

# Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires?

Bertrand Graz<sup>a</sup>, Pierre-Yves Rodondi, Eric Bonvin

<sup>a</sup> Unité de recherche et d'enseignement sur les médecines complémentaires, Département formation et recherche, Lausanne


## Quintessence

Après une tentative de définition des médecines complémentaires (MC), cet article présente les tendances actuelles en matière de recherche et de législation sur les MC. Les données scientifiques sur l'efficacité clinique des MC existent pour certaines prestations utilisées dans certaines indications, avec notamment des rapports d'essais cliniques contrôlés de MC et des revues systématiques avec quelques garanties d'objectivité (par ex. revues Cochrane). De ce fait, des opinions «pour» ou «contre» les MC ne sont plus cohérentes avec une attitude professionnelle adéquate. Il s'agit plutôt d'être critique et neutre face à l'offre abondante et très hétérogène dans ce domaine; comme il est impossible de connaître en détail toutes les MC, vu leur nombre et leur hétérogénéité, il importe de savoir où trouver rapidement des informations de bonne qualité; à cet effet, des sources fiables et actualisées sont proposées. Au vu de la fréquence d'utilisation de MC dans la population, il faut poser aux patients la question du recours aux MC.

Il est aujourd'hui recommandé d'offrir sur tout le territoire national un enseignement sur les MC aux médecins et futurs médecins; les objectifs poursuivis visent à inciter les médecins à aborder le sujet des MC sans *a priori*, à trouver rapidement les données factuelles existantes sur les MC et à informer de manière adéquate les patients sur celles-ci tout en respectant leur libre choix et leur autonomie.

## Définition des médecines complémentaires

Les médecines complémentaires (MC) sont un large ensemble de pratiques de soins qui ne sont pas intégrées dans la tradition académique ou le système de santé dominant du pays, selon la définition de l'OMS. Le terme «médecines complémentaires», utilisé ici parce qu'il est le plus communément admis en Suisse, recouvre les diverses appellations de médecine «parallèle», «douce», «naturelle» ou «alternative». Ce dernier terme, accolé à «complémentaire», donne l'appellation courante en anglais: «complementary and alternative medicine» (CAM). La notion de «médecine intégrative»<sup>1</sup> est la plus récente. Aux Etats-Unis, elle est définie par les spécialistes du «National Center for Complementary and Alternative Medicine» (NCCAM – qui fait partie du National Institute of Health) comme une tentative de combinaison de la médecine conventionnelle avec les MC lorsqu'il existe sur ces dernières des preuves scientifiques de bonne qualité sur leur efficacité et leur sécurité. Pour tenter de caractériser l'une des centaines d'approches très hétérogènes relevant des MC au sens large, il peut être utile d'utiliser une classification comme celle pro-


posée à la figure 1 . L'attribution d'une thérapie à telle ou telle catégorie est parfois sujette à controverse, comme dans l'exemple de l'homéopathie que certains considèrent plutôt comme un système complémentaire complet.

Dans certains cas, le terme «médecine complémentaire» est rejeté par les praticiens de méthodes pourtant considérées comme relevant des MC. Une raison à cela pouvant être la crainte d'une connotation négative: c'est le cas de la méthode kangourou pour les prématurés, une méthode inventée en Colombie qui, malgré son apparence «ancestrale» ou «New Age», est une invention moderne issue du milieu médical conventionnel. Une autre raison peut être historique, comme dans le cas de l'hypnose, qui est passée, suivant les époques, par différents statuts de pratique marginale ou commune. L'hypnose a par ailleurs une autre raison d'être considérée comme plutôt «conventionnelle» ou en tout cas «intégrée», c'est l'existence de données scientifiques sur les effets de son introduction en milieu conventionnel: son introduction aux soins intensifs des grands brûlés au CHUV à Lausanne a été associée à une réduction des scores de douleurs et d'anxiété des patients ainsi que des besoins en anesthésies et des coûts hospitaliers [1]; de ce fait, cette approche thérapeutique fait désormais partie des prestations offertes officiellement.

