

Le cancer  
du sein  
sans tabou

Les droits d'auteur  
liés à la vente de  
cet ouvrage seront  
versés à l'Association  
Jules Bordet qui  
encourage la recherche  
contre le cancer.

Vincent Liévin

# Le cancer du sein sans tabou

ENTRETIENS AVEC

Martine  
Piccart,

ONCOLOGUE  
ET SPÉCIALISTE DU  
CANCER DU SEIN



## S O M M A I R E

<b>Avant-propos</b>	<b>7</b>
<b>1. Le cancer du sein : généralités</b>	<b>17</b>
<b>2. La prévention</b>	<b>35</b>
<b>3. Le diagnostic</b>	<b>59</b>
<b>4. Le traitement</b>	<b>77</b>
<b>5. À côté du cancer</b>	<b>133</b>
<b>6. La recherche</b>	<b>151</b>
<b>Conclusion</b>	<b>173</b>



# Avant-propos

Son sourire frappe. Sa bienveillance émeut. Sa connaissance scientifique et humaine de la maladie fascine. Sa curiosité toujours intacte à l'égard des mécanismes du cancer du sein impressionne. Martine Piccart est complètement investie dans son métier. Entre exigence et humanité, cette infatigable chercheuse internationalement reconnue, professeure honoraire, oncologue spécialiste du cancer du sein veille sur ses patientes et les tient debout face à la maladie.

Sa vie professionnelle lui a permis d'échanger avec des centaines de patientes. Chacune a été écoutée très attentivement, parce que le soin passe aussi et avant tout par l'écoute. « Les conseils et les choix thérapeutiques sont toujours plus appropriés quand l'oncologue et sa patiente forment une équipe », dit-elle.

Chaque semaine, Martine Piccart et moi nous rencontrons pour parler de cette maladie qui frappe les femmes et plus rarement les hommes, le cancer du sein. Elle se concentre. Elle pèse ses mots, elle tient à choisir les termes justes. Elle en connaît le sens et la portée pour les patientes, les proches, les autres soignants. Un mot revient sans cesse : « espoir ». Il est souvent associé à d'autres : bonne nouvelle, recherche en progrès, amélioration de la prise en charge, humanisation des soins... En effet, chaque jour, la recherche innove, les traitements deviennent plus précis, plus personnalisés.

Fille d'un gynécologue et d'une professeure de néerlandais, mariée à un chirurgien orthopédiste rencontré sur les bancs de la faculté, Martine Piccart est d'une infinie persévérance et d'une grande capacité à fédérer à travers l'Europe, à travers le monde, et cela lui a permis de proposer à ses patientes des traitements toujours à la pointe du progrès. « Mon père gynécologue recevait ses patientes à la maison, où il avait son cabinet. Cette proximité a rapidement suscité mon intérêt pour la médecine. J'avais beaucoup d'admiration pour lui et pour son travail. »

Deux événements en particulier ont influencé son orientation professionnelle. « Quand j'avais 16 ans, l'un de mes proches a été hospitalisé pour un cancer. Quand je lui ai rendu visite, j'ai été impressionnée par l'hôpital et la prise en charge des personnes atteintes de cette maladie, par le personnel de soins et les médecins. » Et puis plus tard, quand Martine avait 28 ans, alors qu'elle suivait une spécialisation en oncologie, sa maman a elle-même dû affronter un diagnostic de cancer du sein, avec mastectomie, chimiothérapie et hormonothérapie. Là, Martine a décidé de se consacrer à cette maladie, celle qui concerne les femmes en particulier.

