

ÉDITORIAL

POURQUOI RECOURIR AUX THÉRAPIES NON CONVENTIONNELLES ?

✱ MYRIAM LEGENNE, MÉDECIN ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS, LYON

On pense parfois à tort que l'attrait pour les médecines complémentaires est un phénomène nouveau. Or le recours aux soins populaires et traditionnels est inscrit dans la culture française ; une pluralité de savoirs s'exerce encore, dont l'existence ne peut être niée par le savoir médical (Loux, 1983). La nouveauté est peut-être en revanche du côté du regard que pose le monde médical sur les différentes thérapeutiques dites complémentaires. En effet, poussés par les patients, précédés même, les soignants s'intéressent de plus en plus à ces autres formes de soins qui, semble-t-il, font du bien, pour autant ne sont pas validés par les instances scientifiques et qui certainement posent question. Il nous faut donc regarder de plus près les constats actuels et essayer de comprendre quelques-unes des raisons qui poussent les patients à se tourner vers d'autres thérapies que la médecine dite conventionnelle.

Il apparaît que le cancer favorise le recours aux médecines complémentaires (Novak, 2001) et, en France, plus de 30 % des patients qui en sont atteints se tournent vers ces traitements (Simon *et al.*, 2007). De surcroît, la distinction est maintenant bien établie entre les médecines dites alternatives et celles dites complémentaires. Dans le premier cas, les patients se tournent uniquement vers des thérapies non conventionnelles ;



dans le deuxième, qui est le plus fréquent, ils recherchent un soutien en complément des traitements médicaux (Eisenberg *et al*, 2001 ; Dilhuydy, 2003). La naturopathie et l'homéopathie sont les plus fréquemment utilisées (Dilhuydy, 2003 ; Girgis *et al*, 2005), aux côtés de techniques comme l'acupuncture ou les massages, et de bien d'autres approches.

LES PATIENTS ENTRECROISENT DEUX MODÈLES

Avant de plonger dans cet univers, il nous paraît opportun d'amener quelques clefs anthropologiques pour nous aider à analyser les raisons de ces recours aux médecines complémentaires et les représentations qu'en ont les patients. Les anthropologues nous précèdent en effet dans la reconnaissance du « caractère multiple des itinéraires thérapeutiques », mais aux soignants de regarder et d'analyser sans jugement ces phénomènes de « syncretisme thérapeutique » (Hours, 1999). Un anthropologue français, François Laplantine (1997), a théorisé deux modèles explicatifs des représentations de la maladie et nous éclaire sur la façon de l'appréhender ainsi : la médecine conventionnelle s'apparente au modèle de l'agent externe qui est le plus répandu et où « la maladie résulte de la pénétration d'un élément étranger et hostile introduit de l'extérieur dans le corps ou l'esprit du malade ». Un modèle thérapeutique externe y correspond, excluant toute participation active du patient en dehors de son adhésion totale au traitement. Celui-ci est destiné à combattre la maladie envahissant la personne afin d'obtenir la guérison ou une rémission. La combinaison étiologique inverse fait de la maladie un signal d'alarme en lien avec l'esprit, le vécu, l'histoire, le milieu de la personne. Ainsi, l'objectif n'est pas de faire taire cette réaction mais d'entamer une réflexion, personnelle ou guidée, pour créer un équilibre plus favorable à ce que vit la personne et ainsi obtenir un mieux-être durable. En même temps que déferle la violence de la maladie, les patients entrecroisent ces deux modèles et élaborent

une pensée et un mode de vie parfois inédits pour eux : privilégier la qualité de l'être et trouver sens dans l'expérience si particulière de la maladie. Ainsi, dans ce nouvel équilibre, germe une cohabitation entre la médecine hyper-technique et d'autres approches thérapeutiques. Force est de constater que les personnes malades précèdent la médecine en impulsant de nouvelles réflexions et qu'il nous faut les écouter.