### Tendances actuelles:

#### davantage de recherche et des lois plus adaptées

Ces dix dernières années ont vu, d'une part un renforcement des efforts de recherches sur les MC au niveau international, et, de l'autre, des changements législatifs importants en Suisse:

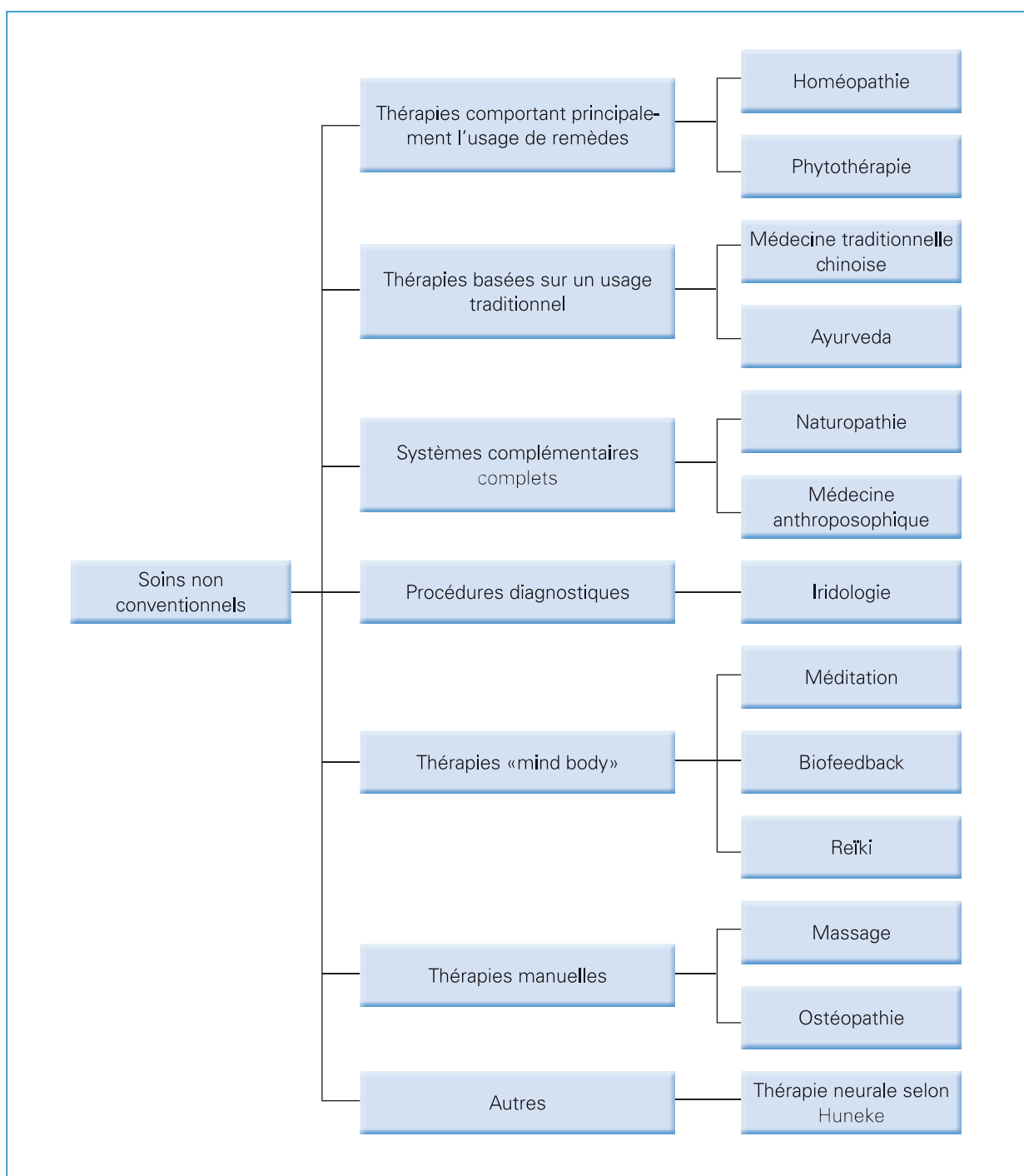
Du côté de la recherche internationale, il apparaît maintenant clairement qu'une rigueur scientifique aussi stricte que pour n'importe quelle prestation médicale est nécessaire et possible dans la recherche sur les MC. La médecine basée sur les preuves apporte des données sur l'efficacité clinique de traitements, parfois avant même que les mécanismes d'action soient élucidés, ce qui peut être intéressant pour générer de nouvelles hypothèses de recherche fondamentale. Des informations factuelles et mises à jour sur les MC sont aujourd'hui disponibles sur des sites entretenus par des autorités sanitaires et académiques (tab. 1 .