Combative, avec des airs de Simone Veil qu'elle admire tant, Martine Piccart a, tout au long de sa carrière, qui est d'ailleurs loin d'être terminée, joué un rôle actif dans le développement de nouveaux traitements anticancéreux. En 2013, elle a reçu le prix David A. Karnofsky, l'une des reconnaissances les plus prestigieuses récompensant les oncologues ayant contribué de façon remarquable à la

recherche. Elle est ainsi devenue la quatrième femme à l'obtenir. Loin des honneurs, ce qui compte, pour elle, c'est la recherche et l'efficacité des traitements. Elle le rappelle souvent : « Chaque traitement doit être utilisé de la manière la plus juste possible en fonction de l'état de la patiente. »

Chaque patiente qui commence un traitement doit livrer un combat contre la maladie. Pour cela, elle doit pouvoir s'entourer au mieux, que ce soit de l'oncologue, du généraliste ou des proches. « Une femme atteinte d'un cancer du sein ne doit jamais porter seule le poids de cette maladie. Je prescris toujours à mes patientes de se faire aider et de ne pas hésiter à recourir à un ou une psychologue. Souvent, la patiente a envie de dire qu'elle ne va pas mal au point d'avoir besoin d'un-e psychologue. Mais la question ne doit pas se poser en ces termes, selon moi. Il ne faut pas voir le fait de consulter comme quelque chose de négatif, et même si les femmes sont nombreuses à être convaincues de pouvoir s'en tirer toutes seules, dans la réalité, c'est assez rare, finalement. Concrètement, l'aide psychologique permet d'aller mieux *plus vite*. »

Maman de trois filles, Martine a mené des combats importants avec une conviction soutenue par un entourage qui respecte son dévouement professionnel. « Je n'ai jamais souffert d'être une femme, grâce aux gens exceptionnels que j'ai rencontrés ainsi qu'à mon mari, qui m'a toujours soutenue. Dès le départ, j'ai pu aussi compter sur mon père, Marcel Piccart, qui me mettait sur un piédestal. »

Si Martine Piccart a dédié sa vie à la compréhension et au traitement du cancer du sein, l'élément véritable-

ment déclencheur a été son séjour aux États-Unis. « J'avais un mentor extraordinaire à l'Institut Bordet, Marcel Rozenzweig, qui venait de revenir des États-Unis. Il m'a encouragée à partir là-bas et m'a aidée à trouver un poste au New York University Hospital, où j'ai pu me spécialiser pendant deux ans auprès de mon deuxième mentor, Franco Muggia. » Elle a fait ce choix de partir de l'autre côté de l'Atlantique alors que sa deuxième fille avait neuf jours et l'aînée seize mois. Cela a été l'un de ces moments où elle a pu compter sur le soutien de son mari, Michael Gebhart, afin de s'épanouir pleinement : « Je suis aussi très reconnaissante envers mon mari. C'est un chirurgien orthopédique de grand talent. Pour m'accompagner, il fallait qu'il puisse exercer aux États-Unis. On a travaillé tous les deux comme des fous pour passer le Visa Qualifying Examination<sup>1</sup>. Sa carrière à lui aussi a été profondément influencée par ce choix. Là-bas, il s'est formé en chirurgie des tumeurs de l'os, dont il est devenu l'un des grands spécialistes en Belgique. Nous avons passé deux années fantastiques à New York, de 1983 à 1985. C'était aussi le début de l'épidémie du sida et je faisais des gardes au Veterans General Hospital, où l'on recevait en consultation des patients qui soit mouraient d'infection, soit développaient des cancers très particuliers, notamment le sarcome de Kaposi<sup>2</sup>. »

En 1995, quelque chose de déterminant s'est produit dans la vie professionnelle de Martine. « J'ai été invitée à parler

---

1 Avant 1984, examen écrit permettant à un médecin étranger d'exercer aux États-Unis.

2 Cancer rare qui se développe à partir des cellules tapissant les vaisseaux sanguins et qui affecte souvent des personnes atteintes du sida.

d'une étude clinique lors d'un grand congrès américain et j'ai constaté que 3000 femmes avaient été recrutées aux États-Unis en deux ans pour y participer. J'ai pu me rendre compte de la force de ce pays en matière d'essais cliniques. Les chercheurs et les chercheuses peuvent y compter sur des cohortes de patients en nombre suffisant pour avoir un véritable impact sur le développement des traitements. J'ai pris conscience qu'en Europe, la recherche était trop morcelée et que cela ne nous permettait pas d'aider vraiment les patient-es.»

