

alternative santé

30 ans d'expertise de la médecine naturelle

www.alternativesante.fr

octobre 2026

n°150
HORS-SÉRIE
CANCER

ONCOLOGIE INTÉGRATIVE

*Enquête sur les pionniers
qui font bouger les lignes*

Thérapie

*Soulager les douleurs
rebelles par les ondes
magnétiques*

Tribune

*Iode et cancer:
pourquoi
ce silence ?*

Entretien inédit

*50 ans d'enquête sur
l'industrie du cancer
avec le Dr Ralph W. Moss*



Immunothérapie : les fibres alimentaires font la différence

Et si l'assiette pesait sur l'efficacité d'un traitement anticancéreux ? L'hypothèse n'a plus rien d'excentrique. Le microbiote intestinal est aujourd'hui reconnu comme un modulateur majeur de la réponse à l'immunothérapie par inhibiteurs de points de contrôle – ces traitements qui lèvent les freins du système immunitaire pour qu'il s'attaque à la tumeur. Or les fibres alimentaires nourrissent précisément les bactéries associées aux meilleurs résultats.

Une étude publiée le 15 mars dernier dans la revue *Cancer*, menée au MD Anderson Cancer Center de Houston, vient étayer ce lien – et le complique d'une dimension inattendue. Ses auteurs ont suivi de façon prospective 153 patients traités par immunothérapie : 128 atteints de mélanome, 25 d'un sarcome des tissus mous de haut grade.

Tous recevaient du nivolumab, seul ou associé à l'ipilimumab.

Pour chacun, les chercheurs ont recueilli les apports en fibres avant traitement, le profil du microbiote intestinal par séquençage du génome entier et un indice de vulnérabilité sociale.

Le résultat central est net. Les patients dont les apports en fibres dépassaient la médiane – 17,3 grammes par jour – ont obtenu davantage de bénéfice clinique et de réponses de meilleure qualité. L'analyse multivariée confirme une réduction significative du risque de décès (rapport de risques 0,88 ; intervalle de confiance à 95 % : 0,80–0,97 ; $p = 0,007$). Côté flore intestinale, les gros consommateurs de fibres présentaient un enrichissement en bactéries favorables, notamment de la famille des *Ruminococcaceae*.

L'autre enseignement est social. La vulnérabilité sociale était inversement corrélée aux apports en fibres : plus elle est élevée, moins les patients consomment de fibres. Elle s'accompagnait aussi d'une flore moins favorable, avec une moindre abondance de *Bifidobacterium longum*. Mais – et c'est le point remarquable –, elle n'était pas associée, à elle seule, à une survie plus courte. Mieux : chez les patients traités avant chirurgie, une consommation élevée de fibres atténuait l'effet défavorable de la vulnérabilité sociale sur la survie. Dans les mélanomes incurables, le bénéfice était observé quel que soit le niveau de vulnérabilité.

Autrement dit, ce que l'on mange constitue ici un levier modifiable, accessible, même aux patients les plus fragiles socialement.

Les auteurs restent mesurés : étude rétrospective, monocentrique, effectif modeste – autant de limites qui interdisent d'en tirer un lien de cause à effet. Leur conclusion n'en est pas moins claire : le contexte social et environnemental doit désormais entrer dans l'évaluation de l'alimentation, du microbiote et de la réponse aux traitements.

Fields BC et coll., *Cancer* 2026;132(6):e70335. DOI : 10.1002/cncr.70335

CHIMIOTHÉRAPIE : LE CASQUE RÉFRIGÉRANT SAUVE VOS CHEVEUX

La chute des cheveux est l'un des effets secondaires les plus redoutés de la chimiothérapie – au point de conduire certains patients à refuser ou interrompre leur traitement.

Une méta-analyse parue le 30 avril dernier dans *Dermatology Practical & Conceptual* confirme l'efficacité du refroidissement du cuir chevelu, technique consistant à porter un casque réfrigérant pendant les perfusions.

Treize études, plus de 1 200 patients. Le bilan est spectaculaire : le risque d'alopécie modérée à sévère est réduit de 90 % dans une analyse portant sur quatre essais (262 patients). Les taux de conservation d'une chevelure jugée acceptable atteignent 75 à 95 % avec le casque, contre 8 à 49 % sans. Conséquence très concrète : le recours à une perruque tombe de 45-84 % à 5-33 %.

Les effets indésirables restent bénins – céphalées chez un quart des patients, frissons, sensation de froid – et moins de 30 % des patients interrompent la technique. Les auteurs plaident pour son intégration aux soins de support standard.

Ahmed A et coll., *Dermatol Pract Concept* 2026;16(2):6843. DOI : 10.5826/dpc.1602a6843

Magnésium : un levier contre le cancer du côlon

Et si prévenir le cancer colorectal passait aussi par le magnésium ? L'équipe du Pr Qi Dai (Vanderbilt-Ingram Cancer Center, à Nashville) avait déjà montré qu'il optimise le statut en vitamine D. Son essai randomisé en double aveugle contre placebo, publié en septembre 2025 dans l'*American Journal of Clinical Nutrition*, va plus loin : chez 226 participants ayant des antécédents de polypes, la supplémentation en magnésium stimule des bactéries intestinales capables de fabriquer de la vitamine D directement dans le côlon – là où elle freine la cancérogenèse. Le bénéfice dépend toutefois du sexe et du profil génétique... Une raison de plus de veiller à vos apports quotidiens !

Sun E, Zhu X, Ness RM et coll., *Am J Clin Nutr*, 2025. DOI : 10.1016/j.ajcnut.2025.09.011

150 numéros, et toujours la même conviction

Cent cinquante numéros. Cent cinquante fois le même pari : que l'on peut parler de santé naturelle sans renoncer à l'exigence scientifique, et parler de médecine conventionnelle sans en taire les angles morts. Notre ligne n'a pas bougé d'un pouce – ni complaisance, ni dogmatisme. Et derrière chaque page, la même obsession : que vous ayez entre les mains *ce qui peut changer quelque chose pour vous*.

Pour marquer ce cap, nous osons **ce numéro spécial autour du cancer**.

Parce que perdre des chances, ce n'est pas seulement se détourner d'un traitement qui sauve. C'est aussi ignorer l'existence même des pistes qui pourraient vous aider. On ne demande pas ce qu'on ne connaît pas.

Combien de patients traversent ainsi une chimiothérapie sans avoir jamais entendu parler du casque réfrigérant pour préserver leurs cheveux, de la lumière rouge contre leurs mucites ou de ce que l'activité physique change à leur pronostic ? Ces options existent, elles sont documentées, et pourtant elles ne sont que trop rarement discutées avec les oncologues ! Notre travail, depuis trente ans, c'est de les mettre en lumière pour vous.

Les chiffres réunis dans ce numéro édifient sont têtus. Des apports en fibres supérieurs à 17 grammes par jour améliorent la réponse à l'immunothérapie. Une seule séance d'hypnose avant le bloc réduit la médication après l'opération. Et le Dr Éric Ménat nous le rappelle dans son dossier consacré à l'oncologie intégrative : un malade accompagné en consultation a deux fois plus de chances de rémission que celui qui vient seul. Deux fois. C'est énorme !

C'est peut-être là le plus bel enseignement de l'oncologie intégrative. Elle ne promet pas de miracle et ne se substitue à rien : elle ajoute. Elle regarde la personne entière – son assiette, son sommeil, sa fatigue, sa solitude – et lui rend un rôle dans son propre chemin thérapeutique.

Quelle est la « meilleure » heure pour une chimiothérapie, le rôle des ondes magnétiques contre les douleurs rebelles, la vérité des dépistages systématiques ou encore un grand entretien exceptionnel avec le Dr Ralph W. Moss, fer de lance américain contre l'industrie du cancer : ce numéro anniversaire explore cette voie sans œillères.

La boussole de Moss est aussi la nôtre depuis 150 numéros : un « *scepticisme bienveillant* ». Sans crédulité, ni rejet catégorique.

C'est à ce prix qu'aucune chance ne se perd en route.

Merci d'être là depuis si longtemps.

Bonne lecture,

La rédaction d'Alternative santé

02 ACTUALITÉS

03 ÉDITO

04 ACTUALITÉS

07 BILLET D'HUMEUR

Iode et cancer :
pourquoi ce silence ?

09 DOSSIER

Cancer : la révolution
de l'oncologie intégrative

15 FOCUS

Chrono-chimiothérapie : pourquoi
l'heure de la perfusion compte

18 POLÉMIQUE

Les dépistages,
100 % bénéfiques ?

21 THÉRAPIE

La magnéto-analgésie : soulagez
vos douleurs rebelles par les
ondes magnétiques

23 INTERVIEW

50 ans d'enquête sur l'industrie
du cancer : rencontre avec
le Dr Ralph W. Moss

27 ANGLE MORT

« Une leucémie, c'est en moyenne
20 000 % de marge brute »

30 FICHE THÉRAPEUTIQUE

Effets secondaires des
traitements du cancer : quels
soins complémentaires ?

32 À LIRE... OU PAS !

REVUE MENSUELLE N°150 - OCTOBRE 2026

RÉDACTION

Directeur de la publication : Jacques Tierny

Rédactrice en chef : Clémence Fruit

Alternative santé

BioSanté Éditions

Adresse du siège social :

Rue du Grand-Chêne 1-3, 1003 Lausanne, Suisse

Registre journalier n° 2043 du 3 février 2016

CHE-208.932.960

CPPAP n° 0926 K 92 468

—

www.alternativesante.fr

SERVICE DES ABONNEMENTS

Abonnement annuel : 49 € pour 12 numéros

Pour toute question concernant votre abonnement, vous pouvez contacter le **+33 3 59 55 36 42** ou envoyer un email à alternativesante@editions-biosante.com ou adresser un courrier à BioSanté Éditions - Service courrier 679 avenue de la République 59 800 Lille - France

—

ISSN : 2430-9419

Imprimé en France par Mordacq,

ZI du Petit-Neufpré, rue de Constantinople, 62921 Aire-sur-la-Lys.

Distribué par Corlet routage, 67 rue Maximilien vox, 14 110 Condé en Normandie.

RDV SUR VOTRE TOUT NOUVEAU SITE
ALTERNATIVE SANTÉ !

www.alternativesante.fr

ESPACE PERSONNEL, ARCHIVES
ET ARTICLES INÉDITS
VOUS Y ATTENDENT !





Mucite sévère divisée par deux : la lumière rouge fait ses preuves

La mucite buccale – ces ulcérations qui rendent l'alimentation et la parole douloureuses – est la complication la plus redoutée des radiothérapies ORL. La lumière rouge pourrait bien changer la donne. Une méta-analyse parue cette année dans *Supportive Care in Cancer* a rassemblé 30 essais randomisés, soit 1 748 patients.

Et les chiffres sont éloquentes ! Sous photobiomodulation, le risque de mucite sévère est réduit de plus de moitié (RR 0,46). Celui de douleur orale sévère chute davantage encore, des deux tiers (RR 0,35). Le flux salivaire s'améliore lui aussi significativement – point capital pour ces patients dont la bouche s'assèche durablement.

L'intérêt majeur de ce travail : il ne repose pas sur l'observation, mais sur des essais randomisés, ce qui place la photobiomodulation parmi les rares approches complémentaires réellement documentées en oncologie de support. Une merveilleuse nouvelle !

Pedroso MNM et coll., *Support Care Cancer* 2026;34:364. DOI : 10.1007/s00520-026-10575-4

QUATRE SÉQUELLES DE L'APRÈS-CANCER AMÉLIORÉES D'UN COUP !

Humeur en berne, anxiété, fatigue, insomnie : ces quatre plaies de l'après-cancer n'ont aucun traitement de référence. Le yoga vient de marquer un point sérieux. Présenté au congrès de l'Asco 2026 (American Society of Clinical Oncology), un essai randomisé de phase III a suivi 410 personnes ayant terminé leur traitement depuis 2 à 24 mois, recrutées dans 12 centres d'oncologie de proximité aux États-Unis.

Le protocole n'a rien d'héroïque : hatha yoga doux et yoga restauratif, intensité faible à modérée, environ trois séances par semaine pour 180 minutes hebdomadaires. Résultat : une perturbation de l'humeur nettement réduite (-5,08 points au score du POMS, effet modéré à important) et une anxiété en recul. Mieux encore, les auteurs montrent que ce sont ces gains sur l'humeur et la fatigue qui expliquent en partie l'amélioration du sommeil.

Choi Y. et coll., *ASCO Annual Meeting* 2026, abstract 12004

DES BACTÉRIES PROGRAMMÉES POUR DÉVORER LES TUMEURS

Et si le cancer était détruit de l'intérieur ?

Des chercheurs de l'université de Waterloo (Canada) ont modifié génétiquement *Clostridium sporogenes*, une bactérie du sol qui ne prolifère qu'en l'absence totale d'oxygène. Or le cœur des tumeurs solides, composé de cellules mortes, en est justement dépourvu : un terrain idéal.

« Les spores pénètrent dans la tumeur, s'y nourrissent, colonisent son centre et finissent par l'éliminer », explique le Dr Marc Aucoin.

Restait à les empêcher de mourir à la périphérie, au contact de l'oxygène : l'équipe leur a ajouté un gène de tolérance, activable à la demande – ce qui évite aussi toute prolifération accidentelle dans le sang.

ACS Synthetic Biology 8 Dec, 2025 DOI:10.1021/acssynbio.5c00628 Construction and Functional Characterization of a Heterologous Quorum Sensing Circuit in *Clostridium sporogenes*

CHIFFRES

389 sur 100 000 habitants

C'est l'incidence du cancer en France, l'une des plus fortes au monde, avec Monaco, selon le classement de Global Burden of Disease de 2023 regroupant 160 pays.

1 nouveau cancer transmissible chez les poissons-chats vient d'être découvert par les chercheurs.

Il interviendrait par contact rapproché, pendant la reproduction notamment. En revanche, aucune sur-mortalité identifiée pour le moment !



Cancer du côlon : bouger fait reculer la récurrence

L'exercice vient de franchir un cap, celui de la preuve. Publié dans le *New England Journal of Medicine*, Challenge est le premier essai randomisé de phase III à démontrer qu'un programme d'activité physique réduit la récurrence d'un cancer. 889 patients opérés d'un cancer du côlon (stade III ou stade II à haut risque), 55 centres, trois ans de programme structuré après la chimiothérapie adjuvante – contre de simples brochures d'éducation à la santé dans le groupe témoin.

Au terme d'un suivi médian de près de huit ans, le verdict tombe : 80,3 % des patients du groupe exercice sont toujours indemnes de maladie à cinq ans, contre 73,9 % dans l'autre groupe. Soit un risque de récurrence ou de décès abaissé de 28 %. La survie globale suit la même pente.

Le revers, à ne pas taire : les troubles musculosquelettiques ont été plus fréquents chez les sportifs (18,5 % contre 11,5 %).

Un prix modeste au regard du bénéfice.

Courneya KS et coll., *N Engl J Med* 2025;393:13-25. DOI : 10.1056/NEJMoa2502760

Neuropathie sous chimiothérapie : l'acupuncture trouve enfin sa posologie

Fourmillements, brûlures, engourdissement des mains et des pieds « en gants et en chaussettes » : la neuropathie induite par la chimiothérapie touche 30 à 60 % des patients traités par sels de platine, taxanes ou vinca-alcaloïdes. Elle n'est pas qu'un inconfort – elle contraint souvent à réduire les doses, à espacer les cures, parfois à interrompre le traitement. Et l'arsenal thérapeutique est quasi vide : les recommandations américaines ne retiennent qu'une seule molécule, la duloxétine, pour les formes douloureuses déjà installées.

D'où l'intérêt d'une méta-analyse publiée en février dernier dans *Frontiers in Oncology*, qui a réuni 11 essais randomisés et 740 patients issus des États-Unis, de Chine, du Royaume-Uni, du Brésil, d'Allemagne et d'Israël. Verdict : l'acupuncture réduit significativement la douleur (différence moyenne standardisée -1,23), améliore la qualité de vie et maintient son effet pendant le suivi, jusqu'à vingt semaines dans l'étude la plus longue. Mais l'apport majeur de ce travail est ailleurs. Ses auteurs sont les premiers à modéliser une véritable relation dose-effet. Leurs conclusions sont d'une précision inhabituelle pour une thérapie complémentaire : le seuil d'amélioration cliniquement perceptible est atteint au bout de 8 semaines, après 16 séances, à raison de deux séances hebdomadaires. Prolonger au-delà n'apporte quasiment rien de plus. L'acupuncture, autrement dit, ne s'improvise pas – elle se prescrit, avec des paramètres. Une réserve, et elle compte : dans les deux essais où l'acupuncture était comparée à une fausse acupuncture, la différence disparaissait. Les auteurs réclament d'ailleurs des essais multicentriques de plus grande ampleur.

Tian H. et coll., *Front Oncol* 2025;14:1527331. DOI : 10.3389/fonc.2024.1527331

Insomnie et cancer : plus d'un patient sur deux retrouve un sommeil normal

Le chiffre donne le vertige : 60,7 % des patients atteints de cancer dorment mal. Et la guérison ne règle pas tout -30 % des survivants luttent encore contre leurs nuits, deux ans après la fin des traitements. Longtemps, ces insomnies ont été considérées comme le prix inévitable de la maladie. Elles se soignent. Et pas avec des somnifères. Des chercheurs de l'université de Hong Kong viennent de passer au crible tout ce qui a été tenté ces dix dernières années. Leur méta-analyse, publiée en juin dernier dans *Frontiers in Psychology*, rassemble 42 essais randomisés et 3 844 patients, tous sélectionnés sur un critère exigeant : des troubles du sommeil cliniquement avérés, pas de simples plaintes passagères.

La grande gagnante s'appelle la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie. Quelques semaines d'un programme structuré – corriger les croyances sur le sommeil, restreindre le temps passé au lit, réapprendre au corps que le lit sert à dormir – et le gain moyen atteint 8 points sur l'échelle de référence, bien au-delà du seuil de pertinence clinique. Surtout, les patients qui en bénéficient ont près de quatre fois plus de chances de repasser sous le seuil pathologique : 57,3 % de rémissions, contre 27,4 % dans les groupes témoins.

Et voici ce qui change tout en pratique : les programmes suivis à distance, en ligne, font aussi bien que les séances en cabinet. Une réserve, que les auteurs assument : le bénéfice s'estompe au-delà de trois mois. Des séances de rappel semblent nécessaires pour tenir la distance.