1 Ne pas confondre avec «médecine intégrée», qui se rapporte aux réseaux de soins.



Bertrand Graz

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.



**Figure 1**

Une classification (parmi d'autres) des médecines complémentaires (soins non-conventionnels), avec des exemples courants en Suisse (adapté de [10]).

Les réticences et objections soulevées au début des années 2000 quant à la possibilité d'utiliser les méthodes de recherche classique ont été levées dans la plupart des cas: il est possible de faire des études comparatives rigoureuses avec un traitement individualisé. Les indications symptomatiques ou appartenant à un autre système descriptif (par ex. la «faiblesse du Qi» en médecine chinoise) n'empêchent pas de poser par ailleurs un diagnostic académique précis

et de constituer des groupes aux critères d'inclusion relevant de l'une et/ou de l'autre médecine. Des scores d'évolution clinique ont été développés pour les problèmes de santé les plus divers et permettent de produire des résultats compréhensibles par les diverses parties intéressées.

Il est de moins en moins logique de se contenter d'études «traitement contre placebo» car ce qui est vraiment utile en clinique, ce n'est pas tant de savoir

**Tableau 1. Sources de données et de synthèses cliniques mises à jour.**

<p><a href="http://nccam.nih.gov/research/camonpubmed">http://nccam.nih.gov/research/camonpubmed</a> Site de l'agence gouvernementale américaine dédié à la recherche sur les médecines complémentaires.</p> <p><a href="http://www2.cochrane.org/reviews/en/topics/22_reviews.html">www2.cochrane.org/reviews/en/topics/22_reviews.html</a> Site de la Collaboration Cochrane dédié à la diffusion de revues systématiques de la littérature.</p> <p><a href="http://www.passeportsante.net/fr/ApprochesComplementaires/Map/Index.aspx">www.passeportsante.net/fr/ApprochesComplementaires/Map/Index.aspx</a> Site canadien francophone avec informations validées par des experts académiques.</p> <p><a href="http://www.naturaldatabase.com">www.naturaldatabase.com</a> Natural Medicines Comprehensive Database contient le «Natural Product/Drug Interaction Checker» et le «Natural Products Effectiveness Checker» ainsi que des indications sur les mécanismes d'actions. Payant (environ CHF 10 par mois).</p> <p><a href="http://naturalstandard.com/">http://naturalstandard.com/</a> Natural standard apporte un support à la décision, basé sur les données factuelles. Validé par de nombreuses personnalités académiques spécialisées dans le domaine. Payant (environ CHF 50 par mois).</p> <p><a href="http://www.ars-grin.gov/duke/">www.ars-grin.gov/duke/</a> Dr. Duke's Phytochemical and Ethnobotanical Databases: données sur les constituants biochimiques et l'activité biologique de produits de la phytothérapie.</p> <p><a href="http://www.cancer.gov/cam/">www.cancer.gov/cam/</a> Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine (OCCAM): informations sur les MC en rapport avec la prévention et le traitement du cancer, fournies par le US National Cancer Institute (NCI, qui fait partie du National Institute of Health).</p>
--

si le (nouveau, complémentaire ou alternatif) traitement X est plus efficace qu'un placebo, mais s'il apporte un progrès.

Ainsi, le médecin peut voir les données probantes concernant quelques prestations de MC comme un apport bienvenu, qui augmente les chances de trouver un traitement convenable et bien accepté. La prudence est de mise pour la question des interactions: si elles ont été largement explorées de façon informelle par le fait que tant de patients utilisent des MC sans même en parler à leur médecin, elles ont cependant été assez peu documentées de façon spécifique. Il y a là un immense champ d'investigation à explorer. Parfois cependant, une interaction pharmacologique est très improbable, comme dans le cas d'utilisation d'un produit homéopathique à haute dilution.

