléments sont à prendre en compte dans la qualité de vie des patients incluant l'état physique, les sensations somatiques, l'état psychologique et le statut social (2).

C'est dans ce cadre que les patients ont recours aux médecines alternatives et/ou complémentaires (MACs). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle de médecine « traditionnelle ». L'OMS souligne que les MACs constituent un pan important et souvent sous-estimé des soins de santé et souhaite faciliter leur intégration aux systèmes nationaux (3). Elle recense plus de 400 pratiques, aux méthodes et fondements théoriques variés. A l'hétérogénéité des pratiques s'ajoute une hétérogénéité des évaluations et des effets. Le conseil national de l'ordre des médecins estime que 40% des français auraient recours aux MACs, une proportion qui augmente dans le temps chez les personnes atteintes d'une maladie grave ou chronique telle que le cancer (4)(5)(6). La prévalence de l'utilisation des MACs en cancérologie est estimée entre 37% et 87% selon les pays, la période donnée et le type de cancer (7).

La plupart des études menées jusqu'ici se heurte à de nombreuses difficultés (complexité des termes, opacité des définitions, multiplicité des pratiques et des effets, faible échantillon de population...) et s'est rarement intéressée exclusivement aux cancers digestifs (8)(9)(10). Nous avons donc souhaité explorer le domaine des MACs en cancérologie digestive afin de définir ces pratiques, le profil des patients y ayant recours en précisant les données épidémiologiques, cliniques, socio-économiques et psychologiques.

II. MACs et cancérologie

1. Rappels sur les cancers digestifs

a. Épidémiologie

L'oncologie digestive est un réel enjeu de santé publique en raison de sa forte incidence et de sa gravité. Les cancers digestifs incluent les cancers de l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le colon, le rectum, l'anus, le pancréas, le foie et les voies biliaires. Parmi les plus fréquents, on trouve le cancer colorectal, troisième cancer tous sexes confondus avec 42 000 nouveaux cas en 2012 en France, mais aussi le deuxième cancer en terme de mortalité causant près de 17 000 nouveaux décès par an (1). Toutefois, ces cancers forment un groupe de maladies hétérogènes de par leur localisation, leur type histologique, leur pronostic, etc... (tableau 1). Parmi les différents types histologiques, une place à part entière est réservée aux tumeurs neuro-endocrines pouvant atteindre plusieurs types d'organes. Elles regroupent un groupe de pathologies très hétérogènes expliquant l'absence de données concernant la mortalité et l'âge moyen d'apparition de la maladie.

Tableau 1 : Incidence et mortalité liées aux cancers digestifs en France en 2017 (11)

	Incidence (habitants par année)	Âge moyen (années)	Mortalité (habitants par année)	Survie à 5 ans tous stades confondus (%)
Œsophage	2012 : 4700 2017 : 4840	H : 67 F : 73	2010 : 3470 2017 : 3225	13,5%
Estomac	2009 : 9000 2017 : 6616	70	2010 : 4420 2017 : 4438	20%
Intestin grêle	2010 : 0,1/100 000	63	Non renseigné	50%
Colorectal	2015 : 43068 2017 : 45000	H : 71 F : 75	2015 : 17833 2017 : 17684	60%
Anus	2017 : 1000	Non renseigné	Non renseigné	70%
Pancréas	2005 : 7200 2017 : 14220	70	Quasi égale à l'incidence	5%
Foie	2011 : 8200 2017 : 10730	Non renseigné	2017 : 8620	16%
Voies biliaires	2004 : 2000	70	Non renseigné	< 5%

b. Notion de qualité de vie

L'OMS définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (9). Comme expliqué en introduction, il s'agit d'un concept multidimensionnel qui se structure le plus souvent autour de 4 dimensions : l'état physique, les sensations somatiques, l'état psychologique et le statut social (2). L'objet est par définition le point de vue du patient, donc la mesure de la qualité de vie est complexe et ne peut être que subjective. Néanmoins, il existe des méthodes pour l'évaluer qui sont la méthode qualitative par l'entretien psychologique et la méthode quantitative à l'aide d'outils psychométriques. Cette dernière a l'avantage d'être standardisée et donc reproductible d'une étude à l'autre, ce qui permet une comparaison entre individus ou populations. Les deux échelles faisant référence sont le SF-36 (MOS 36 Shot Form) et plus particulièrement en cancérologie le questionnaire QLQ-C30 de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (12).

Du fait des progrès thérapeutiques, certains cancers en situation palliative sont devenus des maladies chroniques associées à des symptômes variés liés à la maladie mais aussi aux traitements. Ainsi, il est important de privilégier la qualité de vie des patients. Il est largement démontré que les patients atteints d'une maladie cancéreuse présentent un haut niveau d'anxiété, de dépression et de stress (13). Cela a un impact direct sur toutes les dimensions définissant la qualité de vie : symptômes de la maladie cancéreuse, effets secondaires des traitements, altération de l'image de soi, modification de la vie sociale, conséquences psychologiques, etc... La préservation de la qualité de vie est un élément clef de la prise en charge tant pour le médecin que pour le patient. C'est dans ces conditions, que certains patients font appel à d'autres méthodes thérapeutiques telles que les MACs. En 2017, Sarradon et coll. ont mis en évidence parmi une cohorte française de patients atteints de cancers de tous types que le recours aux thérapies non conventionnelles était un moyen utilisé pour améliorer leur état général (14).

2. Généralités sur les MACs

Afin de mieux appréhender le sujet, il est essentiel de définir ce que sont les MACs en termes de terminologie, de classification et d'expliquer le cadre légal.

a. Définition et terminologie

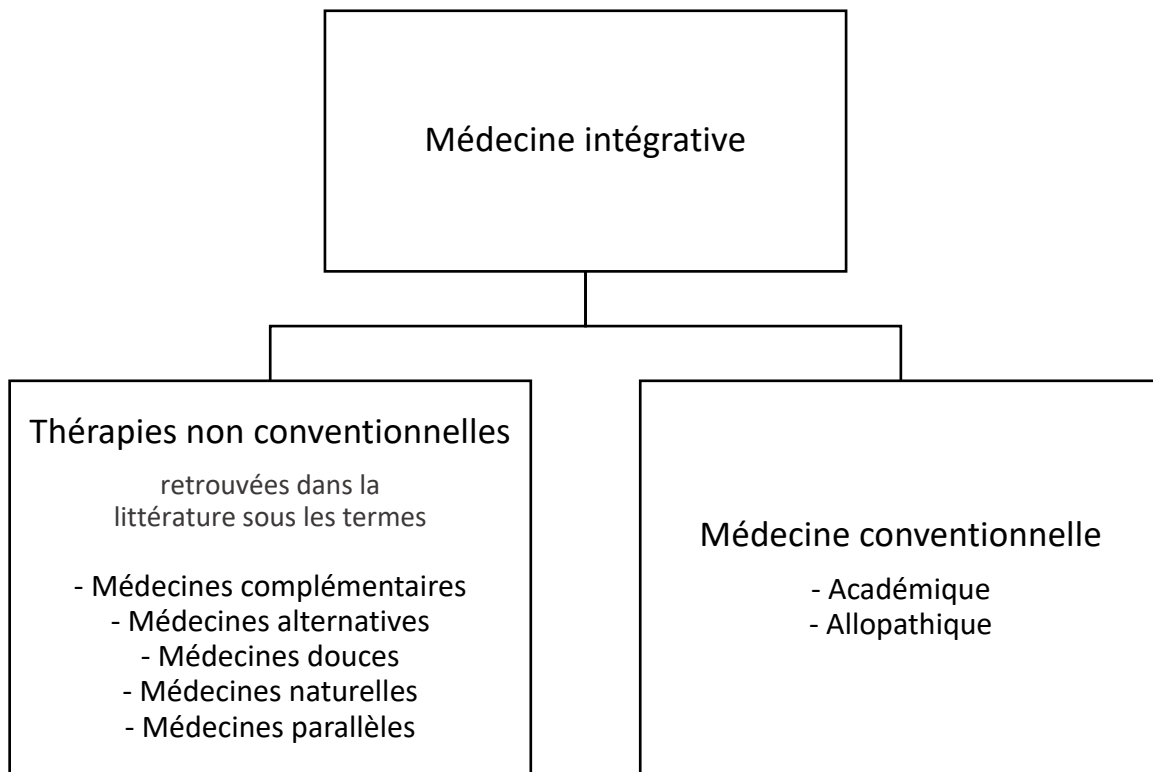
Il existe de nombreuses appellations et définitions faisant référence aux médecines alternatives et complémentaires (figure 1), ce qui traduit l'hétérogénéité de ces soins de par leurs fondements théoriques, leurs approches, leurs formations... Il n'existe pas à ce jour de consensus autour d'une appellation officielle et d'une définition universelle. Actuellement, plus de quatre cents pratiques sont recensées par l'OMS (15). L'analyse scientifique du rationnel et des effets des thérapies non conventionnelles est relativement récente à l'échelle de l'histoire de la médecine. The National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) fondé aux Etats-Unis en 1998 est un organisme gouvernemental pour la recherche scientifique sur les MACs. Il a pour mission de créer une « Evidence Base for Complementary and Alternative Medicine » fondée sur des preuves fournies par la recherche médicale en utilisant une méthodologie scientifique (4). Selon le NCCIH, les médecines complémentaires regroupent des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle à un endroit et à une période donnés (16). Cet ensemble inclut toutes les pratiques permettant de prévenir, de traiter les maladies ou d'améliorer la santé et le bien-être (8). D'après la MIVILUDES (Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives sectaires) et le Parlement Européen, leur point commun est de ne pas être reconnues sur le plan scientifique par la médecine conventionnelle et donc de ne pas être enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé (6)(17).

En résumé, on peut retenir la définition suivante : il s'agit d'un ensemble de pratiques variées, tant par les techniques employées que par les fondements théoriques, non reconnues par le système de santé conventionnel ; à visée préventive, thérapeutique ou d'amélioration du bien-être.

Il est habituel d'opposer les thérapies conventionnelles dites académiques ou allopathiques aux MACs. Toutefois, ces thérapies peuvent être complémentaires (utilisées en complément de la médecine conventionnelle), ou alternatives (utilisées à la place de la médecine

conventionnelle). La notion de médecine intégrative désigne le recours simultané à la médecine conventionnelle et aux thérapies complémentaires (18).

Figure 1 : Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques (18)



b. Classification

Les classifications permettent d'organiser les connaissances même si le risque est d'être réducteur et donc critiquable. Elles apportent cependant un éclairage sur la diversité des MACs par analogie à leurs nombreuses définitions. On trouve ainsi plusieurs classifications dans la littérature basées sur :

- Leur mode d'administration, classification adoptée par la Cochrane Collaboration (8):
 - Auto-administration : plantes, compléments alimentaires (minéraux, oligo-éléments, vitaminiques), méditation etc.
 - Auto-administration avec supervision périodique : yoga, biofeedback, tai-chi etc.
 - Administration par un tiers praticien : acupuncture, massage, réflexologie, etc.

- Leurs méthodes de soin, classification utilisée par la MIVILUDES (6):
 - Psychologisante
 - Par massage ou apposition des mains
 - Par ingestion de substances diverses
 - A des fins de prévention et de développement personnel
 - Par le rééquilibrage de l'énergie
- Leur fondement théorique du soin, classification utilisée par la NCCIH et l'OMS (tableau 2) (19)(20):
 - Les Systèmes médicaux parallèles : il s'agit de systèmes traditionnels complets avec fondements théoriques et pratiques propres.
 - Les approches corps/esprit : regroupent des pratiques mentales ou spirituelles utilisant l'esprit pour agir sur les mécanismes de guérison.
 - Les traitements à fondement biologique : le principe est d'utiliser des substances organiques issues de plantes, de minéraux ou d'animaux nécessaires à l'organisme et que l'homme ne peut synthétiser.
 - Corps et manipulation : cette catégorie a recours à la manipulation par un tiers ou aux mouvements d'une ou de plusieurs parties du corps afin de traiter des dysfonctions de la mobilité des tissus susceptibles d'en altérer l'état de santé.
 - Les traitements énergétiques : l'être humain possède un influx vital qui peut circuler de manière harmonieuse, la maladie étant une perturbation de cette harmonie qu'il convient de ré-équilibrer pour tendre vers la guérison.

Tableau 2 : Classification des médecines alternatives et complémentaires selon leur fondement théorique, selon le NCCIH (19)

Systèmes médicaux parallèles	Techniques d'approche corps-esprit	Traitements à fondement biologique	Corps et manipulation	Traitements énergétiques
Ayurvèda Homéopathie Médecine traditionnelle chinoise Naturopathie	Méditation Art, musique, danse Relaxation Hypnose	Compléments alimentaires (ex : vitamines) Phytothérapie Huiles essentielles Régime alimentaire (ex : jeûne)	Chiropraxie Massothérapie Ostéopathie Yoga Shiatsu Réflexologie plantaire Auriculothérapie	Taïchi Reiki Coupeur de feu Magnétiseur

N'entrent pas dans ce périmètre les thérapeutiques non médicamenteuses validées par le rapport d'orientation publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2011 (17), à savoir : les

règles hygiéno-diététiques (alimentation pauvre en graisse, riche en fruits et légumes, etc ...) ; certains traitements psychologiques (thérapies d'inspiration analytique et psychanalyse) ; les thérapeutiques physiques (techniques de rééducation, kinésithérapie, ergothérapie) qui sont considérées comme partie intégrante d'une bonne hygiène de vie soutenue par la médecine conventionnelle selon la HAS.

c. Cadre légal

Parmi les 400 médecines alternatives et complémentaires recensées par l'OMS (9), seules quatre sont officiellement reconnues par le Conseil de l'Ordre des médecins en France depuis 2002 (5), et peuvent faire l'objet de titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances. Il s'agit de l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie/chiropraxie et la mésothérapie. Cependant, ces reconnaissances de titres professionnels ne valident pas pour autant leurs théories. Ainsi, l'Académie de Médecine considère que « l'insertion de ces thérapies dans les soins dispensés par les hôpitaux semble présenter un réel intérêt si elle est comprise non comme une reconnaissance et une valorisation de ces méthodes, mais comme un moyen de préciser leurs effets, de clarifier leurs indications et d'établir de bonnes règles pour leur utilisation » (10).