Source : Chan J. et coll., *Front Psychol* 2026;17:1811748. DOI : 10.3389/fpsyg.2026.1811748

UNE HEURE DE MUSIQUE EN GROUPE PENDANT LA CHIMIO : L'ANXIÉTÉ S'EFFONDRE

L'image a de quoi surprendre. Dans une salle de chimiothérapie colombienne, sept à dix patients, assis dans leurs fauteuils de perfusion, chantent des boléros et des vallenatos, accompagnés à la guitare par une musicothérapeute. Certains agitent des maracas. D'autres se contentent d'écouter. La séance dure une heure – le temps de la perfusion. Ce dispositif vient d'être évalué par un essai randomisé multicentrique publié en septembre 2025 dans *Frontiers in Psychiatry*. 110 patients traités en ambulatoire dans deux hôpitaux, à Cali et Barranquilla, ont été répartis par tirage au sort : soit une séance de musicothérapie de groupe en plus des soins habituels, soit les soins habituels seuls, pour une durée identique. Le résultat est clair. Dans le groupe musicothérapie, le score d'anxiété-état chute significativement après la séance ; dans le groupe témoin, il ne bouge pas. En moyenne, l'écart entre les deux groupes atteint 7 points sur l'échelle de Spielberger. Le bien-être psychologique et le bien-être général progressent eux aussi, là encore, uniquement chez les patients ayant participé. Mais le chiffre le plus parlant concerne les plus anxieux. Chez les 18 participants dont le score dépassait le seuil clinique de 40 avant la séance, la médiane est passée de 43,5 à 30 dans le groupe musicothérapie – repassant sous le seuil pathologique. Dans le groupe témoin, elle n'a pratiquement pas bougé, de 47,5 à 47. Une baisse de plus de dix points, soit le seuil reconnu de pertinence clinique. Les auteurs soulignent un point pratique décisif : ces groupes s'organisent sans bouleverser le planning des services, ne demandent aucun renfort de l'équipe soignante, et aucun effet indésirable n'a été rapporté. Le temps passé sous perfusion devient un moment collectif, susceptible, avec le temps, de créer de véritables liens entre patients.



Chirurgie du sein : une seule séance d'hypnose avant le bloc

Deux heures. C'est le délai qui sépare la séance d'hypnose de l'entrée au bloc opératoire dans un essai randomisé publié en mars dernier dans *Anesthesiology*, l'une des revues d'anesthésie les plus exigeantes au monde. 203 femmes opérées d'un cancer du sein à l'hôpital universitaire d'Oslo, en Norvège, ont été tirées au sort pour recevoir, juste avant l'intervention, soit une séance unique d'hypnose, soit une séance de méditation de pleine conscience.

Ce qui rend cet essai remarquable, c'est justement ce groupe de comparaison : les patientes témoins n'ont pas été laissées sans rien. Elles ont bénéficié d'une véritable séance de méditation, dans les mêmes conditions et pour la même durée. L'hypnose était donc confrontée à une autre technique corps-esprit reconnue, pas à une absence de prise en charge – et elle en sort gagnante.

Au réveil, les patientes hypnotisées rapportent moins de fatigue et moins de détresse émotionnelle. Surtout, elles ont eu besoin de significativement moins de médication – l'effet le plus marqué de l'étude. Et le bénéfice sur la détresse était d'autant plus net que l'anxiété avant l'opération était élevée : ce sont les patientes les plus angoissées qui en profitent le plus. Surtout, aucun effet indésirable n'a été rapporté. Pour une intervention qui tient en une séance, ne coûte presque rien et s'insère dans le parcours sans le perturber, le rapport bénéfice-risque est difficile à prendre en défaut.

Reme SE et coll., *Anesthesiology* 2026;144(3):559-569. DOI : 10.1097/ALN.0000000000005821

UN SIMPLE DOSAGE SANGUIN PRÉDIT LA SURVIE À 12 ANS

Des chercheurs du Roswell Park Comprehensive Cancer Center, dans l'État de New York, ont mesuré le taux sanguin de 25-hydroxyvitamine D chez 3 995 femmes au moment du diagnostic d'un cancer du sein invasif, puis les ont suivies pendant douze ans en médiane. Les femmes dont le taux était suffisant présentaient une survie globale nettement meilleure que celles en carence, ainsi qu'un risque réduit de second cancer primitif. Le gain de survie atteint même 24 % et s'accompagne d'une réduction relative de 33 % des facteurs de risques cardiovasculaires – diabète, dyslipidémie. Aucun essai randomisé de supplémentation n'a encore été mené chez ces patientes, mais les auteurs recommandent d'ores et déjà des doses quotidiennes modérées, en dessous de 4 000 UI, en cas de carence avérée au diagnostic. Une réserve importante : en cas de métastases osseuses, la supplémentation peut favoriser une hypercalcémie et doit être évitée.

Chua A. Jr. et al., *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2026;24(4). Publié en ligne le 30 mars 2026.



Bulletin d'abonnement

Tous les mois vous recevez dans votre boîte aux lettres et par e-mail un nouveau numéro de 32 pages du mensuel *Alternative santé* rédigé par les meilleurs spécialistes en matière de santé naturelle. Votre abonnement à *Alternative santé* pour une année (12 numéros) au format papier + électronique (envoi en France métropolitaine) est à seulement 69 euros pour tout règlement par chèque (49 euros + 15 euros de frais de port + 5 euros de frais de chèque). Vous bénéficiez de la garantie satisfait ou intégralement remboursé pendant 3 mois après la date de souscription. Pour vous abonner, merci de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous sans oublier de renseigner votre adresse e-mail.

Une question ? Contactez-nous au +33 3 59 55 36 42

Vous souhaitez bénéficier de nos offres spéciales avec d'autres modes de paiement (carte bancaire, SEPA) ? Vous habitez hors France métropolitaine ? RDV directement en ligne sur le site : <https://www.alternativesante.fr/>

Étape 1 : Vos coordonnées (tous les champs sont obligatoires)

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. : Email :

Étape 2 : Votre règlement par chèque

Merci de joindre à ce formulaire un chèque de 69€ à l'ordre d'Alternative santé, et de les renvoyer à cette adresse :

BioSanté Editions – Service courrier
679 avenue de la République
59800 Lille – France

Informatique et libertés : vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce service est assuré par nos soins. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient communiquées, merci de cocher la case suivante ☐

Chaque année, des milliards d'euros irriguent la recherche contre le cancer – dépistage, traitement, plans nationaux qui se succèdent depuis vingt ans. Une industrie entière, une noble cause, qu'il serait malvenu de remettre en question.

Et pourtant, à côté de cette machine de guerre, des pistes de prévention naturelle existent, mais elles avancent péniblement. La vitamine D, la vitamine C, le magnésium : des recherches sérieuses montrent l'utilité de ces substances, mais elles restent marginales, noyées dans un océan de littérature consacrée aux molécules brevetables.

Dernièrement, je lisais *Les pouvoirs de l'iode*, du docteur Vincent Reliquet. Un ouvrage qui documente, prouve à l'appui, ce que le grand public et une bonne partie du corps médical ignore malheureusement : l'iode possède des vertus anti-cancer réelles, étudiées depuis un demi-siècle. Or, l'iode brille par son absence dans nos assiettes et... dans le débat public.

Carence généralisée

Il se trouve que l'Organisation mondiale de la santé presse l'Europe d'agir depuis des années, car la population du Vieux Continent reste massivement carencée. Un programme européen, EUthyroid, a fini par chiffrer l'ampleur du désastre : jusqu'à 360 millions de citoyens concernés. En 2018, le projet s'est clôturé sur une déclaration de Cracovie sans détour : « *Les scientifiques craignent que près de 50 % des nouveau-nés européens n'atteignent pas leur potentiel cognitif en raison de carence en iode*¹ ». L'enjeu est ni plus ni moins celui de l'intelligence collective. Le coordinateur du projet, Henry Völzke, appelle les gouvernements à « *prendre enfin leurs responsabilités* ».

Sept ans plus tard, le silence reste à peu près total. Mais ce que les conclusions d'EUthyroid ne disent pas, c'est que l'iode pourrait aussi être une arme de choix dans la lutte contre de nombreux cancers, à commencer par le cancer du sein. Sur ce terrain, le livre du Dr Reliquet est d'une grande utilité publique.

Sein, thyroïde, même combat

Le sein et la thyroïde partagent un trait biologique commun : les deux tissus captent l'iode, les deux en dépendent pour fonctionner normalement. Reliquet documente une série de coïncidences, qui n'en sont probablement pas : les femmes atteintes de pathologies thyroïdiennes présentent plus souvent des pathologies mammaires associées ; celles qui développent un cancer du sein affichent des volumes thyroïdiens supérieurs à la moyenne ; et surtout, les patientes atteintes de cancer du sein présentent des ioduries significativement plus basses que les femmes indemnes.

La mastopathie fibrokystique – considérée comme un état précancéreux – répond depuis longtemps, et avec

succès, à des applications ou une supplémentation en iode. La forme moléculaire (I₂) semble la plus efficace, à condition de dépasser 6 mg par jour, soit quarante fois l'apport recommandé par les autorités sanitaires (150 microgrammes/jour)².

Une étude de 2008 apporte une explication concrète à cette observation clinique : l'iode modifie l'expression de 43 gènes dans les cellules du cancer du sein, presque tous liés au métabolisme des œstrogènes³. Les chercheurs évoquent un effet anti-œstrogénique. Or l'exposition hormonale prolongée aux œstrogènes est l'un des facteurs de risques les mieux établis du cancer du sein. On tient maintenant un mécanisme biologique qui sort la piste iodée de la simple corrélation.

Le chaînon manquant

C'est pourquoi Vincent Reliquet estime que tout diagnostic de cancer du sein devrait déboucher systématiquement sur une analyse du statut en iode. Le bon test, c'est l'iodurie de 24 heures, avant tout examen d'imagerie utilisant des produits de contraste iodés, ce qui fausserait la mesure. Il applique la même règle avant toute prescription de T4 pour une hypothyroïdie. En effet, il existe un faisceau de preuves incriminant l'hormone thyroïdienne

dans la progression du cancer du sein⁴. Le Dr Reliquet s'interroge : combien de femmes traitées à vie pour une hypothyroïdie ne souffrent en réalité que d'une carence en iode, jamais recherchée ni corrigée ? Avec, en prime, un traitement qui pourrait s'avérer contre-productif en matière de prévention anticancéreuse.

Le terrain cardiovasculaire n'est pas en reste dans l'ouvrage. Le sujet pèse au moins aussi lourd que le cancer dans les statistiques de mortalité. Reliquet pose une question tout aussi dérangement : et si une partie de nos patients cardiaques n'étaient, en réalité, que des hypothyroïdiens non diagnostiqués ? Hypertension, troubles du rythme, dyslipidémies, prise de poids ? Pour l'auteur des *Pouvoirs de l'iode*, la médecine actuelle empile les ordonnances sans jamais songer d'abord à diagnostiquer un co-facteur commun : la carence en iode.

Une molécule au nom imprononçable

Mais revenons à notre sujet, la prévention du cancer. On sait aujourd'hui que l'iode, une fois dans l'organisme, peut se lier chimiquement à l'acide arachidonique – un acide gras abondant dans nos membranes cellulaires – pour former un composé appelé 6-iodolactone (ou 6-IL). Cette molécule hybride agit comme un starter biologique : elle active un récepteur cellulaire qui déclenche à son tour l'apoptose, c'est-à-dire le « suicide » programmé des cellules tumorales. L'organisme utilise en permanence ce mécanisme de nettoyage contre les cellules défectueuses, qui semble défaillant dans les tissus cancéreux.

En 2007, une étude de suivi de la cohorte américaine Nhanes I a montré que les hommes présentant les ioduries



les plus élevées affichaient un risque de cancer de la prostate inférieur d'environ 30 % à ceux des ioduries les plus basses⁵. Depuis, plusieurs équipes ont exploré le mécanisme cellulaire : sur les cellules prostatiques cancéreuses, l'iodure et l'iode moléculaire, ainsi que la 6-iodolactone, réduisent la prolifération et déclenchent l'apoptose⁶.

Tissus iodo-dépendants

Cette voie a également été identifiée dans la thyroïde, le côlon, le système nerveux et potentiellement bien d'autres tissus encore. Son activation semble exiger des apports en iode largement supérieurs aux recommandations officielles, de l'ordre de plusieurs milligrammes par jour.

Des équipes allemandes et mexicaines ont aussi testé l'iode sur un large éventail de lignées cancéreuses humaines : mélanome, glioblastome, neuroblastome, cancers du poumon, du pancréas. Résultat, presque partout, une croissance cellulaire freinée, parfois spectaculairement. Seule exception notable : le cancer du côlon, qui semble résister à l'iode plus que les autres.

En matière de prévention du cancer, le mécanisme de l'iode est documenté depuis plus de dix ans dans des revues à comité de lecture. Aucune application clinique généralisée n'en a pourtant découlé à ce jour.

En 2013, une équipe mexicaine publiait, dans la revue *Thyroid*, une recommandation assez claire pour toutes les pathologies des tissus qui captent l'iode (thyroïde, sein, prostate, et potentiellement pancréas, estomac, système nerveux) : un apport d'au moins 3 mg par jour sous forme d'I₂, accompagné d'un suivi médical⁷. Une formulation aussi précise, venant d'une revue à comité de lecture, mériterait mieux qu'un silence poli. Elle n'a, à ce jour, débouché sur rien.

Iodophobie

D'où vient cette réticence généralisée à promouvoir l'iode comme outil de santé publique ? En grande partie de l'effet Wolff-Chaikoff, constaté en 1948 sur des rats, et jamais confirmé chez l'homme : trop d'iode nuirait gravement à la thyroïde. Depuis, la limite maximale de sécurité reste fixée à 600 µg/jour. Cette peur fondatrice, jamais vraiment questionnée depuis soixante-quinze ans, a fini par transformer un nutriment essentiel en repoussoir. Ce qui n'est pas sans arranger les affaires de certains.

La bataille pour la réhabilitation de l'iode a été engagée au début des années 2000 par Guy E. Abraham, gynécologue-endocrinologue américain, qui a consacré l'essentiel de ses recherches à démontrer la pertinence d'une complémentation en iode, à des taux bien supérieurs aux recommandations officielles. Depuis son décès, David Brownstein, médecin de famille au Michigan, a pris le relais auprès du grand public à travers son propre ouvrage sur l'iode, devenu une référence du genre outre-Atlantique. Le docteur Vincent Reliquet est aujourd'hui le relais francophone de ce combat contre « l'iodophobie ».

Choisissez votre camp

Reste une question : celle du dosage. Faites-vous davantage confiance aux 150 microgrammes recommandés par les autorités sanitaires – 200 pour une femme enceinte –, ou

à la proposition de 12,5 milligrammes quotidiens défendue par Abraham, Brownstein et aujourd'hui, Reliquet ?

Personnellement, j'ai choisi mon camp. Je n'ai pas peur des hauts dosages d'iode. Il suffit de voir ce qu'ingurgitent en iode les Japonais *via* les algues quotidiennement au menu. L'apport journalier moyen est estimé entre 2 et 3 mg, soit quinze à vingt fois l'apport jugé suffisant en Europe. Il faut aussi savoir que l'amiodarone, molécule prescrite au long cours à des millions de patients cardiaques, contient 500 fois l'apport journalier recommandé (74 mg d'iode par comprimé de Cordarone®), sans que personne ne brandisse l'effet Wolff-Chaikoff. Par ailleurs, un simple examen d'imagerie médicale utilisant un produit de contraste iodé peut injecter, en une seule fois, jusqu'à 30 grammes d'iode, l'équivalent de 200 000 fois l'apport journalier recommandé.

Trop peu d'iode pourrait même s'avérer préjudiciable si on en croit une étude chinoise publiée dans *Oncotarget* en 2017. Elle a trouvé un effet négatif de l'iode I₂⁸ à très faible concentration (1 à 6 micromolaires). L'iode moléculaire stimule l'activité des récepteurs aux œstrogènes dans des cellules de cancer du sein – un effet potentiellement défavorable. À l'inverse, une équipe allemande a testé des concentrations bien supérieures (20 à 80 micromolaires) sur les mêmes cellules de cancer du sein et observé, cette fois, une réduction de 75 à 85 % de leur prolifération⁹, à l'opposé de la stimulation observée à faible dose. Force est de constater que la littérature sur l'iode est souvent contradictoire. Cet oligo-élément n'a pas livré tous les secrets de ses mécanismes d'action.

Avant toute complémentation, il faut retenir un point essentiel : l'iodure et l'iode moléculaire ne sont pas interchangeables. La thyroïde se satisfait de l'iodure. Le sein, la prostate, le cerveau semblent préférer l'iode moléculaire. L'association des deux revient dans beaucoup d'études convaincantes sur les bienfaits de l'iode.

Refaites votre stock

Il y a bien d'autres raisons de reconstituer rapidement un bon stock d'iode dans ses tissus. Cet oligo-élément appartient à la famille des halogènes, aux côtés du fluor et du brome – deux polluants environnementaux omniprésents, capables d'entrer en compétition avec l'iode au niveau de nos récepteurs cellulaires. Un organisme correctement saturé en iode se défend mieux contre les intrus chimiques.

Et puisque les épidémies saisonnières sont d'actualité, l'iode reste un excellent soutien naturel de l'immunité face aux infections, qu'elles soient virales, bactériennes ou fongiques. À l'ère des pandémies, on aurait tort de boudier cet allié.

Un doute, une hésitation ? Un bon départ pour la réflexion est déjà d'évaluer son statut en iode... Ce n'est pas compliqué, il suffit d'uriner 24 h dans un bidon, de le confier à un laboratoire et de déboursier 30 €. Dommage que nos autorités n'aient pas encore compris l'intérêt de prendre en charge cette analyse. D'autant plus que les chercheurs du projet européen EUthyroid appellent très clairement à un meilleur dépistage de la carence iodée, une épidémie silencieuse qui nous conduit tout droit vers un déclin cognitif.



Cancer : la révolution de l'oncologie intégrative

Non, soigner un cancer ne se résume pas à traiter une tumeur. C'est le credo de l'oncologie intégrative : associer les traitements conventionnels aux approches complémentaires validées – phytothérapie, acupuncture, méditation, vitamines, photobiomodulation... – pour une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité : son terrain, son alimentation, son hygiène de vie. Une révolution en marche, qui redonne enfin aux malades un rôle d'acteur dans leur guérison.