Ce déclic a suscité la fondation du BIG (Breast International Group<sup>3</sup>) en 1999. De retour en Europe, Martine Piccart a en effet fait la connaissance d'Aron Goldhirsch<sup>4</sup>, alors président du Ludwig Breast Cancer Study Group<sup>5</sup> : « Un homme extraordinaire adoré de ses patients, visionnaire, généreux, exceptionnel. Lors d'un repas, je lui ai expliqué ma frustration par rapport à la fragmentation de la recherche en Europe. À deux, nous avons décidé de convoquer les groupes européens de recherche sur le cancer du sein pour leur proposer de collaborer. » Vingt-cinq ans plus tard, le réseau international a engrangé de nombreux résultats permettant d'améliorer non seulement le traitement des patient-es, mais aussi leur qualité de vie.

---

3 ASBL internationale qui réunit des groupes de recherche universitaire sur le cancer du sein.

4 Le professeur Aron Goldhirsch, oncologue et chercheur remarquable, a apporté une contribution exceptionnelle au traitement du cancer du sein et aux soins aux patients.

5 Organisme de recherche menant des essais cliniques pour le traitement du cancer du sein.

Au fil de ces pages, Martine Piccart va nous parler de ses patientes, des moments forts de sa vie professionnelle, mais aussi des différentes méthodes qui existent aujourd'hui pour lutter contre le cancer du sein ainsi que de la recherche qui ne cesse de progresser, au bénéfice des patient-es.

Un dernier mot : en consultation, la première chose que Martine Piccart dit à une femme qui a développé un cancer du sein est : « Ce n'est pas votre faute ». Elle tient à effacer un sentiment de culpabilité non justifié. Par ailleurs, elle relève parfois un événement traumatique survenu cinq à six ans auparavant et qui a pu affaiblir le système immunitaire. Elle insiste enfin sur un élément central : il n'existe pas UN cancer du sein, mais bien DES cancers du sein avec des prises en charge adaptées à chaque type.

\*\*\*

### **D'où vous vient la vocation de travailler dans le domaine du cancer du sein ?**

Me sentant révoltée par le nombre de questions importantes auxquelles les femmes ne trouvaient pas réponse, je me suis lancée dans des études de médecine, puis dans une spécialisation en oncologie mammaire. Ma maman a eu un cancer du sein alors que j'étais encore étudiante, ce qui m'a fortement motivée à me spécialiser dans ce type de cancer. J'ai rapidement constaté qu'elle n'aurait pas dû subir douze mois de chimiothérapie, comme on le prescrivait systématiquement à l'époque. Les études cliniques de grande ampleur ont montré que cela n'apportait aucun bénéfice supplé-

mentaire par rapport à un traitement de cinq mois. Il me semblait urgent de rafraîchir l'approche de cette maladie.

**Vous avez vous-même eu un cancer du sein. Cela vous a-t-il guidée dans la direction qu'ont prise vos recherches ?**

On m'a en effet découvert un cancer du sein il y a trois ans, mais je n'ai pas dû faire de chimiothérapie parce que j'ai bénéficié du résultat de mes propres recherches, à savoir le test MammaPrint® (nous y reviendrons) au développement duquel j'ai travaillé pendant quinze ans. Ma motivation pour développer des traitements « personnalisés » s'en est trouvée accrue.

**Qu'est-ce que la rencontre avec vos patientes vous apporte ?**

Toutes mes patientes m'apportent d'incroyables leçons de vie et de courage. Grâce à elles, je peux vraiment apprécier la valeur des innovations thérapeutiques, qu'elles soient modestes ou représentent un extraordinaire bond en avant. Enfant, j'ai souvent fréquenté l'Institut Bordet et des scientifiques de talent, collègues de mon père, reconnus au niveau international. Ceux-ci m'ont transmis leur ambition d'être à l'avant-garde en matière de recherche. Il est difficile de distinguer quelles sont les recherches à mener pour aider à l'amélioration de la prise en charge des patientes si on ne participe pas soi-même à cette prise en charge. Faire de la recherche tout en travaillant avec des patientes me permet de garder l'espoir et d'être optimiste, quoi qu'il arrive. Et me voir positive est primordial pour mes patientes.