En résumé, les MACs recouvrent une grande diversité de thérapeutiques très variées tant par leur idéologie que par leur pratique et dont la preuve scientifique de leur efficacité n'a pas été démontrée selon les modalités admises par la médecine allopathique. Il en découle un encadrement légal complexe mais indispensable pour protéger les patients d'un risque de mésusage ou d'abus. C'est dans ce contexte d'incertitudes que la société Française doit faire face à une forte utilisation des médecines alternatives et complémentaires. En effet, selon le Conseil National des Médecins, 40% des Français (4) auraient recours aux médecines non conventionnelles, une proportion qui augmente chez les personnes atteintes d'une maladie grave ou chronique, telle que le cancer. Ce constat est à mettre en relation avec une forte prévalence des cancers en France, combinée à l'émergence de nouveaux traitements responsables d'effets indésirables et à l'amélioration globale de l'espérance de vie (21).

3. Épidémiologie du recours aux MACs en cancérologie

Plusieurs études relativement récentes ont mis en évidence une évolution des pratiques en fonction du temps, des pays et du type de cancer.

a. Évolution dans le temps

L'intérêt scientifique concernant l'utilisation de thérapies non conventionnelles est relativement récent. Le moteur de recherche PUBMED recensait la publication de 66 articles concernant les MACs en cancérologie en 1990 versus 717 articles dédiés en 2013. Sur les quarante dernières années, on note une tendance globale vers l'augmentation du recours aux MACs. Des revues systématiques de la littérature et méta-analyses à l'échelle mondiale montrent des taux moyens d'utilisation en augmentation de 31,4% en 1998 à 40% en 2012 (22). Dans leur revue de la littérature publiée en 2012, analysant un total de 148 articles, Horneber et coll. ont mis en évidence des variations d'utilisation significativement différentes en fonction du temps. En effet, le taux de recours aux MACs était de 25% (IC 95% = 12%-38%) dans les études publiées dans les années 70 et 80, de 32% dans les années 90 et de 49% après les années 2000 (23).

b. Répartition géographique

Le recours aux MACs en cancérologie varie considérablement d'un continent à l'autre et d'un pays à l'autre. Le plus grand consommateur serait les États-Unis (24)(25). Dans leur revue de la littérature de 2012, Horneber et coll. retrouvaient le plus haut niveau de recours aux MACs de 50% aux États-Unis et le plus bas à 22% en Italie et aux Pays-Bas. Cette étude confirme que l'Amérique du Nord serait le plus gros consommateur, suivi par l'Australie puis l'Europe (23). En Europe, l'étude de 2005 de Molassiotis et coll. portant sur 945 patients cancéreux répartis dans 14 pays, évaluait leur prévalence de 15 % à 73 % selon les pays (26). Les trois pays en tête étaient l'Italie, la République Tchèque et la Suisse. A l'inverse, les trois pays ayant le plus faible taux d'utilisation étaient la Grèce, l'Ecosse et l'Angleterre.

La première étude française menée en 2007 dans 3 centres strasbourgeois, ayant inclus 244 patients en cours de chimiothérapie, montrait une prévalence des MACs en cancérologie de 28% (27). Depuis, l'étude MAC-AERIO menée dans 18 centres français en 2010 ayant inclus 850 patients porteurs d'une tumeur solide ou hématologique montrait un recours aux MACs

de 60% (28). Ces dissemblances que l'on retrouve dans les études publiées tant au niveau national qu'international, peuvent aussi s'expliquer par des différences de méthodologie d'étude, de population cible et de définition des thérapies non conventionnelles.

c. Selon la localisation du primitif digestif

La grande majorité des études a porté sur les cancers gynécologiques (cancer du sein), pneumologiques ou urologiques (cancer de prostate). En ce qui concerne la sous-population des cancers digestifs, la littérature est moins informative. L'étude de 2005 de Molassiotis et coll., à laquelle la France n'avait pas participé, a analysé 945 patients cancéreux, dont 22% étaient atteints d'un cancer digestif (26). Toutes localisations tumorales confondues, parmi les 36% de patients ayant recours aux MACs, les premiers consommateurs étaient les patients atteints d'un cancer pancréatique avec un recours aux MACs s'élevant à 56% (tableau 3).

Tableau 3 : Fréquence d'utilisation des MACs selon le type de cancer dans l'étude de Molassiotis et coll. de 2005 (26)

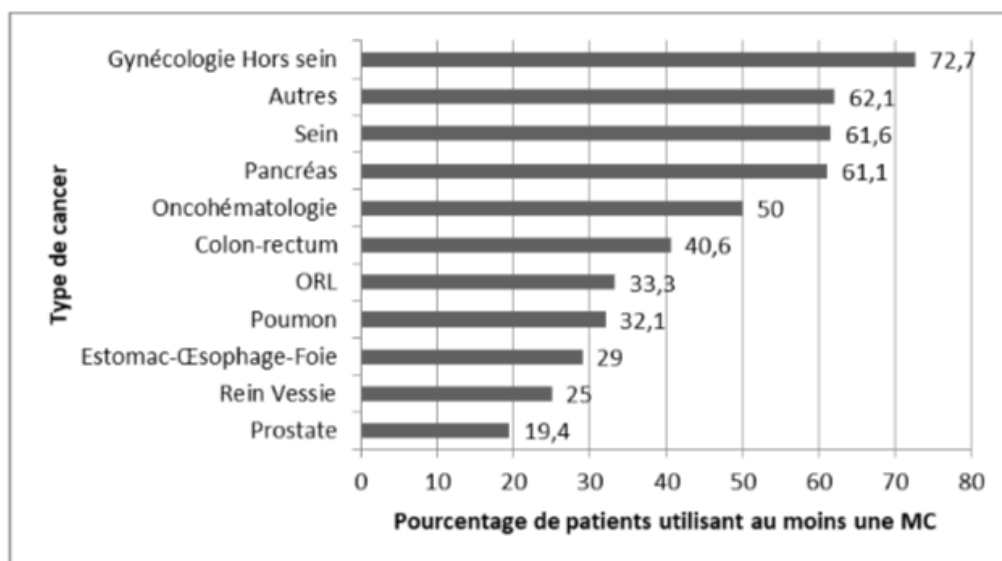
Diagnostic group	% of CAM use
Pancreatic cancer	56.3
Liver cancer	55.6
Bone/spinal cancer	54.5
Brain cancer	50
Breast cancer	44.7
Stomach cancer	41.9
Gynaecological cancers	40.3
Genitourinary cancers	40
Colorectal cancer	32.7
Prostate cancer	30
Haematological cancers	26.5
Melanoma	25
Lung cancer	23.6
Head and neck cancer	22.7

La revue de la littérature de 2010 dédiée aux MACs dans le cancer colorectal, basée sur 4 études observationnelles européennes et américaines, montre une prévalence de recours aux MACs variant de 32 à 75% (29). Sewitch et coll. rapportaient de grandes variations dans la définition des MACs selon les études mais aussi dans la méthodologie, notamment sur la

période d'utilisation, expliquant la différence de prévalence d'une étude à l'autre. Malgré ces éléments, on constate qu'au moins un tiers des patients atteints d'un cancer colorectal avait recours aux MACs dans cette revue.

En 2017, Adeline Legrand a mené sa thèse sur le recours aux MACs chez les patients cancéreux dans 3 centres de soins à Strasbourg : parmi les 535 patients inclus, 46,9% déclaraient utiliser au moins une forme de MAC en accompagnement des traitements conventionnels de leur cancer (30). Dans cette population, on retrouvait 64 (12 %) patients atteints d'un cancer colorectal, 18 (3,4 %) patients atteints d'un cancer du pancréas et 31 (5,8 %) atteints d'un cancer de l'estomac/œsophage/foie. Respectivement, 40,6%, 61,1% et 29% de ces patients ont eu recours aux MACs ; c'est-à-dire entre un et deux tiers des patients de l'étude atteints d'un cancer digestif. De nouveau, les patients atteints d'un cancer du pancréas étaient les premiers consommateurs de MACs parmi les différents cancers digestifs analysés (figure 2).

Figure 2 : Fréquence en pourcentage d'utilisation des MACs selon le type de cancer dans l'étude d'A.Legrand de 2017 (30)



Par ailleurs, plusieurs études révèlent que les patients ayant recours aux MACs ont une maladie cancéreuse plus avancée par rapport aux patients utilisant exclusivement des thérapies conventionnelles (31)(32). Par exemple, dans l'étude transversale coréenne de 2016, Jang et coll. ont mis en évidence une corrélation entre la fréquence d'utilisation des MACs et une maladie métastatique (31).

4. Caractérisation des MACs utilisées en cancérologie

Concernant le type de MACs utilisées tous cancers confondus, les études ont retrouvé des résultats similaires quel que soit le continent, le pays et la population analysés. Les soins les plus répandus sont l'homéopathie, la consommation de compléments alimentaires, la phytothérapie, l'acupuncture et la massothérapie. Ainsi, Molassiotis et coll. mettaient en évidence que la phytothérapie et l'homéopathie étaient les deux thérapies non conventionnelles les plus répandues en Europe (26). En France en 2007, Simon et coll. retrouvaient que l'homéopathie était le type de MACs le plus utilisé (60%), suivi des régimes diététiques particuliers et des compléments alimentaires (44%) puis de la phytothérapie (37,5%) (27). En 2017, A. Legrand retrouvait des résultats similaires avec l'homéopathie comme étant la MAC la plus largement utilisée (65,3% des utilisateurs de MACs) suivie par l'acupuncture (30). En 2010, l'Association pour l'Enseignement et la Recherche des Internes en Oncologie (AERIO) mettait en place une enquête multicentrique portant sur 844 patients atteints de cancer en France. 60% des patients interrogés avaient recours aux MACs, l'homéopathie arrivait à nouveau en tête des MACs utilisées, suivie de l'utilisation des compléments alimentaires puis de la massothérapie (28).

Concernant plus particulièrement la population atteinte de cancer digestif, il semblerait que les thérapies les plus utilisées soient de type « corps-esprit » par rapport aux patients atteints d'autres primitifs (pulmonaire, urologique, gynécologique etc). Tough et coll. ont mené une étude de cohorte en 2002 au Canada portant sur 871 patients atteints d'un cancer colorectal. Parmi eux, 49% avaient recours aux MACs et le soin conventionnel le plus utilisé correspondait aux thérapies psychologiques et spirituelles (33). Quant à la revue de la littérature de Sewitch et coll. menée sur les cancers colorectaux en Europe et aux États-Unis, la phytothérapie et les thérapeutiques de type « approche corps-esprit » étaient les plus fréquemment utilisées (29).

III. Profil des patients utilisant les MACs

1. Profil socio-économique et psychologique

Dans la littérature, le profil socio-économique et l'état psychologique des patients ont été analysés afin de rechercher des éléments psycho-sociaux pouvant déterminer le recours aux MACs.

a. Mode de vie : genre, âge, profession et niveau d'étude

Toutes les études nationales et internationales s'accordent à dire qu'il semble exister une population plus sensible à l'utilisation des MACs. En analyse multivariée, on trouve un sexe féminin, un jeune âge (< 60 ans), un niveau d'étude plus élevé (à partir de l'obtention d'un BEP, CAP, BEPC) ainsi qu'un revenu annuel plus élevé chez les patients ayant recours aux thérapies non conventionnelles (32). Un recours aux MACs antérieur au diagnostic de cancer semble aussi être associé à l'utilisation de médecines parallèles lors de la prise en charge de la maladie cancéreuse.

Dans leur revue de la littérature analysant 61 articles publiés entre 2009 et 2018 au sujet du recours aux MACs, Keene et coll. retrouvent des résultats contradictoires concernant le milieu de vie des patients utilisant des thérapies non conventionnelles (32) : une première étude a démontré que l'habitat en milieu urbain était un facteur exposant à l'utilisation de MACs (34), tandis qu'une seconde démontrait que la vie en milieu rural était un facteur favorisant (35). Actuellement, il n'existe pas de données fiables permettant de conclure si le milieu de vie rural ou urbain pouvait avoir un impact sur leur utilisation.

b. Entourage : statut marital, enfants, isolement

De façon similaire, les différences concernant le statut marital et le nombre d'enfants sont contradictoires selon les études et ne nous permettent pas de conclure. Toutefois, au-delà de ces critères quantitatifs objectifs, Lawsin et coll. ont démontré une corrélation significative entre le recours aux MACs et la perception de la part des patients d'avoir un entourage social insuffisant (13). Il est donc licite de se demander si le sentiment de solitude et d'isolement est susceptible d'encourager l'utilisation des MACs.

c. Profil psychologique

S'il est bien démontré que les patients atteints d'un cancer sont davantage victimes de dépression, d'anxiété et d'insomnie (13), les données concernant l'impact de l'état psychologique du patient sur son recours aux MACs sont moins connues. Il a été retrouvé dans des études orientales et asiatiques que les patients ayant recours aux MACs semblent davantage préoccupés par une quête spirituelle (36)(37) et sont plus anxieux (38). Mais ces observations sont difficiles à extrapoler en France en raison d'une imprégnation culturelle et religieuse différente. Trois études allemandes réalisées entre 2012 et 2017 ont montré que le recours aux MACs était corrélé à un score de qualité de vie plus faible (39), ainsi qu'à la présence paradoxalement d'un soutien social de meilleure qualité (40)(41). Une étude Française publiée en 2017, a mis en évidence parmi une cohorte de 713 patients atteints de cancer que le recours aux MACs était significativement corrélé à l'existence d'une qualité de vie altérée, à la présence de douleurs plus intenses ainsi qu'à l'annonce récente d'une progression de la maladie cancéreuse (14). On peut ainsi se demander si une qualité de vie davantage altérée mène à la recherche de nouvelles ressources thérapeutiques alternatives. Cela nécessite d'être exploré par de nouvelles études.