– Dossier réalisé par le Dr Éric Ménat



Centre Ressource, Institut Rafaël : des pionniers

De plus en plus de centres d'oncologie intégrative voient le jour en France, parfois dans des structures hospitalières, car cette approche est de plus en plus validée par les agences de santé. Le plus connu actuellement est l'Institut Rafaël à Paris, créé par le Dr Alain Toledano, oncologue et responsable d'un service de radiothérapie.

Mais le premier à avoir créé un tel centre, bien avant que le terme « intégratif » ne soit utilisé, c'est le Dr Jean-Loup Mouysset qui a fondé le centre Ressource² à Aix-en-Provence³.

Aujourd'hui, malheureusement, tout le monde connaît le mot « oncologie ». C'est le terme consacré pour dire « cancérologie ». Le mot, qui vient du grec *onkos* (« masse », « tumeur ») et de *logos* (« étude »), fait moins peur et plus scientifique.

Mais que recouvre exactement le terme « oncologie intégrative », de plus en plus utilisé à mesure que se développent les centres qui la pratiquent ?

Il est évidemment dérivé du terme « médecine intégrative » dont la définition ne fait pas encore consensus. En pratique, elle propose une approche qui associe la médecine conventionnelle et des pratiques complémentaires validées, en prenant en compte la personne dans sa globalité, pas seulement la maladie.

Le malade, pas qu'un cancer

L'oncologie intégrative applique ce principe au cancer. Elle fait donc appel à tous les traitements oncologiques proposés par les services spécialisés, mais aussi à de nombreuses approches, qu'elles soient médicamenteuses ou non.

Nous verrons un peu plus loin que cette oncologie intégrative pourrait être la « bête » association des traitements du cancer (chimio et radiothérapie en particulier) et des soins de support. Mais ces derniers ne servent qu'à mieux supporter les traitements oncologiques.

L'oncologie intégrative va plus loin. Elle se base en particulier sur le fait que le cancer n'est pas une maladie qu'on « attrape », comme une bactérie, mais que notre corps va fabriquer à cause de nombreux facteurs favorisants : génétique, hygiène de vie,

alimentation, environnement, équilibre émotionnel et j'en passe. Tous ces éléments font partie à la fois du terrain de la personne et de ses conditions de vie au sens large. Certains parleront des circonstances particulières et spécifiques au patient qui ont favorisé l'apparition d'un cancer.

Prendre en charge un patient cancéreux de façon « intégrative », cela veut dire l'aider à supporter les traitements hospitaliers, mais aussi renforcer ses défenses et lutter contre un éventuel terrain défavorable.

Le but est d'augmenter ses chances de rémission, puis de guérison et de réduire son risque de récurrence. Si on traite le cancer sans rien changer chez le patient, les risques de récurrence seront bien plus importants. De nombreuses études ont pu le montrer concernant l'hygiène de vie, l'activité physique, l'arrêt du tabac ou l'équilibre alimentaire. La prise en charge du stress va également jouer un rôle majeur.

Redevenir acteur de sa santé

De ce fait, l'oncologie intégrative va faire appel à des nombreux remèdes, essentiellement naturels, mais parfois chimiques, et à de nombreux thérapeutes ou soignants, comme des phytothérapeutes, homéopathes, kinés, ostéopathes, diététiciens, psychologues, coachs sportifs, mais aussi des praticiens de méthodes moins conventionnelles, comme des sophrologues, réflexothérapeutes, kinésithérapeutes et bien d'autres.

La priorité sera non pas de multiplier les thérapeutiques, mais d'aider le malade à devenir acteur de sa santé. C'est à lui de modifier son alimentation, son hygiène de vie, son équilibre émotionnel grâce à cet accompagnement intégratif.

Les soins de support, une base essentielle



Contrer les nausées

À côté de l'intestin, il faudra agir sur les nausées et le foie.

Là encore, beaucoup de solutions sont à envisager.

- D'abord, l'homéopathie, avec plusieurs remèdes comme Nux Vomica ou Ipeca. Il est bien dommage qu'ils ne soient pas proposés dans les services d'oncologie.
- Le gingembre, que j'ai déjà cité
- L'huile essentielle de menthe poivrée en respectant bien les précautions d'emploi
- Diverses plantes hépatiques, à commencer par le Desmodium, qui est le plus efficace à mon sens. Il est souvent interdit par les oncologues, mais c'est malheureusement pour de très mauvaises raisons que je ne peux pas détailler ici.

Officiellement, les soins de support sont l'ensemble des soins et accompagnements proposés à une personne malade, en complément des traitements spécifiques, pour améliorer sa qualité de vie sur le plan physique, psychologique et social.

Ils sont apparus la première fois en France dans le cadre du plan cancer 2003-2007 et même si on peut utiliser ce terme pour d'autres pathologies, c'est surtout en oncologie qu'il est le plus usité. Il existe d'ailleurs une structure, l'Afsos, Association francophone des soins oncologiques de support, avec laquelle j'ai eu le plaisir de collaborer dans le domaine de la phytothérapie⁴.

Car si on se base sur la définition les soins de support devraient faire appel à toutes les approches intégratives, en particulier les plus naturelles, comme la phyto-aromathérapie, l'homéopathie ou encore d'autres approches non conventionnelles, comme l'ostéopathie, la réflexologie plantaire et bien d'autres.

C'est ce qu'il se passe dans les centres Ressource ou encore à l'Institut Rafaël. Malheureusement, dans de nombreux services d'oncologie, ces approches ne sont pas proposées et peuvent même être rejetées, voire interdites, alors que de nombreuses études montrent leur intérêt sur la qualité de vie et même sur le pronostic des patients atteints de cancer. Voici quelques exemples concrets⁵.

Protéger le microbiote

Protéger et rétablir la flore intestinale : les nombreux traitements allopathiques perturbent notre microbiote, qui est pourtant essentiel pour notre confort, mais aussi la réussite de ces traitements. C'est pourquoi je donne souvent dans ces situations :

- le matin, un probiotique ou un synbiotique (association pro et prébiotiques) ;
- le soir de la chlorophylle magnésienne, qui aide à équilibrer la flore fongique et réparer la muqueuse intestinale ;

Les chimiothérapies sont particulièrement agressives pour cette muqueuse. Les soins

de support devraient donc toujours chercher à la « réparer ». Plusieurs molécules sont importantes :

- le curcuma, qui est un grand anti-inflammatoire intestinal. Attention, il n'est pas compatible avec toutes les chimios ;
- le gingembre, qui agit sur les nausées et a une action anti-inflammatoire. Je l'utilise très souvent pendant les chimios, surtout qu'il est immunostimulant et lutte contre la fatigue ;
- le boswellia, une des plantes les plus actives sur l'inflammation de l'intestin ;
- la cannelle qui lutte contre les dysbioses (déséquilibre de la flore intestinale) ;
- la glutamine, un acide aminé qui aide à reconstruire une muqueuse intestinale de qualité. Elle peut être contre-indiquée dans certains cancers, en particulier celui du côlon.

On voit qu'il existe de nombreuses pistes, mais qu'elles ne doivent pas être utilisées sans avis d'un professionnel de santé qui maîtrise ces produits.

Renforcer le système immunitaire

La chimio va également altérer le **système immunitaire** et favoriser diverses infections (virales, bactérienne et fongiques). Nous avons beaucoup de solutions pour soutenir ce système immunitaire.

- La vitamine D à assez forte dose a montré son rôle protecteur et immunostimulant.
- La vitamine C, à forte dose, est une piste importante à envisager.
- Les probiotiques, déjà cités, aident le système immunitaire.
- L'homéopathie peut être également très utile.
- Les plantes immunostimulantes sont sûrement prioritaires, comme l'échinacée, *Una de gato* ou le gingembre, sans oublier la mycothérapie.

Il y a bien d'autres pistes intégratives que je ne peux pas développer ici pour agir sur d'autres symptômes : fatigue, stress, sommeil, douleurs, peau et cheveux...

L'onco-homéopathie avec la Shisso

La Société homéopathique internationale de soins de support en oncologie a été créée en 2016 par mon ami, le Dr Jean-Lionel Bagot, pour étudier de façon rigoureuse et strictement scientifique l'utilisation de l'homéopathie chez les patients cancéreux. Avec l'aide d'homéopathes européens, la Shisso publie régulièrement des études qui montrent à quel point cette approche naturelle peut aider les patients sans aucun risque d'interaction médicamenteuse. Elle permet ainsi d'établir des protocoles validés par tous les pays participants à ses travaux⁶.

Le « terrain », trop souvent négligé

Agir sur le terrain pour renforcer les défenses propres au patient me paraît essentiel face à une maladie, comme le cancer, qui a été créée par l'organisme lui-même. Il y a des causes qui doivent être recherchées et combattues si on veut se donner un maximum de chances de guérir et d'éviter les récurrences.

Le « terrain », c'est quoi ?

On utilise beaucoup ce terme en homéopathie ou en naturopathie, mais il a une définition « officielle » : « *En cancérologie, le terrain désigne l'ensemble des caractéristiques propres au patient qui modulent sa façon de développer la maladie et de tolérer les traitements.* »

Pour la médecine conventionnelle, il recouvre surtout l'âge, l'état général, les comorbidités (antécédents et autres maladies chroniques, comme une hypertension ou un diabète), ainsi que, les traitements en cours, l'état nutritionnel (et je rajouterais la qualité de l'alimentation), la fonction rénale, hépatique, cardiaque, respiratoire, les « fragilités » psychosociales, l'autonomie et le style de vie (seul ou entouré), ainsi que les facteurs biologiques (comme des carences en vitamines) ou génétiques, surtout évalués sur les antécédents familiaux.

Si on veut donner à un patient atteint d'un cancer toutes les chances de « s'en sortir », tous ces éléments sont à prendre en compte. Certains sont directement liés à des choix personnels. C'est la raison pour laquelle la médecine intégrative cherche à rendre les patients « acteurs de leur santé ».

La priorité est donc de faire prendre conscience au patient de l'importance de ce « terrain ». Les oncologues vont parfois adresser leur malade au diététicien, au psychologue, à l'assistance sociale et, plus

rarement, au coach sportif. Quand c'est le cas, c'est déjà un formidable progrès et une véritable augmentation des chances de guérison pour le patient. Mais c'est encore assez rare, sauf dans des centres d'oncologie intégrative, qui sont construits sur ce modèle.

Quelles actions prioritaires ?

1. Je vais peut-être vous surprendre, mais, pour moi, la priorité est de travailler sur **la solitude du patient face à la maladie**. On a pu démontrer que si un malade vient accompagné aux consultations, il a deux fois plus de chances de rémission que celui qui vient seul.

La prise en charge avec un psychologue, les démarches de méditation ou de sophrologie sont essentielles, mais, pour moi, le plus efficace reste les groupes de parole où les malades pourront rencontrer des personnes qui vivent la même chose et échanger avec elles sur leur vécu intime de la maladie.

2. Le 2^e facteur sur lequel on peut facilement agir, et qui va impacter fortement le pronostic du cancer, est sans aucun doute **l'hygiène de vie**. Je passe sur l'arrêt du tabac ou d'une consommation d'alcool excessive pour évoquer d'abord l'activité physique. Toutes les études montrent que faire au moins 30 min d'activité physique par jour augmente l'espérance de vie. Et si, en plus, cette activité est réalisée en groupe, c'est encore plus efficace, car, je me répète, le LIEN SOCIAL reste le principal facteur sur lequel agir.

3. Agir sur le terrain, c'est aussi **utiliser tous les outils que met à notre disposition la médecine intégrative** évoqués plus haut : homéopathie en priorité, phytothérapie, compléments alimentaires, acupuncture et bien d'autres.



L'alimentation (vraiment) anti-cancer

L'alimentation joue un rôle majeur. Il y a d'un côté les aliments à réduire ou supprimer : les sucres et les graisses trans, les aliments ultra-transformés, les viandes et les cuissons à haute température... Ce sont autant de pistes qui ont prouvé leur impact sur la genèse du cancer et les risques de récurrence. De l'autre, les aliments à favoriser. L'« **alimentation méditerranéenne** » représente la base d'une diététique équilibrée : augmenter les légumes et crudités bien colorés, utiliser herbes et aromates, réduire le sel et les laitages de vache, consommer des huiles de qualité bio riches en oméga-3 et un peu de poisson. Elle réduit le risque de nombreuses maladies et augmente l'espérance de vie.

Régime cétogène ou jeûne, que choisir en cas de cancer ?

Il existe des études sérieuses qui montrent que jeûner la veille de la chimio, le jour de la perfusion et le lendemain peut nettement réduire les effets secondaires. Ce jeûne peut être remplacé par une diète, en particulier les jus de légumes, qui apportent beaucoup d'antioxydants et de micronutriments. On commence aussi à avoir plusieurs études sérieuses qui montreraient l'efficacité du jeûne intermittent, c'est-à-dire manger 2 fois par jour et jeûner pendant 12 à 16 h tous les jours pendant des semaines, et même des mois.

D'autres spécialistes proposent plutôt un régime cétogène où on supprime 99 % des glucides pour consommer uniquement des protéines et des graisses. Je ne le conseille pas pendant les chimiothérapies, mais il semble toutefois utile en complément des traitements intégratifs pour un cancer à haut risque de récurrence. Dans tous les cas, ces approches diététiques particulières doivent être mises en place sous la surveillance d'un professionnel de santé.

Peut-on vraiment parler de « mycothérapie » ?



Cet autre trio utile en cancéro

Il existe d'autres champignons, moins courants, mais tout aussi utiles en cancérologie :

- **Coriolus Versicolor** ou **Polypore versicolor** (interdit à la vente en UE) Il a des propriétés « anticancer », surtout en prévention. Il pourrait aussi ralentir la propagation des cellules cancéreuses et serait, à ce titre, « antimétastatique ». Il est synergique avec la chimiothérapie, la radiothérapie et pourrait en réduire certains effets secondaires
- **Cordiceps sinensis** aurait également des propriétés anti-cancer très utiles, mais il n'est pas autorisé en France.
- **Agaricus blazei** est riche en bêtaglucanes. C'est donc avant tout un immunostimulant, mais il aurait aussi des propriétés antitumorales observées dans plusieurs types de cancer, avec une inhibition de l'angiogenèse qui réduit donc la prolifération cancéreuse.

Les termes « thérapie » ou « médecine » sont des chasses gardées réservées aux seules thérapies validées par nos instances officielles. C'est pourquoi on commence à contester les termes de « médecine traditionnelle chinoise » ou de « médecine ayurvédique », sous prétexte qu'elles n'ont pas fait la preuve « moderne » de leur efficacité, balayant ainsi d'un revers de main les 2 000 ans d'existence et d'expérience de ces approches.

Il en est de même pour la mycothérapie. Ce terme n'est pas reconnu en France et aucun remède à base de champignons n'a reçu une autorisation de mise sur le marché, AMM, pour agir sur la santé. On peut éventuellement parler de « champignons médicinaux » qui sont assimilés aux plantes médicinales et ils sont tous vendus comme « compléments alimentaires », avec parfois certaines allégations possibles.

Pourtant, la mycothérapie est très développée et parfaitement reconnue en Asie, mais aussi dans plusieurs pays d'Europe de l'Est jusqu'en Allemagne, où elle est particulièrement pratiquée.

Voici les principaux champignons utilisés chez les patients cancéreux et leurs propriétés. Pour autant, nous n'avons pas le droit de dire que ces remèdes « soignent » les cancers. Ils feront partie des soins de support, même si certains vont aller au-delà de cette action en agissant probablement directement sur la maladie.

Le roi des champignons : le maïtaké

Je commence par le « roi des champignons » (*Grifolia frondosa*), comme il est surnommé en Asie. Il est riche en « bêtaglucanes » qui sont ses principes actifs les plus importants et les plus étudiés, mais pas les seuls.

Le maïtaké est un grand immuno-stimulant. Le plus puissant peut-être en mycothérapie. C'est aussi un stimulant de l'état

général avec des propriétés adaptogènes. Il aide donc à gérer le stress et la fatigue. Que des propriétés utiles en cancérologie, surtout qu'il serait synergique de la chimiothérapie en aidant le système immunitaire à lutter contre les cellules cancéreuses.

Il est donc utilisé dans le syndrome de fatigue chronique et dans tous les cancers « solides ». Il garde une précaution d'emploi en cas de maladie auto-immune ou de cancer hématologique (lymphome et leucémie).

Un puissant antitumoral : le reishi

Le reishi (*Ganoderma lucidum*) est presque aussi stimulant sur le plan immunitaire que le maïtaké, mais il est encore plus puissant comme antitumoral. Plusieurs études ont montré son efficacité à réduire la prolifération des cellules cancéreuses (sein, prostate, foie...). À ce titre, il semble très complémentaire en cas de chimiothérapie, mais peut présenter des interactions avec certaines thérapies ciblées (surtout les inhibiteurs des protéines-tyrosine kinases). C'est aussi un bon antioxydant avec des propriétés adaptogènes, mais moins marquées que le maïtaké.

Il est déconseillé en cas de maladies auto-immunes ou de traitement immunosuppresseur.

Un délicieux stimulant : le shiitaké

C'est un champignon courant (*Lentinus edodes*) dans la cuisine asiatique. C'est un bon stimulant immunitaire grâce à ses lentinanes. C'est aussi un bon antioxydant et peut donc avoir des propriétés anticancéreuses, mais probablement moins puissantes que les deux premiers (ou alors il faut prendre d'assez fortes doses).

Ces trois champignons se trouvent facilement en France, sous forme de compléments alimentaires. Attention à ne pas les utiliser n'importe comment et surtout, méfiez-vous de leurs précautions d'emploi. Demandez conseil à un professionnel de santé.

Quelle partie du champignon utiliser ?

Certains pensent que c'est surtout le sporophore, la partie aérienne et comestible du champignon. D'autres affirment que c'est le mycélium qui renferme le plus de principes actifs, ces filaments qui peuvent mesurer plusieurs mètres et sont dans la terre ou le bois où pousse le champignon. J'ai tendance à privilégier le sporophore, mais le mycélium, quand il est extrait dans de bonnes conditions, est sûrement efficace. Il est souvent plus cher. Le prix étant aussi un facteur de choix parmi les différents laboratoires qui distribuent des champignons médicinaux. Le plus cher n'étant pas forcément le meilleur !

Que penser des « médicaments repositionnés » en cancérologie ?