Enfin, des résultats négatifs, montrant l'infériorité d'une prestation MC par rapport au traitement standard, sont aussi importants pour l'information des patients.

En Suisse, des modifications légales sont en train de changer les relations entre MC et médecine conventionnelle.

Suite à la votation populaire du 17 mai 2009, un nouvel article de la Constitution fédérale (art.118a) stipule que «la Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires». Par décision du conseiller fédéral en charge de la Santé, Didier Burkhalter, cinq disciplines (au sens d'AFC de la FMH) seront réintégrées à titre d'essai dans l'assurance de base pour 5 ans, de 2012 à 2017, et soumises à évaluation (médecine traditionnelle chinoise, neurothérapie, homéopathie, médecine anthroposophique, phytothérapie). Cette évaluation

pourra se baser largement sur les résultats des recherches menées au niveau international; cependant, pour être acceptable au niveau national, elle devra surtout être basée sur un consensus quant aux méthodes probantes, qui reste à construire avec les parties concernées.

Une motion (10.3009) a été déposée par le conseiller aux Etats et Professeur à la Faculté de médecine de Zurich Félix Gutzwiller, demandant que «... les futurs médecins..., acquièrent des connaissances appropriées en médecine complémentaire dans le cadre de la formation». Cette motion, soutenue par le Conseil fédéral, a été acceptée en 2010 par le Conseil des Etats et le Conseil national. L'enseignement sur les MC est actuellement revu dans plusieurs facultés de médecine ainsi que dans la formation continue des médecins, ceci avec une attention marquée à la préservation de l'indépendance et de la rigueur académique. Dans le cas de Lausanne, par exemple, on observe une concordance entre les résultats d'une enquête sur les points de consensus au sujet des MC (soignants et cadres hospitaliers ou facultaires en oncologie à l'Hôpital universitaire et à l'Ecole de médecine [2]) et les avis exprimés par les associations d'étudiants en médecine au niveau mondial et en Suisse ([www.swimsa.ch](http://www.swimsa.ch)). L'association suisse des étudiants en médecine propose un enseignement généraliste soumis aux critères de la médecine fondée sur les preuves, en insistant sur le fait qu'il est «important, que les médecins puissent répondre aux questions et angoisses de leurs patients en ce qui concerne les médecines complémentaires et alternatives».

#### **Les données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires**

Existe-t-il des données scientifiques et cliniques probantes sur l'efficacité des MC? Voilà un domaine encore peu connu en Suisse, d'après les commentaires lus et entendus dans les médias. Et cette ignorance ne concerne pas que le grand public: l'enquête déjà citée sur les points de consensus en milieu hospitalier et universitaire au sujet des MC [2] a montré que la plupart des soignants et cadres hospitaliers ou facultaires interrogés ignorait l'ampleur des données scientifiques et cliniques publiées sur les MC.


Ces données sont rendues facilement accessibles grâce à des ressources d'informations synthétiques sous forme de manuels pratiques [3] ou de sites Internet officiels, mis à jour régulièrement (tab. 1).

Seuls des exemples d'informations tirées d'études cliniques seront présentés ici, bien qu'il existe aussi toute une littérature sur des mécanismes d'action de MC.

A ce jour, plus de 7000 essais cliniques contrôlés («randomised controlled trials» – RCT) ont été menés sur des prestations de MC et 600 revues systématiques ont été publiées [4]. Il existe, comme avec les traitements pharmacologiques ou autres, des inégalités de qualité et de rigueur selon les études. Il s'agit, dans la mesure du possible, d'examiner l'efficacité d'une approche en fonction d'une indication précise à son utilisation. En cas d'absence de données cliniques

probantes, il faut rappeler que l'absence de preuve d'efficacité n'est pas une preuve d'inefficacité, et que certaines prestations ne sont pas testées parce que leur effet bénéfique ne fait pratiquement aucun doute (par ex. l'effet des figues en cas de constipation banale et passagère).