2. Motifs d'utilisation déclarés par les patients

De nombreuses études ont évalué les raisons qui poussent les patients à utiliser des médecines parallèles. Ainsi, les principaux motifs rapportés étaient d'améliorer leur état général et leur bien-être (42)(43)(44)(45), de renforcer les défenses de l'organisme pour lutter contre la maladie (27)(30)(42), de lutter contre les effets secondaires des différents traitements (30)(46), de lutter directement contre le cancer, ou « d'essayer toutes les options possibles pour lutter contre la maladie » (33)(45). En 2019, Keene et coll. ont réalisé une revue de la littérature synthétisant les motifs de recours aux thérapies non conventionnelles de 61 études menées dans le monde.

Tableau 4 : Incidence des motifs de recours aux MACs selon la revue de la littérature de Keene et coll. regroupant 61 études internationales (32)

Motifs de recours aux MACs	Incidence
Traiter la maladie cancéreuse	45 études : 73,8%
Lutter contre les effets secondaires des traitements	37 études : 60,7%
Améliorer l'état général	35 études : 57,4%
Prise en charge holistique	35 études : 57,4%
Être actif dans la maladie	28 études : 45,9%
Recommandé par des proches	21 études : 34,4%
Insatisfaction vis-à-vis de la médecine conventionnelle	21 études : 34,4%

Dans l'étude Française MAC-AERIO réalisée en 2010, 99% des utilisateurs de MACs affirmaient que ce recours coexistait avec une réelle confiance en la médecine conventionnelle et qu'il ne s'agissait pas d'un rejet de la médecine académique mais plutôt d'une évolution vers une médecine « intégrative » comme évoquée à la partie I (28). Et pourtant, plusieurs études révèlent des résultats nettement moins rassurants. Ces études, menées au Moyen-Orient et en Asie, dévoilent des motifs d'utilisation de MACs moins optimistes : peur, échec ou insatisfaction de la médecine académique ; barrière financière ne permettant pas l'accès aux soins conventionnels ; meilleure disponibilité des praticiens exerçant les thérapies parallèles ou encore sentiment de sécurité avec moins de risque d'effets secondaires de ces dernières (32). Ces résultats sont certes plus inquiétants mais pas nécessairement à extrapoler du fait de facteurs confondants tels que l'imprégnation culturelle locale, la pratique d'une religion ou la politique nationale d'accès aux soins. En dépit de ces résultats discordants, les notions de qualité de vie, de survie et de relation médecin/malade semblent être importantes à considérer.

3. Motifs de l'absence d'utilisation des MACs

Une étude multicentrique européenne a questionné la population de patients n'ayant pas recours aux MACs afin de comprendre la raison principale pour laquelle ils utilisaient exclusivement la médecine conventionnelle. La grande majorité des patients (n = 236 ; 44 %) reportait qu'ils se sentaient pleinement satisfaits des soins académiques. Aussi, 35 % des patients (n = 189) reportaient n'y avoir jamais pensé et 15 % d'entre eux (n = 82) ne croyaient

absolument pas en l'intérêt des MACs. Enfin, 2 % des patients (n = 12) révélaient que leurs proches les en avaient découragé, 2 % (n = 11) se plaignaient de ne pas en être assez informés et 2 % (n = 9) n'avaient pas les ressources financières leur permettant d'y accéder (26).

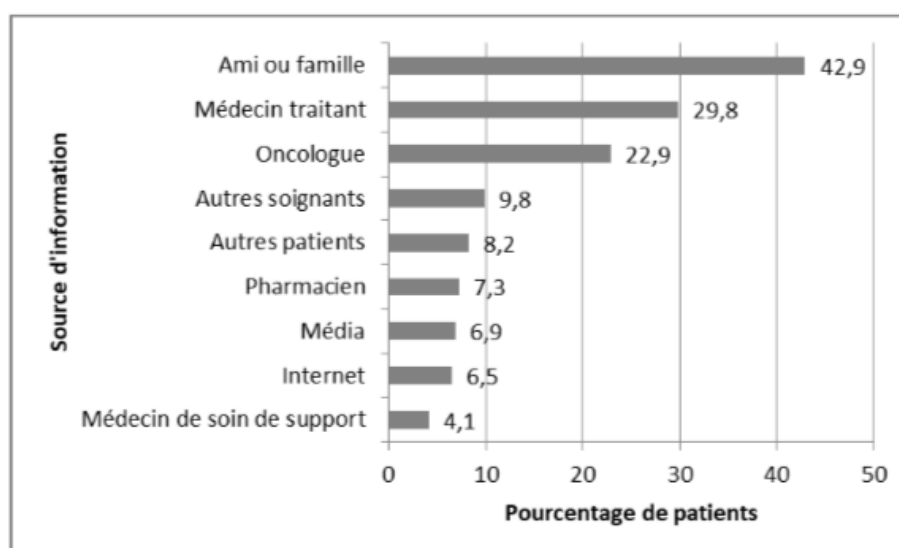
4. Communication au sujet des MACs

Plusieurs sources d'informations renseignent les patients au sujet des MACs. Il semblerait que le médecin n'ait pas une place centrale dans l'accès à ces soins.

a. Sources d'informations principales des patients

La principale source d'informations rapportée par les patients est l'entourage. Les amis et la famille ont donc un rôle central dans la quête de réponses chez ces patients fragilisés par la maladie (24)(26)(27)(30). La deuxième source d'informations correspond à l'équipe médicale (médecins) et paramédicale (pharmaciens). Enfin, quelques études ont rapporté le rôle des médias (26)(30).

Figure 3 : Principales sources d'informations déclarées par les patients dans l'étude française d'A.Legrand (parmi 250 patients ayant recours aux MACs) (30)



b. Communication entre le médecin et son patient

Les résultats des études sont discordants au sujet de la communication entre le patient et son médecin référent au sujet de l'utilisation des MACs. En effet, les études internationales ont trouvé que 50 à 80% des patients ayant recours aux MACs n'en informaient pas leur médecin (24)(43)(47). Les études françaises sont moins alarmantes avec un taux compris entre 30 et 60% des patients (27)(28)((46). Quoiqu'il en soit, ces résultats sont révélateurs d'un manque de communication et de l'existence d'un sujet tabou entre le patient cancéreux et son médecin.

La revue de la littérature menée par Stub et coll. en 2016 a révélé que les équipes médicales étaient enclines à parler de ce sujet seulement lorsque leur patient l'évoquait directement avec eux au cours d'une consultation (48). Il s'agit d'un constat préoccupant puisque Davis et coll. ont rapporté dans leur méta-analyse de 2012 que les principales raisons pour lesquelles le patient ne révélait pas leur utilisation de MACs étaient le fait que le médecin n'abordait pas ce sujet et le sentiment de non-approbation de la part de l'oncologue. De plus, la plupart des patients pensaient que ce silence ne pouvait pas impacter leurs soins conventionnels (49). Et pourtant, dans cette même étude, une communication au sujet des MACs entre le médecin et le patient améliorait la relation de soins et le degré de satisfaction du patient vis-à-vis de ce partenariat.

Force est de constater qu'il existe clairement un manque de communication sur le sujet probablement lié en partie à un manque d'information des professionnels de santé sur le sujet. En effet, l'enseignement des MACs durant les études de médecine est facultatif, réduit et relativement récent. De ce fait, il est difficile pour le médecin de constater l'impact des soins non conventionnels sur le patient et sur la maladie, mais aussi d'informer le patient sur les risques d'interactions potentiellement néfastes et c'est là tout l'enjeu de la prise en charge en cancérologie dans les années à venir.

IV. Effets des MACs

De nombreuses études ont analysé les effets des MACs sur les symptômes des maladies cancéreuses, et de façon plus globale sur la qualité de vie. Mais devant l'absence d'encadrement légal, la communauté scientifique s'inquiète aussi des risques que cette pratique représente.

1. Effets bénéfiques

a. Degré de satisfaction et effets bénéfiques déclarés par les patients

Les patients ayant recours aux MACs se déclarent globalement très satisfaits de leur utilisation. Ainsi, dans leur étude menée sur 350 patients, Bahall et coll. trouvaient que 94 % des patients se déclarent globalement satisfaits et 90 % ont jugé leur utilisation bénéfique (24). Les études françaises confirment ces observations : A. Legrand en 2017 a rapporté que 80% des patients se déclaraient très satisfaits, 17 % un peu et 3% pas du tout satisfaits (30). Dans leur étude multicentrique européenne, Molassiotis et coll. ont utilisé un score moyen de satisfaction globale évalué à 5,27 sur 7 et un score moyen d'efficacité perçue par les patients à 5,04 sur 7 (26).

Plus précisément, les patients déclaraient se sentir plus autonomes et actifs dans la prise en charge de leur maladie, avoir davantage de contrôle ; mais aussi une amélioration globale de leur qualité de vie et de certains symptômes handicapants (fatigue, vomissements, douleurs) (24)(27). Par exemple, dans leur étude randomisée évaluant l'intérêt de la moxibustion (technique de stimulation de points d'acupuncture par la chaleur) dans le traitement des vomissements réfractaires des patients sous chimiothérapie, Li et coll. mettent en évidence une amélioration significative des symptômes dans le groupe de patients utilisant la moxibustion en association avec les médicaments antiémétiques standards par rapport au groupe ayant recours aux médicaments seuls (50). De même, dans leur revue de la littérature de l'ensemble des études randomisées évaluant l'intérêt de la pratique du yoga en cancérologie, Danhauer et coll. retrouvent un effet positif sur l'anxiété, la douleur et la fatigue (51).

b. Impact sur la qualité de vie

Si les raisons pour lesquelles les patients adhèrent aux MACs sont mieux définies, il n'en est pas de même pour les résultats obtenus, en particulier sur la qualité de vie. En effet, plusieurs études ont évalué l'impact des MACs sur la qualité de vie mais leurs résultats sont contradictoires. Si plusieurs études internationales ont montré des résultats bénéfiques (24)(52)(53)(54)(55); d'autres n'ont pas révélé de différence significative (56)(57) ; ou ont même mis en évidence des effets néfastes (58). Les MACs, notamment les techniques d'approche corps-esprit telles que la pratique de la pleine conscience, ont montré leur bénéfice concernant la réduction du stress et de l'anxiété avec l'obtention d'une meilleure qualité de sommeil (24)(52)(54). Dans leur cohorte prospective constituée de 1376 patients, Stomski et coll. ont instauré la réalisation d'une séance hebdomadaire d'une médecine non conventionnelle au choix parmi des thérapies énergétiques, d'approche corps-esprit ou de manipulation corporelle. L'évaluation standardisée à la sixième semaine mettait en évidence une amélioration significative de la qualité de vie qui était basée sur la mesure de 7 éléments : amélioration des scores de sentiment de contrôle de la maladie, de dépression, d'anxiété, de frustration, de confusion, de capacités d'adaptation et d'inquiétude (52). De même, dans leur revue de la littérature, Lau et coll. rapportent que la pratique régulière de l'acupuncture permettait de diminuer la sensation de douleur et de fatigue (toutes localisations cancéreuses confondues), et d'améliorer de façon significative le score de qualité de vie chez les patients atteints d'un cancer gastrique avancé (53). En 2009, Molassiotis et coll. ont réalisé une revue de la littérature incluant 3992 patients inclus dans des études randomisées afin d'étudier l'effet des herbes chinoises en cancérologie, dix études ont mis en évidence une amélioration de la qualité de vie évaluée avec l'échelle Karnofsky Performance status (55). A l'opposé, Hlubocky et coll. rapportent dans une étude américaine de phase I ayant inclus 72 patients, que les traitements à fondement biologique (huile essentielle, phytothérapie) diminuaient significativement la qualité de vie perçue quantifiée à l'aide du Functional Assessment of Cancer Therapy-General Instrument (58).

Malgré ces discordances et une méthodologie critiquable, il semblerait que les différentes études soient majoritairement en faveur d'une amélioration de la qualité de vie, ce qui encourage la poursuite de nouvelles études plus rigoureuses.

c. Impact sur la survie

Parmi les études publiées, il faut distinguer l'impact des médecines alternatives (MA) exclusives et celui de la médecine intégrative qui associe l'utilisation de MACs aux soins conventionnels.

En 2018, Johnson et coll. ont étudié l'impact des MA dans une cohorte de 281 patients atteints d'un cancer non métastatique (4 primitifs étudiés : sein, poumon, prostate et cancer colorectal). L'utilisation exclusive des MA dans ces cancers curables multipliait par 2,5 le risque de décès (intervalle de confiance 95% : 1,88-3,27) dans la population générale de l'étude ; et par 4,6 dans le sous-groupe des cancers colorectaux (intervalle de confiance 95% : 1,66-12,01) (59). Dans une seconde étude de grande ampleur menée auprès de 2 millions de patients atteints d'un cancer non métastatique, Johnson et coll. en arrivent à la même conclusion (60). En 2003, Risberg et coll. ont mené une étude de cohorte multicentrique norvégienne composée de 515 patients dont 112 ayant bénéficié exclusivement de MA. Il a été observé une tendance non significative à une baisse de la survie à 8 ans dans le groupe de MA avec un hazard ratio à 1,3 (intervalle de confiance 95% : 0,99-1,70 ; $p = 0,056$) (61). En revanche, Yun et coll. ne retrouvent pas de différence de survie selon l'utilisation de MA dans sa cohorte prospective composée de patients atteints d'un cancer au stade terminal (57).