**Quel est le principal conseil que vous donnez à vos patientes ?**

Continuer à se fixer des buts, avoir des objectifs aide beaucoup. Évidemment, ces objectifs varient d'une patiente à l'autre. Par exemple, je me suis occupée d'une patiente qui était à un stade avancé de la maladie. Ce qui restait important pour elle, c'était ses parties de bridge. J'organisais donc son traitement en fonction de ses séances de bridge en trichant un petit peu : parfois, je décalais le traitement de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. Cette « liberté » doit bien sûr être prise avec modération et toujours dans l'idée que le fait d'avoir encore un but, de se sentir « dans la vie », donne aux patientes la force de poursuivre leur chemin.

**Vous m'avez dit utiliser le dessin pour soutenir vos explications.**

Oui, j'ai souvent recours à des dessins pour illustrer le mécanisme par lequel le traitement attaque les cellules cancéreuses : bien comprendre le fonctionnement du traitement est déjà un premier pas vers le fait de mieux le supporter. S'il s'agit d'un traitement ciblé, je réalise le dessin d'une cellule cancéreuse avec ses antennes, puis montre comment le médicament s'accroche aux antennes et paralyse la cellule.





## Chapitre 1.

# Le cancer du sein : généralités

---

---

Dans ce premier chapitre, nous faisons le point avec le professeur Piccart sur ce qu'est réellement le cancer du sein. Nous découvrirons la structure du sein, les étapes de la maladie, ses formes principales et leurs caractéristiques. Nous expliquerons pourquoi certains cancers sont plus graves que d'autres et quels sont les facteurs de risque. Enfin, nous évoquerons les progrès réalisés et les espoirs pour l'avenir dans la lutte contre cette maladie.

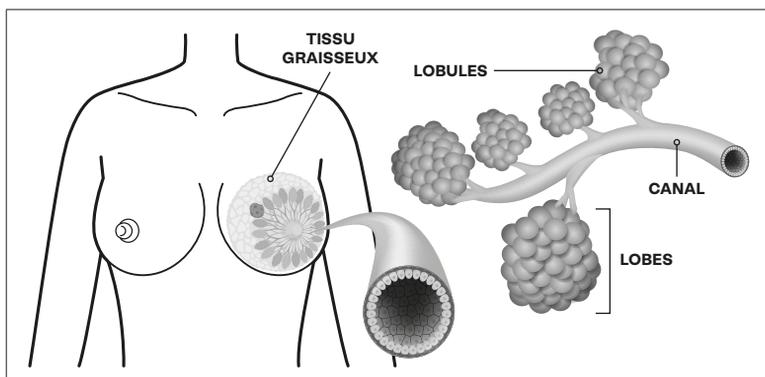
---

---

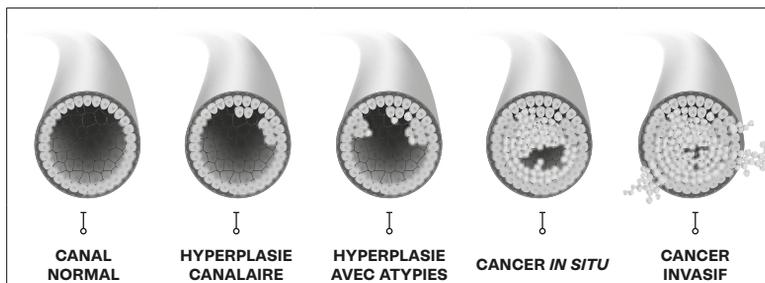
### **Nous en parlons en long et en large, mais au fait, c'est quoi, précisément, un cancer du sein ?**

