
Julie Leduc • étudiante en médecine •
Université de Montréal • ledujulie@yahoo.com

Pierre Gagnon • M.D. FRCPC • Psychiatre en psycho-oncologie •
Hôtel-Dieu de Québec • La Maison Michel Sarrazin •
Professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université Laval •
Courriel : pierre.gagnon@crhdq.ulaval.ca

Élisabeth B. Morency • inf. stag. •

Les médecines parallèles en oncologie et soins palliatifs : traitement, symptôme ou maladie ?

Au cours de l'année 1990, on a enregistré aux États-Unis 425 millions de visites chez des praticiens de Dr médecines parallèles comparativement à 388 millions de visites chez des praticiens traditionnels¹. De façon générale, ils consultaient pour des maux de dos ou de tête, des problèmes d'allergies, de digestion, d'insomnie, d'anxiété ou de dépression, ou des maladies telles que l'arthrite et le cancer. En tout, 33,8 % des Américains avaient consulté en médecine parallèle² en 1990, et plus de 42 % en 1997. Au Canada, bien que cet engouement ait été moins prononcé, 20 % des Canadiens avaient eu recours aux services d'au moins un praticien alternatif en 1990³.

Il convient de distinguer l'utilisation de méthodes complémentaires adjuvantes au traitement conventionnel dont l'objectif est d'apporter un soulagement symptomatique, mais dont on espère peu sur le plan curatif ou antitumoral, et qui n'excluent en rien l'usage des thérapies conventionnelles concomitantes (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) ; il s'agit souvent d'approches comme la psychothérapie, la relaxation, le massage ou la chiropraxie. Le présent article ne traite pas à proprement parler des approches ayant une telle visée symptomatique.

Note : Toutes les notes sont présentées à la fin de cet article.

Nous nous intéressons ici aux médecines parallèles qui proposent un effet direct sur la maladie primaire, avec espoir de guérison, ou à tout le moins de rémission, et qui représentent donc une sorte de solution de rechange aux traitements antitumoraux conventionnels. Le terme « médecine parallèle » sera donc employé ici sans distinction pour désigner ce type d'approche, qui est également parfois appelé médecine douce, médecine alternative ou médecine naturelle.

Eisenberg⁴ rapporte que le cancer représente moins de 3 % de l'utilisation de toute la médecine parallèle. Pourtant, seulement dans la lutte contre le cancer, environ 4 milliards de dollars sont dépensés annuellement aux États-Unis et au Canada pour des thérapies parallèles^{5,6,7}. Il semble que plus de la moitié des gens atteints de cancer abandonneraient les traitements conventionnels au profit d'une médecine parallèle^{3,8,9,10}. Les avis sont cependant partagés sur ce point, certaines études montrant que la plupart des gens atteints de cancer qui utilisent une médecine parallèle en font un complément aux traitements conventionnels plutôt qu'un substitut^{1,11,12}. Néanmoins, un résumé de 26 études effectuées dans 13 pays montre que la prévalence de l'utilisation de ces médecines par les patients atteints d'un cancer est de 31,4 %¹³.

Les médecines parallèles peuvent être perçues comme un traitement substitutif, un problème en soi que l'on doit tenter de régler (maladie), ou un signe d'un autre problème sous-jacent (symptôme). De fait, mentionnons que l'utilisation des médecines parallèles dans le traitement du cancer constitue un phénomène complexe. Toutefois, en pratique, le recours aux médecines parallèles est le plus souvent considéré comme un symptôme.

Cet article vise à dégager le sens général du recours aux médecines parallèles avec une recension des écrits sur les caractéristiques des patients associées à l'utilisation de médecines alternatives en oncologie et en soins palliatifs, sur les motivations de ces patients, sur l'attitude des médecins et sur les philosophies sous-jacentes. Bien que cette recension ne prétende pas être exhaustive, ce qui constitue la limite de cet article,

la banque de données Medline (1966 à 2000) a été répertoriée à deux reprises, soit à l'été 1998 et au printemps 2000. Les mots clés retenus pour la recherche ont été les suivants : *oncology, cancer, cancer therapy, alternative medicine, complementary medicine, alternate therapies, unorthodox cancer therapy, complementary therapy*. Divers types de publications ont aussi été sélectionnés : étude épidémiologique transversale (1), étude descriptive comparative (3), étude qualitative ethnographique (1), étude qualitative et entrevue semi-structurée (1), enquête (2), éditorial (7), recherche historique qualitative (1), étude descriptive (7), brochure d'information faite par la Société canadienne du cancer (1998), courrier du lecteur (1), étude corrélationnelle (1), chronique (1).

Afin d'aborder efficacement ce phénomène, nous proposons une approche intégrative résultant essentiellement de l'utilisation des principes du modèle biopsychosocial. Ce modèle, dont George Engel est le principal adepte, est dérivé d'une théorie générale des systèmes : le système biologique traite des substrats anatomiques, structuraux et moléculaires de la maladie ainsi que des effets sur le fonctionnement biologique des patients ; le système psychologique traite des effets des facteurs psychodynamiques, de la motivation et de la personnalité sur l'expérience et la réaction à la maladie ; et le système social examine les influences culturelles, environnementales et familiales sur l'expression et l'expérience de la maladie. Selon Engel, chaque système affecte et est affecté par tous les autres. Le modèle biopsychosocial ne traite donc pas la maladie comme une conséquence directe d'une structure psychologique ou socioculturelle, mais il cherche à comprendre l'interaction complexe des différents systèmes dans la maladie de la personne.

La relation médecin-patient est une composante critique du modèle biopsychosocial. Tous les médecins doivent posséder non seulement une connaissance pratique de la maladie des patients, mais ils doivent également être familiers avec la manière dont la psychologie individuelle et le milieu socioculturel de ces derniers affectent la maladie, la réponse émotionnelle à celle-ci et la relation avec le médecin¹⁴.