Concernant l'utilisation d'une médecine intégrative en oncologie digestive, les résultats contradictoires des études ne permettent pas de conclure sur un effet sur la survie. Dans l'étude rétrospective de Tough et coll. composée de 871 patients atteints d'un cancer colorectal, on observait une augmentation du nombre de patients décédés parmi ceux ayant recours aux MACs (définition des MACs non précisée dans l'article) (33). A l'inverse, dans une étude prospective randomisée chinoise comparant la chimiothérapie associée à une prise orale quotidienne de plusieurs herbes médicinales chinoises versus la chimiothérapie seule chez des patients atteints d'un cancer colorectal opéré, la médiane de survie était plus élevée dans le groupe MAC : respectivement 31.4 mois et 18 mois, $p < 0,01$ (62).

2. Effets délétères

a. Effets délétères : le point de vue du patient

Lorsque les patients sont questionnés sur les effets secondaires qu'ils perçoivent des MACs, la grande majorité n'en rapporte aucun. Dans la revue de la littérature de Keene et coll.

portant sur 61 articles, il n'est rapporté que de très rares effets secondaires dont les auteurs n'en précisent ni l'effectif ni la nature (32). Parmi les effets secondaires rapportés par 4 % des patients de l'étude de Molassiotis et coll., on trouvait des épigastralgies, nausées, céphalées, diarrhée, dysfonctions rénales et prurit (26). Hyodo et coll. confirment ce faible effectif dans leur étude japonaise constituée de 3100 patients cancéreux : 5 % déclaraient des effets secondaires à type de nausée, diarrhée, constipation et éruption cutanée (63). Ces mêmes patients considéraient que les MACs ne représentaient aucun danger (64)(65)(66).

Ceci étant dit, dans l'étude française MAC AERIO, 81% des patients souhaitaient avoir plus d'informations sur le sujet et réclamaient la création d'un site officiel répertoriant toute information fiable concernant les MACs (28). De même, dans leur étude Japonaise, Hyodo et coll. ont révélé que 57% des patients déclaraient ne pas être assez informés et manquer de sources d'informations à ce sujet (67).

b. Effets délétères : le point de vue du soignant

La communauté scientifique s'inquiète des risques que la pratique des MACs peut représenter pour un patient atteint d'un cancer. Il existe deux risques majeurs justifiant ces inquiétudes : le risque d'interactions médicamenteuses avec les traitements conventionnels et celui de l'absence d'encadrement légal de ces pratiques n'assurant plus la sécurité du patient.

Il a été démontré de nombreuses interactions moléculaires entre les MACs (particulièrement celles à fondement biologique) et les traitements académiques tels que la chimiothérapie, l'hormonothérapie et les thérapies ciblées (6)(16)(21). Ces interactions peuvent être potentialisatrices ou bien inhibitrices et peuvent donc altérer l'efficacité du traitement anticancéreux ou encore augmenter ses effets secondaires. Ainsi, la supplémentation en Chardon-Marie (*silybum marianum*) ou en curcuma, très populaire dans la population sous chimiothérapie, pourrait réduire l'action des cyclophosphamides ou des analogues de platine à cause de son effet antioxydant qui agit à l'encontre du mécanisme de ces molécules thérapeutiques (21). Cette problématique fondamentale est entretenue par deux éléments : l'absence de formation officielle des praticiens à ce sujet, le manque de communication entre le médecin et le patient ayant recours aux MACs.

Les dérives sectaires dans le domaine de la santé représentent actuellement près de 25% de l'ensemble des signalements reçus à la MIVILUDES (Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires). Les dangers de ce « marché » alternatif de la guérison et du bien-être tiennent d'abord à l'absence d'évaluation indépendante et rigoureuse des

méthodes et des formations encadrant l'exercice des MACs. Mais certaines de ces pratiques répondent également aux critères de la dérive sectaire car elles sont le fait de « gourous » qui exercent une véritable emprise sur les malades avec parfois l'incitation à quitter les médecines conventionnelles. L'enjeu est la sécurité des patients qui sont plus vulnérables du fait de la présence d'une maladie chronique avec mise en jeu de leur pronostic vital. Ainsi, la compréhension des mécanismes d'action et la connaissance des effets des MACs par les médecins assureraient une information éclairée des patients et ceci devrait être abordé en consultation. L'amélioration des connaissances au sujet des mécanismes d'action et des effets des MACs par la poursuite d'études scientifiques rigoureuses permettrait la mise en place d'un encadrement légal officiel de ces pratiques, voire même une amélioration globale de la prise en charge des patients.

3. Limites des études publiées

L'ensemble des informations au sujet des MACs peut être contradictoire et reflète bien la difficulté à démontrer un quelconque effet. La qualité méthodologique des études est en partie responsable de ce constat. D'une part, la définition des médecines alternatives et complémentaires varie d'une étude à l'autre, ce qui impacte fortement leurs résultats. Par exemple, certaines études considèrent que la pratique d'une activité religieuse, telle que la prière, rentre dans la définition des MACs ou encore la pratique d'une activité sportive (68). D'autre part, les critères de jugement (douleurs, qualité de vie, anxiété, etc...) qu'ils soient subjectifs ou objectifs, comme leurs moyens d'évaluation ne sont pas toujours bien standardisés, ce qui rend leur appréciation très aléatoire d'une étude à une autre. Ensuite, les études concernent différents types de cancer, à des stades différents et de pronostic variable. De plus, la plupart des études sont menées sur de petits effectifs entraînant un manque de puissance ne permettant pas toujours de mettre en évidence des différences significatives. Enfin, la grande variété des MACs, avec des mécanismes d'action non élucidés, complexifient leur évaluation. A notre connaissance, il n'existe aucune étude à ce jour ayant évalué l'impact des MACs sur la qualité de vie de patients atteints d'un cancer d'origine digestive. Notre démarche scientifique traditionnelle, nommée « Evidence Based Medicine » fondée sur des études randomisées en aveugle est difficilement applicable aux MACs. Mais comme le recommande l'article 32 du code de Déontologie médicale, « l'art médical se doit de concilier la compétence (appliquer les traitements fondés sur les données acquises de la science) et l'empathie (soins consciencieux et dévoués) » (69).

V. Conclusion

Les MACs représentent un ensemble de pratiques variées, tant par les techniques employées que par leurs fondements théoriques, pour la grande majorité non reconnue par le système de santé conventionnel. La prévalence du recours aux MACs en cancérologie en France augmente dans le temps et tout particulièrement en cancérologie digestive. Elle varie entre 32 % et 79 %, avec une prévalence plus forte chez les patients atteints d'un cancer du pancréas. Le type de MAC le plus utilisé dans cette population semble être les thérapies psychologiques et spirituelles, ce qui diffère des autres populations cancéreuses qui ont davantage recours aux systèmes médicaux parallèles et aux traitements à fondement biologique. Tous cancers confondus, il semblerait qu'un profil de patient plus sensible aux MACs soit identifiable au fur et à mesure des études : les femmes âgées de moins de 60 ans, ayant un niveau socio-économique élevé et une qualité de vie altérée. Quoiqu'il en soit, le recours aux MACs semble s'inscrire dans une volonté de prise en charge globale de la maladie. Les patients justifient principalement cette utilisation par les trois motifs suivants : traiter la maladie, lutter contre les effets secondaires de la médecine conventionnelle et améliorer leur état général. Cela révèle une volonté de participer à la prise de décision et d'être plus actif dans leur prise en charge, ce qui est cohérent avec l'évolution actuelle de la relation médecin/patient qui tend à s'éloigner progressivement du modèle paternaliste. Le manque de communication constaté entre soignant et soigné au sujet des MACs nous expose aux risques d'interactions médicamenteuses avec les soins conventionnels et d'un échappement vers une médecine alternative exclusive. Cela nous amène à envisager la mise en place d'une médecine intégrative. Pour ce faire, des études complémentaires avec une méthodologie scientifique rigoureuse sont nécessaires afin d'éclaircir les effets des MACs sur les symptômes, la qualité de vie et la survie ; ce qui permettrait d'évoluer vers une pratique intégrative encadrée et sécurisée pour les patients.

Deuxième partie : Article original

I. Introduction

Digestive cancers are a public health problem because of their increased incidence and mortality (11). Thanks to therapeutic progress such as chemotherapy, the survey of the patients is longer until becoming in some cases a chronic disease. Particularly in this case, the management has to consider the balance between the efficiency of the chemotherapy and the side effects which could induce severe impairment of the patients' quality of life (QOL) including emotional, physical, material and social well-being (13)(14). In this case, we have to decrease the doses of the drugs inducing less efficiency of the chemotherapy. Even if some progress has been made in cancer management by taking care of the social, psychological and nutritional factors, more and more patients adopt the/turn to complementary and alternative medicine (CAM).

The use of CAM has increased steadily over the last twenty years and undoubtedly it has gained medical, economic and sociological importance (22). In literature, the rate of patients using CAM is reported in 37% to 87% in cancer patients (26). But there is a high level of heterogeneity in terms of population size, type of cancer (gynecological cancers have been the most studied so far), type of CAM, etc... The National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), a US Federal agency, define CAM as a group of diverse medical and health systems, practices and products that are not presently considered part of conventional or allopathic medicine (19). They are categorized in five major groups (Table 1): (i) whole medical systems represent a set of medical practices based on theories that were developed outside of conventional medicine; (ii) mind–body medicine represents a variety of techniques designed to enhance the mind's capacity to affect bodily function and symptoms; (iii) biologically-based practice is the use of products that are considered natural or found in nature; (iv) manipulative and body-based practice is the manipulation and/or movement of one or more parts of the body; and (v) energy medicine is the use of energy fields to surround or penetrate the body.

Most published studies concern patients with breast or prostate cancer with less data on digestive cancers (14)(23)(33). These studies have some limitation such as small sample size and especially inconsistent definition of CAM (22)(23). Finally, no previous study has evaluated the impact of CAM on the quality of life of patients with a digestive cancer (26)(29)(44). Hence, the aims of the present study were to evaluate the use of CAM in patients with a digestive cancer in the Center region of France in order to determine the profile of these patients and to measure the impact of CAM on their quality of life.

Table 1: National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) classification of the major types of CAM

Whole medical systems	Mind-body medicine	Biologically-based practices	Manipulative and body-based practices	Energy medicine
Ayurveda Homeopathy Traditional Chinese medicine Naturopathy Acupuncture	Meditation Art, music, dance therapy Sophrology Hypnosis	Phytotherapy Dietary supplements Essential oil Food diet	Chiropractic medicine Massage Osteopathy Yoga Shiatsu Foot reflexology Auriculotherapy	Taichi Reiki Fire cutter Magnetic healer

II. Patients and methods

Patients

This multicenter cohort study was conducted in patients presenting a digestive cancer treated by chemotherapy in one of the seven participating care centers located in Center Region in France between July 2018 and April 2019 (4 public care centers: Tours University Hospital, Orleans, Dreux and Blois regional Hospitals; and 3 private care centers: Jeanne d'Arc clinic in Gien, Léonard de Vinci and L'Alliance clinics in Tours).

The inclusion criteria were being older than 18 years, understanding and speaking French and having a metastatic digestive cancer (tumoral staging TxN1M0-1) under chemotherapy.

Oral and written information of each patient was realized with hand delivery of an information sheet on the protocol. Participants were informed that all data would be treated confidentially (returned questionnaires were coded with an identification number); and that refusal to participate in the study would not jeopardise their medical treatment. Agreements of the regional ethics committee has been/was obtained (2019-045).

Data collection

To explore the motivations in using CAM and determine a profile of these patients, a questionnaire was distributed to all volunteer patients treated by chemotherapy. This questionnaire (cf annex) included clinical criteria, socio-economic status, psychologic data and quality of life evaluation. A comparison was then made between the patients who used CAM and those who didn't.

The clinical criteria were age, gender, the localization of cancer and metastasis, date of diagnosis, anticancer treatment (surgery, radiotherapy, chemotherapy), occurrence of death, the use or not of growth factors (erythropoietin EPO, granulocyte colony stimulating factor G-CSF), the use or not of nutritional supplements and analgesic treatments, body mass index (BMI). Chemotherapy protocols were subdivided in 3 groups based on the risks of side effects (1: tritherapy or bitherapy with targeted therapy; 2: bitherapy or monotherapy with targeted therapy; 3: monotherapy). Patient satisfaction on the allopathic medicine was evaluated by a satisfaction scale ranging between 1 (absolutely satisfied) and 5 (not satisfied). Information about the referring doctor was collected: gender, age category, type of professional practice (public or private practice). Finally, all included patients were asked if they discussed the use of CAM with their doctor.

The socio-economic criteria were country of birth, occupation (3 socio-economic categories deduced from the profession: low, middle or high-category), dwelling place (3 categories according to the number of inhabitants by referring to the French National Institute for Statistical and Economic Studies INSEE definition: rural if < 2 000 inhabitants, urban with small town if 2 000-50 000 inhabitants and big town if > 50 000 inhabitants), marital status (married, single, widow), with or without children.

Quality of life was evaluated using the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) quality of life questionnaire version 3.0 composed of 30 items (QLQ-C30) (70). The QLQ-C30 is composed of both multi-item scales and single-item measures. These include functional scales, symptom scales and global health status scale. (Ref: Aaronson NK, 1993).

Three consensual psychological scales were used to evaluate the psychological data. The first one aimed to assess availability and satisfaction with perceived social support by evaluating the type of support, sources and perceived quality of support. There were four main forms of social support identified in psychology: esteem support, material support, informational support and emotional support (71). The second psychological scale (4-Point ordinal Alliance Selfreport (4PAS)) evaluated the patient's feelings about their partnership with the doctor. Thus, 2 dimensions were evaluated: the patient-experienced empathy referring to the positive general perception of the relationship between the patient and the clinician, and the psychoeducation characterizing the patient's perception of the management and consideration of his disease (72). The third psychological scale was the Multidimensional Health Locus Of Control Scale (MHLCS) assessing patients' opinions about the origin of their cancer. There are 2 types of perceived health control: internal or external. The first one means to believe our own actions determine the consequences for our state of health whereas the second one means that others are going to determine it. There are 2 types of external locus of control: "chance belief" (what happens to us is the result of luck, supernatural forces) or « Powerful Others Belief » (what happens to us is the result of the doctors or other people) (73).