Vous devez trouver le terme bizarre ! Les « médicaments repositionnés » dérivent de l'anglais « *Repurposing Drugs* ». Ils désignent l'utilisation de médicaments connus pour une pathologie spécifique (et souvent anciens), qu'on va utiliser (repositionner) pour soigner une autre maladie pour laquelle ils n'étaient pas destinés.

Cette approche, développée depuis une quinzaine d'années, est particulièrement utilisée en cancérologie sous l'impulsion d'un groupe de recherche international qui a lancé le projet ReDO (*Repurposing Drugs in Oncology*).

Non seulement ces anciens médicaments peuvent avoir une efficacité substantielle, mais, en plus, ils feraient faire de grosses économies à nos systèmes de Sécurité sociale. D'ailleurs, le projet ReDO a été initié par des personnes issues du secteur à but non lucratif !

Et bien entendu, ils sont lourdement combattus par l'industrie pharmaceutique, qui voit là une perte de chiffre d'affaires majeur. De fait, ces médicaments repositionnés ne bénéficient pas de financement de recherche par les fabricants de médicaments et beaucoup de scientifiques et d'agences de santé les rejettent, influencés qu'ils sont par cette industrie qui pèse des centaines de milliards.

De quels médicaments parle-t-on ?

Actuellement, on voit souvent circuler sur les réseaux des traitements du cancer à base d'ivermectine et de fenbendazole, qui sont initialement des antiparasitaires. Les études scientifiques sont encore insuffisantes pour affirmer quoi que ce soit, mais il serait cohérent qu'ils aient un impact sur la maladie

cancéreuse. D'abord parce que beaucoup de témoignages de patients et de médecins vont dans ce sens, mais aussi parce qu'une chercheuse chinoise, Tu Youyou, a reçu, en 2015, le prix Nobel de médecine pour ses travaux sur l'action d'un extrait d'armoise (*Artemisia annua*) sur les cellules cancéreuses. Or, l'armoise est avant tout un antiparasitaire. C'est aussi le cas de l'hydroxychloroquine, devenue célèbre à travers le protocole du Pr Raoult contre le Covid, mais qui bénéficie aussi de plusieurs études sur son efficacité contre le cancer⁷.

Toutefois, les médicaments repositionnés dans le cancer ne concernent pas que des antiparasitaires, dont l'efficacité est actuellement très combattue (alors qu'au contraire, ils devraient être largement étudiés par tous les chercheurs dans le monde !).

D'autres molécules allopathiques plus « classiques » ont montré un rôle dans la prise en charge intégrative du cancer. C'est le cas de :

- la metformine, un antidiabétique de référence, qui semble réduire le risque de certains cancers (colon, sein, pancréas...) ;
- l'aspirine qui, par son mode d'action spécifique, réduirait le risque des cancers du sein, du côlon, de la prostate et même de l'œsophage, mais uniquement à petite dose ;
- le disulfirame, utilisé pour lutter contre l'alcoolisme, qui aurait un effet sur certains cancers, comme la prostate ou même le glioblastome.

Cette liste n'est pas exhaustive, mais elle montre que la compréhension des mécanismes du cancer et sa prise en charge ont encore bien des aspects à nous révéler. Pour autant, la metformine ou l'aspirine seraient surtout utiles en prévention.



La photobiomodulation : encore sous-utilisée

La photobiomodulation est une technique de soins par la lumière utilisée en cancérologie pour prévenir ou atténuer certains effets secondaires des traitements. Elle repose sur l'exposition des tissus à une lumière rouge ou proche infrarouge, à faible énergie, capable de stimuler l'activité cellulaire, réduire l'inflammation et favoriser la cicatrisation. Ses origines remontent aux travaux du Dr Endre Mester, un médecin hongrois, dans les années 1960-1970, qui observa des effets biologiques inattendus du laser de faible puissance. Cette méthode « repositionnée » en cancérologie, s'est développée comme un soin de support, notamment pour les mucites, les radiodermites, les douleurs et certaines neuropathies. Le cancérologue alsacien Jean-Philippe Wagner⁸ a contribué à faire mieux connaître cette approche en France, en soulignant son intérêt pratique pour améliorer le confort des patients et leur qualité de vie. Non invasive et indolore, la photobiomodulation reste très peu proposée par manque de centres spécialisés et par le rejet, voire l'obscurantisme de certains spécialistes.

Peuvent-ils soigner un cancer ?

C'est tout le challenge des recherches qui méritent d'être menées, car, d'après les personnes qui l'utilisent dans différents pays du monde, les antiparasitaires cités semblent avoir une efficacité curative réelle et pourraient permettre d'améliorer les taux de rémission de la maladie cancéreuse, en particulier dans des cancers qu'on ne sait pas très bien soigner aujourd'hui, comme ceux du cerveau, du pancréas ou de l'ovaire pour ne citer que les principaux.

Les citoyens doivent donc faire pression sur les politiques pour qu'ils imposent aux agences de santé une évaluation sincère et rigoureuse de ces « vieux » médicaments dans le cancer, à condition que ces travaux soient totalement dénués de conflits d'intérêts, ce qui est sûrement le plus difficile à obtenir.

L'oncologie intégrative : quelle place dans la prévention ?



La faute aux polluants de l'environnement ?

Parmi les 8 causes évoquées dans l'étude américaine, il y en a une qui peut paraître « obscure » : les toxiques. En réalité, il s'agissait des opioïdes, véritable fléau aux États-Unis. Même si en France, ce facteur est peu présent (pour le moment), méfiez-vous d'une autre source de toxiques : votre environnement. Une étude récente vient de nous le rappeler : un herbicide utilisé depuis les années 60, le piclorame, semble augmenter fortement le risque de cancer du côlon, en particulier chez les personnes de moins de 50 ans, cancer qui est de plus en plus fréquent⁹. Ce n'est évidemment pas le seul pesticide ou désherbant impliqué dans l'augmentation du risque de cancer. Certains sont des perturbateurs endocriniens, qui vont impacter fortement le risque de cancers hormonodépendants, en particulier du sein et de la prostate, les 2 cancers les plus fréquents. L'exemple le plus connu est celui du chlordécone, un pesticide utilisé aux Antilles pendant des décennies qui a entraîné un surrisque majeur de cancers de la prostate. Sans oublier les perturbateurs endocriniens présents dans votre maison. D'abord dans les aliments ultra-transformés ou des fruits et légumes issus de cultures intensives et arrosés de pesticides. Mais aussi les parabènes des cosmétiques, les bisphénols ou autres matières plastiques utilisées dans votre cuisine. Si vous avez un cancer hormonodépendant, vous devez fuir toutes ces molécules qui stimulent en permanence la croissance de vos cellules cancéreuses.

L'oncologie intégrative, c'est la prise en compte de tous les facteurs et de toutes les méthodes de soins qui peuvent participer à la guérison du patient. Est-ce que cette approche globale peut aussi concerner la prévention et réduire le risque de cancer ?

La réponse est OUI sans hésitation. Une des meilleures preuves est fournie par une formidable étude réalisée sur 260 351 vétérans américains, car ils ont les dossiers de suivi les plus complets qu'on puisse imaginer (quand on pense qu'en France, on vient juste de décider de la mise en place d'un registre national du cancer !).

Limitez ces 8 facteurs !

Elle a été publiée en 2024 sous le titre : « Impact de huit facteurs liés au mode de vie sur la mortalité et l'espérance de vie des anciens combattants américains ».

Les chercheurs ont analysé l'impact de huit facteurs connus pour augmenter le risque de cancers et d'autres maladies mortelles qui peuvent donc réduire l'espérance de vie : alcool, tabac, sport, nutrition, sommeil, stress, vie sociale, toxiques.

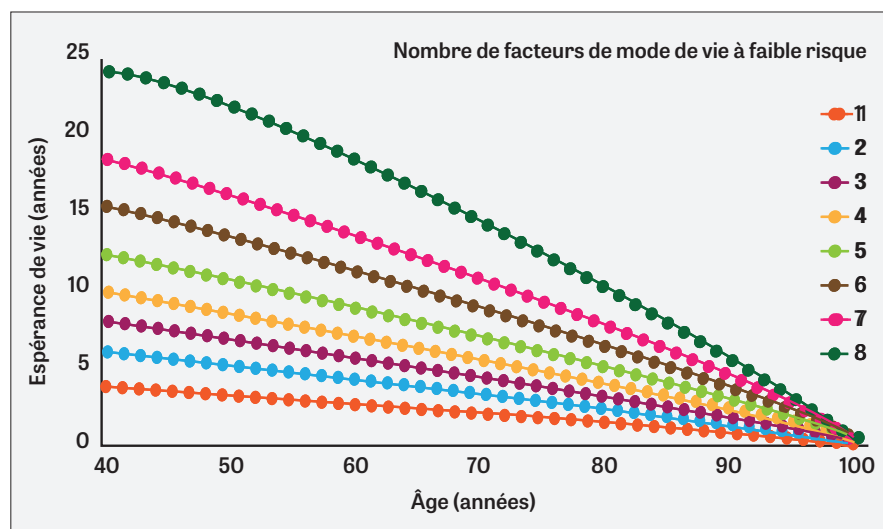
Chacun de ces facteurs impacte l'apparition de maladie et peut réduire l'espérance de vie. Sans rentrer dans les détails, voici un schéma qui résume les conclusions de l'étude.

Il montre que si on évite un seul de ces facteurs, on gagne 4 ans d'espérance de vie à 40 ans (courbe rouge). Si on en évite 6, on gagne 15 ans d'espérance de vie. Et si une personne évite les 8 facteurs de risques avant 40 ans, il gagne 24 ans d'espérance de vie. C'est énorme, non ?

Cela montre bien que les facteurs de risques ne s'additionnent pas, ils se multiplient. Inversement, plus on agit sur les différents facteurs et plus la prévention est efficace. Ça paraît assez logique, mais je trouve que les chiffres sont particulièrement impressionnants et devraient être rappelés par les campagnes de santé publique pour motiver le grand public à devenir réellement acteur de sa santé.

Et c'est la même chose quand vous avez un cancer. Arrêter le tabac, c'est génial, comme vous le dira votre médecin. Mais agir sur l'ensemble de votre terrain, lutter contre la sédentarité, améliorer sa diététique, recréer du lien social, éliminer les toxiques de son environnement et prendre des compléments alimentaires vont rendre l'arrêt du tabac encore plus impactant sur vos chances de guérison.

Alors à vous d'agir, dès maintenant, que vous soyez malade ou pas. Et même si vous avez dépassé 40 ans, ça fonctionne quand même !



Chrono-chimiothérapie : pourquoi l'heure de la perfusion compte

Notre horloge interne régit bien plus que notre sommeil : elle dicte aussi la réponse de notre corps aux traitements anticancéreux. En oncologie, la précision ne dépend plus seulement de la molécule, mais également du moment choisi pour l'administrer. En synchronisant les soins sur nos rythmes biologiques, nous remplaçons le « tapis de bombes » par une stratégie sur mesure. Le bon *timing* devient un allié clé. – **Dr Carole Minker**

C'est un fait : notre corps n'est pas le même à 4 heures du matin qu'à 16 heures. Nos cellules saines vivent, en effet, selon

une partition rigoureuse, dictée par nos horloges circadiennes (gérées par nos gènes dits *Clock*, *Per* ou *Cry*), qui agissent comme des régulateurs, maîtres des processus biologiques quotidiens¹. Elles ont des « horaires de bureau » : elles se réparent, se detoxifient et se divisent à des moments précis².

Le cancer : une maladie de la désynchronisation

La cellule cancéreuse, elle, est une « rebelle ». Elle s'est affranchie de ces signaux de contrôle et fait les « 3 x 8 » sans s'arrêter, multipliant ses divisions de manière anarchique. Cette autonomie est sa force, mais aussi sa principale faille. De plus, en perturbant les gènes horloges de son environnement immédiat, la tumeur crée un micro-environnement favorisant sa propre croissance, tout en affaiblissant les défenses naturelles du patient³. Plus largement, la recherche montre que les rythmes circadiens orchestrent des interactions complexes

entre notre corps et ses microbiotes (chronobiomique), influençant directement notre réponse immunitaire et notre santé métabolique, impactant ainsi la progression tumorale et l'efficacité des traitements⁴.

Deux horloges, un seul traitement

La confusion est fréquente. Pourtant, il est crucial de distinguer deux mécanismes qui se superposent dans notre corps.

- **L'horloge circadienne** : c'est notre rythme biologique et métabolique global de 24 heures. Il régit l'activité de nos enzymes (comme celles qui detoxifient les médicaments) et nos capacités de réparation de l'ADN⁵.
- **Le cycle cellulaire** : c'est le calendrier de division de la cellule. Certaines chimiothérapies, dites « phases-spécifiques », sont conçues pour agir uniquement quand la cellule est en train de se copier (phase S) ou de se diviser (phase M). C'est le cas du 5-fluorouracile (5-FU) ou des taxanes⁶.

Dépasser la stratégie du « tapis de bombes » :

vers une partition sur mesure

La chimiothérapie classique est souvent perçue comme un « tapis de bombes »

frappant à l'aveugle toutes les cellules en division, qu'elles soient tumorales ou saines. En négligeant les rythmes biologiques, cette approche « brute » n'attaque pas seulement la tumeur (ce qui est le but recherché), elle fragilise aussi l'organisme dans son ensemble (d'où bon nombre d'effets secondaires). La médecine oncologique réalise désormais qu'ignorer notre horloge interne est une erreur stratégique majeure et explore comment s'aligner sur le rythme biologique du patient pour réduire cette toxicité globale^{7,8,9}.

La chrono-chimiothérapie : vers une partition sur mesure

L'objectif de la chrono-chimiothérapie n'est pas de changer la molécule administrée, mais de réinventer son *timing*. En apprenant à respecter les horaires de nos organes plutôt que d'imposer un rythme standard, nous transformons une attaque frontale en une intervention tactique^{10,11}.

La tolérance : la clé de l'efficacité

Contrairement aux idées reçues, l'enjeu principal de la chrono-chimiothérapie est de détruire la tumeur tout en préservant le « terrain »¹². Si un traitement

est mieux toléré, le patient peut recevoir la dose optimale sans interruption, ce qui est le premier garant du succès thérapeutique. La chronobiologie devient alors une alliée majeure en s'appuyant sur deux leviers physiologiques précis pour réduire la toxicité.

- **La protection des tissus sains :** nos organes (tube digestif, moelle osseuse, bulbe pileux responsable de la pousse des cheveux...) suivent des rythmes de réparation stricts. En ciblant les heures de « repos réplicatif » – où leurs cellules sont naturellement moins actives –, elles sont logiquement moins vulnérables à l'agression des chimiothérapies.
- **L'optimisation métabolique :** notre foie ne travaille pas à régime constant. En administrant le médicament au moment où les enzymes de détoxification sont au pic de leur activité, nous aidons le corps à « filtrer » et à éliminer la toxicité excédentaire beaucoup plus efficacement¹³.

La résistance : contourner les défenses tumorales

Au-delà de la tolérance, la chronochimiothérapie s'attaque à un défi

majeur de l'oncologie : la résistance acquise. Avec le temps, les cellules tumorales développent des mécanismes pour rejeter le médicament ou réparer plus vite l'ADN endommagé par la chimiothérapie¹⁴. Des études récentes suggèrent que ces mécanismes de défense ne sont pas constants : ils suivent eux aussi des rythmes biologiques¹⁵. En adaptant l'horaire d'administration, nous pouvons « prendre de court » la cellule tumorale en frappant au moment précis où ses systèmes de défense sont les plus vulnérables¹⁶. Cette approche transforme le traitement en une stratégie de contournement, permettant d'améliorer l'efficacité sans nécessairement augmenter les doses^{17,18}.

L'exemple du cancer colorectal : la preuve par la pratique

Le cancer colorectal constitue le modèle historique le plus abouti de cette approche. Le protocole a été réorganisé pour devenir une véritable partition où chaque molécule joue sa note au meilleur moment.

- **Le 5-Fluorouracile (5-FU) :** ce médicament est idéalement administré au milieu de la nuit, avec un

pic vers 4 heures du matin, moment où l'enzyme DPD – responsable de sa détoxification – atteint son activité maximale dans le foie et la moelle osseuse. Le corps traite ainsi le produit comme une substance à éliminer rapidement, limitant sa toxicité¹⁹.

- **L'oxaliplatine :** cette molécule, connue pour sa toxicité nerveuse et rénale, est administrée en fin d'après-midi (pic vers 16 heures)²⁰. C'est le créneau où les tissus sains présentent la meilleure tolérance physiologique, réduisant ainsi les risques de neuropathies et de dommages rénaux²¹.

Ce protocole, en préservant le terrain, permet de maintenir une intensité de traitement optimale qui, couplée aux stratégies de contournement évoquées précédemment, limite efficacement les phénomènes de résistance tumorale. L'expérience clinique confirme cette efficacité, comme le montre l'étude du CHC-Liège sur 110 patients, où la chronothérapie a permis d'atteindre une excellente tolérance globale tout en offrant des résultats prometteurs en termes de contrôle de la maladie et de survie²². Si ces résultats sont scientifiquement validés, cette organisation rigoureuse ne représente pas encore le standard partout en raison de contraintes logistiques majeures. Pour autant, le « tapis de bombes » est bel et bien remplacé par une stratégie où l'on ne frappe pas plus fort, mais plus intelligemment²³. Par ailleurs, cette logique s'étend désormais aux immunothérapies modernes, dont l'efficacité semble également dépendre de l'activité circadienne de nos lymphocytes²⁴.

Votre chronotype : le nouvel horizon de la précision

Nous ne sommes pas tous réglés sur la même horloge : si certains sont opérationnels dès l'aube, d'autres n'atteignent leur plein potentiel qu'en fin de soirée. Ce « chronotype » n'est pas qu'un simple trait de caractère, c'est une donnée médicale à part entière.

Appliquer le même protocole (comme le 5-FU à 4 heures du matin) à un « lève-tôt » et à un « couche-tard » sans distinction, c'est ignorer les



Médecines complémentaires : l'art du bon timing

Pour maximiser l'efficacité des thérapeutiques de soutien, la règle reste la même : coller au rythme de nos horloges biologiques.