SUJET ACTEUR DE SA VIE

Nous verrons ainsi se déployer une lame de fond dans les différents textes que nous allons découvrir, un dénominateur commun à toutes ces thérapeutiques qui est l'approche de la personne dans sa globalité et en tant que sujet-acteur de sa vie, ce qui semble faire de plus en plus défaut dans la médecine conventionnelle. Les soignants, les accompagnants, sont alors convoqués à faire un pas de côté, à « élargir leur vision du soin » pour pouvoir être en lien avec la personne qu'ils soignent. En effet, il n'est pas absolument nécessaire d'opposer systématiquement la médecine conventionnelle et les médecines complémentaires sous prétexte que leur système de validation n'est pas le même. Nous pouvons aussi choisir de voir ce qui les rassemble, les différencie et en quoi celles-ci peuvent s'enrichir. Dans le contexte particulier de la maladie grave et de la fin de vie, l'on pourrait croire que le recours aux médecines complémentaires part d'un espoir fou en une médecine magique. Il apparaît que l'espoir est bien souvent du côté des traitements conventionnels. En revanche, le besoin de se retrouver, un et unique, et de faire sens dans ce cheminement avec la maladie s'envisagent ailleurs.





Références

- Dilhuydy Jean-Marie, « L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni réfuter », *Bulletin du Cancer*, 2003 ; 90 (7), pp. 623-8.
- Eisenberg David M., Kessler Ronald C., Van Rompay Maria I., Kaptchuk Ted J., Wilkey SA, *et al.*, "Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a National Survey", *Ann Intern Med*, 2001 ; 15, pp. 344-51.
- Girgis Afaf, Adams Jon, Sibbritt David, "The use of complementary and alternatives therapies by patients with cancer", *Oncology Research*, vol. 15, 2005, pp. 281-289.
- Hours Bernard, « Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France », *Socio-anthropologie* [En ligne], N° 5, 1999, mis en ligne le 15 janvier 2003, Consulté le 7 janvier 2011. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/index50.html>
- Laplantine François, *La médecine populaire des campagnes françaises d'aujourd'hui*, Ed. Delarge, 1978.
- Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, Payot, Coll. Bibliothèque Scientifique, 1997.
- Loux Françoise, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Inter-Editions, 1983.
- Novak Kerri L., Chapman Gwen E., "Oncologists' and Naturopaths' Nutrition Beliefs and Practices", *Cancer Practice*, May/June 2001, Vol. 9, No. 3, pp. 141-146.
- Simon L., Prebay D., Beretz A., Bagot J.-L., Lobstein A., Rubinstein I., Schraub S., « Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France », *Bulletin du Cancer* 2007 ; 494 (5), pp. 483-8.

LE DOSSIER



*Pourquoi recourir aux thérapies
non conventionnelles ?*

PLACE DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES DANS LES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

* STÉPHANIE TRÄGER, ONCOLOGUE MÉDICALE, CLINIQUE DE L'ESTRÉE 93240 STAINS, MEMBRE DE L'AFSOS, GROUPE D'EXPERTS SUR LES PNCAVT

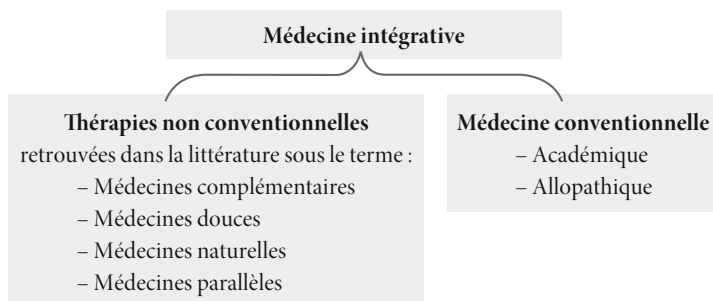
Que les patients atteints de maladies graves aient de plus en plus souvent recours aux thérapies complémentaires est un fait connu de tous. Nier cette réalité serait nier la recherche de bien-être et d'autonomie de nos patients. Ce serait également refuser de considérer la satisfaction qu'ils en retirent. Les soignants se doivent de dépasser leur *a priori* et leurs croyances sur ces thérapies pour les remplacer par une réelle formation afin de pouvoir informer les patients demandeurs. C'est dans cet esprit que l'AFSOS (Association francophone des soins oncologiques de support) a réalisé un premier référentiel « socle » dont l'objectif est de proposer une information générale pour les soignants dans le domaine des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique (PNCAVT ou plus simplement thérapies complémentaires TC).

DÉFINITIONS

Les thérapies complémentaires et alternatives 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 (définition du National center for complementary and alternative medicine).