Les patients alternatifs

Mentionnons d'entrée de jeu la difficulté à bien définir ce qu'est une médecine parallèle¹⁵. Certaines études font référence à des traitements psychosociaux et comportementaux adjuvants tels que la relaxation, alors que d'autres se limitent aux méthodes n'ayant aucune base empirique. Selon les résultats des versions 1994 et 1995 de l'Enquête nationale sur la santé des populations, 15 % des répondants de plus de 15 ans avaient consulté un praticien alternatif l'année précédant cette enquête¹⁶. Les femmes ainsi que les personnes de niveau de scolarité et de revenu élevés seraient plus enclines à recourir à ces médecines, et cette fréquence augmenterait avec le nombre de problèmes chroniques diagnostiqués¹⁶. En fait, les gens dont le diagnostic de chronicité est posé, de même que ceux pour lesquels les interventions médicamenteuses ou chirurgicales sont peu tolérées ou ne donnent pas les bénéfices escomptés, seraient plus susceptibles de prendre rendez-vous chez un praticien adepte de ces médecines¹⁷. Ces statistiques peuvent toutefois varier d'une province à une autre. En effet, au Québec et en Colombie-Britannique, les gens utilisent plus de tels services que dans les provinces atlantiques. Ces écarts s'expliquent en partie par la variation du financement des services parallèles par les régimes provinciaux d'assurance maladie¹⁸.

Des portraits semblables ont été définis aux États-Unis et dans d'autres pays. Ainsi, les jeunes sont 2,1 fois plus enclins à y avoir recours que les adultes, et les femmes 1,8 fois plus que les hommes¹⁹. Le tableau I contient le profil des patients américains atteints de cancer qui ont recours aux thérapies parallèles. Encore une fois, les études varient. Par exemple, une étude a démontré que les patients recevant des traitements de chimiothérapie sont 1,9 fois plus enclins à avoir recours à de telles thérapies que ceux qui n'en ont pas reçu¹⁹. Par contre, Risberg et ses collaborateurs²⁰ ont trouvé que le niveau de scolarité, l'étape de la maladie, le statut de performance, l'intention de traitement et le temps écoulé depuis le diagnostic n'étaient pas reliés au fait de choisir une médecine parallèle.

Tableau 1

Profil des patients atteints d'une néoplasie utilisant des thérapies alternatives

- Les jeunes plutôt que les personnes âgées (ex. < 60 ans)
 - Les femmes plus que les hommes
 - Un haut niveau de scolarité plutôt qu'un faible niveau
 - Originaires du Nord ou de l'Ouest plutôt que du Sud (É.U.)
 - Un pronostic moins favorable plutôt qu'un bon pronostic
 - Les Blancs plus que les Non-Blancs
 - Des revenus élevés plutôt que de faibles revenus
 - Lors des rechutes plutôt que lors du diagnostic
 - Commencent l'utilisation au moment du diagnostic aussi bien que plus tard
-

Traduit et adapté de la référence n° 21.

Les motivations

On ne peut conclure avec précision à propos des motivations réelles des utilisateurs de médecines parallèles. Les attentes des patients varient souvent en fonction de l'état de la maladie¹⁹. Parmi les raisons invoquées pour consulter en médecine parallèle, on retrouve : un mauvais pronostic, l'échec de la médecine conventionnelle, le réductionnisme de la médecine, le désir de faire quelque chose pour soi, la possibilité que cela puisse aider, le désir de préserver son intégrité, la recherche d'un sens et d'une qualité de vie, le besoin d'aide, d'espoir et d'empathie, la confusion, la frustration et le désespoir^{1,11,20}. Récemment, Ross a réalisé une étude sur les attitudes des femmes souffrant de cancer. Il a ainsi pu noter que celles-ci vont vers les traitements complémentaires pour maximiser leur qualité de vie, pour recourir à des approches naturelles de guérison et pour rester en santé lorsque la maladie est en rémission²². Des facteurs sociaux joueraient aussi un rôle dans cette attirance (Tableau II).

Tableau II

Facteurs conduisant à l'utilisation de remèdes à l'efficacité non prouvée

- Famille, amis, pression sociale
- Antidote contre le désespoir et l'abandon
- Naturel, non toxique, simple, complet
- Rationnel pseudo-scientifique dans le modèle du sens commun
- Témoignages
- Sensation de contrôle de sa santé
- Analogies avec la punition et l'exorcisme
- Différences ethniques

Traduit et adapté de la référence n° 23.

Inefficacité des thérapies actuelles

Le manque apparent d'efficacité des thérapies traditionnelles dans la lutte contre les maladies chroniques comme le cancer peut justifier en bonne partie l'attrait pour les médecines parallèles. Lors d'une rechute, les parents des enfants atteints de cancer veulent essayer toutes les solutions possibles, mais ils veulent des traitements plus doux ; environ le tiers utilisent des tisanes et extraits et des techniques de relaxation²⁴. Ils se tournent vers ces méthodes, car ils ont l'impression qu'il n'y a pas d'autres options. Les gens sont conscients que le taux de mortalité a diminué en ce qui a trait aux tumeurs solides communes, mais malheureusement, peu sont au courant des progrès accomplis par rapport à certaines néoplasies rares telles que le cancer du testicule ou la leucémie aiguë lymphocytaire²³. Et, comme le cancer demeure en tête de liste des causes de mortalité, plusieurs, voire la majorité des patients atteints de cette maladie utilisent ou envisagent la possibilité d'essayer une thérapie complémentaire^{1,11,12}. Particulièrement en soins palliatifs, il arrive souvent que les gens recherchent des thérapies alternatives comme traitements curatifs, ayant épuisé ceux de la médecine traditionnelle, et ceci afin d'éviter l'éventuelle phase terminale de la maladie ou encore pour gérer

les symptômes²⁵. Les patients sont encore plus vulnérables à cette étape de la maladie car, en plus de savoir que la médecine ne dispose plus de traitement curatif efficace pour eux, les options palliatives habituelles ne leur fournissent plus d'espoir ; la plupart du temps, l'arrêt des soins curatifs signifie pour les malades l'arrêt absolu des soins, ce qui peut les amener à se tourner vers des médecines alternatives.