- **La micro-immunothérapie³⁹ le matin :** notre système immunitaire est hautement circadien⁴⁰. Ces *low-doses* se prennent idéalement à jeun pour s'aligner sur le pic de cortisol matinal et le « réveil » immunologique, optimisant ainsi leur signal de régulation.
- **L'isothérapie de drainage le soir :** pour atténuer les effets secondaires, l'isothérapie de la souche de chimiothérapie (homéopathie) se prend à distance de la perfusion. L'objectif est d'anticiper et de lisser le pic de toxicité cellulaire et hématologique⁴¹.

Toute modification de vos compléments doit être impérativement signalée à votre oncologue. Cette transparence garantit non seulement l'absence d'interactions médicamenteuses, mais elle permet également à l'équipe soignante d'intégrer vos soutiens naturels dans votre stratégie de soins globale⁴².

spécificités de chaque horloge biologique. Puisque les gènes qui dictent nos rythmes cellulaires varient d'un individu à l'autre, la recherche bascule aujourd'hui vers une approche réellement sur mesure : on ne traite plus un patient « standard », mais une horloge biologique unique^{25,26}. Au-delà du chronotype individuel, les études révèlent désormais des différences de réponse aux traitements liées au sexe, soulignant une dimorphisme sexuel dans la gestion de nos rythmes circadiens^{27,28}. Intégrer cette dimension biologique est une étape clé pour affiner encore davantage la personnalisation de la chrono-chimiothérapie.

Il existe aujourd'hui des outils simples, comme des questionnaires validés ou des capteurs d'activité (actimétrie), qui permettent de définir votre profil circadien avec précision^{29,30}. Le futur proche, déjà en cours de recherche, va encore plus loin : des « biomarqueurs circadiens » (mélatonine, cortisol salivaire) peuvent permettre de valider scientifiquement, et à l'heure près, le moment optimal pour votre traitement^{31,32}. Demain, la chrono-chimiothérapie sera une prescription fondée sur votre chrono-individualité, notamment grâce à des applications dédiées qui permettent de corréliser la qualité de votre sommeil et vos pics d'énergie quotidiens avec vos marqueurs biologiques³³.

Sur le terrain : comment négocier son horaire ?

La science est claire, mais la réalité de l'hôpital est souvent plus rigide. Les protocoles de perfusion dépendent de contraintes lourdes : horaires des plateaux techniques, disponibilité du personnel soignant, logistique des pompes programmables. C'est pourquoi nous explorons ici comment construire, avec votre équipe, une stratégie réaliste.

Ne soyez pas frustré si vous ne pouvez pas obtenir un créneau horaire millimétré. L'approche la plus constructive est celle de la « marge de manœuvre ». Dans le cadre de ses travaux à l'hôpital Paul-Brousse³⁴, le Pr Francis Lévi a démontré que, même sans atteindre l'optimum théorique,



Chrononutrition et rythme de vie : le bouclier cellulaire

Si les horaires de l'hôpital sont rigides, vous restez maître de votre horloge interne via deux synchronisateurs majeurs : l'alimentation et la lumière.

- **L'effet bouclier du jeûne** : popularisé par le Pr Valter Longo, un jeûne court (24 à 48 h avant la cure) plonge les cellules saines en mode « hibernation » protectrice⁴³. À l'inverse, les cellules tumorales, avides de glucose pour leur croissance anarchique, restent vulnérables à la chimiothérapie.
- **Le repos hépatique** : nos cytochromes P450 – ces enzymes qui détoxifient les médicaments – suivent un rythme circadien⁴⁴. Aligner vos repas sur la lumière du jour et observer un jeûne nocturne évite de surcharger le foie lorsqu'il est en pleine métabolisation du traitement. En laissant cet organe au repos durant la nuit, vous favorisez une clairance plus optimale des résidus toxiques post-cure.
- **L'horloge centrale** : un sommeil régulier, protégé de la lumière bleue, préserve l'expression optimale des gènes *Clock* et *Per*⁴⁵. Ce rythme veille/sommeil soutient l'immunité et permet à la mélatonine naturelle de mieux coordonner les fonctions de défense de tout l'organisme⁴⁶.

En pratique : cette hygiène chronobiologique quotidienne prépare le terrain biologique idéal pour recevoir la perfusion.

ajuster l'heure de passage au plus proche de votre chronotype représente un progrès thérapeutique réel. Souvent, un décalage de quelques heures suffit pour transformer un ressenti de fatigue extrême en une tolérance beaucoup plus acceptable, sans pour autant compromettre l'efficacité du protocole³⁵. Cette approche pragmatique est facilitée par l'évolution du secteur.

- **La montée des thérapies à domicile** : le développement de dispositifs médicaux connectés et de pompes de précision portables permet de plus en plus de déplacer certains actes de l'hôpital vers le domicile, levant ainsi le verrou logistique des horaires fixes³⁶.
- **La pression de la qualité de vie** : les patients, de mieux en mieux informés, réclament des traitements moins toxiques. L'argument de la « réduction des effets secondaires » est un levier de plus en plus entendu par les oncologues

pour justifier des ajustements de planning^{37,38}.

Voici comment aborder la discussion avec votre oncologue.

- **Jouez la carte de la diplomatie** : présentez votre demande non pas comme une exigence, mais comme une volonté de mieux tolérer le traitement pour éviter les interruptions. Les oncologues sont très sensibles à la notion de « maintien de l'intensité de dose ».
- **Ciblez les marges** : demandez si, au sein des possibilités du service, votre perfusion peut être programmée plutôt le matin ou plutôt l'après-midi en fonction de votre profil (lève-tôt ou couche-tard).
- **Le bon dialogue** : « Docteur, j'ai lu que la chronobiologie pouvait aider à limiter la toxicité de ma cure. Serait-il envisageable, selon les contraintes du service, d'ajuster l'heure de ma perfusion pour qu'elle s'aligne mieux avec mon rythme biologique ? »

Les dépistages, 100 % bénéfiques ?

« 90 % de survie » : le chiffre rassure, mais ne dit rien de l'efficacité réelle d'un dépistage. Car dépister, ce n'est pas empêcher la maladie : c'est traquer une anomalie chez des personnes bien portantes – un acte qui n'est jamais neutre. Du col de l'utérus au sein, démêlons le vrai du faux. – **Dr Cécile Bour**

Dépister n'est pas prévenir. Ce n'est pas empêcher une maladie de survenir, mais chercher une anomalie déjà présente chez des personnes qui n'ont aucun symptôme et ne se plaignent de rien. Cet acte n'est jamais neutre et comporte aussi des inconvénients. Il convient de rappeler le premier principe de la médecine : *primum non nocere* (d'abord ne pas nuire).

Deux notions à bien distinguer : la survie et la mortalité

Pour juger de l'efficacité réelle d'un dépistage, les seuls critères valables sont :

- une baisse perceptible de la **mortalité** globale liée à ce cancer ;
- une chute de la fréquence des **formes graves** ;
- un **allègement des traitements** médicaux.

La **survie**, souvent mise en avant par les autorités sanitaires et les médias (par exemple : « 90 % de survie pour le cancer du sein »), n'est en rien un indicateur d'efficacité du dispositif. Cette donnée enjolive artificiellement la réalité à cause du **phénomène d'avance au diagnostic, de l'amélioration des traitements et des surdiagnostics**.

1. Le devancement du diagnostic

La survie mesure le temps vécu une fois le diagnostic posé. Le dépistage

anticipe la « date de naissance » officielle d'un cancer qui se serait manifesté plus tard, sans pour autant repousser la date du décès, et ne rend évidemment pas compte du nombre de décès. Pour prendre une analogie : un train qui roule vers Paris déraile à Orléans à 15 heures emportant la vie de nombreux passagers. Si vous montez dans ce train à Bordeaux, alors vous vivrez encore trois heures et demie. Si vous montez dans ce même train à Tours, vous vivrez

encore 30 minutes. Quoi qu'il en soit, votre train, lui, déraillera toujours à 15 heures.

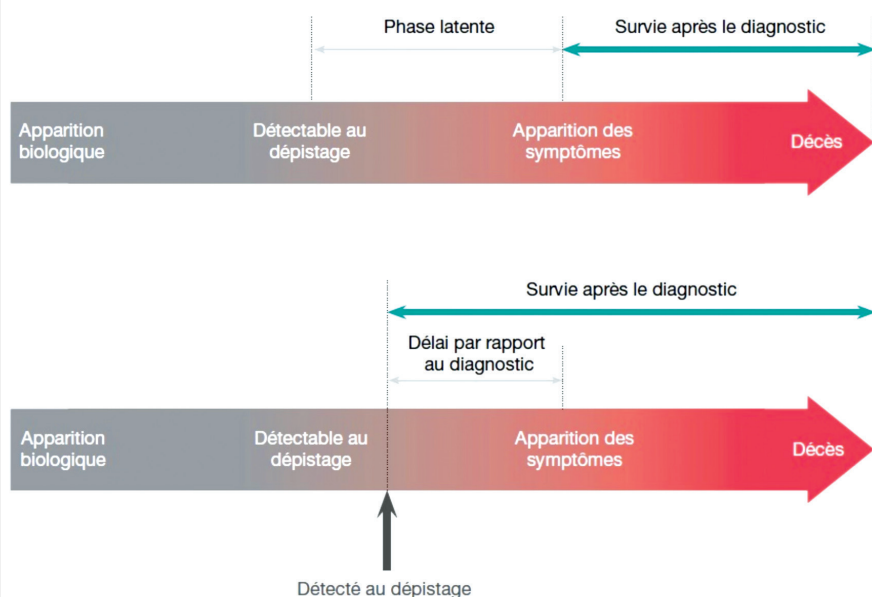
2. L'efficacité thérapeutique

Plus les traitements progressent, plus le patient vit longtemps après son diagnostic, indépendamment du moment où on l'a découvert.

3. Le surdiagnostic

La détection d'anomalies qui n'auraient jamais évolué ni nui au patient. Plus le surdiagnostic augmente et plus la

Biais d'avance du diagnostic



Source : Organisation mondiale de la santé (OMS), programmes de dépistage : guide succinct, 2020, p. 47 – <https://apps.who.int/iris/>

survie s'améliore de façon fallacieuse ; plus on détecte des lésions qui de toute façon n'auraient jamais conduit au décès, plus il y a de « survivants » et plus la survie tendra vers 100 %.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

1. Pour qui ?

Il s'adresse à toutes les femmes de **25 à 65 ans** (y compris celles vaccinées contre le HPV) par prélèvement cervico-utérin (frottis) réalisé environ tous les 3 ans.

2. Quels bénéfices ?

C'est l'exemple type du dépistage hautement efficace. Alors que justement, la survie à ce cancer est faible (seulement de 63 % à 5 ans), il se guérit dans plus de 90 % des cas s'il est dépisté. Ici, on constate une réduction drastique et massive de la mortalité dans tous les pays l'ayant instauré de façon systématique¹. Le test repère des lésions « précancéreuses ». Leur ablation par une intervention mineure (conisation en ambulatoire) évite des traitements lourds (hystérectomie, radiothérapie, chimiothérapie), préservant la fertilité et la qualité de vie.

3. Quels risques et effets indésirables ?

• Fausses alertes

Un test peut parfois suggérer la présence d'anomalies dans les cellules du col alors qu'il n'en est rien, ce qui peut générer une anxiété importante.

• Surdiagnostic et surtraitement

Il existe un risque de traiter des lésions mineures qui auraient régressé spontanément.

• Examens invasifs inutiles

Un résultat anormal (parfois un faux positif) impose des colposcopies ou des biopsies stressantes et inconfortables.

4. Verdict ?

Recommandé à l'unanimité. Ce dépistage fait l'objet d'un consensus mondial (OMS², HAS³). Le surdiagnostic est jugé mineur face au bénéfice net sur la mortalité. C'est l'un des

dépistages les plus performants de la médecine moderne.

Le dépistage du cancer de la prostate

1. Pour qui ?

Il s'agit d'un dépistage individuel « opportuniste » (non organisé). Pratiqué par les urologues, il s'adresse généralement aux hommes de **50 à 75 ans** (dès 45 ans en cas d'antécédents familiaux ou d'origine afro-antillaise). Il repose sur le toucher rectal et le dosage sanguin du PSA (*Prostate Specific Antigen*). Si ces examens sont suspects, une IRM prostatique puis des biopsies sont réalisées.

2. Quels bénéfices ?

Les données d'instituts indépendants (Cochrane⁴, USPSTF⁵, CanTaskForce⁶) démontrent l'**absence de réduction globale de la mortalité** par le dosage du PSA. Au mieux, les études montrent que pour 1 000 hommes dépistés pendant 13 ans, seulement un ou deux évitent la mort par cancer de la prostate.

3. Quels risques et effets indésirables ?

Les effets secondaires sont lourds et supplantent un bénéfice jugé très discutable :

- **Fausses alertes** : le PSA, en dépit de son nom, n'est pas spécifique de cancer, il augmente aussi en cas d'infection ou d'hypertrophie bénigne liée à l'âge, provoquant des examens et une angoisse inutiles.

- **Surdiagnostic majeur** : beaucoup de ces cancers sont « indolents » (évolution très lente ne menaçant pas la vie). La moitié des cancers détectés n'auraient jamais causé de symptômes ; le patient serait mort d'autre chose sans jamais le savoir.

- **Séquelles du surtraitement** : dès qu'un cancer est détecté, il est traité. La chirurgie ou les rayons altèrent gravement la qualité de vie, entraînant des risques majeurs d'**incontinence**

urinaire et de troubles de l'érection (impuissance) pour traiter une maladie qui n'était pas dangereuse.

4. Verdict ?

Absence de consensus et polarisation. Les urologues y sont favorables, avançant que l'IRM moderne permet de mieux trier les patients et de proposer une simple « surveillance active ». À l'inverse, les autorités de santé publique (OMS⁷, HAS⁸) émettent une **non-recommandation**. Elles estiment le nombre d'hommes rendus impuissants ou incontinents disproportionné par rapport aux rares vies sauvées.

Le dépistage colorectal

1. Pour qui ?

Il cible les personnes de **50 à 74 ans** sans symptômes ni antécédents familiaux directs par un test immunologique à faire chez soi tous les 2 ans pour rechercher du sang microscopique dans les selles. Si le test est positif, une coloscopie est pratiquée pour examiner l'intestin et retirer d'éventuelles anomalies.

2. Quels bénéfices ?

Ce cancer se développe en 5 à 10 ans à partir d'une tumeur bénigne (polype). Selon la revue *Prescrire*, pour 10 000 tests effectués, on réalise environ 415 coloscopies, permettant de découvrir 110 polypes à risque et 30 cancers⁹. Lorsque du sang est détecté, un cancer est trouvé chez 7 personnes sur 100. Retirer un polype prévient l'apparition du cancer et évite une chirurgie lourde (ablation du côlon) ou une chimiothérapie.

3. Quels risques et effets indésirables ?

Anxiété : liée aux suspicions non confirmées (fausses alertes).

- **Complications liées à la coloscopie** : on observe 1 à 2 complications graves (perforations, hémorragies), rarement mortelles, pour 10 000 personnes testées.

- **Surdiagnostic** : c'est l'ablation de polypes qui n'auraient pas évolué,

mais cela reste très acceptable au vu de l'efficacité thérapeutique globale.

4. Verdict ?

Consensus mondial. Comme le note *Prescrire*, « il y a nettement plus de cancers du côlon et du rectum dépistés que de complications ». Recommandé massivement (OMS¹⁰, HAS¹¹), ce dépistage régulier réduit la mortalité spécifique de **20 à 30 %**.

Le dépistage du cancer de la thyroïde

1. Pour qui ?

Pratique opportuniste non recommandée, des nodules sont souvent découverts fortuitement lors d'une palpation de routine ou d'une échographie cervicale demandée pour un autre motif (ex. doppler des vaisseaux du cou). Les nodules suspects font l'objet d'une cytoponction à l'aiguille fine.

2. Quels bénéfices ?

Quasi nul. La très grande majorité des tumeurs détectées sont de petits carcinomes papillaires qui n'auraient jamais évolué. Les femmes paient un lourd tribut face à ces formes non agressives, car elles en sont plus fréquemment porteuses.

3. Quels risques et effets indésirables ?

Ce dépistage engendre une véritable **épidémie de surdiagnostic**. Plus de 50 % de la population présente naturellement des nodules avec l'âge. Les traiter par précaution conduit à l'ablation partielle ou totale de la thyroïde. Les séquelles sont permanentes : obligation de prendre un traitement hormonal à vie difficile à équilibrer, risques de lésions définitives des cordes vocales ou ablation accidentelle des glandes parathyroïdes (chute de calcium, spasmophilie).

4. Verdict ?

Unaniment contre. Les instances internationales (HAS¹², OMS¹³, USPSTF¹⁴) recommandent formellement de ne pas dépister les personnes asymptomatiques. Cette pratique persiste néanmoins et une fois le nodule découvert de manière fortuite, l'engrenage médical

s'enclenche par anxiété du malade/médecin ou précaution légale.

Le dépistage du cancer du sein

1. Pour qui ?

Toutes les femmes de **50 à 74 ans**, invitées à réaliser une mammographie biennale. Ce dispositif est **facultatif**, ce que beaucoup de femmes ignorent.

2. Quels bénéfices ?

La détection précoce permet parfois de réaliser des chirurgies moins invasives (tumorectomie au lieu d'une mastectomie totale).

3. Quels risques et effets indésirables ?

Le bénéfice réel sur la mortalité globale est aujourd'hui jugé très modeste par les experts indépendants (comme la collaboration Cochrane¹⁵). Les fausses alertes¹⁶ sont légion, c'est-à-dire des suspicions de cancers qui ne se vérifieront pas, mais cela seulement après des examens supplémentaires parfois lourds, comme des biopsies.

À cela s'ajoute un taux de surdiagnostic de **20 % à 30 % selon les études**¹⁷ (tumeurs traitées inutilement par chirurgie ou rayons). La radiotoxicité¹⁸ des mammographies est à prendre en compte, car il existe une radiosensibilité variable selon les individus qu'on ne connaît pas. De surcroît, plus on augmente les surdiagnostics, plus on augmente les traitements par radiothérapie, qui ont des inconvénients, comme l'induction de pathologies cardiaques, de maladies du sang, de cancers secondaires.

4. Réalité versus propagande rose

Le croisement des courbes de performance : traitement vs dépistage

Ce sont les progrès thérapeutiques spectaculaires qui sauvent les vies¹⁹, plutôt que la mammographie elle-même. Depuis les années 2000, les avancées thérapeutiques (traitements hormonaux, thérapies ciblées) ont fait des pas de géant. Les études épidémiologiques suggèrent que l'essentiel de la baisse de la mortalité est attribuable à ces nouveaux traitements, capables de

guérir même certains cancers avancés. Le bénéfice déjà mineur du dépistage se retrouve ainsi « grignoté » par le progrès médical. Plus les traitements sont performants, moins la détection ultra-précoce s'avère avantageuse au regard des risques induits (fausses alertes, surtraitements, et irradiation).