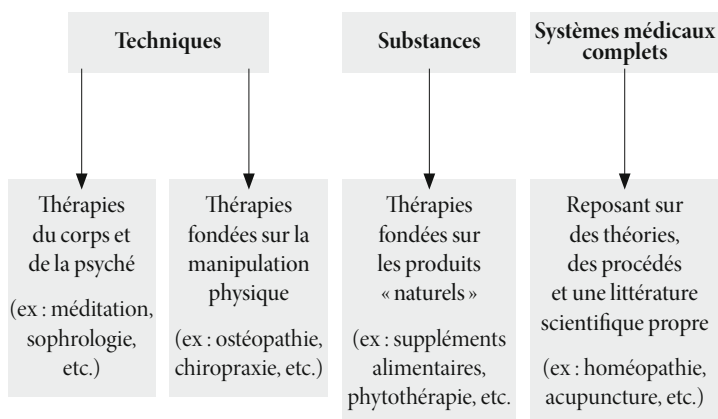


Les termes utilisés dans la littérature



La médecine intégrative est une nouvelle notion qui désigne le recours simultané à la médecine conventionnelle et aux thérapies complémentaires. Il existe actuellement en Amérique du Nord des services de médecine intégrative et des universités qui proposent un enseignement de médecine intégrant des TC. De nombreuses classifications des TC existent (NCCAM, OMS, Miviludes, etc.) basées par exemple sur leur mode d'administration ou leurs méthodes. Une classification en substances, techniques et systèmes médicaux complets est proposée par l'AFSOS (Référentiel validé le 7/12/2012).

Classification des thérapies complémentaires



Selon la Miviludes (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) 4 Français sur 10 font appel à ces TC¹ et cette utilisation est encore plus importante pour les patients atteints de cancer, de l'ordre de 60 % selon la dernière étude française (Brugirard, 2011).

Les thérapies complémentaires fréquemment utilisées en France sont : l'homéopathie, les régimes et les suppléments alimentaires, la phytothérapie, l'acupuncture, l'activité physique adaptée (Simon, 2007 ; Trager-Maury, 2007).

Les patients, souvent en demande d'autonomie, ont recours à ces thérapies à tous les moments de leur prise en charge. Atténuer les effets secondaires des traitements spécifiques et stimuler le système immunitaire afin de mieux supporter les traitements sont les principales raisons citées pour recourir à ces thérapeutiques (Richardson, 2000 ; Boon, 2000).

La principale source d'information des patients sur les TC est leur entourage puis la presse et internet et enfin les soignants.

QUELS SONT LES RISQUES POUR LES PATIENTS ?

Les risques les plus graves sont retrouvés avec des thérapies utilisées de façon alternative. En effet, utilisées en remplacement de la médecine conventionnelle, ces thérapies exposent à un risque de retard au diagnostic et à la prise en charge, critère fondamental en oncologie. Dans cette alternative, le risque de dérive sectaire est élevé, le patient étant à la merci d'une relation exclusive avec son thérapeute.

Utilisées de façon complémentaire au traitement conventionnel, les thérapies peuvent avoir des interactions avec ce dernier (par induction ou inhibition enzymatique) : exemple du millepertuis, du ginkgo biloba, de la sauge, etc.

Enfin ces thérapies peuvent être directement toxiques sur l'organisme (réaction anaphylactique, toxicité cardiovasculaire, hépatique, rénale, etc.).

1. Miviludes, *Guide santé et dérives sectaires*, La documentation française.



PAR QUI ET COMMENT LES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES SONT-ELLES PRATIQUÉES ?

En France de nombreux praticiens de thérapies complémentaires, appartenant ou non à la profession médicale ou paramédicale, exercent actuellement dans les établissements de santé publique ou privée depuis parfois de nombreuses années. Leur activité est exercée en consultation externe ou en hospitalisation. L'exercice de ces TC est réalisé dans un cadre hospitalier ou parfois dans un cadre associatif (Fargon, 2012).