Marqueur de détresse psychologique sous-jacente

Une étude récente sur des femmes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce révèle que leur utilisation de médecines parallèles est reliée à leur niveau de détresse psychologique²⁶. Il y est même suggéré que l'utilisation de médecines parallèles représente un marqueur de détresse psychologique justifiant ainsi une exploration de la sphère psychosociale et la référence à un professionnel approprié²⁷. Ce phénomène est donc clairement reconnu ici comme étant un signal, un symptôme révélant un problème sous-jacent à explorer.

Recette pour guérir : la pensée magique

Le caractère parfois impersonnel, technique et fragmentaire de la médecine moderne laisse souvent les patients insatisfaits^{12,28}. Leur justification de l'utilisation des autres médecines est qu'elles semblent moins dommageables pour l'organisme. Ces médecines sont présentées comme étant des méthodes naturelles, renforçantes pour le système immunitaire et sans effets secondaires^{29,30}. Elles permettent même de minimiser les effets secondaires des thérapies conventionnelles, lesquelles sont associées à des effets toxiques : la radiothérapie et la chimiothérapie sont perçues comme étant des poisons, et la chirurgie comme une mutilation^{29,30}.

Retenons également la forte composante de l'effet placebo dans toute thérapie conventionnelle ou parallèle. Cet effet peut être exploité à diverses fins et représente sûrement un grand allié des médecines parallèles (et conventionnelles). D'où la nécessité de conduire des essais thérapeutiques randomisés à double insu, idéalement avec contrôle placebo, pour bien différencier l'effet provenant de l'ingrédient actif de l'effet placebo³¹.

Plusieurs personnes croient que le cancer est causé, et donc peut être guéri, par des facteurs psychologiques^{32,33}, ce qui ouvre la porte à une possibilité de guérison. Cette croyance influence leurs choix. Selon l'état des données actuelles, les patients atteints d'une néoplasie ont surtout recours aux traitements par les herbes, aux diètes anti-cancer ou aux approches reliant le corps et l'esprit²¹. Certains thérapeutes parallèles associent même des traits de personnalité à ces types de patients : capacité limitée à faire confiance, tendance à l'apitoiement et incapacité de développer des relations à long terme. Pourtant, aucune étude contrôlée n'a réussi à démontrer l'existence d'une personnalité prédisposée à une quelconque maladie^{23,34}. Malgré tout, certains thérapeutes parallèles présentent les méthodes d'intervention comportementales, psychosociales et psychologiques utilisées pour traiter la détresse émotionnelle comme une voie qui contrôle la croissance tumorale et qui conduit à la guérison³⁵.

Ainsi, tout comme la société qui valorise de plus en plus la responsabilité personnelle pour maintenir un bon état de santé, les médecins parallèles mettent l'accent sur l'individu et son autonomie. Pour éviter le sentiment d'impuissance vis-à-vis de sa maladie, le patient peut décider de reprendre le contrôle de sa santé, et ceci peut impliquer de changer sa diète, ses croyances ou sa façon de vivre sans avoir une base rationnelle à son action³⁶. Le patient finit par penser qu'avec une force intérieure adéquate il peut triompher de la maladie. Ce concept d'autoguérison séduit beaucoup les malades et les incite à essayer ces nouveaux traitements. Or, la vision actuelle de la médecine traditionnelle ne laisse pas de place pour ce genre de contrôle. Par contre, une telle action est encouragée par les cliniciens alternatifs, car ceux-ci croient à ses impacts positifs ou, à tout le moins, en utilisent la croyance répandue. Cependant, devant l'échec de cette stratégie, certains patients peuvent en venir à se culpabiliser de la progression de leur maladie malgré tous leurs efforts.

Le sens commun : un modèle aléatoire

L'engouement pour les médecines parallèles fait appel au concept même de la différence de perception de la santé des professionnels de la santé et du public. Les professionnels de la santé adoptent le modèle biomédical pour rechercher des preuves scientifiques permettant d'expliquer l'étiologie et l'histoire naturelle de la maladie^{37,38}. La perception du public se base sur le modèle du sens commun, qui repose sur l'observation fortuite, les croyances populaires et les inférences non systématiques (Tableau III).

Tableau III

Un modèle parallèle au cancer

- Le cancer est un processus unique, simple.
 - Le cancer représente les symptômes plutôt que la maladie.
 - Les symptômes du cancer découlent de problèmes reliés à la diète, au stress, à l'attitude mentale ou à l'environnement.
 - La forme physique, la nutrition et l'attitude mentale peuvent prévenir le cancer.
 - Les patients atteints d'une néoplasie et adéquatement motivés devraient être capables de mobiliser leurs défenses.
 - Les traitements conventionnels tels que la radiothérapie ou la chimiothérapie sont toxiques et vont affaiblir le corps.
 - Les remèdes naturels holistiques sont non toxiques et vont équilibrer le corps.
-

Traduit et adapté de la référence n° 22.

Ainsi, il apparaît que les traitements qui peuvent être clairement expliqués, qui sont logiques, et qui sont conformes au système de croyances spirituelles ou philosophiques du patient sont plus attrayants. Les gens se laisseront facilement convaincre par le témoignage d'une personne qui a survécu au cancer et qui, malgré le fait qu'elle ait reçu des traitements conventionnels, attribue sa guérison à sa propre attitude ou à un traitement parallèle particulier³⁶. Les thérapies alternatives misent donc plus sur les expériences personnelles que sur les résultats d'études. De cette façon, l'auditoire n'entend que les succès²⁸.

En associant la pensée magique, présente à un certain degré chez beaucoup d'individus, l'expérience personnelle et la méfiance envers les figures d'autorité sociale, dont la médecine fait partie, les médecines parallèles peuvent donc produire des résultats qui apparaissent aux yeux du public équivalents, voire supérieurs, à ceux de la médecine traditionnelle³⁹.