Le paradoxe de l'évolution tumorale

Le dépistage par mammographie souffre d'un biais sélectif lié à la vitesse de croissance des tumeurs.

- Il est très performant pour identifier les tumeurs à évolution lente, qui auraient pu être soignées, même plus tard, même non détectées et découvertes par un symptôme, sans perte de chance. La mammographie détecte beaucoup de petites lésions non évolutives, indolentes ainsi que des cancers dits « *in situ* », de détection inutile qui alimentent le surdiagnostic²⁰.
- Il passe, en revanche, souvent à côté des **cancers d'intervalles**²¹, qui surviennent après une mammographie normale et correspondent à des formes agressives de cancers véloces, apparaissant brutalement entre deux examens biennaux, que le dépistage rate. C'est l'échec du dépistage.

Des outils d'aide à la décision

Pour remédier à ce manque patent de clarté, des **outils d'aide à la décision** voient le jour sous forme de graphiques et de pictogrammes standardisés. Ils permettent de visualiser concrètement et « en vraie vie » les trajectoires cliniques exactes d'une population « avec dépistage » versus « sans dépistage ». Ces outils ont été réclamés en France par la concertation citoyenne sur le dépistage²².

En visualisant objectivement le nombre de vies sauvées face au nombre de surdiagnostics et de fausses alertes, les patients peuvent mesurer la balance bénéfice/risque, intégrer leurs propres préférences et exercer un choix médical pleinement autonome, libre et éclairé. Ces outils réduisent significativement les idées reçues et favorisent une implication plus satisfaisante dans le parcours de soins²³.

La magnéto-analgésie : soulagez vos douleurs rebelles par les ondes magnétiques

Douleurs osseuses, neuropathies ou raideurs articulaires : les souffrances chroniques liées aux tumeurs, métastases et traitements du cancer pèsent lourd sur le quotidien. Face à l'impasse des antalgiques lourds et de leurs effets secondaires (brouillard mental, fatigue), la magnéto-analgésie – ou thérapie par champs magnétiques pulsés (CMP) – s'invite aujourd'hui en oncologie comme une approche biophysique complémentaire incontournable. – **Dr Carole Minker**

Comment compléter la prise en charge en cas de douleurs chroniques ? Plutôt que d'ajouter encore de la chimie pour calmer un système saturé, on vient apaiser le jeu à la source. C'est la promesse de la magnéto-analgésie : une approche physique non invasive utilisant des champs magnétiques de basse fréquence pour moduler l'inflammation et dialoguer directement avec les tissus et les récepteurs, localement, là où ça fait mal^{1,2}.

À l'échelle microscopique, toutes les cellules de l'organisme sont concernées et fonctionnent comme de mini piles électriques : leur membrane maintient un potentiel précis grâce à des échanges d'ions, tandis que les mitochondries fournissent l'énergie indispensable pour alimenter ces « batteries » en continu³.

Quand la cellule s'épuise et que le signal s'emballe

En bonne santé, l'activité combinée de milliards de cellules génère un subtil bio-champ électromagnétique global, en résonance permanente avec le champ magnétique terrestre. Mais lorsqu'une zone souffre (à cause d'une inflammation locale, de la pression d'une métastase ou des dommages cellulaires causés par les traitements), ce potentiel électrique s'effondre et les mitochondries s'épuisent. Si cet équilibre se rompt, cette défaillance énergétique locale irrite les terminaisons nerveuses avoisinantes : qu'il s'agisse de cellules osseuses, articulaires ou cutanées, la souffrance se

traduit *in situ* par un signal d'alarme électrique qui remonte vers le cerveau, générant des douleurs osseuses, des neuropathies ou des raideurs articulaires.

C'est précisément là que les champs magnétiques pulsés (CMP) thérapeutiques – tout comme la photobiomodulation dont nous reparlerons plus loin – interviennent pour « recharger la batterie » des cellules dont le potentiel s'est effondré⁴. En relançant l'activité mitochondriale et les échanges ioniques, ils permettent aux cellules de retrouver un fonctionnement normal : c'est l'ensemble du micro-environnement tissulaire et du système nerveux qui s'apaise et se libère de l'inflammation⁵.

L'image du portail et du filtre intelligent

Pour se représenter cette action sur les nerfs, on fait écho à la célèbre théorie du *Gate Control* (ou « contrôle du portail »), formalisée par les neuroscientifiques Melzack et Wall en 1965⁶. Imaginez un portail de contrôle à l'entrée des voies nerveuses : en temps normal, il laisse passer quelques signaux de routine. Mais en cas de douleur chronique, il est grand ouvert, laissant défilé des flux massifs de messages de détresse vers le cerveau sans interruption.

Les champs magnétiques pulsés (de faible intensité et basse fréquence) n'assomment pas l'organisme : ils agissent



Une journée d'interventions non médicamenteuses

Comment intégrer ces approches douces dans un quotidien rythmé ? Voici une journée type combinant nos solutions pour briser le cercle vicieux de la douleur chronique.

- **Matin (au réveil) :** application locale d'un baume au chanvre thérapeutique sur les zones sensibles (dos, nuque ou articulations) – en veillant à l'appliquer après la radiothérapie et jamais juste avant une séance de rayons.
- **Midi :** 15 minutes de séance allongée sur un tapis de magnétothérapie (champs magnétiques pulsés) pour « remettre à plat » le système nerveux et calmer le signal de la douleur.
- **Après-midi :** pratique de quelques minutes de cohérence cardiaque (respiration rythmée) dès qu'une tension nerveuse surgit, afin de baisser instantanément le niveau de stress du cerveau.
- **Soir (au coucher) :** une courte séance de photobiomodulation ou une nouvelle session de tapis PEMF pour détendre les fibres musculaires et préparer l'organisme à une nuit sans douleurs avec un sommeil réparateur.

comme un filtre intelligent ou un agent de sécurité bienveillant^{7,8,9}. Le signal douloureux est alors « freiné » ou atténué à la source, si bien que le cerveau reçoit un message beaucoup moins alarmant¹⁰.

L'atout face aux douleurs rebelles (osseuses, neuropathiques et articulaires) en oncologie

Dans le parcours de la maladie, la prise en charge de la douleur reste un défi quotidien. Reconnue comme une **intervention non médicamenteuse** (INM) de choix, la thérapie par champs magnétiques pulsés (CMP) déploie toute son efficacité sur un large spectre de douleurs rebelles en oncologie^{11,12}, en ciblant trois grandes familles de tourments qui épuisent les patients : les douleurs osseuses métastatiques^{13,14} ; les neuropathies (chimio-induites)¹⁵ et les douleurs articulaires, musculosquelettiques et post-radiques^{16,17,18,19}.

Un « bouclier complémentaire » pour mieux supporter les traitements

Face à ces différentes douleurs, la thérapie par CMP ne se substitue pas aux traitements oncologiques de fond (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) : elle agit comme un outil complémentaire précieux en parfaite harmonie avec le parcours de soins^{20,21}. L'allègement de la « dette médicamenteuse » constitue l'un de ses plus grands atouts pour la qualité de vie. En calmant les signaux par voie physique, les CMP permettent souvent de réduire les doses d'opioïdes ou d'antalgiques lourds. Moins de chimie se traduit par moins d'effets secondaires invalidants (somnolence, brouillard mental, troubles digestifs), permettant au patient de retrouver énergie et clarté d'esprit²². Des bienfaits aujourd'hui documentés par la recherche clinique rigoureuse^{23,24}.

Au-delà de la douleur : circulation, inflammation et soutien oncologique

En plus d'agir sur les portes de la douleur, les CMP déclenchent une véritable réaction en chaîne bénéfique dans les tissus.

- **Une relance de la microcirculation :** les petits vaisseaux sanguins, parfois comprimés par les tensions ou l'œdème, s'ouvrent un peu plus. C'est un peu comme si l'on passait un coup de Kärcher dans des tuyaux encrassés : le sang oxygéné afflue, apportant les

nutriments nécessaires à la réparation tissulaire^{25,26,27,28}.

- **Un effet anti-inflammatoire :** en calmant l'excitation cellulaire, on réduit la production locale de molécules inflammatoires^{29,30}. C'est un grand nettoyage de printemps de la zone douloureuse, qui permet aux tissus de respirer à nouveau, sans le moindre gramme de chimie.
- **Une action anticancéreuse ciblée :** des travaux récents montrent que les champs magnétiques perturbent l'équilibre électrique et le métabolisme des cellules tumorales, tout en préservant les cellules saines environnantes^{31,32}. Cet impact est potentialisé lorsqu'on l'associe à l'ozonothérapie (administrée par autohémothérapie ou insufflation)³³. En combinant l'apport ciblé d'oxygène actif de l'ozone et les ondes des CMP, on stimule l'immunité globale, on aide à freiner la prolifération cancéreuse et on améliore nettement la tolérance des soins et le confort de vie du patient.

En pratique, on fait comment ?

Si vous vous attendez à des décharges électriques ou à des sensations spectaculaires, vous serez surpris : **on ne sent absolument rien**.

Aujourd'hui, la technologie se décline sous forme d'applicateur souple, de coussin lombaire ou de tapis plat³⁴ (à l'image des dispositifs PEMF grand public popularisés par certaines méthodes de bien-être, comme ceux de la marque Charlotte Muller). On glisse simplement ce tapis ou ce coussin sur la zone douloureuse – que ce soit le bas du dos, les genoux ou la nuque – un peu comme un coussin chauffant, à la différence près

qu'il n'y a aucune chaleur dégagée et que le champ magnétique, lui, est totalement imperceptible. Les impulsions électromagnétiques traversant sans difficulté les vêtements, il n'est pas nécessaire de se déshabiller pour appliquer le tapis ou le coussin sur la zone douloureuse³⁵.

Les ondes de basse fréquence ne fonctionnent pas comme un comprimé d'aspirine que l'on avale pour effacer un mal de tête en quinze minutes. Pour que les CMP soient pleinement efficaces, il faut se laisser le temps de rééduquer le signal de la douleur³⁶. Le protocole type repose sur une régularité de séances courtes (15 à 30 minutes, plusieurs fois par semaine). Si les premiers soulagements se font parfois ressentir dès le début, c'est généralement au bout de 10 à 15 jours d'une pratique assidue que les effets se stabilisent³⁷. C'est cette répétition douce qui permet de reprogrammer le signal nerveux et d'ancrer le soulagement dans la durée.

Limites et sécurité

Contrairement aux techniques chauffantes (comme la técarthérapie), les CMP agissent en douceur, sans apport de chaleur ni contre-indication majeure en oncologie. Cependant, aussi douce soit-elle, cette approche physique modifie les équilibres cellulaires et ne s'improvise pas. Il est indispensable de faire valider l'absence de contre-indications absolues par votre oncologue ou votre médecin traitant (pacemaker, grossesse, etc.).

Avant d'investir dans un tapis à domicile ou de débiter des séances, gardez donc toujours en tête cette règle d'or : **ne commencez jamais une thérapie par champs magnétiques pulsés sans en parler à votre équipe médicale**.



PEA et pré-résolvines : l'autre synergie anti-inflammatoire

Pour démultiplier les bienfaits des CMP de l'intérieur, l'associer au PEA (palmityléthanolamide, un lipide fabriqué par le corps) et aux pré-résolvines (dérivés d'oméga-3) cible directement la neuro-inflammation et la douleur à la source^{38,39}.

Côté pratique : en cure de 2 à 3 mois, comptez 300 à 1 200 mg/jour pour le PEA et 2 capsules/jour pour les pré-résolvines. Ces actifs soutiennent aussi l'équilibre psycho-émotionnel et la santé intestinale, sans interaction majeure pour le PEA. En période de chimiothérapie active, faites valider la prise par votre oncologue (les pré-résolvines étant souvent mises en pause les jours d'injection).

50 ans d'enquête sur l'industrie du cancer : rencontre avec le Dr Ralph W. Moss

En 1977, Ralph W. Moss quitte le Memorial Sloan-Kettering, à Manhattan, après avoir refusé de travestir les résultats d'un chercheur sur un traitement controversé. De cette rupture naîtra une œuvre entière vouée à une question dérangeante : et si la logique économique pesait autant que la science sur ce que l'on propose aux malades ? Brevets et prix vertigineux, théories rivales du cancer, traitements naturels passés au crible des preuves : dans ce grand entretien exceptionnel, l'un des observateurs les plus aiguisés de la cancérologie défend une ligne exigeante – un « scepticisme bienveillant », ni crédule ni dogmatique.

Interview réalisée par
Catherine Lesage

“
La tendance
des institu-
tions à
résister aux
idées qui
défient les
paradigmes
dominants n'a
pas disparu.

”

Catherine Lesage : **Votre parcours indépendant commence en 1977, quand vous quittez le Memorial Sloan-Kettering après avoir refusé de travestir les résultats du Dr Sugiura sur le laetrile. Que vous a appris cette affaire sur la manière dont l'establishment du cancer traite les découvertes qui le dérangent – et dans quelle mesure cela reste-t-il vrai aujourd'hui ?**

– **Dr Ralph W. Moss** : Mon expérience au Memorial Sloan-Kettering a été un choc profond. Avant d'entrer dans le domaine du cancer, j'avais été actif dans le mouvement contre la guerre de la fin des années 1960 et du début des années 1970. Je connaissais les manières dont des institutions puissantes peuvent façonner l'opinion publique. Pourtant, je croyais que la science médicale, et en particulier la recherche sur le cancer, se tenait quelque peu à l'écart de ces influences.

Ce que j'ai découvert était plus complexe. Beaucoup des personnes avec qui je travaillais étaient intelligentes, intègres et de sensibilité progressiste. Pourtant, confrontées à des résultats qui remettaient en cause les hypothèses admises, les pressions institutionnelles l'emportaient souvent sur la curiosité scientifique. Dans le cas du laetrile, cela a culminé avec des déclarations publiques de hauts responsables affirmant que les expériences du Dr Kanematsu Sugiura avaient été négatives, alors que ses travaux, publiés et non publiés, avaient en réalité montré des effets positifs dans plusieurs modèles animaux.

La leçon que j'en ai tirée n'est pas que la science est corrompue, mais qu'elle se pratique au sein d'institutions. Les institutions ont des réputations à protéger, des flux de financement à préserver et des positions établies qu'elles répugnent souvent à

reconsidérer. Lorsque des données menacent ces positions, la réponse n'est pas toujours une évaluation objective. Parfois, c'est le rejet, la marginalisation ou la réinterprétation. Ce qui m'a impressionné chez le Dr Sugiura, ce n'était pas seulement sa rigueur scientifique, mais son intégrité personnelle. C'était un chercheur prudent et méticuleux, sans aucun agenda idéologique. Ma confiance dans ses résultats ne venait pas d'une croyance préalable dans le laetrile, mais de ma conviction qu'il rapportait honnêtement ce qu'il observait.

Près de cinquante ans plus tard, je crois que les mêmes dynamiques existent toujours, quoique sous des formes différentes. L'oncologie moderne a réalisé des progrès remarquables, en particulier dans certains domaines des thérapies ciblées et de l'immunothérapie. Pourtant, la tendance des institutions à

résister aux idées qui défient les paradigmes dominants n'a pas disparu.

De The Cancer Industry à Cancer, Incorporated, votre thèse est constante : le soin du cancer est d'abord une entreprise à but lucratif. Comment la logique du brevet décide-t-elle de ce qui est proposé au patient – et quand un anticancéreux dépasse 100 000 dollars par an, quel rapport voyez-vous entre ce que paie le patient et le bénéfice réel qu'il en retire ?

– La médecine du cancer n'est pas seulement une entreprise scientifique ; c'est aussi un commerce de premier plan. Les incitations économiques jouent un rôle énorme dans la détermination des traitements qui sont développés, promus, remboursés et, finalement, proposés aux patients. Je ne crois pas que la plupart des oncologues soient avant tout motivés par le profit. Mais ils exercent au sein d'un système dont les incitations favorisent fortement les interventions brevetées et coûteuses au détriment d'approches moins rentables. En conséquence, l'éventail des options présentées aux patients est souvent plus étroit que celui des possibilités qui peuvent exister.

Un brevet pharmaceutique est le fondement d'un monopole légal. Aux États-Unis et dans la plupart des pays développés, un brevet standard dure 20 ans à compter de la date de dépôt de la demande. Durant cette période d'exclusivité, le fabricant jouit d'une liberté extraordinaire pour fixer ses prix, sans concurrence directe de génériques équivalents.

L'industrie pharmaceutique affirme que ces prix sont justifiés par le coût extrême de

la recherche, du développement et de la fabrication des nouveaux médicaments. Mais malgré ces coûts, les tarifs semblent souvent excessifs. L'un des anticancéreux les plus chers de tous les temps fut le Kymriah® (tisagenlecleucel), une forme de thérapie cellulaire CAR-T. À son lancement, le fabricant, Novartis, fixa un prix de gros catalogue de 475 000 dollars par perfusion. Or, selon son inventeur, le Dr Carl June, PhD, le coût réel de production du médicament avoisinait 20 000 dollars, soit moins de 5 % du prix catalogue¹.

À l'inverse, la plupart des candidats non brevetables comme traitements du cancer, dérivés de produits naturels, sont peu coûteux. Le résultat, c'est que les traitements non brevetés tombent souvent dans ce que les chercheurs appellent la « vallée de la mort » – le fossé entre des résultats prometteurs en laboratoire et les grands essais cliniques nécessaires à l'approbation réglementaire. Sans la perspective de profits de monopole, peu d'organismes sont disposés à investir les centaines de millions de dollars requis.

Reste à savoir ce que vaut réellement un traitement. Le seul critère de bon sens est la survie globale, idéalement démontrée par des essais cliniques contrôlés randomisés, qui demeurent l'étalon-or de la preuve médicale. Or l'un des plus grands écueils est le recours fréquent à des marqueurs dits « de substitution » : une tumeur qui régresse ou une survie sans progression. Mais une tumeur qui régresse ne signifie pas nécessairement que le patient vivra plus longtemps. La question à poser est simple : combien d'espérance de vie supplémentaire, en moyenne, ce traitement a-t-il démontré apporter ?