Dans une situation actuellement non réglementée des TC, on peut s'interroger sur le choix des thérapeutes, de leur formation et de leur encadrement. L'intégration du praticien de TC dans une institution doit être pensée de façon à éviter son isolement. Il y aurait en effet un risque potentiel à ce qu'il pratique son activité sous la houlette de l'établissement sans pour autant participer à la prise en charge du patient en collaboration avec les thérapeutes conventionnels. Le risque serait celui du libre cours à un discours exclusif – sinon sectaire – du praticien de TC, et en tout état de cause, l'absence d'un travail en équipe ne pourrait aboutir à un projet de soins personnalisé et cohérent pour le patient.

Il est important de comprendre que la notion d'intégration n'est pas ici entendue comme l'absorption d'un système par un autre mais bien comme la mise en place d'une coordination et d'une synergie complémentaire. Ce distinguo est fondamental pour penser une médecine intégrative qui puisse s'inscrire dans une réelle avancée thérapeutique.

POURQUOI INSTAURER LE DIALOGUE ?

Les soignants doivent informer les patients des risques qu'ils encourent à une « utilisation sauvage » de thérapies complémentaires. Pour cela le soignant doit non seulement être sensibilisé au sujet mais aussi interroger son patient. Dans la plupart des cas les patients – qui se disent globalement peu informés –

n'ont pas conscience des risques et ignorent le mode d'action de ces thérapies. Pour autant, un bon nombre d'entre eux pense que les TC ne peuvent pas avoir d'effets secondaires, ni d'interactions avec le traitement conventionnel (Trager-Maury, 2007). Il est donc primordial que le soignant instaure un dialogue avec son patient pour lui donner cette information minimale. Nous ne disposons pas, tout comme en médecine conventionnelle, de réponses à toutes les questions mais nous pouvons poser les limites et expliquer le contexte. Par exemple, combattre les idées reçues et les phrases toutes faites telles que « si c'est naturel, c'est sans danger » et ne pas oublier que l'absence de preuve n'est pas la preuve de l'absence d'efficacité.

Les patients ont besoin de ces informations pour être accompagnés dans leur choix d'utilisation de TC, d'autant que le médecin reste pour le patient la source d'information la plus fiable. Fermer la porte au dialogue c'est prendre le risque de voir un jour le patient quitter le système de soins conventionnels à la recherche d'une meilleure écoute et d'une prise en charge plus globale. C'est souvent dans cette situation extrême qu'il se met alors le plus en danger.

Il est tout aussi fondamental que praticiens de TC et médecins s'ouvrent au dialogue mutuel afin de briser les préjugés réciproques, d'aiguiller au mieux le patient dans ses choix et d'établir une stratégie de prise en charge commune.

Aller dans le sens du patient qui recherche bien-être et prise en charge globale avec les TC, c'est également aller dans le sens de soins de support de qualité. En effet, la mise en place des soins de support en oncologie a pour vocation de prendre en charge « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. »

C'est dans cet état d'esprit que l'AFSOS en tant que société savante de soins oncologiques de support a missionné un groupe d'experts « PNCAVT » (Pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique) afin de faire le point sur les pratiques



existantes par le biais notamment d'un référentiel socle « Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support » (disponible sur le site www.afsos.org). L'étape suivante consiste à préciser sa démarche à travers des référentiels spécifiques dédiés aux thérapies complémentaires le plus fréquemment rencontrées en oncologie (acupuncture, homéopathie, hypnose, etc.).



Références

- Brugirard M. *et al.*, « Abstracts of the 2011 International MASCC/ISOO (Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society for Oral Oncology) Symposium », June 23-25, 2011, *Support Care Cancer* 2011 ; 19 Suppl 2 : Abs691-S304.
- Simon L *et al.*, "Complementary and alternative medicines taken by cancer patients", *Bull cancer* 2007; 94(5):483-8.
- Trager-Maury S *et al.*, "Use of complementary medicine by cancer patients in a French oncology department", *Bull Cancer*, 2007 Nov ; 94(11): 1017-25.
- Richardson M.A. *et al.*, "Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology", *JCO* 2000; 18(13): 2505-14.
- Boon H. *et al.*, "Discussing Complementary Therapies With Cancer Patients: What Should We Be Talking About?", *JCO* 2000 ; 18(13): 2501-04.
- Fargon J.-Y., Viens-Bitker C., *Rapport Médecines complémentaires à l'assistance publique-hopitaux de Paris*, mai 2012.