L'information et la communication

Cassileth *et al.* ont dégagé le principe suivant : l'espoir prédit le désir des patients de participer aux décisions au regard de leur propre traitement^{40,41}. Une étude a démontré que les patients atteints d'une néoplasie qui refusent leur diagnostic souffrent moins de dépression que ceux qui l'acceptent³⁶. D'ailleurs, au Japon, le diagnostic de cancer est rarement révélé au patient parce que l'on croit que connaître un mauvais pronostic peut priver le patient du pouvoir de vouloir se battre et que partager avec le patient l'incertitude tend à briser la confiance qu'il a dans les habilités du médecin⁴².

De même, Stoll a conclu que la croissance de l'utilisation des thérapies à l'efficacité non prouvée par les patients européens relativement bien scolarisés mettait en évidence deux principaux facteurs : la conscience croissante que certaines thérapies orthodoxes contre le cancer sont peu sûres et la tendance croissante à divulguer totalement l'information aux patients³⁶. L'utilisation des thérapies non traditionnelles par les patients peut donc refléter un besoin de maintenir hors de la conscience les conséquences d'avoir un cancer⁴¹.

Il est bon de noter cependant que, selon des études américaines et nord-européennes récentes, la plupart des patients atteints de cancer préfèrent avoir l'information complète au sujet de leur maladie. Ces études confirment que le manque d'information augmente le stress et l'anxiété⁴¹. Une information adéquate peut avoir un effet bénéfique sur l'adaptation psychologique et soutient plusieurs patients dans une attitude optimiste.

Cependant, le manque de communication entre les patients et les professionnels de la santé semblerait être la principale cause de l'abandon du traitement biomédical⁴³. Les interactions perçues par les patients comme incomplètes ou indifférentes pourraient engendrer frustration et insatisfaction et conduire le patient à interrompre les soins conventionnels. Par exemple, lorsqu'un diagnostic de cancer est posé, des tensions peuvent surgir entre les parties. Les professionnels de la santé, essayant de garder une attitude détachée devant l'anxiété causée par l'annonce du diagnostic, envoient des messages non verbaux à leurs patients⁴³. Ceux-ci les interprètent comme un manque de compassion et de compréhension.

Les praticiens alternatifs sont perçus comme étant plus compatissants, communicatifs et holistiques, puisqu'ils consacrent plus de temps à noter l'histoire personnelle et à parler de problèmes autres que la maladie²³. Ce comportement peut provoquer un effet placebo. Cette action pharmacodynamique non spécifique qui naît d'un objet indépendamment de sa nature physico-chimique peut donc entraîner des effets spécifiques sur certaines manifestations de la maladie⁴⁴. Ces effets, représentant jusqu'à 35 % de l'efficacité d'un traitement, donnent une illusion d'efficacité thérapeutique. Buckman a comparé et synthétisé les éléments influençant cette dichotomie entre la perception des praticiens traditionnels et celle des praticiens parallèles (Tableau IV).

Tableau IV

Différences perçues par les patients entre les thérapeutes conventionnels et les non-orthodoxes

Qualité perçue	Praticien conventionnel	Thérapeute non-orthodoxe
Temps	peut être pressé ; moyenne de 6 à 10 min.	non pressé ; moyenne de 90 min. pour la première consultation et de 20 min. pour le suivi
Environnement	peut être dépersonnalisé et institutionnalisé	efforts fournis pour offrir confort et personnalisation au patient
Continuité	le patient peut rencontrer d'autres intervenants lors des visites de suivi	le patient rencontre habituellement les mêmes intervenants
Traitement des symptômes	entraîné à interpréter les symptômes à la lumière des connaissances d'une maladie sous-jacente	accepte les symptômes du patient tels qu'ils se présentent
Traitement émotionnel	habiletés empathiques parfois déficientes	aptitudes centrales du thérapeute : habiletés empathiques
Considération de l'individualité du patient	peut essayer de compenser ou de minimiser les idiosyncrasies personnelles du patient	considère les traits personnels du patient comme centraux à la maladie, au traitement
Composition avec le contexte social	variable ; l'importance du contexte social peut être ignorée ou sous-estimée	le contexte social est considéré comme primordial pour comprendre la maladie
Certitude	peut sembler incertain ; doit exprimer les deux côtés de la médaille concernant la maladie	semble sûr et confiant, puisque les témoignages attestent d'un taux de succès de 100 %
Habilité à donner un pronostic clair ou inintelligible	obligé d'être statistiquement inintelligible	peut se tromper ; donne habituellement un pronostic clair et optimiste
Habilité majeure à donner de l'espoir	variable ; peut ne pas être une composante de la relation thérapeutique	habituellement une partie de la relation thérapeutique

Traduit et adapté de la référence n° 31.

Les facteurs thérapeutiques

Évaluation du modèle holistique

Les autorités médicales critiquent régulièrement les pratiques parallèles, ceci pour deux raisons : d'une part, les actes sont parfois pratiqués par des non-médecins ; d'autre part, il s'agit de méthodes thérapeutiques ne possédant pas de légitimité scientifique. Or, la connaissance médicale est un savoir construit selon le cadre de référence positiviste⁴⁵. Celui-ci ne permet la formulation et l'expérimentation du réel que d'un point de vue spécifique. Les médecines parallèles sont issues d'un autre cadre de référence : un cadre holistique. Ce modèle considère que les méthodes d'évaluation analytique sont inadéquates⁴⁶. Il n'y a donc pas de dialogue possible entre les deux approches. D'ailleurs, une médecine n'est parallèle que dans la mesure où elle n'a pas été évaluée avec les méthodes traditionnelles ; elle intègre les rangs de la médecine traditionnelle une fois démontrée efficace selon des critères scientifiques rigoureux. Avec l'arrivée en force de la médecine fondée sur les données probantes (*evidence-based medicine*), il est probable que ce fossé ne continuera qu'à se creuser. D'ailleurs, une revue récente des thérapies alternatives utilisées pour traiter le cancer du sein révélait l'inefficacité de ces thérapies, indiquant ainsi le sort vraisemblablement réservé aux médecines parallèles qui tenteront de se soumettre aux méthodes rigoureuses d'évaluation scientifique conventionnelles⁴⁷.