We used the definition of CAM adopted by the NCCIH (Table 1). All the practices recommended by the Haute Autorité de Santé (HAS) are not part of CAM, such as physiotherapy, a healthy diet, the practice of sports. The patients had to detail the type of CAM, duration of use after their diagnosis of cancer, their motivations and benefits (multiple answers allowed), side effects if any and the monthly cost of CAM. Then they were asked about their main source of information about CAM (multiple answers allowed) and their satisfaction with a scale ranging between 1 (absolutely satisfied) and 5 (not satisfied).

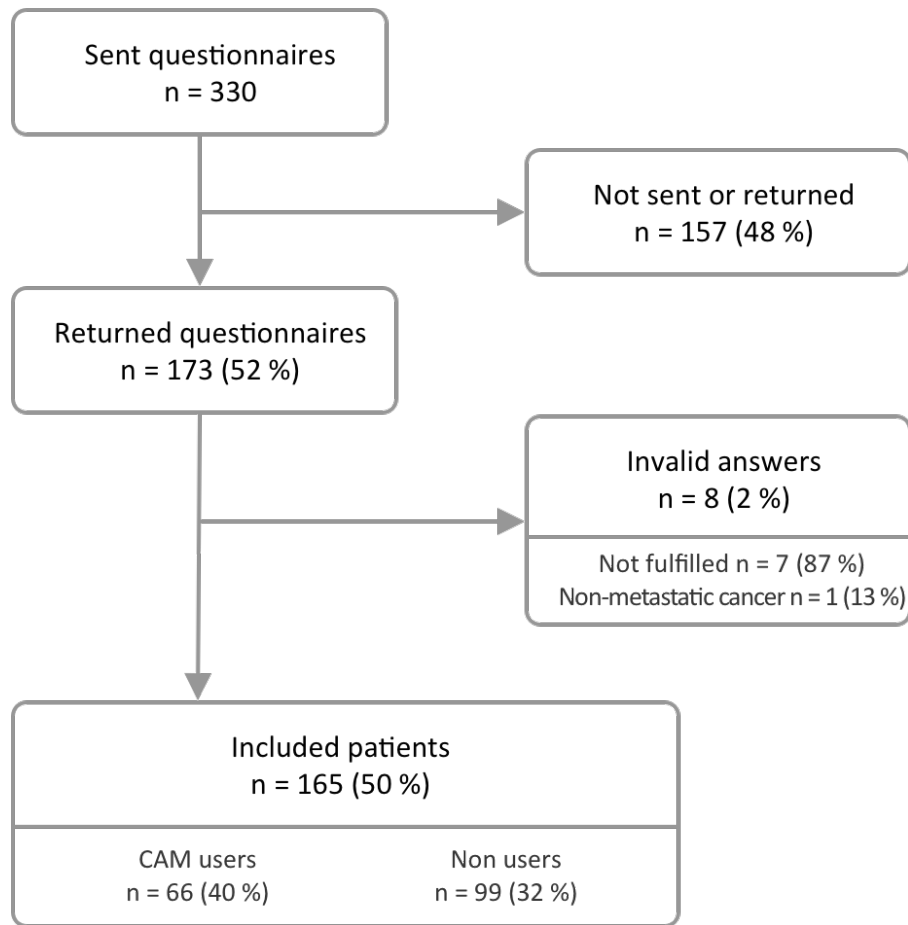
Statistical analysis

Data was collected using Sphinx software (version 4.16). All analyses were performed using the statistics software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS base version 25). We scored psychological questionnaires using the author's recommendations (ref psycho). We also scored EORTC QLQ-C30 responses according to EORTC scoring manual 3.0 (74) and linearly transformed the data to yield scores from 0 to 100, with a higher functional score representing better functioning and a high symptom score indicating more severe symptoms. We handled incomplete questionnaires for EORTC QLQ according to the developer's recommendations: if at least half the items in a scale were present, we used their mean as the missing value. We defined a clinically significant difference in EORTC as a 10-point difference in the mean score. Differences in all characteristics between CAM users and non-users were assessed using the t student to compare continuous variables; and the Chi square test to compare qualitative variables (or Fisher's exact test when the number of participants in the sample was less than ten). The factors predicting CAM use were analyzed by univariate analysis and then multivariate linear regression analysis was performed using all significant predictor variables. We considered $p < 0,05$ to be statistically significant.

III. Results

A total of 330 questionnaires were sent to 8 collaborating care centers. One hundred and seventy-three (52 %) questionnaires were returned of which 165 (50 %) were valid. The remaining 8 returned questionnaires were excluded because of a critical lack of answers (no response to CAM use (n=7) and no respect of inclusion criteria (n=1)) (Figure 1). Among included patients, 113 (68 %) came from a public care center and 52 (32 %) from a private care center.

Figure 1: Flow chart



Patients

A total of 165 patients (100 men, 61 %) have been included with a mean age of 67 ± 10.7 years old (Table 1). Among them, 66 (40 %) patients have declared to use CAM. Half (33/66) of them used CAM before the diagnosis of cancer whereas 5 (5/99, 5 %) of non-users used them before cancer ($p < 0,01$). Among non-users, a quarter of the patients (25/99, 25 %) declared to be interested in CAM but didn't use it because of a lack of conviction (33.3 %), a lack of information (25.2 %), for financial reasons (5.5 %) or because it was not recommended by the doctor or the family (3.3 %).

Clinical criteria

CAM-users were significantly younger than non-users (respectively 65 ± 11 vs 69 ± 10.1 years old, $p = 0.01$). There were more female in CAM-users group (respectively 32/66, 48 % vs 33/99, 33 %, $p = 0.05$). The 2 most common types of cancer were intestinal cancer (78, 47 %) and bilio-pancreatic cancer (57, 35 %) with respectively 42 % (33/78) and 46 % (26/57) of them who used CAM ($p=0.7$). The mean duration of cancer since diagnosis was 23 ± 23.2 months (27 ± 29 for CAM-users and 21 ± 18 for non-users, $p = 0.17$). All the patients were treated by chemotherapy with dosage adjustment in the 2 groups in 62.5% in CAM-user group vs 63.3 % in non-user group, $p = 0.92$). In the same way, there was no difference in EPO, G-CSF, analgesics and nutritional supplements use between the 2 groups (2/66 (3 %) of CAM users vs 7/99 (7 %) of non-users ($p = 0.26$); 15/66 (23 %) vs 20/99 (20 %) ($p = 0.7$); 18/66 (27 %) vs 24/99 (24 %) ($p = 0.66$) and 16/66 (24 %) vs 33/99 (34 %) ($p = 0.2$), respectively). However, there were statistically more patients with BMI < 20 kg/m² in CAM users (29 % vs 11 %, $p = 0.02$). The CAM-users had received a higher number of chemotherapy protocols (1.09 ± 1.08 vs 0.65 ± 0.96 for non-users, $p = 0.01$) and were more often treated by radiation therapy (29 % vs 12 %, $p = 0.01$). The mean allopathic medicine satisfaction score was 1.7 ± 0.6 , without any significant difference between CAM-users and non-users (respectively 1.7 ± 0.6 vs 1.7 ± 0.7 , $p = 0.88$).

Table 2: Clinical characteristics

Clinical characteristics	CAM-user N = 66 (%)	Non-user N = 99 (%)	p
Age, years	65 ± 11	69 ± 10	0.01
Sexe (female)	32 (48%)	33 (33%)	0.05
Cancer site			0.14
Esophagus, stomach	7 (11%)	15 (15%)	0.40
Colon, rectum, anus, small intestine, appendix	33 (50%)	45 (45%)	0.57
Biliary ducts, pancreas	26 (39%)	31 (31%)	0.28
Hepatocellular carcinoma	0 (0%)	3 (3%)	0.15
Neuroendocrine tumor	0 (0%)	5 (5%)	0.06
Chemoterapy protocol			0.97
Folfirinox +/- Bévacicumab or Panitumumab, Folfox Bévacicumab or Panitumumab or Trastuzumab or Cetuximab, Folfiri +/- Bévacicumab or Cetuximab or Aflibercept or Panitumumab, TFOX	25 (39%)	39 (40%)	0.85
Folfox, Folfiri, Xeliri, LV5FU2 Bévacicumab, Capécitabine Temozolomide, Irinotécan Cetuximab, LV5FU2 Dacarbazine, Gemzar Capécitabine or Cisplatine or Oxaliplatine or Paclitaxel	27 (42%)	39 (40%)	0.80
LV5FU2, Gemzar, Panitumumab, Cetuximab, Irinotécan, Paclitaxel, Docétaxel, Trifluridine, Régorafénib	12 (19%)	19 (20%)	0.90
Number of chemotherapy protocol	1,09 ± 1,08	0,65 ± 0,96	0.01
Radiation therapy	19 (29%)	12 (12%)	0.01
Cancer surgery	34 (52%)	45 (45%)	0.44
BMI (kg/m2)	24 ± 5	25 ± 4	0.29
Malnutrition (BMI < 20)	18 (29%)	10 (11%)	0.04
Normal (BMI 20-25)	21 (33%)	33 (36%)	0.84
Obesity (BMI > 25)	24 (38%)	49 (53%)	0.10
Performans status (OMS score)			
0-1	56 (85%)	82 (83%)	0.73
2-3	10 (15%)	17 (17%)	0.73

Practitioner and CAM-users

Twenty-seven practitioners have participated at the study, of which twenty-one (78 %) worked in a public care center. Only 23 % (37/165) of all patients had been asked about CAM use by their physician. MAC users were significantly more questioned by their doctors about CAM use (22/66 (34 %) of CAM-users vs 15/99 (15 %) of non-users, $p < 0.01$). Besides, only 51 % (30/59) of CAM-users have addressed the subject of CAM with the doctor on their own initiative.

Socio-economic criteria

The majority of patients were native from France (146/165, 88 %), retired (122/165, 75 %) and married (116/165, 72 %) with a mean number of children $\pm$ SD of 2 ± 1.3 . The prevalence of CAM use was significantly higher in patients with children younger than 18 years old (8 (15%) CAM-users vs 4 (5 %) non-users, $p = 0.03$) and in workers patients (34 % (22/66) of CAM-users vs 19 % (19/99) of non-users, $p = 0.04$). The majority belong to a low (62/165, 43 %) or middle (64/165, 44 %) socio-professional category and the majority were living in a small town (91/165, 57 %) without any difference between the 2 groups (Table 2).

Table 3: Socio-economic criteria

Socio-economic criteria	CAM-user N = 66 (%)	Non-user N = 99 (%)	p
Birth country			
France	58 (88%)	88 (89%)	0.84
Occupation			
Worker	22 (34%)	19 (19%)	0.04
Socio-professional category			
Low category (1)	25 (45%)	37 (41%)	0.61
Middle category (2)	25 (45%)	39 (43%)	0.80
High category (3)	5 (9%)	14 (16%)	0.26
Living environment			
Rural (< 2000 hab)	18 (28%)	27 (28%)	0.95
Urban: small town (2000 - 50 000 hab)	36 (55%)	55 (57%)	0.81
Urban: big town (> 50 000 hab)	11 (17%)	14 (15%)	0.69
Marital status			
Married	42 (67%)	74 (75%)	0.27

Quality of life and socio-psychological status

There was no significant difference of EORTC QLQ-C30 score, in the 3 subscales scores (global health status, functional and symptom scales) between CAM-users and non-users (Table 3). We observed a higher informational support in CAM-users (56/66 (86 %) vs 70/99 (71 %) in non-users, $p = 0.03$) without any difference in emotional, material and esteem support. Also, we did not observe any significant difference between the 2 groups of the patient's feelings about the partnership with the doctor (4PAS questionnaire) and the perceived health control by patients (MHLCS scores).

Table 4: Quality of life and socio-psychological status

Quality of life and socio-psychological status	CAM-user N = 66 (%)	Non-user N = 99 (%)	p
<i>EORTC QLQ-C30 score</i>			
Global health Status	61 ± 23	61 ± 18	0.88
Physical functioning (Functional scale)	76 ± 23	77 ± 21	0.92
Role functioning (Functional scale)	73 ± 23	75 ± 21	0.57
Emotional functioning (Functional scale)	69 ± 26	66 ± 26	0.55
Cognitive functioning (Functional scale)	79 ± 23	81 ± 23	0.57
Social functioning (Functional scale)	61 ± 30	65 ± 29	0.44
Fatigue (Symptom scale)	54 ± 29	47 ± 25	0.14
Nausea and vomiting (Symptom scale)	22 ± 26	20 ± 26	0.69
Pain (Symptom scale)	32 ± 34	26 ± 25	0.21
Dyspnoea (Symptom scale)	24 ± 29	21 ± 27	0.59
Insomnia (Symptom scale)	39 ± 36	31 ± 32	0.11
Constipation (Symptom scale)	25 ± 28	26 ± 31	0.84
Appetite loss (Symptom scale)	41 ± 36	38 ± 35	0.71
Diarrhoea (Symptom scale)	26 ± 33	33 ± 32	0.16
Financial difficulties (Symptom scale)	15 ± 26	10 ± 26	0.20
<i>Social support</i>			
Emotional support	64 (97%)	96 (97%)	1
Material support	47 (72%)	66 (68%)	0.56
Informational support	56 (86%)	70 (71%)	0.03
Esteem support	59 (91%)	86 (88%)	0.55
<i>4-Point ordinal Alliance Selfreport (4PAS) score</i>			
Patient-experienced empathy	16 ± 3	16 ± 3	0.93
Psychoeducation	16 ± 3	16 ± 4	0.97
<i>Multidimensional Health Locus Of Control Scale (MHLCS) score</i>			
Internal locus of control	13 ± 4	13 ± 4	0.77
External locus of control	16 ± 5	17 ± 4	0.10
Powerful Doctor belief	10 ± 3	11 ± 3	0.07
Chance belief	13 ± 4	13 ± 4	0.30

CAM use description

Each patient used an average of 2 ± 1 CAMs. Half of patients (30/66, 48 %) have used MACs for over a year. The most common category of CAM used was “Energy Medicine” (39/66, 59 %) and the 3 most frequent types of CAM used were magnetic healer (31/66, 47 %), homeopathy (20/66, 30 %) and dietary supplements (12/66, 18 %). The different types of CAM used are listed in table 4.