Comme le montre la figure ci-dessous, la glande mammaire normale, le sein, comporte du tissu graisseux, des lobes, des lobules et des canaux galactophores, qui conduisent le lait produit par les glandes mammaires des lobules mammaires au mamelon. Le cancer du sein, le plus souvent, se développe dans ces canaux : il s'agit d'abord de lésions bénignes, précancéreuses, qui peuvent éventuellement se développer en cancer ; ce sera un cancer *in situ*, qui restera confiné aux canaux galactophores, mais qui, mal soigné ou en cas de rechute, peut se développer en cancer invasif qui, comme son nom l'indique, sort du canal et envahit la glande.

**Figure 1.** L'anatomie du sein



**Figure 2.** Les différentes phases du cancer du sein



**Quelles sont les spécificités de ces deux formes de cancer du sein, le cancer *in situ* et le cancer invasif ?**

Le cancer *in situ*, confiné aux canaux, n'a pas de contact avec l'extérieur et ne présente donc aucun risque de métastase. Bien soigné, ce cancer est guérissable dans plus de 98 % des cas. Il peut ne jamais évoluer en cancer invasif,

mais le risque existe néanmoins, raison pour laquelle le cancer *in situ* est traité par chirurgie, avec ou sans radiothérapie...

Le cancer invasif, par contre, est plus problématique. Il porte ce nom parce que les cellules ont réussi à franchir la membrane du canal galactophore et peuvent donc atteindre des vaisseaux sanguins ou lymphatiques et entreprendre une migration dangereuse vers d'autres organes, à commencer par les ganglions axillaires (sous le bras) et/ou les ganglions mammaires internes (derrière le sternum) et/ou les ganglions situés au-dessus de la clavicule. Seul le cancer *invasif* peut générer des métastases et nécessiter dans certains cas une chimiothérapie.

**Ce que souvent, les patientes ne savent pas, c'est qu'il existe trois types de cancer du sein. Quels sont-ils ?**

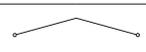
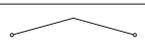
Les trois types de cancer sont le luminal (A et B), le NEU positif et le triple négatif.

Le cancer du sein luminal est la forme la plus courante de cancer du sein. Il se caractérise par la présence de récepteurs aux œstrogènes et/ou à la progestérone dans la tumeur ainsi que par l'absence d'une surexpression de la protéine NEU (ou HER2), ce qui signifie que les cellules cancéreuses présentent peu ou pas de protéine HER2. HER2 est une protéine qui favorise une croissance cellulaire rapide et une mobilité cellulaire accrue. Par conséquent, le cancer luminal peut également être décrit comme un cancer du sein HER2 négatif (HER2-). Le cancer du sein luminal B se

distingue du cancer du sein Luminal A par une plus grande prolifération des cellules cancéreuses.

Le cancer du sein HER2 (ou NEU) positif est une forme de cancer du sein caractérisée par une surexpression des récepteurs HER2 à la surface des cellules cancéreuses. HER2 est une protéine qui favorise la croissance et la division des cellules normales. Lorsqu'elle est présente en excès sur les cellules cancéreuses, elle envoie un grand nombre de signaux favorisant leur prolifération rapide. Cela entraîne un comportement plus agressif de la tumeur. Ce type de cancer présente un risque plus élevé de métastases s'il n'est pas traité. Heureusement, grâce aux thérapies ciblées anti-HER2, le pronostic s'est considérablement amélioré ces dernières années. Le cancer du sein triple négatif est une forme de cancer du sein qui est négatif pour trois marqueurs spécifiques : la tumeur ne présente pas de récepteurs hormonaux et ne surexprime pas HER2. Chez certaines patientes atteintes d'un cancer du sein, une prédisposition génétique peut être la cause.