L'évaluation scientifique des médecines alternatives est donc limitée par la difficulté de transposer les différents paradigmes sous-jacents à chacune des approches. Elle pose un problème de définition d'un cadre expérimental objectif qui leur serait adapté⁶. L'European Organisation for Research and Treatment of Cancer a récemment refusé d'évaluer scientifiquement les propriétés anticancéreuses d'un extrait de gui. La raison est fort simple. Actuellement, pour qu'un nouveau médicament soit enregistré, il doit être pur à plus de 90 % et sa composition chimique doit être connue. Or, ce n'était pas le cas. Les experts suggèrent que ces thérapies alternatives puissent être évaluées en terme de résultat, d'efficacité et de dommage potentiel²¹.

Les organismes qui ont décidé d'aborder directement les médecines parallèles le font dans un cadre de médecine traditionnelle, ce qui ne peut fort probablement pas satisfaire les ténors des médecines parallèles. Ainsi, le National Institute of Health aux États-Unis a décidé, dès 1992, de s'attaquer au problème en créant l'Office of Alternative Medicine, dont l'objectif est de soutenir la recherche sur ces pratiques afin de déterminer quelles médecines alternatives seraient sûres et efficaces⁴⁸. L'Institut d'étude et de recherche de la médecine parallèle du Canada (Institut Tzu Chi) essaie aussi d'obtenir des données probantes sur des thérapies dont l'efficacité n'est pas démontrée jusqu'à maintenant pour pouvoir intégrer certaines de celles-ci à la médecine conventionnelle.

En 1997, le consensus du panel de l'Institut national de santé en a surpris plusieurs en déclarant que l'acupuncture était aussi efficace pour soulager les douleurs lombaires que pour soulager d'autres symptômes telles les nausées reliées à la chimiothérapie. Dès 1979, l'Organisation mondiale de la santé, qui a patronné le Congrès mondial d'acupuncture de Paris en 1990, a pris position en faveur de l'acupuncture⁴⁵. Aujourd'hui, elle la reconnaît en tant que « médecine efficace et économique tant pour les pays du tiers monde que pour les pays riches où les frais médicaux sont devenus trop élevés »⁴⁹.

Les risques associés aux médecines parallèles

Le commentaire souvent entendu qui dit que vous n'avez rien à perdre à essayer une médecine parallèle est souvent erroné. Peu d'interventions n'ont pas d'effets secondaires, même celles des placebos ! Évidemment, parmi les risques associés à l'utilisation des médecines parallèles, le premier émane de la non-utilisation d'une thérapie conventionnelle efficace qui est remplacée par une méthode parallèle. Il y a aussi une possibilité d'interaction dangereuse entre les médicaments, les herbes et les vitamines^{50,51}. Les herbes ou les vitamines peuvent cacher ou déformer les effets des traitements conventionnels^{50,52}. Si on prend le cas de la chimiothérapie comme exemple, l'usage combiné des antioxydants peut augmenter ou réduire ses effets secondaires selon la combinaison agent-antioxydant^{48,49}.

Il existe un autre risque plus subtil : de la même façon que l'utilisation de médecines parallèles peut donner de l'espoir, elle peut également créer de faux espoirs et empêcher un travail de deuil et un cheminement personnel efficaces en terme de satisfaction, d'adaptation psychosociale, de qualité de vie et d'utilisation optimale du temps disponible⁵⁵. Il est important aussi de noter le risque de pertes financières majeures, la perte de ressources qui auraient pu être utilisées pour maximiser la qualité de vie.

L'attitude des médecins

Une certaine réticence

S'ils reconnaissent que ces thérapies peuvent apporter certains bienfaits psychologiques, les médecins trouvent souvent qu'elles sont coûteuses et qu'elles nourrissent de faux espoirs chez leurs patients. Selon une étude de Verhoef et Sutherland, les médecins généralistes de l'Ontario et de l'Alberta suggèrent de suivre des traitements parallèles lorsqu'ils croient à leur efficacité pour un désordre spécifique, si les traitements conventionnels donnent peu de résultats ou si le patient en fait la demande⁵⁶. Autrement, ils montrent plus de réticence. Par exemple, pour les cas de cancer, les médecins désapprouvent l'utilisation d'un service parallèle si celui-ci est invasif ou s'il supprime le traitement conventionnel. Comme l'efficacité de ces traitements n'est pas démontrée, devant un diagnostic scientifiquement établi, les patients risquent d'aggraver leur état, spécialement dans les cas de cancer potentiellement curables.

La volonté du patient est donc respectée, mais il sera invité à continuer le traitement médical traditionnel⁵⁷. Pourtant, 75 % des patients canadiens ne disent pas à leur médecin qu'ils utilisent des thérapies parallèles⁵⁸. Dans le groupe interrogé par Cassileth *et al.* (1984), 39 % des patients atteints d'une néoplasie ont déclaré que leur médecin désapprouvait leur décision et 4 % ont affirmé que leur médecin refuserait d'assurer leur suivi s'ils utilisaient des médecines parallèles¹⁰. Au premier abord, ces deux points de vue peuvent sembler contradictoires. En réalité, même si le praticien accepte le choix de son patient, il ne l'approuve pas toujours.

Le patient ressent cette réticence et n'a pas l'impression d'être soutenu dans son choix. Cela expliquerait donc les divergences entre les propos des malades et ceux des médecins.