Table 5: Types of CAM used

Types of CAM	n (%)
<i>Energy medicine</i>	39 (59%)
Magnetic healer	31 (47%)
"Coupeur de feu"	8 (12%)
Tai-Chi	1 (2%)
Reiki	7 (11%)
<i>Whole medical system</i>	24 (36%)
Acupuncture	7 (11%)
Homéopathy	20 (30%)
Naturopathy	2 (3%)
<i>Manipulative and body-based practices</i>	23 (35%)
Osteopathy	10 (15%)
Chiropractic medicine	1 (2%)
Massage therapy	3 (5%)
Yoga	6 (9%)
Foot reflexology	1 (2%)
Shiatsu	4 (6%)
Auriculotherapy	1 (2%)
Etiopathy	1 (2%)
<i>Mind-body medicine</i>	21 (32%)
Meditation	8 (12%)
Sophrology	10 (15%)
Hypnosis	9 (14%)
Chromatotherapy	1 (2%)
Lithotherapy	2 (3%)
<i>Biologically-based practices</i>	20 (30%)
Dietary supplements	12 (18%)
Phytotherapy (herbal medicine)	7 (11%)
Essential oils	4 (6%)
Food diet	3 (5%)

Patients spent an average of 71 ± 80 € per month for CAM therapies. The majority of the patients declared to use MAC according to the advice of their family or friends (36/66, 58

%), of medical/paramedical team (21/66, 34 %) or on their own experience (30/66, 48 %). Only 2 patients (3 %) said internet was a source of information. The main motivation was to improve their general health (43/66, 68 %), to relieve symptom (28/66, 44 %) or to cure cancer (16/66, 25 %). No one has declared to be dissatisfied by allopathic medicine. The mean CAM satisfaction score was 1.9 ± 0.67 . Four patients (7 %) have reported side effects such as pain (2/4, 50 %), nausea (1/4, 25 %) or anxiety (1/4, 25 %). Forty-seven patients (81 %) declared that CAM improved their general conditions, relieved symptom (24/66, 41 %) or cured cancer (5/66, 9 %). Two patients (3 %) declared that CAM had no effect.

Predictors of CAM use

Among the predictive factors of CAM use, after multivariate linear regression analysis (Table 5), we found a history of CAM use before cancer diagnosis ($F = 57,9$; $p < 0.01$), being advised by family and friend, a number of at least 2 different protocols of chemotherapy, radiation therapy and being questioned by the doctor about CAM use. Patients younger than 60 years old seemed more inclined to use CAM but the difference was not significant ($p = 0.07$).

Table 6: Analysis of CAM use with multivariate linear regression

Variable	F	p
Use of CAM before the diagnosis of cancer	57,91	< 0.01
Be well informed and advised by those around you	7,86	0.01
Number of lines of chemotherapy protocol	4,64	0.03
Radiation therapy	4,63	0.03
Questioned by the doctor about the use of CAM	4,04	0.04
Age < 60 years	3,23	0.07

IV. Discussion

Overall, we found that use of CAM is common in patients with digestive cancer with 40 % of users in our population. Even though no such comparative studies have been conducted to date, this is consistent with the results of previous studies including all types of

cancers with a proportion of CAM-users between 28 % and 75 % of CAM-users (23)(27)(28)(30)(33)(42). These large variations can be explained by the difference in CAM definition, in targeted population and in the method used to collect information (22). Also, geographical variations are observed since the rates vary from one country to another (23)(26) as well as temporal variations as the rates increase over time (23).

Despite the fact that many patients used CAM, less than a quarter of the study population were asked about it by their doctor. Previous studies confirm that communication between doctor and patients about CAM is not frequent (24)(43)(47) with advice provided by the medical staff in only one third of cases. But in our multivariate analysis, the communication is predictive of CAM-use, probably because patients used CAM before their cancer diagnosis and that would have given them the confidence to discuss it with their doctor. However, we found as in many other studies (24)(26)(27)(30) that the patients' family and friends are the main source of information, which is a predictive factor of CAM use in multivariate analysis. This can be explained by the fact that medical knowledge about CAM is poor with a lack of rigorous scientific studies demonstrated an efficiency and so few medical courses in our medical universities. Also, the practice of CAM does not have a defined legislative framework. This lack of knowledge and communication can expose patients to disregard allopathic medicine or therapeutic interaction with chemotherapy.

In published data, it is reported that young age, employment and female gender characterize CAM-users because the main cancers included in the studies are gynecologic cancers (26)(32)(75). But in our study, these criteria are also found to be significantly different between CAM users and non-users.

Among the others significant criteria of CAM use, we found a low body mass index ($< 20 \text{ kg/m}^2$) and a higher number of chemotherapy protocols with radiotherapy therapy. Cachexia is frequent in pancreatic cancers which are the most frequent cancer in CAM-users group even if it is not significant. All patients presented a palliative disease associated with a worse prognosis and lack of hope that could turn patients towards CAM as an additional intervention to improve their quality of life. Furthermore, cancer treatments induce side effects which could motivate patients in using CAMs. A higher number of chemotherapy protocols in CAM-users group can be linked with a better tolerance of chemotherapy or inversely a more aggressive disease needing successive lines of chemotherapy due to progression. Unfortunately, we do not collect the number of sessions for each protocol of

chemotherapy or the progression-free survival. However, the methodology of this study is not adapted to answer to these questions.

As shown previously in literature(32), the main motivation in CAM use is to improve patients' general health and to relieve symptoms with a high satisfaction score and rare side effects. It is important to note that no one was dissatisfied with allopathic medicine and CAM was used as complementary to cancer treatment. It would appear that patients want to be more active in the management of their disease and particularly of their quality of life. Several studies have shown improvement in the quality of life through the use of CAM (24)(42)(58). In 2018, Stomski evaluated the quality of life of cancer patients before and after using 6 sessions of energy therapies, and he demonstrated a significant improvement in the patients' quality of life (52). Nevertheless, we did not find any difference in quality of life according to the EORTC QLQ-C30 score. A better methodology would have been needed to properly assess the impact of CAMs on quality of life with an evaluation before and after the start of CAM use. In this study, quality of life was assessed only at a single instant regardless of how long CAM therapy was used for.

Energy medicine was by far the most common type of CAM therapy reported by our patients, with the use of a magnetic healer. This has never been described before. Published data including all types of cancer has shown that the most commonly used CAMs are the whole medical systems (such as homeopathy) or biologically-based practices (such as phytotherapy or dietary supplements) (26)(28)(30). In the rare studies which have included digestive cancers, especially colorectal cancer, the most common type of CAM was mind-body medicine (sophrology or meditation) (29)(33).

To our knowledge, this is the first multicentric study which assesses CAM use specifically in a population of metastatic digestive cancers and describe the profile of CAM-users. We selected patients with metastasis in palliative care because at this stage the quality of life is probably the most important for the patients. Only 4 studies, which have included digestive cancers (particularly colorectal cancer), have been published and have showed the same prevalence rate of CAM-users, mainly young women with the objective to improve their well-being (29)(33)(42)(43). Only one study used a quality of life score but in survivor patients (13). Our study has been conducted in public and private centers, which is representative of our practice. We used a standardized definition of CAM as recommended by the NCCIH and a

standardized score for assessing the quality of life (the EORTC QLQ-C30 questionnaire) in palliative care.

However, this study has some limitations. Firstly, this is a retrospective study. Secondly, the questionnaires were delivered to the patients at one time of their disease and not the same for each patient. Thirdly, there are several cancer sites with different prognoses and different treatments with varying symptoms and side effects. Fourthly, the study suffers from a small sample size.

V. Conclusion

The next step is to compare the use of CAM between the different types of digestive cancers and to evaluate objective effects on survival or side effects management in randomized studies with a bigger sample size.

Troisième partie : Annexe

Questionnaire de l'étude

QUESTIONNAIRE DE THESE
RECOURS AUX MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET ALTERNATIVES

PARTIE À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE MENANT L'ENQUÊTE

Numéro d'anonymisation :

.....

IPP :

.....



PARTIE À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :

.....

Important : Votre nom et votre prénom seront séparées du questionnaire puis détruites à la fin de notre étude afin de garantir l'anonymisation.

QUESTIONNAIRE DE THESE

RECOURS AUX MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET ALTERNATIVES

Vous êtes actuellement suivi(e) pour un **cancer digestif** au sein de notre établissement. Vous avez recours à des soins tels que la chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie, mais aussi possiblement d'autres thérapeutiques.

Ainsi, vous utilisez peut-être des **médecines complémentaires et/ou alternatives**, telles que : la méditation, l'homéopathie, la naturopathie, la médecine chinoise, le yoga, l'art-thérapie, la phytothérapie, le tai-chi, le recours à un magnétiseur, etc.

Leur utilité, efficacité et sécurité d'emploi font l'objet d'étude depuis plusieurs années sans conclusions.

L'objectif de notre étude est d'évaluer le recours à ces médecines complémentaires. C'est pourquoi nous vous sollicitons aujourd'hui. **Que vous recouriez à ces médecines ou non, vos réponses nous seront précieuses. Merci pour cela de remplir le questionnaire suivant.**

Ces résultats nous permettront **d'améliorer notre prise en charge** et la qualité des soins selon vos attentes.

Le recueil est strictement **anonyme**, vos nom et prénom ainsi que ceux de vos proches ne seront jamais mentionnés. Cette étude ne modifie en rien votre prise en charge : aucun examen complémentaire supplémentaire ni modification de traitement ne seront réalisés.

Elle ne vous engage à rien. Vous pouvez vous opposer sans justification à ce recueil à but de recherche, et ceci à tout moment de l'étude. Un refus sera sans conséquence sur votre prise en charge ou la relation avec votre médecin.

À cet égard, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations vous concernant, auprès du médecin qui vous a délivré cette information (loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).

Les données médicales recueillies seront hébergées pendant 5 ans sur serveur sécurisé au sein de l'université de Tours. Vous pouvez vous opposer à l'hébergement de vos données en me contactant (clarisse.desgrange@live.fr).

Les résultats de l'étude vous seront communiqués à votre demande, ainsi qu'aux professionnels de santé impliqués. Par ailleurs les données sont susceptibles d'être réutilisées dans le cadre de la recherche et de présentations scientifiques (congrès médicaux). Pour en savoir plus sur les projets de recherche, merci de nous contacter à l'adresse ci-dessus.

Pour toute question relative à la protection des données ou en cas de difficulté sur l'exercice de vos droits, merci de contacter Mr Éric TRIPAULT (e.tripault@chu-tours.fr).

Merci de votre participation.

Clarisse DESGRANGE
Interne en hépato-gastro-entérologie
clarisse.desgrange@live.fr

Professeur D.MOUSSATA
Professeur en hépato-gastro-entérologie
[02.47.47.83.50](tel:02.47.47.83.50)

PARTIE I
À REMPLIR, QUELQUE SOIT VOTRE RECOURS AUX
MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET ALTERNATIVES

1. **Date de remplissage du questionnaire :**
2. **Pays de naissance :**
Si vous n'êtes pas né en France, en quelle année êtes-vous arrivé ?.....
3. **Profession :**
Si vous êtes retraité, donnez votre intitulé d'activité professionnelle antérieure.
4. **Quel est votre code postal et ville de résidence :**
5. **Vous vivez dans :**
☐ Domicile privé ☐ Institution ☐ Hospitalisation à domicile (HAD)
☐ Autre, précisez :
6. **Statut marital :**
☐ Célibataire ☐ Veuf/ve ☐ En couple
7. **Nombre d'enfants :**
Date(s) de naissance de vos enfants :
8. **Souhaitez-vous être informé des résultats de cette étude ?**
☐ Oui
☐ Non
9. **Si oui, par quel moyen ?**
☐ Par e-mail, précisez votre adresse e-mail :
☐ Par votre médecin référent
10. **Acceptez-vous d'être recontacté par notre équipe de sociologues pour un entretien téléphonique plus approfondi concernant vos réponses ?**
☐ Oui
☐ Non
11. **Dans votre entourage, avez-vous des personnes qui vous réconfortent et vous écoutent ?**
☐ Non
☐ Oui
Si oui, précisez qui :
☐ Famille
☐ Amis
☐ Collègues
☐ Professionnels de santé (médecin, psychologue, infirmière)

12. Êtes-vous satisfait(e) de ce réconfort et de cette écoute ? Entourez la bonne réponse.

1	2	3	4	5
Pas du tout satisfait			Parfaitement satisfait	

13. Dans votre entourage, avez-vous des personnes qui se sont occupées de vous et vous ont aidé(e) matériellement ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, précisez qui :

☐ Famille

☐ Amis

☐ Collègues

☐ Professionnels de santé (médecin, psychologue, infirmière)

14. Êtes-vous satisfait(e) de cette aide ? Entourez la bonne réponse.

1	2	3	4	5
Pas du tout satisfait			Parfaitement satisfait	

15. Dans votre entourage, des personnes vous ont-elles donné des conseils, des informations, des suggestions ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, précisez qui :

☐ Famille

☐ Amis

☐ Collègues

☐ Professionnels de santé (médecin, psychologue, infirmière)

16. Êtes-vous satisfait(e) de ces conseils, informations ou suggestions ? Entourez la bonne réponse.