LES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES DANS LES PARCOURS DE SOINS OU L'INTRODUCTION À UNE MÉDECINE INTÉGRATIVE À LA FRANÇAISE

* FADILA FARSI, ONCOLOGUE, CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER LÉON-BÉRARD, LYON, RESPONSABLE DU RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE RHÔNE-ALPES, ADMINISTRATEUR DE L'AFSOS ET RESPONSABLE DE LA C3R (COMMISSION RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS-RÉSEAUX DE L'AFSOS')

Ce qui caractérise aujourd'hui la prise en charge des malades atteints de cancer, c'est non seulement la sophistication des combinaisons de traitements qu'on peut leur proposer, mais surtout la complexité de leur cheminement, de leur parcours au cours de leur maladie, entre différents intervenants, différents établissements, et enfin entre ces établissements et une prise en charge à domicile. Cela angoisse de nombreux malades et leurs familles et cela peut déstabiliser grandement les professionnels lorsque des dysfonctionnements ou une mauvaise circulation de l'information perturbent leur intervention. Durant les dix dernières années, les Plans cancer (2014) ont eu notamment pour objectif de garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace, de renforcer la coordination des soins, pendant et après la maladie et de prévoir un accompagnement des patients depuis l'annonce du cancer jusqu'à la réinsertion sociale. Plus récemment, les travaux sur la stratégie nationale de santé² sont venus renforcer ces objectifs sur un plan plus général dans le domaine de la santé : « La stratégie nationale de santé

1. Association francophone en soins oncologiques de support.

2. <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>



doit porter et accompagner ces profonds changements au travers d'un projet global encourageant le parcours de la personne (patient, personne âgée, personne handicapée), la coopération entre professionnels, la coordination ville-hôpital et la démocratie sanitaire dans le cadre des territoires [...]. Des expérimentations de financements de parcours seront engagées, à l'initiative des agences régionales de santé (ARS), dès 2014. Seront privilégiées des pathologies chroniques dont les modalités de prise en charge sont suffisamment encadrées, notamment par des référentiels. »

Le recours aux médecines dites complémentaires³ s'inscrit de plus en plus dans ces transformations des parcours de soins.

CONCEPTS ÉMERGENTS EN MATIÈRE DE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS EN CANCÉROLOGIE

Dans le cadre du parcours de soins, les concepts de médecine personnalisée, de prise en charge globale et de médecine intégrative deviennent des enjeux importants pour l'organisation en santé. *La médecine personnalisée* est une des orientations récentes et l'une des plus prometteuses en cancérologie. Elle consiste à traiter chaque patient/individu en fonction des spécificités génétiques et biologiques de sa tumeur. Dans le même temps, *les thérapies classiques* (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) restent d'actualité dans la plupart des cancers, et tendent à améliorer leurs performances ; on assiste aussi à une modification de l'organisation de leur dispensation : amélioration de la performance des techniques et des appareillages, durée d'hospitalisation plus courte ou prise en charge en ambulatoire.

Pour équilibrer cette tendance à l'hyperspécialisation et donc à la fragmentation des interventions et des compétences,

3. Les terminologies de médecines douces, alternatives, parallèles, naturelles, complémentaires sont indifféremment utilisées par la presse grand public, nous avons choisi de privilégier celui de « thérapies complémentaires » pour lever toute ambiguïté.

la prise en charge globale est aussi fixée comme objectif par les plans cancer avec l'évaluation des besoins et l'organisation de l'accès aux *soins de supports* (traitements symptomatiques, soins palliatifs, prise en compte des besoins psycho-sociaux), en particulier lors de moments charnières du parcours (dispositif d'annonce et dispositif d'après fin de traitement du cancer) en tenant compte de l'environnement du patient, de son mode de vie, etc.

Il s'agit donc de faire du sur-mesure pour chaque patient, visant ainsi une plus grande efficacité de la prise en charge et une meilleure qualité de vie de la personne.

La prise en charge extrahospitalière prend également une place de plus en plus importante, c'est le *virage ambulatoire* dans :

- dans la prise en charge initiale (thérapies orales, chirurgie, chimio et radiothérapie ambulatoire),
- dans le suivi post-thérapeutique (surveillance partagée/alternée ; accès aux soins de supports ; soutien psycho-social ; réinsertion sociale et professionnelle),
- mais aussi dans la prévention secondaire (nutrition, activité physique adaptée, etc.).