**Figure 3.** Les trois types de cancers du sein<sup>6</sup>

Cancer luminal RO+ / NEU-	Cancer NEU+	Cancer «triple négatif»
 <p>Ki67 bas Lum. A</p> <p>Ki67 élevé Lum. B</p>	 <p>RO+</p> <p>RO-</p>	 <p>RO- / NEU-</p>

6 RO+/RO- : présence ou absence des récepteurs aux œstrogènes. NEU+/NEU- : présence ou absence des récepteurs HER2/NEU. Ki67 : indicateur du taux de prolifération des cellules cancéreuses.

**Vos patientes vivent-elles mieux et plus longtemps aujourd'hui qu'à l'époque de vos études ?**

Oui, la prise en charge s'est fortement améliorée à tous les niveaux. L'espérance, la qualité de vie ont connu une nette amélioration. J'y reviendrai en détail au fil des pages.

**Un jour, aura-t-on cessé de mourir du cancer du sein ?**

Non, je ne le pense pas... Il est difficile d'en imaginer l'éradication totale. Plusieurs éléments extérieurs jouent en notre défaveur : le fait que les femmes font des enfants plus tardivement, ce qui les rend plus susceptibles de développer la maladie, l'alcool ou encore la pollution. Heureusement, chaque jour, nos outils pour combattre le cancer du sein s'améliorent.

**Le nombre de cas de cancers augmente... restez-vous optimiste ?**

Le vieillissement de la population est une réalité et il se fait que le taux de cancers augmente plus vite que celui des maladies cardiovasculaires et des maladies infectieuses. Mais il faut le dire et le redire : plus un cancer est pris en charge de manière précoce, plus il a de chances d'être guéri. Par le passé, l'annonce d'un cancer du sein pouvait s'apparenter à une sentence de mort. Mais des progrès remarquables sont réalisés depuis plus de vingt ans, la science a permis de mieux connaître la biologie des tumeurs, d'affiner les outils de diagnostic et de diversifier les traitements, ouvrant la voie à des thérapies ciblées, à une médecine de plus en plus personnalisée.

**Qu'est-ce qui effraie le plus les patientes dans cette maladie ?**

Les métastases. Ce sont elles qui tuent le plus souvent, et nous ne les comprenons pas encore très bien. Un nouvel espoir réside dans l'attention que l'on porte aujourd'hui aux cellules qui entourent les cellules cancéreuses, qui constituent ce qu'on appelle le « microenvironnement tumoral », composé notamment de vaisseaux sanguins et de cellules immunitaires. Il s'avère que le microenvironnement de la tumeur joue souvent un rôle nocif également ; on s'efforce aujourd'hui de décrypter les signaux qui s'échangent entre cellules tumorales et cellules du micro-environnement pour pouvoir mieux réduire leur effet.

**Pourra-t-on un jour expliquer pourquoi le corps n'arrive pas à éliminer un cancer comme il se débarrasse d'un rhume ?**

Je l'espère ! Quand on est attaqué par un virus, le système immunitaire reconnaît tout de suite l'intrus. Il réagit, développe de la fièvre, les cellules immunitaires s'attaquent au virus et l'infection est éradiquée au bout de quelques jours. Ce processus-là devrait en théorie se mettre en branle quand une tumeur se développe, parce que ces cellules devenues cancéreuses sont complètement anormales. Elles n'ont plus grand-chose en commun avec les cellules d'origine. Malheureusement, dans beaucoup de cas, le système immunitaire ne réagit pas. Il ne donne même pas un signal d'alerte. La bonne nouvelle est que nous pouvons aujourd'hui étudier les interactions entre les cellules cancéreuses et les cellules de l'environnement, y compris celles du système immunitaire. On peut pousser l'analyse extrêmement loin

et visualiser les contacts entre les différentes cellules. Cette nouvelle technologie porte le nom de « transcriptomique spatiale » et permet donc de comprendre le comportement des cellules. La recherche fait des progrès dans l'étude fine des mécanismes par lesquels les cellules cancéreuses sont capables d'endormir complètement le système immunitaire. Je place beaucoup d'espoirs dans les nouveaux anticorps dits « bispécifiques »<sup>7</sup> qui peuvent s'accrocher d'un côté à la cellule tumorale et de l'autre côté à une cellule du système immunitaire, et donc forcer une interaction utile qui n'était plus fonctionnelle, en quelque sorte.