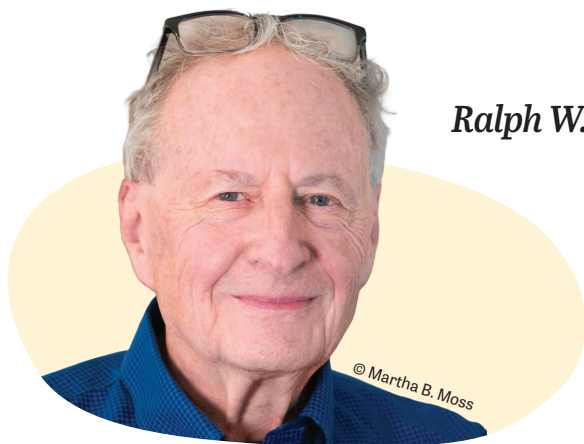
S'y ajoute la toxicité financière. Le salaire médian d'un travailleur américain à temps plein est d'environ 62 600 dollars par an ; or de nombreux nouveaux anticancéreux coûtent deux à quatre fois ce montant par an. Même les analyses les plus prudentes concluent que la dette médicale est un facteur majeur dans environ un quart des faillites personnelles aux États-Unis. Évaluer la valeur d'un traitement exige donc de mettre en balance trois considérations : la survie, la toxicité et le coût. Lorsque le bénéfice de survie est incertain, modeste ou non démontré, les patients et leurs familles sont parfaitement en droit de se demander si le bénéfice promis est proportionné aux charges financières et physiques imposées par le traitement.

L'oncologie repose toujours sur la théorie de la mutation somatique, qui impute le cancer à un ADN endommagé. Vous rappelez que James Watson², lui-même co-découvreur de l'ADN, l'a rejetée. Où situez-vous le vrai point mort de l'oncologie, et pourquoi ce paradigme génétique continue-t-il de dicter les traitements ?

– D'importants progrès ont été réalisés : la survie s'est améliorée pour certains cancers, avec des succès remarquables dans la leucémie de l'enfant, le lymphome de Hodgkin, le myélome multiple et le cancer du testicule. Pourtant, la plupart des tumeurs solides métastatiques courantes restent incurables. Malgré des décennies d'efforts et des dépenses colossales, une percée décisive contre le cancer dans son ensemble demeure hors d'atteinte.

Une théorie n'est pas un luxe académique. C'est la carte qui indique aux chercheurs où

“ La plupart des chercheurs en cancérologie surestiment les mutations génétiques et sous-estiment l'importance du métabolisme énergétique cellulaire. ”



Ralph W. Moss

Biographie

Né en 1943, Ralph W. Moss est diplômé de l'université Stanford. Rédacteur scientifique au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de 1974 à 1977, il en est écarté après avoir dénoncé publiquement la dissimulation de résultats favorables sur le laetrile. Il consacre depuis un demi-siècle à l'évaluation indépendante des traitements anticancéreux, conventionnels comme naturels. Auteur d'une douzaine d'ouvrages – dont *The Cancer Industry* (1980), *Cancer, Incorporated* (2020) et *The Moss Method* (2024) – et ancien conseiller fondateur du bureau de médecine alternative des NIH, il publie aujourd'hui les *Moss Reports*, guides d'information destinés aux patients. <https://www.themossreport.com/>

regarder et quelles questions poser. Si la carte est fautive, des efforts considérables peuvent être déployés sans jamais atteindre la destination souhaitée. À mon avis, la plupart des chercheurs en cancérologie continuent d'opérer dans un cadre théorique qui surestime les mutations génétiques et sous-estime l'importance du métabolisme énergétique cellulaire.

Cette vision est connue sous le nom de théorie de la mutation somatique (TMS). Elle a certes généré d'importantes découvertes, mais elle bute sur des anomalies persistantes. Des études récentes ont révélé que les tissus normaux contiennent souvent un grand

“

Évaluer la valeur d'un traitement exige de mettre en balance trois considérations : la survie, la toxicité et le coût.

”

nombre des mêmes mutations « conductrices » que celles trouvées dans les cancers : à l'âge mûr, de vastes zones de peau et de tissu œsophagien d'apparence normale en sont peuplées. Pourtant, la plupart de ces cellules ne deviennent jamais malignes³. Si les mutations conductrices sont la cause première du cancer, pourquoi tant de cellules qui en sont porteuses restent-elles parfaitement normales pendant des décennies ?

Un cadre alternatif est fourni par la théorie métabolique mitochondriale (TMM), qui trouve son origine dans les travaux du lauréat du prix Nobel Otto Warburg, il y a près d'un siècle⁴. Elle suppose que le cancer prend naissance dans une atteinte du métabolisme énergétique cellulaire, centrée sur les mitochondries, les anomalies génétiques observées dans le cancer seraient souvent des effets en aval d'une perturbation métabolique plus fondamentale. Les cellules cancéreuses de nombreux types dépendent fortement de carburants fermentescibles, en particulier le glucose et la glutamine. Cette théorie oriente vers une autre classe d'interventions : restriction du glucose, thérapie métabolique cétogène, ciblage de la glutamine⁵.

Le plus frappant, c'est que James Watson lui-même devint, tard dans sa vie, de plus en plus convaincu qu'une explication purement génétique du cancer était insuffisante. Il exhorta les scientifiques à revisiter les travaux d'Otto Warburg. Sa pensée fut résumée dans une tribune très commentée du *New York Times* en 2009 : « Il faut que d'astucieux biochimistes reviennent de nouveau au premier plan pour nous aider à comprendre la cellule cancéreuse aussi bien

chimiquement que nous la comprenons génétiquement⁶ ».

Pourquoi, dès lors, la théorie génétique continue-t-elle de dominer ? En partie parce qu'elle a généré une immense infrastructure scientifique, médicale et commerciale. Sa limite est qu'elle concentre avant tout l'attention sur les caractéristiques moléculaires de la tumeur, plutôt que sur l'état biologique global du patient. Des facteurs comme le métabolisme, la nutrition, l'inflammation, la fonction immunitaire et les expositions environnementales deviennent souvent des considérations secondaires. Or ce sont précisément les facteurs que les patients peuvent le plus directement influencer. Les gènes comptent indéniablement, mais le cancer n'est pas simplement une maladie des gènes : c'est une maladie qui survient au sein d'un être humain vivant.

La plupart des décès sont dus aux métastases, mais la plupart des traitements sont évalués sur la seule réduction de la tumeur primitive. Est-ce le grand angle mort de la recherche – et que cibler à la place ?

– La métastase est la capacité des cellules cancéreuses à migrer depuis leur tissu d'origine et à établir de nouvelles tumeurs dans des organes distants. Elle est responsable de l'immense majorité des décès par cancer. Pourtant, une grande partie de la recherche continue de se concentrer principalement sur la réduction de la taille de la tumeur primitive, ce qui ne s'attaque pas nécessairement au processus qui finit par tuer la plupart des patients.

Une étape majeure est venue avec la découverte des cellules souches cancéreuses (CSC), une sous-population restreinte, mais hautement agressive présente dans de

“

Le grand angle mort de l'oncologie est la tendance à se concentrer sur la tumeur visible plutôt que sur les cellules responsables de la métastase.

”

nombreuses tumeurs. Ces cellules possèdent la capacité d'auto-renouvellement, de résistance au traitement et, surtout, de dissémination métastatique. De plus en plus de données suggèrent qu'elles pourraient être les véritables moteurs de la progression du cancer. Si tel est le cas, le défi central n'est pas seulement de réduire les tumeurs, mais d'identifier et de contrôler les CSC responsables des récurrences, de la résistance au traitement et des métastases.

Dans *The Moss Method* (2024), j'ai soutenu qu'une approche prometteuse consiste à utiliser des composés alimentaires et naturels non toxiques ayant démontré une activité anti-CSC dans des études de laboratoire et chez l'animal. Parmi les mieux étudiés figurent le resvératrol, les isoflavones de soja, le sulforaphane des pousses de brocoli, la curcumine et les polyphénols présents dans l'huile d'olive et le thé vert. En définitive, le grand angle mort de l'oncologie est la tendance à se concentrer sur la tumeur visible plutôt que sur les cellules responsables de la métastase.

Certains traitements naturels reposent sur des preuves solides, d'autres sur du pur battage. Parmi ceux que vous avez documentés – huile d'olive extra-vierge (essai Predimed), thé vert (EGCG), curcumine, vitamine C intraveineuse à haute dose – lesquels tiennent le mieux, lesquels sont surestimés ?

– La catégorie des « traitements naturels » est extrêmement vaste, allant de mesures étayées par des preuves scientifiques substantielles à d'autres qui ne sont guère plus que des vœux

pieux. Tout au long de ma carrière, je me suis efforcé de distinguer l'authentique du factice. Ce n'est pas toujours facile, car la médecine conventionnelle tout comme la médecine alternative peuvent succomber au dogmatisme, voire à l'intérêt personnel.

Selon la force actuelle des preuves, l'huile d'olive extra-vierge viendrait probablement en premier. Dans l'essai clinique randomisé Predimed, les femmes assignées à un régime méditerranéen complété par de l'huile d'olive extra-vierge ont connu une réduction de 68 % du risque de développer un cancer du sein par rapport au groupe témoin⁷. L'huile d'olive n'est pas un traitement du cancer, mais elle pourrait être l'une des approches nutritionnelles les mieux étayées pour la prévention.

Les catéchines du thé vert, en particulier l'EGCG, viennent ensuite : données de laboratoire abondantes, études de population globalement encourageantes, mais des concentrations difficiles à atteindre dans les tissus humains. La curcumine présente un paradoxe : une gamme extraordinaire d'activités anticancéreuses en laboratoire, mais une faible absorption qui a compliqué son développement clinique ; son rôle ultime sera vraisemblablement celui d'un adjuvant, plutôt que d'un traitement autonome.

La vitamine C intraveineuse à haute dose demeure la plus controversée des quatre. En 1985, le Dr Charles Moertel publia une étude très médiatisée concluant que « la vitaminothérapie C à haute dose n'est pas efficace contre la maladie maligne avancée⁸ ». On a peu relevé, à l'époque, que les patients recevaient

la vitamine C par voie orale. Des études plus récentes utilisant l'administration intraveineuse ont produit des résultats nettement plus encourageants : chez des patients atteints d'un cancer du pancréas métastatique, l'ascorbate pharmacologique ajouté à la chimiothérapie a significativement prolongé la survie, sans toxicité supplémentaire⁹. À mon avis, elle reste une thérapie prometteuse, mais encore non prouvée.

Aucune de ces approches ne doit être considérée comme un remède miracle. Ce qui les distingue de nombreuses allégations exagérées, c'est qu'elles sont étayées par un *corpus* substantiel de données de laboratoire, épidémiologiques et, dans certains cas, cliniques, et qu'elles présentent des profils de sécurité relativement favorables. On ne peut pas en dire autant de tous les produits naturels : la fameuse « vitamine B17 », malgré des données de laboratoire positives, peut libérer du cyanure dans l'organisme, et une quantité suffisante peut être létale. Cela ne justifie pas pour autant les réactions hystériques : même un traitement très controversé mérite une évaluation scientifique posée.

L'erreur la plus courante dans ce domaine n'est pas que ces substances soient sans valeur, mais que leurs bénéfices soient exagérés, au-delà de ce que les preuves peuvent actuellement étayer. À mon avis, l'attitude juste est celle d'un scepticisme bienveillant : ni crédulité, ni rejet réflexe, mais la volonté d'examiner les preuves où qu'elles mènent. Cette approche a bien servi la science depuis plus de deux siècles et elle demeure notre meilleur guide aujourd'hui.

« Une leucémie, c'est en moyenne 20 000 % de marge brute »

Trois des cinq médicaments les plus coûteux pour la Sécurité sociale sont des anticancéreux. Prix fixés en secret, marges de 40 à 90 %, recherche publique captée par le privé : le patient-contribuable paie deux fois. Décryptage d'un business qui prospère aussi sur de vrais succès médicaux. – **Philomène Mauriats**

Une leucémie, c'est en moyenne 20 000 % de marge brute », dénonçait une affiche de Médecins du monde, en 2016. Cette campagne sur le « prix de la vie » a vite été censurée¹. Elle soulevait pourtant des questions essentielles. Le cancer coûterait à l'Europe, directement et indirectement, au moins 228 milliards d'euros par an, dont 146 pour les traitements, les soins et la prévention². Des avancées thérapeutiques ont nettement amélioré le pronostic de plusieurs cancers. Mais les nouveaux traitements ne sont pas tous aussi efficaces, alors que l'industrie en exige des prix exorbitants. Ce qui menace l'ensemble du système de santé.

7 % des dépenses de santé... mais des progrès

Le cancer représentait environ 7 % du total des dépenses de santé en France en 2023. Trois des cinq médicaments qui coûtent le plus cher à la Sécurité sociale sont des anticancéreux. En tête du peloton, Keytruda du laboratoire américain

MSD, pour 1,5 milliard d'euros, puis Darzalex, de son compatriote Johnson & Johnson, pour 800 millions³.

Les thérapies ciblées, l'immunothérapie et les cellules lymphocytaires génétiquement modifiées (les CAR-T) ont bouleversé la prise en charge du cancer depuis 25 ans, constatait, en 2023, l'Académie de médecine⁴, mais l'industrie les vend à des prix « d'un niveau inconnu jusqu'alors ». Souvent prescrits sur des durées longues, parfois après plusieurs autres « lignes » de traitement, ces traitements grèvent fortement les comptes de la Sécurité sociale.

« Je travaille en cancérologie depuis plus de 25 ans et ai constaté à quel point certaines innovations ont vraiment sauvé des vies », précise Leïla Gofti-Laroche, praticienne hospitalière et chercheuse exerçant en CHU. Pour les cancers du sang pédiatriques, on est à plus de 90 % de guérisons. » Dans les cancers du sein, de la prostate, du rein, du testicule, ainsi que dans le mélanome et le lymphome, les progrès ont également été considérables.

Le Dr Ivan Pourmir, immunoncologue médical de l'hôpital européen Georges-Pompidou

(Paris) partage ce constat : « Avec les immunothérapies, je vois des rémissions complètes prolongées – je peux même parler, dans quelques rares cas, de guérisons – de cancers métastatiques du poumon qui condamnaient en six mois (NDLR : le carcinome du poumon représente la première cause de mortalité par cancer dans le monde⁵). Idem pour le mélanome malin métastatique. »

Pseudo-innovations hors de prix

« Surfant sur ces succès réels, de nombreuses pseudo-innovations médiocres entraînent des coûts injustifiés », reprend la Dre Gofti-Laroche. Largement financée par les fabricants, qui se retrouvent donc juges et parties – ce qui multiplie par quatre la probabilité de résultats positifs, selon plusieurs chercheurs indépendants⁶ – la recherche gaspille beaucoup de ressources. « Elle se concentre notamment beaucoup trop sur les « me-too », copies plus ou moins conformes de la molécule-vedette du moment, déplore Ivan Pourmir. On ne sait jamais si elles sont meilleures, car elles ne sont pas comparées avec cette vedette

devenue la nouvelle référence, mais avec des traitements antérieurs moins performants. »

Lorsque la prise en charge comporte plusieurs « lignes » de traitement, ce qui est fréquent, le groupe comparateur peut aussi recevoir un traitement sub-optimal pour les lignes suivantes. « *Voire pas de traitement du tout, dans les pays où l'assurance santé n'existe pas*, assure l'oncologue. Un cynisme choquant, qui, en plus, fausse les comparaisons de survie globale⁷. Les informations sont lacunaires, on sait juste si les personnes sont en vie ou pas. Et le suivi des effets indésirables s'arrête souvent après 30 jours, alors qu'ils peuvent apparaître plus tard. » Beaucoup d'oncologues ne sont pas conscients de ces limites et se fient aux informations souvent triomphalistes diffusées dans les congrès ou les revues médicales.

L'ensemble du système manque cruellement de transparence (lire

l'encadré). L'opacité du processus de fixation des prix en France est régulièrement dénoncée par certains médias⁸. Les délibérations du « Comité économique des produits de santé » (CEPS) sont secrètes et il ne dispose pas des coûts de fabrication des molécules ! De plus, l'industrie a décidé que les prix devaient intégrer la valeur des vies ou des années sauvées. Une logique absurde et mortifère. « *Si on commençait à fixer le prix des Airbag en fonction du nombre de vies qu'ils sauvent, le coût des voitures serait beaucoup plus élevé* », grince le pharmacien et juriste Jean Poitou⁹.

Quant aux revues médicales, elles publient les résultats des essais cliniques communiqués par les firmes sans opérer la moindre vérification. Ces titres tirent d'ailleurs l'essentiel de leurs revenus de l'industrie.

Allonger les traitements... pour gonfler la facture

Par ailleurs, la chance de disposer d'une sécurité sociale et de remboursements en théorie intégraux pour les affections de longue durée (ALD), comme le cancer, comporte un effet pernicieux, souligne Ivan Pourmir : on ignore le prix des thérapies prescrites. « *Dans certains pays, médecins et patients connaissent la facture pour chaque perfusion* », relate-t-il. Quant à l'industrie, son but est de maximiser les profits : elle cherche donc toujours à élargir les indications de ses traitements et à obtenir que les autorités sanitaires recommandent des traitements longs, à des doses plus élevées ou plus fréquentes.