Aussi la notion de *médecine intégrative* permettra à terme de désigner le recours simultané à la médecine dite conventionnelle et ses évolutions mais aussi aux thérapies complémentaires (PNCVT-pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique, selon la terminologie de l'académie nationale de médecine) (Bontoux, 2013).

LA PLACE DES TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

On estime dans des travaux récents que le recours à des PNCVT concernerait respectivement 34 % des patients d'un service de cancérologie (Trager-Maury, 2007) et 53 % des patients cancéreux d'un territoire (Thiriat, 2012). La curiosité des Français pour les médecines complémentaires semble même en progression ; ainsi le Baromètre Santé 2015 des Pages Jaunes



(outil d'analyse des recherches de professionnels effectuées par les Français sur le site pagesjaunes.fr) révèle que « les recherches de spécialistes de la médecine alternative faites par les internautes ont grimpé de 61 % en 2014, par rapport à 2013 » (Heger, 2016).

Ces pratiques sont cependant considérées comme encore insuffisamment encadrées sur un plan réglementaire et scientifique ; les pouvoirs publics appellent à la prudence⁴ dans l'intégration de ces pratiques en particulier en milieu hospitalier avec aujourd'hui et *a minima* une obligation d'alerter les patients sur les risques d'interaction avec leurs traitements et sur les dérives possibles ; cela a été réaffirmé par le travail conjoint du Sénat⁵ et de l'Académie de médecine en 2012.

Mais on ne peut continuer à ignorer que les patients y ont recours et on ne peut pas ignorer non plus que ces thérapies complémentaires doivent être soumises comme d'autres à une évaluation de leurs bénéfices (au-delà du simple effet placebo) et de leurs risques⁶.

Ainsi l'AFSOS (association francophone en soins oncologiques de support) s'est engagée depuis 2012 dans une démarche, qui prend en compte le fait que la manière la plus efficace de conseiller utilement les personnes malades ou leurs proches, est celle *de les autoriser à en parler* ; et pour que les conseils des professionnels soient plus efficaces, de leur donner accès à des supports (référentiels) issus de l'évaluation des données de la littérature scientifique sur le rapport bénéfice-risque des pratiques les plus courantes (acupuncture, homéopathie, hypnose, etc.)^{7,8} ; et lorsque ces données sont insuffisantes, l'AFSOS et

4. Arrêté du 3 avril 2013 modifiant l'arrêté du 3 février 2009 portant création d'un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique.

5. <http://www.senat.fr/rap/r12-480-2/r12-480-2.html>

6. http://www.afsos.org/IMG/pdf/THERAPIES_COMP_J2R_2012_12_07.pdf

7. http://www.afsos.org/IMG/pdf/THERAPIES_COMP_J2R_2012_12_07.pdf

8. http://www.afsos.org/IMG/pdf/Acupuncture_AFSOS_VF_12_DEC.pdf

Unicancer (fédération nationale des centres de lutte contre le cancer), en partenariat avec les sociétés savantes, se sont engagées dans la promotion et le soutien à la recherche clinique dans ces domaines⁹. Ce travail est en cours, en particulier avec une réflexion sur les méthodologies adaptées à ce type de recherche. L'apport attendu dans les prochaines années est un éclairage plus argumenté des patients et des professionnels qui les prennent en charge, sur les bienfaits (ou l'inefficacité) des thérapies complémentaires les plus utilisées...



Références

- Bontoux Daniel, Couturier Daniel, Menkès Charles-Joël, « Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins », *Rapport / 5 mars 2013 groupe de travail de la commission XV*, Académie nationale de médecine.
- Trager-Maury Stéphanie *et al.*, « Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français », *Bull Cancer*, 2007 ; 94(11):1017-25.
- Thiriart Franck, *Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain*, thèse de médecine, 9 octobre 2012. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_THIRIAT_FRANCK.pdf
- Heger Boris, Pages Jaunes, « Les Français recherchent toujours plus de spécialistes des médecines douces », *Baromètre santé 2015*, AFP 20 Minutes, publié le 12 janvier 2016 à 12 h 45.

9. <http://www.unicancer.fr/actualites/groupeunicancer-afsos-partenariat-developper-recherche-soins-oncologiques-support>