**Vous avez suivi certaines patientes pendant des mois, voire des années. Comment émergent-elles d'une telle épreuve ? La maladie les change-t-elle en profondeur ?**

Elles acquièrent une plus grande capacité à voir ce qui est important dans la vie et ce qui l'est beaucoup moins. Les patientes parlent, paradoxalement, d'un enrichissement personnel. Toutes celles qui ont dû affronter un cancer se rendent compte qu'il est temps d'abandonner certaines choses, parce qu'elles ont pris conscience de la brièveté de la vie, du risque que la maladie représente. Elles veulent consacrer leur énergie à des projets qui leur tiennent à cœur et essayer de se faire plus plaisir au quotidien.

Je remarque aussi qu'elles font souvent un « tri » dans leurs contacts. Au fil des mois, elles ont pu reconnaître les vrai-es ami-es, ceux et celles qui leur ont apporté un

---

7 Anticorps capables de se lier à deux cibles différentes et d'agir sur elles.

soutien tout au long de la maladie... Et d'autres, qu'elles pensaient proches mais qui rapidement n'ont plus donné signe de vie.

**En quoi le dialogue entre l'oncologue et la patiente est-il important ?**

L'oncologue doit faire équipe avec sa patiente, ce qui veut dire qu'il doit y avoir entre eux-elles une confiance absolue et une compréhension mutuelle. L'oncologue doit faire en sorte que la patiente comprenne bien le choix du traitement. Cela doit lui permettre notamment de mieux le supporter. Si ce climat de confiance, ce sentiment de faire équipe dans le combat contre la maladie ne peut être instauré, il faut que la patiente envisage de changer de médecin ou d'équipe de soins.

**Apportez-vous, comme de nombreux-ses oncologues, des soins individualisés à vos patientes ?**

Très souvent, le choix existe entre différents moyens thérapeutiques. L'oncologue tâche de comprendre les souhaits de la patiente : ceux d'une patiente de 82 ans ne seront pas les mêmes que ceux d'une patiente de 35 ans. Ce dialogue est extrêmement important. L'oncologue doit être franc-he et expliquer que tout moyen thérapeutique a ses limites. Chaque traitement est plus ou moins approprié pour tel type de cancer, plus ou moins agressif, avec un comportement qui lui est propre. Certains cancers restent « diaboliques », avec des métastases et des récives que l'on ne comprend pas.

**Vos patientes sont-elles toujours prêtes à participer à vos recherches ?**

La recherche est essentielle pour poursuivre la lutte. Chaque participation à une étude, mais aussi chaque don compte. Collecter des fonds, c'est aussi mon rôle. Le cancer du sein ne disparaîtra pas, mais aider la recherche, c'est aider à ce qu'il ne tue plus, ou moins.

Il suffit d'expliquer aux patientes le but et l'impact à long terme de la recherche. Elles acceptent avec enthousiasme dès lors qu'elles en comprennent le sens et la portée. Elles ont bien conscience qu'il est peu probable que les résultats des études leur servent directement, mais elles le font pour les femmes qui les entourent, pour celles qui les suivront et pour leurs filles.

**Que pensez-vous de l'oncologie intégrative évoquée par de nombreuses femmes ?**

Les patientes en parlent de plus en plus, en effet. Cette récente évolution est positive : certaines patientes seront encouragées à faire de la relaxation ou du yoga, d'autres plutôt à faire de la gymnastique en groupe, d'autres encore à s'essayer à l'acupuncture... En consultation, une discussion doit avoir lieu au sujet des effets secondaires du traitement et des solutions à mettre en œuvre pour les minimiser au travers d'un véritable plan personnalisé. La volonté existe de rendre cette médecine intégrative scientifique, c'est-à-dire d'évaluer les différentes approches avec rigueur pour ne recommander que les modalités prouvées comme étant efficaces.