« *Actuellement, on a tendance à poursuivre le traitement tant qu'il fonctionne, ce qui aboutit à sur-traiter une partie des patients*, résume l'oncologue. Car le cancer constitue



Opacité à tous les étages

« *L'accès transparent aux données des essais cliniques, nécessaire pour évaluer le bénéfice et la sécurité des thérapies anticancéreuses, est refusé par les firmes, au nom de la propriété intellectuelle et du secret des affaires*, dénonce Ivan Pourmir. Un comble au vu des enjeux et des prix où on les paie. » Les réglementations successives restent insuffisantes pour imposer la transparence sur ces données, qui devraient pourtant relever du patrimoine commun de l'humanité. Un chercheur allemand, Till Brückner, a calculé récemment que la moitié des essais cliniques menés en Europe ne respectent pas les obligations de transparence édictées par l'UE en 2022¹⁵. Même les autorités sanitaires ne reçoivent de ces données cliniques que des synthèses, élaborées pour présenter le produit sous le meilleur jour possible, souvent en minimisant les effets indésirables et en exagérant le bénéfice pour

les patients. Ou parfois, au contraire, des monceaux de données dites « brutes », non structurées, inexploitable pour contrôler la validité des analyses. Le chercheur anglais Ben Goldacre a écrit que tous les jours, des gens souffrent et meurent à cause du fait qu'un tiers à la moitié des données issues des essais cliniques restent inaccessibles. « *J'ai participé à des essais au sein d'un CHU et ai été témoin de fraudes manifestes : chiffres trafiqués, exclusions de patients dont les résultats n'arrangeaient pas le financeur, etc.* », témoigne une docteure en biochimie qui a quitté le milieu. Quant aux volontaires entrant dans les essais cliniques, ils prennent des risques réels sans rémunération, parce qu'ils sont désireux de faire avancer la science. Cette motivation altruiste persisterait-elle s'ils réalisaient que tout ou partie des données collectées grâce à eux restera sous le boisseau ?

un écosystème : si on ne s'en débarrasse pas après un certain temps, on risque d'en sélectionner la partie la plus résistante. Ménager des pauses pourrait contribuer à éviter cet effet. » Autre exemple, en immunothérapie, MSD a imposé des doses fixes de Keytruda, au lieu de les adapter comme auparavant au poids du patient, ce qui amène à payer des quantités superflues.

Les stratégies, comme ménager des pauses et adapter des doses, pourraient faire économiser 30 milliards d'euros à l'échelle mondiale, dont la moitié du fait du seul Keytruda, lisait-on dans des médias d'investigation indépendants¹⁰. Tout le monde serait gagnant avec de telles stratégies, sauf les fabricants, dont les marges sur les médicaments anticancéreux s'étagent de 40 à 90 %, dénonçait l'ONG suisse PublicEye¹¹.

« Seule la FDA, gendarme étasunien du médicament, aurait le pouvoir d'obliger l'industrie à mener les essais cliniques randomisés (ECR) nécessaires pour évaluer ces stratégies, mais elle a plutôt tendance à abaisser régulièrement ses critères d'exigence (lire l'encadré), poursuit Ivan Pourmir. Les industriels calibrent toute leur politique sur la FDA, car les États-Unis représentent leur marché le plus lucratif. Les patients y sont moins nombreux qu'en Europe, mais les prix des médicaments plus élevés. Cela dit, l'EMA pourrait lancer des appels d'offre, en fixant des critères stricts, en échange, par exemple, d'un niveau de prix garanti ou d'une AMM prioritaire. Mais on ne ressent pas de volonté politique d'aller vers cela. »

La recherche privée... financée par vos impôts

Au contraire, les sénatrices françaises auteures, en 2023, d'un rapport sur les pénuries de médicaments, ont souligné à quel point les subventions accordées par les pouvoirs publics à l'industrie n'étaient

assorties d'aucune conditionnalité¹³ (maintien de la production locale, préservation de l'emploi, etc.). Les contribuables paient donc deux fois : une fois par leurs impôts et une seconde par leurs cotisations, qui financent le remboursement par la Sécu, observent-elles. Selon leurs calculs, le secteur pharma toucherait 710 millions d'euros par an au titre du crédit d'impôt recherche (CIR), qui n'a pour autant pas ralenti les délocalisations.

« Le développement précoce des molécules provient de la recherche publique, mais le privé empoche les gains, car il est seul à investir dans les dernières phases, résume Ivan Pourmir. Par ailleurs, ce manque d'investissement dans les phases cliniques nous fait probablement passer à côté de traitements génériques

« repositionnables »¹⁴ prometteurs. Une volonté politique permettrait de trouver des financements européens pour tester des candidats-médicaments à « repositionner » ou de porter jusqu'à la clinique les molécules développées dans le public. Au vu des sommes actuellement dépensées par la collectivité, ce serait probablement rentable ». Ces préconisations rejoignent celles de l'Académie de médecine.

« J'étais une fervente adepte du concept One Health, continuum entre santé environnementale, animale et humaine, mais j'en reviens, confie Leïla Gofti-Laroche. Car il sert de prétexte à une captation et une centralisation de données sensibles au service d'intérêts privés et à des politiques de contrôle restreignant les libertés individuelles « pour notre bien », avec des risques de dérives. »



Des régulateurs laxistes

Au lieu d'exiger des preuves de meilleure qualité, les agences sanitaires inaugurent des procédures d'approbation allégées et accélérées. « Dans certains cas, cela permet un accès plus rapide à un traitement potentiellement meilleur, mais cela n'encourage pas le fabricant à produire des résultats d'efficacité et de sécurité robustes », déclare Ivan Pourmir. Les médias saluent la rapidité de la mise à disposition de ces molécules... sans dénoncer les faiblesses de leur conception et de leur évaluation. La FDA, Food and Drug Administration, n'exige plus qu'un seul essai clinique « pivot »¹² positif pour délivrer l'AMM (autorisation de mise sur le marché) à un médicament, contre deux auparavant. Les agences admettent aussi les « critères secondaires ». Par exemple, en oncologie, si le produit réduit la taille de la tumeur ou fait baisser le taux sanguin d'un marqueur, cela peut suffire. Même si le fabricant ne met en évidence aucun bénéfice sur des critères essentiels, comme la survie globale, la qualité de vie, etc. Et dès qu'un produit a été approuvé aux États-Unis, les pressions de l'industrie et des associations de patients, parfois instrumentalisées pour exercer une pression émotionnelle sur le législateur et l'opinion, s'accroissent pour obtenir l'AMM partout ailleurs.

Effets secondaires des traitements du cancer : quels soins complémentaires ?

Dr Paul Dupont

La chimiothérapie agit sur les cellules cancéreuses, mais elle peut également toucher des cellules saines qui se renouvellent rapidement. Ceci explique pourquoi les effets secondaires des traitements sont si nombreux. Qu'est-il possible de faire en complément ? Quelques pistes... non exhaustives.

Plusieurs soins complémentaires peuvent contribuer à réduire les effets indésirables des traitements du cancer et améliorer la qualité de vie des malades. Il ne s'agit pas, bien entendu, de soins capables de traiter directement le cancer. Par ailleurs, ce qui est proposé dans cet article devra être systématiquement discuté avec le cancérologue chargé des soins. Parmi les effets secondaires les plus fréquents, citons :

- **la fatigue**, qui se traduit par un manque d'énergie, avec une sensation d'épuisement généralisé pouvant obliger à se reposer, voire à dormir sans que cela soit réparateur. La fatigue peut avoir une origine organique lorsqu'il y a, par exemple, une anémie. Mais la plupart du temps, c'est un phénomène réflexe de l'organisme au niveau cérébral : comme si on déconnectait un appareil de sa source d'énergie. Et il n'y a pas forcément de cause organique. Parfois, la fatigue va diminuer avec l'arrêt des traitements, et d'autres fois, elle peut aussi perdurer dans l'après-cancer ;
- **les nausées**, voire les vomissements peuvent apparaître pendant une chimiothérapie, et durer quelques jours ;
- **la sécheresse buccale** fait partie des effets indésirables fréquents de la chimiothérapie. Mais elle peut également faire suite à la

radiothérapie, notamment lorsque les rayons ciblent une zone proche de la gorge ou du cou. Elle peut se compliquer d'infection mycosique (*Candida albicans*) ou virale (herpès), entraîner une modification du goût, voire se compliquer d'ulcérations (mucite) ;

- **la mucite** constitue un effet secondaire particulièrement invalidant des soins du cancer, car elle peut directement compromettre l'alimentation, l'hydratation et l'état nutritionnel. Il s'agit d'une inflammation des muqueuses, et surtout de la cavité buccale, avec des ulcérations (aphtes). La mucite peut également toucher l'œsophage et provoquer des sensations d'irritation de l'arrière gorge et des douleurs à la déglutition ;
- **la chute des poils et des cheveux** : la chimiothérapie endommage les follicules pileux parce que les médicaments affectent les cellules qui se développent rapidement. Bien que cela ne soit pas systématique, certaines chimiothérapies se compliquent d'une perte totale des poils et des cheveux dans les 2 à 3 semaines qui suivent le début de la chimiothérapie. Certaines personnes peuvent même perdre leurs cils, leurs sourcils et leurs poils pubiens. La repousse sera plus ou moins précoce lorsque la chimiothérapie sera terminée.

LES EFFETS SECONDAIRES DES TRAITEMENTS SONT VARIABLES : SELON QU'IL S'AGISSE DE CHIMIOTHÉRAPIE, DE RADIOTHÉRAPIE OU DE BIOTHÉRAPIE

Quel que soit le traitement, c'est d'abord la fatigue : marquée par un épuisement profond qui va souvent persister après le repos.

La chimiothérapie : pendant la séance, on peut avoir des nausées, des vomissements, des diarrhées, des maux de bouche (bouche sèche, aphtes). Par la suite, peuvent apparaître des douleurs des muqueuses liées à des mucites, une chute temporaire des cheveux et des poils. La peau peut aussi être le siège de démangeaisons et de rougeurs. Elle devient sèche et sensible au soleil. Les ongles changent parfois de couleur. Enfin, la chimio provoque fréquemment une baisse plus ou moins marquée des globules blancs, des globules rouges ou des plaquettes. **Les biothérapies** visent à stimuler l'immunité ou à agir directement sur le cancer. Elles peuvent entraîner des réactions cutanées, de type eczéma ou psoriasis. Parfois, on constate des troubles digestifs ou une augmentation de l'inflammation liée à la stimulation du système immunitaire (fièvre, frissons). Des perturbations hormonales, voire des hépatites ne sont pas rares, mais le plus souvent réversibles à l'arrêt du traitement. **La radiothérapie** peut se compliquer de brûlures des zones proches du lieu de l'intervention : au niveau de la peau et parfois, des muqueuses. La peau peut pigmenter sur la zone des rayons.

Quels soins proposer pour accompagner les traitements du cancer

Contre les effets immédiats, nausées, sécheresse buccale et mucite

Des soins d'hygiène tout d'abord : vérifier l'état dentaire, faire des bains de bouche avec du bicarbonate ou du plasma marin une cuillère à café par verre d'eau.

En cas de nausées : on peut utiliser le gingembre à croquer ou sous forme de gélules. Par exemple, Oemine Gast, deux gélules à ouvrir et à prendre avec un verre d'eau.

Contre la mucite : des bains de bouche avec de la tisane de camomille ou la prise d'une cuillère à café trois fois par jour d'huile de millepertuis.

Le fait d'avoir du mal à s'alimenter doit conduire à se supplémenter. Tout d'abord, il faut bien s'hydrater. On peut conseiller la prise d'électrolytes naturels, par exemple, Hydraethic (un concentré de poudre d'eau de coco et d'eau de mer avec du potassium et du sodium à diluer dans 1 litre d'eau). Il est important d'agréments les plats de produits riches en protéines ou de se supplémenter en protéines naturelles, afin d'éviter la fonte musculaire et pour préserver l'état général. On peut conseiller, par exemple, les protéines vegan bio SportEthic Nutrition, deux et quatre doses à répartir sur la journée dans un verre d'eau. L'essentiel étant de prendre environ 1 g par kilo et par jour de protéines.

Contre la fatigue, l'inflammation et l'oxydation du corps

On conseillera des oméga-3 sous forme d'huile de krill NKO. De manière générale, ces acides gras permettent de récupérer plus facilement l'appétit, de réduire la fatigue, d'améliorer la qualité de vie et donc de maintenir un poids correct tout en contribuant au maintien de la masse musculaire. Enfin, l'huile de krill NKO permet de réduire l'inflammation. De manière plus spécifique, des études probantes ont été réalisées portant sur les oméga-3. À titre d'exemple, on peut citer l'action de ces acides gras pour réduire les douleurs liées à la mucite : une méta-analyse publiée en 2025 a regroupé 5 études portant sur 337 patients recevant un traitement anticancéreux. Elle a étudié l'effet des oméga-3 sur la mucite buccale. Bien qu'ils n'empêchent pas son apparition, ils vont néanmoins réduire le risque de mucites sévères et surtout, ils permettent d'atténuer de manière importante la douleur liée à la mucite³. D'autres études ont montré l'intérêt de ces acides gras dans la prévention des neuropathies induites par la chimiothérapie⁴.

Pour relancer l'immunité

Les alkylglycérols ont une place de choix dans l'accompagnement des soins du cancer. Car autant la chimiothérapie que la radiothérapie peuvent faire baisser l'immunité. Or, ces acides gras présents dans la moelle osseuse peuvent contribuer à relancer l'immunité⁵. On les retrouve en grande quantité dans l'huile de foie de requin. De manière anecdotique, on peut rappeler que la médecine

populaire scandinave a utilisé l'huile de foie de requin pour le traitement des cancers et d'autres maladies, car ils avaient remarqué la rareté des tumeurs chez les requins et leur capacité à résister aux infections. L'huile de foie de requin a, par la suite, été reconnue par ses alkylglycérols comme un agent anticancéreux complémentaire dans plusieurs essais cliniques. De plus, les alkylglycérols ont été étudiés pour le traitement des effets secondaires induits par la radiothérapie⁶.

Pour la repousse des cheveux

Parmi les oligo-éléments utiles pour les phanères, pensez surtout au sélénium. Il agit non seulement comme antioxydant, mais il est reconnu officiellement pour contribuer à la repousse des poils, des cheveux et des ongles. Une cure de deux mois peut suffire pour rétablir un équilibre correct des phanères. On peut l'associer avec de la kératine. Pour la peau en général.

Pendant les traitements et par la suite, il faut éviter tous les produits d'hygiène agressifs. Je recommande la gamme de soins Eczebio, notamment l'huile lavante et le liniment qui nettoie tout en calmant et en hydratant. Sur les zones irradiées après la radiothérapie il est possible d'appliquer de l'huile de millepertuis. Mais jamais avant les rayons pour ne pas perturber l'absorption du rayonnement. Enfin, pour renforcer l'état de la peau on peut conseiller *a posteriori* la prise de vitamines A, E, C, de zinc et de magnésium, mais à condition que ces produits soient naturels.

Xuan Tang *et al.*, Effects of Omega-3 Fatty Acids on Oral Mucositis Induced by Anticancer Therapy: A Meta-Analysis *Nutr Cancer*. 2025;77(6):600-609.

La précieuse huile de krill NKO

De nombreuses études ont montré l'importance des oméga-3 chez les patients atteints de cancer pour prévenir ou améliorer les effets secondaires des traitements. Parmi les sources d'oméga-3, l'huile de krill NKO est à privilégier, car non seulement elle

contient ces acides gras bénéfiques, mais ils sont surtout sous forme de phospholipides, tout en étant associée à un puissant antioxydant, l'astaxanthine. Des chercheurs ont même affirmé l'intérêt de cette huile particulière riche en acides gras polyinsaturés

de type EPA/DHA dans certains cancers¹. Des recherches récentes concluent à l'utilité de cette huile en cas de cancer, car elle atténue le stress oxydatif lié aux traitements ainsi que la toxicité des médicaments utilisés en chimiothérapie².



Cancer : Le chemin du soi
Dr Valérie Magnin,
éditions Testez, 13 €

L'oncologue qui a découvert la maladie de l'autre côté du miroir

Elle a passé des années à traiter le cancer avant de l'affronter elle-même. Oncologue radiothérapeute, la docteure Valérie Magnin a accompagné des centaines de patients, jusqu'au jour où la maladie a frappé à sa propre porte. De cette bascule est né un livre – et une conviction : traiter ne suffit pas, il faut aussi accompagner.

L'autrice y expose une approche d'oncologie intégrative, qui articule médecine conventionnelle, hygiène de vie et connaissance de soi. Alimentation, micronutrition, sommeil, activité physique, gestion des émotions, histoire familiale, rapport au corps : autant de clés concrètes pour mieux traverser l'épreuve et redevenir acteur de sa santé, sans jamais opposer les traitements aux ressources complémentaires.

Mais le propos va plus loin. Nourri de sa double expérience de soignante et de patiente, ainsi que des témoignages de ceux qu'elle suit, il invite à regarder le cancer autrement : non plus seulement comme une épreuve à subir, mais comme un temps d'arrêt possible, où l'on revisite ses croyances, ses choix, ses attachements. Un chemin vers soi d'où peut émerger, écrit-elle, un « *phénix intérieur* ». Un livre sensible, qui redonne du sens et des repères.

Cancer : trois médecins à vos côtés



Vivre avec vivre après
Christophe André,
Cléo Brami,
Violaine Forissier,
L'Iconoclaste, 22,90 €

Quand le cancer surgit, tout vacille : le corps, mais aussi les émotions, les repères, le lien aux autres. On a alors besoin de soins autant que de soutien. Ce livre est né de la rencontre entre deux oncologues et un psychiatre, qui a lui-même traversé la maladie. Ils y ont réuni ce qu'ils aimeraient dire à un patient et à ses proches : des repères, des ressources, des conseils, une présence. Et le plaidoyer d'une médecine intégrative, qui relie traitements et émotions, science et sens, soignés et soignants. Pour mieux vivre avec le cancer, surtout après lui.

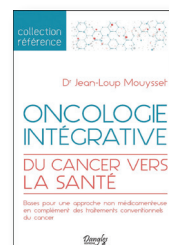
50 ans de victoires, et après ?



Les victoires face au cancer
Pr Henri Joyeux,
éditions du Rocher,
19,90 €

Comment naît un cancer ? La recherche éclaire désormais les mécanismes de la cancérogenèse : des causes toxiques, individuelles, collectives et environnementales viennent altérer nos gènes suppresseurs de tumeurs, sur fond de défenses immunitaires affaiblies – chez l'enfant comme chez l'adulte. Fort de cinquante ans de pratique, l'auteur fait le point sur les avancées thérapeutiques, puis sur ce qui dépend de nous : identifier ses facteurs de risques, connaître les sentinelles de sa santé, soutenir son immunité par l'alimentation.

Offrir de la vie à la survie



Oncologie intégrative – du cancer vers la santé
Dr Jean-Loup Mouysset,
Dangles éditions, 45 €

Pionnier de l'oncologie intégrative, Jean-Loup Mouysset tient un propos sans ambiguïté : l'efficacité des traitements conventionnels en cancérologie n'est plus à démontrer, et il n'est pas question de s'en passer. Mais autour d'eux, tout reste à construire. À cette médecine fondée sur des données probantes, il associe une médecine de valeurs, centrée sur la personne touchée et son entourage. Un accompagnement non médicamenteux qui peut intensifier l'efficacité du traitement, donner du sens à un processus souvent pénible et offrir de la vie à la survie.