Ouverture d'esprit

Même si, dans le milieu médical, on doute du pouvoir curatif réel des médecines parallèles, on tend graduellement à les accepter. Après avoir interrogé les médecins de famille du Québec, Goldszmidt *et al.* ont conclu que les omnipraticiens, et tout particulièrement les omnipraticiennes, acceptent maintenant plus facilement les autres médecines. Bien qu'ils avouent peu les connaître, 83 % des répondants considéraient comme d'une certaine utilité au moins un des trois services étudiés, soit l'acupuncture, la chiropraxie et l'hypnose¹⁷. Quoique fondamentalement différents, ces modes d'intervention peuvent être utilisés de façon complémentaire pour soulager des symptômes et ainsi jouir d'une plus grande reconnaissance. Fait à noter : ces trois types de médecines parallèles sont habituellement considérés par le corps médical comme très utiles, alors que la réflexologie, la naturopathie et l'homéopathie font parties des moins utiles.

Des sondages semblables effectués en Ontario et en Alberta indiquent que, même s'ils sont moins enthousiastes que leurs homologues québécois, les médecins ontariens et albertains commencent à être plus ouverts à ces types de thérapies. Les résultats montrent que 56 % des omnipraticiens sont d'avis que les médecines alternatives présentent des idées et des méthodes dont la médecine traditionnelle peut tirer avantage, que 54 % ont déjà consulté des praticiens alternatifs et que 16 % pratiquaient une certaine forme de médecine alternative⁵⁶. Il reste qu'en Amérique du Nord l'engouement n'est pas aussi grand qu'en Europe, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande ou en Israël.

Un modèle incompatible avec les organisations médicales

Le Collège des médecins du Québec, dans une position officielle sur le sujet, recommande de «refuser de lui administrer (au patient) une thérapie alternative alors qu'existent des modalités thérapeutiques reconnues. Dans les seuls cas où aucun traitement ne serait spécifiquement

reconnu selon les données de la science, le médecin qui décide d'avoir recours à certaines formes de médecines douces ou parallèles doit les choisir avec discernement et prudence, et doit être prêt à justifier sa façon d'établir son diagnostic et son choix thérapeutique⁵⁹. Cette position exprime donc clairement l'allégeance du Collège des médecins à une approche scientifique de la médecine irréconciliable avec un quelconque paradigme holistique qui refuserait l'évaluation empirique et scientifiquement fondée.

Recommandations

Dans le respect des obligations

La médecine doit fonder ses principes sur des interventions efficaces et utiles selon le principe de « premièrement, ne pas nuire »²¹. Le médecin devra respecter son rôle d'agent de la médecine scientifique tel qu'édicté par les différentes associations, corporations et collèges médicaux, sinon, il risque des procédures légales. Il devra cependant se méfier de ses propres croyances et ne pas les imposer au patient.

Le corps médical doit exiger une évaluation contrôlée et efficace des médecines parallèles⁴⁵. Une situation où une politique de tolérance serait menée *de facto* laisserait place à toutes sortes de traitements incontrôlés, dont le charlatanisme. Une étude scientifique des approches alternatives permettrait non seulement un contrôle rigoureux de leur usage, mais constituerait un apport à la médecine classique.

Un pas vers le patient

Aujourd'hui, on valorise les spécialistes et la médecine ambulatoire, ce qui amène parfois les médecins à se concentrer sur la maladie plutôt que sur le malade²³. Les médecins, spécialement les oncologues, ont besoin de comprendre que plusieurs de leurs patients démontrent de la curiosité, parfois de l'intérêt, envers les traitements alternatifs⁶⁰. Plusieurs études ont démontré que les patients ayant une relation de confiance avec leur professionnel de la santé sont moins portés à consulter en médecine parallèle^{28,29}. Parler ouvertement des approches alternatives et

des limites des thérapies conventionnelles risque peu d'altérer la relation médecin-patient ou d'éloigner le patient de la thérapie conventionnelle. Holland et d'autres auteurs ont recommandé que l'équipe de soins aborde le sujet du traitement parallèle de façon routinière avec les patients atteints de cancer, lors de leur première visite²⁹.

Les médecins doivent donc engager le dialogue au sujet des croyances et de l'utilisation des médecines parallèles par leurs patients pour permettre de consolider la relation de confiance, particulièrement en oncologie^{4,12}, et chercher à fournir un meilleur soutien psychosocial à leurs patients³⁶. Une communication franche et empathique n'est possible que si les professionnels prennent le temps d'écouter les patients et de discuter des traitements alternatifs⁴³. Suivant les recommandations de la Société américaine d'oncologie clinique, une coopération totale entre le médecin et le patient est la seule façon de limiter l'utilisation de médecines parallèles, évitant ainsi l'abandon du patient ou sa désinformation⁶¹. L'oncologue pourra alors cerner les motivations de son patient, détecter une détresse psychologique sous-jacente et l'adresser au professionnel approprié. De cette façon, il y a beaucoup plus de chance que le patient observe les recommandations du médecin, et ses besoins d'avoir recours à une approche parallèle deviendront moins pressants ou garderont une place mineure dans l'ensemble du traitement.

Conclusion

Pour répondre à la question posée en titre de cet article, l'utilisation des médecines parallèles demeure un phénomène incomplètement élucidé mais dont l'étude est de plus en plus étayée. Elle représente un phénomène incontournable en oncologie clinique et en soins palliatifs. Une approche globale où l'on traite d'abord la *personne* dans sa totalité, avec tout ce que cela comporte de facteurs émotifs et irrationnels, et non uniquement la *maladie*, contribuera à en diminuer considérablement

l'impact négatif. Cette approche globale est avant tout fondée sur une bonne communication médecin-malade et le respect du modèle biopsychosocial ; elle a été encouragée dès le départ par le modèle des soins palliatifs²⁵. Le médecin pourra alors bien situer le sens du phénomène des médecines parallèles dans le contexte précis de la vie du patient et de son traitement. Souvent, le patient voudra chercher de l'espoir ailleurs, étant confronté aux limites de la médecine scientifique ; il bénéficiera de l'oreille attentive de son médecin, ce qui pourra être suffisant pour rendre cette velléité futile ou l'aidera à naviguer dans ces eaux parfois dangereuses. À d'autres moments, le patient voudra exprimer indirectement une détresse psychologique qui devra être entendue par le médecin qui adressera le patient à un professionnel en santé mentale de l'équipe multidisciplinaire. Rarement le patient s'aventurera sur un terrain qui mettra sa santé, sa qualité de vie ou ses avoirs en péril, et il pourra profiter de l'écoute de son médecin pour éviter des complications majeures et adhérer à des traitements reconnus et efficaces, tant du point de vue curatif que palliatif.