1	2	3	4	5
Pas du tout satisfait			Parfaitement satisfait	

17. Dans votre entourage, des personnes vous ont-elles redonné confiance ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, précisez qui :

☐ Famille

☐ Amis

☐ Collègues

☐ Professionnels de santé (médecin, psychologue, infirmière)

18. Êtes-vous satisfait(e) de ce soutien ? Entourez la bonne réponse.

1	2	3	4	5
Pas du tout satisfait				Parfaitement satisfait

19. Quel est le degré de satisfaction que vous ressentez vis-à-vis de votre prise en charge hospitalière (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie, diététicienne...) ?

- ☐ Absolument satisfait(e)
- ☐ Plutôt satisfait(e)
- ☐ Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
- ☐ Plutôt insatisfait(e)
- ☐ Absolument insatisfait(e)

20. Si vous n'êtes pas satisfait, quels en sont les motifs ?

- ☐ Relation avec le personnel médical (médecin)
- ☐ Relation avec le personnel paramédical (infirmière, aide-soignante)
- ☐ Prise en charge diététique
- ☐ Prise en charge psychologique
- ☐ Organisation et logistique de la chimiothérapie
- ☐ Autres :

21. Pour chaque ligne non grisée, merci de cocher ce qui vous semble le plus en accord avec ce que vous pensez :

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Concernant la relation que vous avez avec votre médecin gastro-entérologue				
Je crois que mon médecin m'aide				
Je suis à l'aise dans la relation que j'ai avec mon médecin				
J'ai une meilleure compréhension des symptômes de ma maladie				
Je me sens mieux depuis que mon médecin m'a pris(e) en charge				
Je sens que je peux compter sur mon médecin				
Je sens que je comprends mon médecin				
Je sens vraiment que mon médecin me comprend				
Je sens que mon médecin veut que j'aille mieux				

Je sens que mon médecin et moi travaillons ensemble en équipe				
Je pense que nous comprenons mes problèmes de la même manière				
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Concernant votre perception de votre maladie				
Je peux me guérir moi-même				
Si j'ai à être malade, je ne peux rien faire pour l'empêcher				
Si je vois souvent un bon médecin, j'ai moins de chance d'être malade				
Je crois que ma santé est beaucoup influencée par des événements inattendus				
Ce n'est qu'en consultant des médecins que je peux me garder en santé.				
Je suis la seule personne responsable de ma santé				
Les personnes qui m'entourent jouent un grand rôle dans le fait que je reste en santé ou que je devienne malade				
Tous les problèmes que j'ai avec ma santé, c'est de ma faute				
Quand je suis malade, je n'ai qu'à laisser faire la nature				
Ce sont les médecins qui me gardent en santé				
Être en santé, c'est une affaire de chance				
Ma santé physique dépend de la façon dont je prends soin de moi				
Quand je suis malade, c'est parce que je n'ai pas fait assez attention à moi				
Le temps que je prends pour guérir d'une maladie dépend du type de soins que je reçois des personnes qui m'entourent				
Même si je prends soin de moi, il est facile de tomber malade				
Si je suis malade, c'est le fait du hasard				
Je peux très bien rester en santé si je prends soin de moi				
Pour moi, la meilleure façon de rester en santé, c'est de suivre les prescriptions du médecin				

22. Êtes-vous intéressé par l'utilisation de médecines complémentaires et/ou alternatives ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

23. Avez-vous déjà utilisé des médecines complémentaires et/ou alternatives AVANT le diagnostic de votre maladie cancéreuse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

24. Avez-vous utilisé des médecines complémentaires et/ou alternatives APRES le diagnostic de votre maladie cancéreuse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

25. Vos médecins vous ont-ils demandé si vous aviez recours à d'autres soins ?

- ☐ Oui, mon oncologue me l'a demandé.
- ☐ Oui, mon médecin traitant me l'a demandé.
- ☐ Non, aucun médecin ne me l'a demandé.

26. Si vous n'utilisez pas de médecines complémentaires et/ou alternatives, quelle en est la raison principale ?

- ☐ Manque d'intérêt/d'utilité/conviction
- ☐ Cause financière
- ☐ Manque d'informations
- ☐ Déconseillé par votre médecin/famille/amis
- ☐ Je n'y ai pas pensé
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autres :

PARTIE II

Questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ-C30 version 3

À REMPLIR, QUELQUE SOIT VOTRE RECOURS AUX MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET ALTERNATIVES

Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse.

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ?	1	2	3	4
4. Êtes-vous obligé de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C ?	1	2	3	4
6. Êtes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7. Êtes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipé ?	1	2	3	4

PARTIE III

À REMPLIR, UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ RECOURS À DES MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET ALTERNATIVES

- 1. SI VOUS UTILISEZ actuellement des médecines complémentaires et/ou alternatives, desquelles s'agit-il ?** Plusieurs réponses possibles :

Systèmes médicaux parallèles	Approches Corps-esprit	Traitements à fondement biologique
☐ Ayurvéda ☐ Acupuncture ☐ Homéopathie ☐ Médecine traditionnelle chinoise ☐ Naturopathie	☐ Méditation ☐ Thérapie cognitivo-comportementale ☐ Art-thérapie, musicothérapie ☐ Sophrologie ☐ Hypnose	☐ Compléments alimentaires (hors compléments prescrits par l'hôpital), précisez le nom ci-dessous : ☐ Phytothérapie Précisez ci-dessous : ☐ Huiles essentielles Précisez ci-dessous : ☐ Régime alimentaire Précisez ci-dessous :
Corps & manipulation	Traitements énergétiques	Autres
☐ Ostéopathie ☐ Chiropraxie ☐ Massothérapie ☐ Yoga ☐ Réflexologie plantaire ☐ Shiatsu	☐ Magnétiseur ☐ Coupeur de feu ☐ Tai-chi ☐ Reiki	Précisez ici :

- 2. Depuis combien de temps avez-vous recours à des médecines complémentaires et/ou alternatives (toutes confondues) depuis votre diagnostic ?**

- ☐ Depuis moins d'1 mois
☐ Entre 1 et 6 mois
☐ Entre 6 mois et 1 an
☐ Depuis plus d'1 an

3. Dans quel(s) objectif(s) ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Traiter la maladie
- ☐ Améliorer le bien-être mental
- ☐ Améliorer le bien-être physique
- ☐ Lutter contre les effets secondaires de la chimiothérapie ou radiothérapie (exemple : neuropathie, vomissements)
- ☐ Renforcer les défenses immunitaires
- ☐ Améliorer l'état général
- ☐ Être plus actif dans la prise en charge de votre maladie
- ☐ Vous considérez que votre traitement hospitalier est insuffisant pour lutter contre la maladie
- ☐ Lutter contre un symptôme précis (exemple : douleur, constipation)
Précisez :
- ☐ Autres :

4. Quelle est votre degré de satisfaction de l'utilisation des médecines complémentaires et/ou alternatives que vous avez faites jusqu'ici ?

- ☐ Absolument satisfait(e)
- ☐ Plutôt satisfait(e)
- ☐ Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
- ☐ Plutôt insatisfait(e)
- ☐ Absolument insatisfait(e)

5. Quels effets bénéfiques avez-vous réellement ressentis ?

- ☐ Aucun effet bénéfique
- ☐ Effet direct sur la maladie (baisse de la taille de la tumeur par exemple)
- ☐ Meilleur bien-être physique
- ☐ Récupération du bien être mental, de l'optimisme, de l'espoir
- ☐ Diminution des effets secondaires dus au traitement par chimiothérapie ou radiothérapie
- ☐ Amélioration de la capacité du corps à combattre la maladie
- ☐ Amélioration de ma prise de sang
- ☐ Efficacité sur un symptôme précis
Précisez :
- ☐ Autres :

6. Avez-vous ressenti des effets nocifs de ces médecines complémentaires et/ou alternatives ?

- ☐ Non, aucun effet nocif.
- ☐ Dégradation de mes prises de sang (globules, fonction rénale)
- ☐ Douleurs
- ☐ Nausées, vomissements
- ☐ Angoisse
- ☐ Troubles du transit
- ☐ Interaction avec mon traitement par chimiothérapie (perte d'efficacité)
- ☐ Autres :

7. En moyenne, combien dépensez-vous chaque mois pour ces médecines complémentaires et/ou alternatives (en euro) ?

8. Sur quelle initiative avez-vous eu recours aux médecines complémentaires et/ou alternatives ?
Plusieurs réponses possibles

- ☐ Votre propre initiative
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin gastro-entérologue/cancérologue
- ☐ Internet, média, radio, journal
- ☐ Patients rencontrés pendant votre parcours
- ☐ Entourage : famille, amis
- ☐ Votre infirmière
- ☐ Votre psychologue
- ☐ Votre diététicienne
- ☐ Autres :

9. De vous-même, avez-vous parlé des médecines complémentaires et/ou alternatives à votre équipe de soins ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Oui, j'en ai parlé à mon médecin traitant.
- ☐ Oui, j'en ai parlé à mon gastro-entérologue/cancérologue.
- ☐ Oui, j'en ai parlé à mon infirmière.
- ☐ Non, je n'en ai parlé à aucun médecin.
- ☐ Non, je n'en ai parlé ni à mon médecin ni à mon infirmière.

10. Si vous en avez parlé, quelle a été la réaction de votre (vos) médecin(s) par rapport à la pratique de ces soins ?

- ☐ Il vous soutient
- ☐ Il ne vous soutient pas
- ☐ Il est neutre
- ☐ Je ne sais pas

11. Trouvez-vous que votre équipe de soins est disposée à discuter avec vous par rapport aux médecines complémentaires/alternatives et à vous conseiller ? Plusieurs réponses possibles

- ☐ Oui, mon médecin généraliste a pu m'informer.
- ☐ Oui, mon gastro-entérologue a pu m'informer.
- ☐ Oui, mon infirmière a pu m'informer.
- ☐ Non, mon médecin généraliste n'est pas ouvert à ce type de pratique.
- ☐ Non, mon gastro-entérologue/cancérologue n'est pas ouvert à ce type de pratique.
- ☐ Non, mon infirmière n'a pas pu m'informer.
- ☐ Je ne sais pas.

Commentaires libres :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de votre participation

Quatrième partie : Bibliographie

1. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Épidémiologie en cancérologie digestive. (modifié en 2001) Disponible sur : < <http://www.snfge.org> > (consulté le 5 mars 2019)
2. Leplège A and al. Measurements of quality of life, construction and validation of an instrument. *Soins Rev Ref Infirm*, 2011 Oct; (759) : 35–7.
3. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. (modifié en 2013) Disponible sur : < <http://www.who.int/fr> > (consulté le 5 mars 2019)
4. Ordre des médecins. Quelle place pour les médecins complémentaires ? (modifié en juillet 2015) Disponible sur : < <http://www.conseil-national.medecin.fr> > (consulté le 20 avril 2019)
5. Ministère de la santé. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de l'article 75. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte> (consulté le 05 juin 2019).
6. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES). Présentation des dérives sectaires dans le domaine de la santé. (modifié en 2016) Disponible sur : < <http://www.derives-sectes.gouv.fr> > (consulté le 20 juillet 2019)
7. Association Française pour les soins oncologiques de support (AFSOS). Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support. (modifié en décembre 2012) Disponible sur : < <http://www.afsos.org> > (consulté le 21 janvier 2019)
8. Cochrane France. Revue de synthèse d'article sur les médecines complémentaires. (modifié en 2013) Disponible sur : < <http://france.cochrane.org> > (consulté le 21 janvier 2019)
9. Organisation mondiale de la santé. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle (modifié en avril 2000) Disponible sur : < <http://www.apps.who.int/medecinesdocs> (consulté le 2 février 2019)
10. Académie Française de médecine. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soin (modifié en mars 2013) Disponible sur : < <http://www.academie-medecine.fr> (consulté le 2 février 2019)
11. Karine Jéhannin-Ligier and al. Incidence et mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Institut de Veille Sanitaire ; 2017.
12. Sprangers MA, Cull A, Bjordal K, Groenvold M, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. *EORTC Study Group on Quality of Life. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 1993 Aug; 2 (4): 287–95.
13. Lawsin C, DuHamel K, Itzkowitz SH, Brown K, Lim H, Thelemaque L, et al. Demographic, medical, and psychosocial correlates to CAM use among survivors of colorectal cancer. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2007 May; 15 (5): 557–64.
14. Sarradon-Eck A, Bouhnik A-D, Rey D, Bendiane M-K, Huiart L, Peretti-Watel P. Use of non-conventional medicine two years after cancer diagnosis in France: evidence from the VICAN survey. *J*

Cancer Surviv Res Pract. 2017 Aug; 11 (4): 421–30.

16. National center for complementary and integrative health (NCCIH). The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States. (modifié en 2011) Disponible sur : < <http://nccih.nih.gov> > (consulté le 19 mai 2019)
17. Haute autorité de santé (HAS). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport de recherche, numéro ISBN 978-2-11-128489-0. Paris, 2011, 94p.
18. Association Française pour les soins oncologiques de support (AFSOS). Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support. (modifié en décembre 2012) Disponible sur : < <http://www.afsos.org> > (consulté le 21 janvier 2019)
19. National center for complementary and integrative health (NCCIH). Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? (modifié en 2011) Disponible sur : < <http://nccih.nih.gov> > (consulté le 2 février 2019)
20. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. (modifié en 2013) Disponible sur : < <http://www.who.int/fr> > (consulté le 5 mars 2019)
21. Ligue contre le cancer. Les chiffres clés du cancer en France. (modifié en 2015) Disponible sur : < <http://www.ligue-cancer.net> > (consulté le 2 février 2019)
22. Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. *Cancer*. 1998 Aug 15; 83 (4): 777–82.
23. 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 meta analysis. *Integr Cancer Ther*. 2012 Sep; 11 (3): 187–203.
24. Bahall M. Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Complement Altern Med*. 2017 Jun 30; 17 (1): 345.
25. Dy GK, Bekele L, Hanson LJ, Furth A, Mandrekar S, Sloan JA, et al. Complementary and alternative medicine use by patients enrolled onto phase I clinical trials. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2004 Dec 1; 22 (23): 4810–5.
26. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2005 Apr; 16 (4): 655–63.
27. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot J-L, Lobstein A, Rubinstein I, et al. Complementary and alternative medicines taken by cancer patients. *Bull Cancer, Paris*. 2007 May; 94 (5): 483–8.
28. Rodrigues Manuel. Les médecines alternatives et complémentaires en oncologie : étude MAC-AERIO (courrier électronique). Destinataire : Desgrange Clarisse. 18 février 2019. Communication personnelle.
29. Sewitch MJ, Rajput Y. A literature review of complementary and alternative medicine use by colorectal cancer patients. *Complement Ther Clin Pract*. 2010 Feb; 16 (1): 52–6.
30. Legrand Adeline. Étude de la prévalence de l'utilisation des médecines complémentaires par les patients atteints de cancer. Faculté de médecine de Strasbourg, 2017, 77p.
31. Jang A, Kang D-H, Kim DU. Complementary and Alternative Medicine Use and Its Association

with Emotional Status and Quality of Life in Patients with a Solid Tumor: A Cross-Sectional Study. *J Altern Complement Med N Y N*. 2017 May; 23 (5): 362–9.

32. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2019 May; 35: 33–47.

33. Tough SC, Johnston DW, Verhoef MJ, Arthur K, Bryant H. Complementary and alternative medicine use among colorectal cancer patients in Alberta, Canada. *Altern Ther Health Med*. 2002 Apr; 8 (2): 54–6, 58–60, 62–4.

34. Aydin Avci I, Koç Z, Sağlam Z. Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer in northern Turkey: analysis of cost and satisfaction. *J Clin Nurs*. 2012 Mar; 21 (5–6): 677–88.

35. Ali-Shtayeh MS, Jamous RM, Jamous RM. Herbal preparation use by patients suffering from cancer in Palestine. *Complement Ther Clin Pract*. 2011 Nov; 17 (4): 235–40.

36. Ali-Shtayeh MS, Jamous RM, Salameh NMY, Jamous RM, Hamadeh AMA. Complementary and alternative medicine use among cancer patients in Palestine with special reference to safety-related concerns. *J Ethnopharmacol*. 2016 Jul 1; 187: 104–22.

37. Ben-Arye E, Massalha E, Bar-Sela G, Silbermann M, Agbarya A, Saad B, et al. Stepping from traditional to integrative medicine: perspectives of Israeli-Arab patients on complementary medicine's role in cancer care. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2014 Feb; 25 (2): 476–80.

38. Gan GG, Leong YC, Bee PC, Chin E, Teh AKH. Complementary and alternative medicine use in patients with hematological cancers in Malaysia. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2015 Aug; 23 (8): 2399–406.

39. Tautz E, Momm F, Hasenburg A, Guethlin C. Use of complementary and alternative medicine in breast cancer patients and their experiences: a cross-sectional study. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2012 Nov; 48 (17): 3133–9.

40. Loquai C, Dechent D, Garzarolli M, Kaatz M, Kaehler KC, Kurschat P, et al. Use of complementary and alternative medicine: A multicenter cross-sectional study in 1089 melanoma patients. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2017; 71: 70–9.

41. Wortmann JK, Bremer A, Eich HT, Wortmann HPK, Schuster A, Fühner J, et al. Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional study at different points of cancer care. *Med Oncol Northwood Lond Engl*. 2016 Jul; 33 (7): 78.

42. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Platin N, Hummerston S, et al. Complementary and alternative medicine use in colorectal cancer patients in seven European countries. *Complement Ther Med*. 2005 Dec; 13 (4): 251–7.

43. Nissen N, Lunde A, Pedersen CG, Johannessen H. The use of complementary and alternative medicine after the completion of hospital treatment for colorectal cancer: findings from a questionnaire study in Denmark. *BMC Complement Altern Med*. 2014 Oct

44. Patterson RE, Neuhouser ML, Hedderson MM, Schwartz SM, Standish LJ, Bowen DJ, et al. Types of alternative medicine used by patients with breast, colon, or prostate cancer: predictors, motives, and costs. *J Altern Complement Med N Y N*. 2002 Aug; 8 (4): 477–85.

45. Scott JA, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: a UK survey. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2005 Jun; 9

(2): 131–7.

46. Träger-Maury S, Tournigand C, Maindrault-Goebel F, Afchain P, de Gramont A, Garcia-Larnicol M-L, et al. [Use of complementary medicine by cancer patients in a French oncology department]. *Bull Cancer (Paris)*. 2007 Nov; 94 (11): 1017–25.
47. Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, et al. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. *Ann Intern Med*. 2001 Sep 4; 135 (5): 344–51.
48. 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*. 2016 Sep 8; 16: 353.
49. 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*. 2012; 17 (11): 1475–81.
50. Li L, Ma G-X, Si Z-L, Wang P, Yuan H-L, Ma W, et al. Moxibustion Plus Medication Can Relieve Refractory Nausea and Vomiting and Improve Quality of Life of Advanced Cancer Patients Undergoing Chemical Therapy. *Zhen Ci Yan Jiu Acupunct Res*. 2018 Oct 25; 43 (10): 657–60.
51. Danhauer SC, Addington EL, Cohen L, Sohl SJ, Van Puymbroeck M, Albinati NK, et al. Yoga for symptom management in oncology: A review of the evidence base and future directions for research. *Cancer*. 2019 Jun 15; 125 (12): 1979–89.
52. Stomski NJ, Petterson A, Kristjanson L, Lobb EA, Phillips M, Williams A, et al. The effect of self-selected complementary therapies on cancer patients' quality of life and symptom distress: A prospective cohort study in an integrative oncology setting. *Complement Ther Med*. 2018 Apr; 37: 1–5.
53. Lau CHY, Wu X, Chung VCH, Liu X, Hui EP, Cramer H, et al. Acupuncture and Related Therapies for Symptom Management in Palliative Cancer Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Mar; 95 (9): e2901.
54. Piet J, Würtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2012 Dec; 80 (6): 1007–20.
55. Molassiotis A, Potrata B, Cheng KKF. A systematic review of the effectiveness of Chinese herbal medication in symptom management and improvement of quality of life in adult cancer patients. *Complement Ther Med*. 2009 Apr; 17 (2): 92–120.
56. Can G, Erol O, Aydinler A, Topuz E. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2009 Sep; 13 (4): 287–94.
57. Yun YH, Lee MK, Park SM, Kim YA, Lee WJ, Lee KS, et al. Effect of complementary and alternative medicine on the survival and health-related quality of life among terminally ill cancer patients: a prospective cohort study. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2013 Feb; 24 (2): 489–94.
58. Hlubocky FJ, Ratain MJ, Wen M, Daugherty CK. Complementary and alternative medicine

among advanced cancer patients enrolled on phase I trials: a study of prognosis, quality of life, and preferences for decision making. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2007 Feb 10; 25 (5): 548–54.

59. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival. *J Natl Cancer Inst*. 2018 Jan 1; 110 (1).

60. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Complementary Medicine, Refusal of Conventional Cancer Therapy, and Survival Among Patients With Curable Cancers. *JAMA Oncol*. 2018 Oct 1; 4 (10):1 375–81.

61. Risberg T, Vickers A, Bremnes RM, Wist EA, Kaasa S, Cassileth BR. Does use of alternative medicine predict survival from cancer? *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2003 Feb; 39 (3): 372–7.

62. Guo Z. Clinical observation on treatment of 38 cases of postoperational large intestinal cancer by fuzheng yiai decoction combined with chemotherapy. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi Zhongguo Zhongxiyi Jiehe Zazhi Chin J Integr Tradit West Med*. 1999 Jan; 19 (1): 20–2.

63. Hyodo I, Amano N, Eguchi K, Narabayashi M, Imanishi J, Hirai M, et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2005 Apr 20; 23 (12): 2645–54.

64. Amin M, Glynn F, Rowley S, O’Leary G, O’Dwyer T, Timon C, et al. Complementary medicine use in patients with head and neck cancer in Ireland. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg*. 2010 Aug; 267 (8): 1291–7.

65. Sullivan A, Gilbar P, Curtain C. Complementary and Alternative Medicine Use in Cancer Patients in Rural Australia. *Integr Cancer Ther*. 2015 Jul; 14 (4): 350–8.

66. Üstündağ S, Demir Zencirci A. Complementary and Alternative Medicine Use Among Cancer Patients and Determination of Affecting Factors: A Questionnaire Study. *Holist Nurs Pract*. 2015 Dec;29 (6): 357–69.

67. Hyodo I, Eguchi K, Nishina T, Endo H, Tanimizu M, Mikami I, et al. Perceptions and attitudes of clinical oncologists on complementary and alternative medicine: a nationwide survey in Japan. *Cancer*. 2003 Jun 1; 97 (11): 2861–8.

68. Abuelgasim KA, Alsharhan Y, Alenzi T, Alhazzani A, Ali YZ, Jazieh AR. The use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional survey in Saudi Arabia. *BMC Complement Altern Med*. 2018 Mar 12; 18.

69. Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie, article 32 du code de la santé publique relatif à la qualité des soins. Disponible sur : < <http://www.conseil-national.medecins.fr/code> (consulté le 1^{er} septembre 2019)

70. Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A AN. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*; 1993.

71. Bruchon-Schweitzer M. Coping and adjustment strategies for dealing with stress. *Rech Soins Infirm*. 2001 Dec; (67): 68–83.

72. Misdrahi D, Verdoux H, Lançon C, Bayle F. The 4-Point ordinal Alliance Self-report: a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health. *Compr Psychiatry*. 2009

Apr; 50 (2): 181–5.

73. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr.* 1978; 6 (2): 160–70.

74. Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D FP. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (3rd Edition). European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.

75. Shumay DM, Maskarinec G, Gotay CC, Heiby EM, Kakai H. Determinants of the degree of complementary and alternative medicine use among patients with cancer. *J Altern Complement Med N Y N.* 2002 Oct; 8 (5): 661–71.

Vu, le Directeur de Thèse

Professeur Driffa MOUSSATA

N° RPPS 10003126884

Gastro-Entérologue - Oncologue

Endoscopie Digestive

CHU TROUSSEAU

37044 TOURS Cedex 9

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

Desgrange Clarisse

77 pages – 10 tableaux – 4 figures – 1 annexe

Résumé : Les médecines alternatives et complémentaires (MACs) en cancérologie digestive

Introduction : Les MACs constituent un ensemble de pratiques très variées de plus en plus utilisées par les patients cancéreux. Toutefois peu de données existent dans la littérature concernant les cancers digestifs. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'utilisation des MACs en cancérologie digestive dans la région Centre, de déterminer un profil clinico-socio-psychologique des patients y ayant recours et d'en mesurer l'impact sur leur qualité de vie. **Patients et Méthodes :** De juillet 2018 à avril 2019, 330 questionnaires destinés à tous patients atteints d'un cancer digestif métastatique sous chimiothérapie, ont été adressés à 7 services d'hépatogastro-entérologie de la région Centre afin d'évaluer l'utilisation des MACs. Leurs motivations, leur état socio-économique et leur qualité de vie (questionnaire standardisé de l'European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC QLQ-C30) ont été comparés à ceux des patients non utilisateurs. **Résultats :** Au total, 165 patients (100 hommes, âge moyen 67 ± 10.7 ans) ont été inclus dont 66 (40%) ayant recours aux MACs. Les patients utilisateurs sont significativement plus jeunes (65 ± 11 vs 69 ± 10.1 ans respectivement, $p = 0.01$), majoritairement féminins (48 % vs 33 %, $p = 0.05$), plus souvent dans la vie active (34% vs 19%, $p = 0.04$) malgré un IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$ significativement plus fréquent (29 % vs 11 %, $p = 0.02$). Les 2 principaux cancers sont des cancers intestinaux (47 %) et bilio-pancréatiques (35 %) sans différence entre les 2 groupes. Le nombre de protocoles de chimiothérapie est significativement plus important dans le groupe utilisateur (1.09 ± 1.08 vs 0.65 ± 0.96 , $p = 0.01$) avec plus de patients traités par radiothérapie (29 % vs 12 %, $p = 0.01$). Seulement 51% abordaient d'eux-mêmes le sujet avec leur cancérologue. Inversement, plus de patients utilisateurs étaient interrogés par leur cancérologue (34 % vs 15 %, $p < 0.01$). En analyse multivariée, le recours aux MACs était significativement associé à l'utilisation de MACs avant le diagnostic de cancer, à la présence d'un entourage, à un nombre plus élevé de lignes de chimiothérapie, à la radiothérapie et au fait d'avoir été questionné par son oncologue. Aucune différence de qualité de vie n'a été notée entre les 2 groupes. **Conclusion :** Cette première étude française multicentrique montre que le recours aux MACs est fréquent en cancérologie digestive, avec 1/2 patient qui en informe leur médecin, sans effet sur la qualité de vie. D'autres études prospectives sont nécessaires pour affiner le profil des patients et mieux les accompagner en évoluant vers une pratique intégrative bien encadrée.

Mots-clés : Médecines alternatives, médecines complémentaires, cancers digestifs, qualité de vie, socio-psychologie

Jury :

Président du Jury : Professeur Philippe COLOMBAT

Directeur de thèse : Professeur Driffa MOUSSATA

Membres du Jury : Professeur Claude LINASSIER
Docteur Robert COURTOIS
Docteur Sandrine FEAU-LECERF
Docteur Roland EL BRAKS
Monsieur Laurent NOWIK

Date de soutenance : Lundi 7 octobre 2019