Voilà ce que l'on peut espérer d'une approche humaine et biopsychosociale de l'utilisation des médecines parallèles en soins palliatifs et en oncologie. En fait, le modèle des soins palliatifs correctement appliqué et tel que défini depuis ses origines correspond à cette approche.

En dernier lieu, il faut reconnaître que certains éléments dépassent le simple contexte de la relation médecin-malade et du modèle biopsychosocial et font probablement appel à des notions sociologiques et anthropologiques complémentaires au cadre exposé ici (le besoin de guérisseurs, de sorciers dans une société donnée, etc.). Après avoir appliqué les principes de modèle biopsychosocial et de bonne communication, le clinicien devra garder à l'esprit cette possibilité et reconnaître les limites de ses interventions en ce qui concerne cette problématique.

Notes

1. EISENBERG, D.M., KESSLER, R.C., FOSTER, C., NORLOCK, F.E., CALKINS, D.R., DEL BANCO, T.L. « Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use », *N. Engl. J. Med.*, 1993, 328:246-52.

2. EISENBERG, D.M., DAVIS, R.B., ETTNER, S.L. *et al.* « Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: Results of a follow-up national survey », *JAMA*, 1998, 280:1569-1575.

3. DANIELSON, K.J., STEWART, D.E., LIPPERT, G.P. « Unconventional cancer remedies », *Can. Med. Assoc. J.*, 1988, 138: 1005-11.

4. EISENBERG, D.M. « Advising patients who seek alternative medical therapies », *Ann. Intern. Med.*, 1997, 127 :61-69.

5. CASSILETH, B.R., BROWN, H. « Unorthodox cancer medicine », *CA. Cancer J. Clin.*, 1988, 38:176-86.

6. LERNER, I.J. « The whys of cancer quacker », *Cancer*, 1984, 53: 815-9.

7. GOLDMAN, B. « A cure for cancer quackery needed, conference told », *Can. Med. Assoc. J.*, 1987, 136: 1295-1296.

8. BRIGDEN. M.L. « Unproven cancer therapy », *Oncol. Interchange*, 1989, 3: 1-5.

9. BRIDGEN, M.L. « Unorthodox therapy and your cancer patient », *Postgrad. Med.* 1987, 81:271-80.

10. CASSILETH, B.R., LUSK, E.J., STROUSE, T.B., BODENHEIMER, B.J. « Contemporary unorthodox treatments in cancer medicine: a study of patients' treatments and practitioners », *Ann. Intern. Med.*, 1984, 101:105-12

11. CASSILETH, B.R., CHAPMAN, C.C. « Alternative and complementary cancer chemotherapies », *Cancer*, 1996, 77 :102666-1034.

12. AULAS, J.J. « Alternative cancer Treatments », *Sc. Am.*, 1996, 275:162-3.

13. ERNST, E., CASSILETH, B.R. « The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer. A systematic review », *Cancer*, 1998, 83:777-782.

14. KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. *Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*, eighth edition, Baltimore, Maryland, Williams & Wilkins, 1998.

15. CASSILETH, B.R. « Complementary therapies : overview and state of the art », *Cancer Nurs.*, 1999, 22 :85-90.

16. *Canadian Medical Association Journal*, October 1, 1997; 157 (7).

17. LAVALLEY, J.W., VERHOEF, Marja J. « Integrating complementary medicine and health care services into practice », *Can. Med. Assoc. J.*, July 1, 1995, 153 (1).

-
18. BERGER, E. *The Canadian Health Monitor Survey (survey n° 4)*, Price Waterhouse, Toronto, July-August 1990, 8.
-
19. RICHARDSON, M.A., SANDERS, T., PALMER, J.L., GREISINGER, A., SINGLETARY, S.E. « Complementary/alternative Medicine Use in a Comprehensive Cancer Center and the Implications for Oncology », *Journal of Clinical Oncology*, 2000, 18:2505-2514.
-
20. RISBERG, T., LUND, E., WIST, E., KAASA, S., WRILSGAARD, T. « Cancer Patients Use of Non proven Therapy: A 5-Year Follow-Up Study », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 16, n° 1, January 1998, p 6-12.
-
21. GRANAI, C.O. *Expectations about alternative therapies and women with gynecological cancer*.
-
22. ROSS, E. Gray. « Complementary health practitioners' attitudes, practices and knowledge related to women's cancers », *Cancer Prevention and Control*, 1999, 3(1).
-
23. BRIGDEN, Malcolm L. « Unproven Cancer Therapies: A Multi-Headed Hydra », *Annals R.C.P.D.S.C.*, February 1998, vol. 31, n° 1.
-
24. FERNANDEZ, C.V., STUTZER, C.A., MACWILLIAM, L., *et al.* « Alternative and complementary therapy use in pediatric oncology patients in British Columbia: Prevalence and reasons for use and non use », *Journal of Clinical Oncology*, 1998, 16:1279-1286.
-
25. DOYLE, D., HANKS, George W.C., MACDONALD, N. *Oxford textbook of Palliative Medicine*, second edition, Oxford, University Press, 1998.
-
26. BURSTEIN, Harrold J., SHARI GELBER, Edward GUADAGNOLI, WEEKS, Jane C. « Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer », *The New England Journal of Medicine*, June 1999, 340 (22) :1733-1739.
-
27. HOLLAND, Jimmie C. « Use of alternative medicine a marker for distress ? », *The New England Journal of Medicine*, June 1999, 40 (22) :1758-1759.
-
28. BUCKMAN, R, SABBAGH, K. *Magic or medicine ? An investigation of healing and healers*, Toronto, Key Porter Books, 1993.
-
29. HOLLAND, J.C. *Why patients seek unproven cancer remedies: a psychological perspective*, C.A., 1982, 32:10-4.
-
30. JARVIS, W.R.T., « Quackery: a national scandal », *Clin. Chem.*, 1992, 38(pt 2): 1574-86.
-
31. JADAD, A. *Randomised controlled trials*, London, BMJ Books, 1998.
-
32. ANGELL, M. « Disease as a reflection of the psyche », [editorial], *N. Engl. J. Med.*, 1985, 312:1570-2.
-
33. ERSEK, M. « Stress and cancer: elusive connections », *Oncol. Nurs. Forum*, 1986, 13:49-56.

-
34. FOX, B.H. « The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis », *Oncology*, 1995, 9 :245-253.
-
35. HOLLAND, J.C., GEARY, N., FURMAN, A. « Alternative Cancer Therapies », *Handbook of Psychooncology*, 1990, 508-515.
-
36. STOLL, B.A. « Can unorthodox cancer therapy improve quality-of-life ? », *Annals of Oncology*, 1993, 4:121-123.
-
37. HUXTABLE, R.J. « The myth of beneficent nature: the risks of herbal preparations », [editorial], *Ann. Intern. Med.*, 1992, 117:165-6.
-
38. GILLICK, M.R. « Common-sense models of health and disease », *N. Engl. J. Med.*, 1985, 313: 700-3.
-
39. ALCOCK, J.E. « Alternative medicine and the psychology of belief », *Scientific Review of Alternative medicine*, Prometheus Books, Inc., 1999, 3(2) :45-50, 52.
-
40. CASSILETH, B.R., ZUPKIS, R.V., SUTTON-SMITH, K, MARCH, V. « Information and participation preferences among cancer patients », *Ann. Intern. Med.*, 1980, 92, 832-836.
-
41. RISBERG, T., BREMNES, R.M., WIST, E., KAASA, S., JACOBSEN, B.K. « Communicating with and treating cancer patients: how does the use of non-proven therapies and patient's feeling of mental distress influence the interaction between the patient and the hospital staff », *European Journal of Cancer*, May 1997, 33 (60) :883-90.
-
42. IKEGAMI, N. « Best medical practice : The case of Japan », *Int. J. Health Planning Management*, 1989, 4 :181-96.
-
43. MONTBRIAND, M.J. « Abandoning biomedicine for alternate therapies: oncology patient's stories », *Cancer Nursing*, 1998, 21 36-45.
-
44. BEAULIEU, M.D. *Notes de cours*, Département de médecine familiale, Université de Montréal, 1998.
-
45. LEJEUNE, S., LEJEUNE, F. « Médecines alternatives: points de vue d'un sociologue et d'un cancérologue », *Revue Médicale de la Suisse Romande*, septembre 1998, 118(9) :813-6.
-
46. LERNER, I.J, KENNEDY, B.J : « The prevalence of questionable methods of cancer treatment in the United States », *C.A. Cancer J. Clin.*, 1992, 3: 181-191.
-
47. JACOBSON, J.S., WRKMAN, S.B, KRONENBERG, F. « Research on complementary/alternative medicine for patients with bresast cancer : a review of the biomedical literature », *J. Clin. Oncol.*, 2000, 18 :668-683.
-
48. « National Institute of Health Panel. A 12-member board headed by Dr Julius Richmond. The panel urged acceptance and wide use of behavioral and relaxation techniques, including relaxation techniques, hypnosis, biofeedback, cognitive-behaviorales techniques », *The Providence Journal*, 1995.

-
49. « National Institute of Health Consensus Development Statement », *Acupuncture*, 3-5 Nov. 1997, 15 :1-20.
-
50. ERNST, E. « Harmless herbs ? A review of the recent literature », *Am. J. Med.*, 1998, 104:170-178.
-
51. GURENWALD, J., BRENDLER, T., JAENICKE, C. *PDR for Herbal Medicines*, Montvale, N.J., Medical Economics Co., 1998.
-
52. DIPAOLO, R.S., ZHANG, H., LAMBERT, G.H. et al. « Clinical and biologic activity of an estrogenic herbal combination (PC-SPES) in prostate cancer », *N. Engl. J. Med.*, 1998, 339:785-791.
-
53. LAMSON, D., BRIGNALL, M. « Antioxidants in cancer therapy: Their actions and interactions with oncologic therapies », *Altern. Med. Rev.*, 1999, 4:304-329.
-
54. ZEISEL, S., SALGANIK, R. « Special commentary: Antioxidants and nutrition support », *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, 1999, 2:1-3.
-
55. SPIEGEL, D., BLOOM, J.R., KRAEMER, H., GOTTHEIL, E. « Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer », *Lancet*, 1989, II:888.
-
56. VERHOEF, M.J., SUTHERLAND, L.R. « Alternative medicine and general practitioners: opinions and behaviours », *Can. Fam. Physician*, 1995, 41: 1005-11.
-
57. BOURGÉAULT, Ivy Lynn, Ph.D. *Can. Med. Assoc. J.*, 15 déc. 1996, 155(12).
-
58. MONTBRIAND, M.J. « Freedom of choice: an issue concerning alternative therapies chosen by patients with cancer », *Oncol. Nurs. Forum*, 1993, 20;1195-201.
-
59. CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *L'exercice professionnel et les thérapies alternatives*, Montréal, juin 1994.
-
60. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. « The physician and unorthodox cancer therapies », *J. Clin. Oncol.*, 1997, 15 :401-406.
-
61. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. « The physician and unorthodox cancer therapies », *J. Clin. Oncol.*, 1997, 15 :401-406.