### Efficacité

Deux sources fiables de jugements synthétiques et prudents à partir des données scientifiques et cliniques sont les travaux des équipes de la Mayo Clinic aux Etats-Unis [5] et ceux d'Exeter en Angleterre [3] («Department of Complementary and Integrative Medicine»). Au tableau 2  figurent des exemples de prestations de MC recommandées par ces deux équipes pour des indications qui concernent la médecine interne générale.<sup>2</sup>

Le tableau 2 montre qu'il peut exister un traitement validé et relevant des MC pour des pathologies courantes. Cela pourrait représenter un enrichissement thérapeutique dont le potentiel n'a pas encore été complètement exploité, notamment dans des cas où il est difficile de trouver, dans la gamme des traitements conventionnels, une solution qui convienne au patient, soit à cause de certains effets secondaires mal supportés, soit à cause d'une réponse insuffisante,

soit encore pour tenir compte de préférences exprimées par le patient. Le millepertuis est par exemple choisi parfois comme antidépresseur non pas à cause de ses effets thérapeutiques particuliers (les études ont montré l'équivalence avec des médicaments de synthèse), mais parce qu'il provoque peu d'effets secondaires.

Le résultat de jugements comme ceux qui apparaissent dans le tableau 2 est que certaines MC sont en cours d'intégration, y compris dans des services médicaux ou chirurgicaux de pointe. Par exemple, à la Mayo Clinic de Rochester (Etats-Unis), une équipe propose de routine des prestations relevant des MC comme adjuvants de l'antalgie postopératoire en chirurgie cardiaque, viscérale et orthopédique... tout cela vérifié par des essais cliniques, d'abord pilotes puis randomisés et contrôlés selon des méthodes classiques [6].

Le tableau 3  montre des exemples de traitements sûrs pour lesquels l'efficacité a été testée par des études cliniques comparatives bien conduites, sans toutefois avoir (encore) atteint le niveau de preuve optimal.

Quand une revue systématique conclut à l'efficacité hautement probable d'un traitement, il faut encore évaluer le rapport risque-bénéfice (et d'autres éléments comme le rapport coût-bénéfice, la comparaison avec d'autres traitements disponibles pour la même indication, etc.) avant d'émettre des recommandations. Pour les traitements conventionnels comme pour les MC, quand les effets thérapeutiques sont dépassés par les effets indésirables en termes d'intensité ou d'importance des conséquences pour le patient, le rapport risque-bénéfice devient défavorable. Une telle conclusion peut être tirée d'études cliniques ou, assez souvent, de rapports de cas présentant un fort soupçon d'association causale entre un traitement et une évolution funeste. Pour les MC, en retenant à nouveau les avis de la Mayo Clinic et du «Oxford handbook of complementary medicines» à ce sujet, une «liste négative» peut être construite en prenant un point de vue conservateur, c'est-à-dire en retenant les traitements cités par l'une ou l'autre des sources comme «à éviter». Voici quelques exemples de cette «liste négative»: laétrile comme anticancéreux (amygdaline à partir d'extrait de noyaux d'abricots): pas d'efficacité démontrée et effets secondaires importants (intoxication au cyanure); chélation contre l'athérosclérose (pas d'efficacité démontrée et risque

**Tableau 2. Exemples de médecines complémentaires recommandées: convergences des recommandations de la Mayo Clinic et du «Oxford handbook of complementary medicine» pour des problèmes courants en médecine interne générale.**

Problème	Médecine complémentaire
Hypertension artérielle	Biofeedback
Nausée (post-opératoire, chimiothérapie)	Stimulation d'un point d'acupuncture
Dépression	Millepertuis
Hyperlipidémie	Acides gras omega-3 (huile de poisson)
Douleur (gestion de la douleur)	Hypnose
Insomnie	Valériane

**Tableau 3. Exemples de médecines complémentaires sûres et probablement efficaces selon les études cliniques comparatives réalisées, pour des problèmes courants en médecine interne générale.**

Troubles de l'humeur; anxiété (par ex. péri-opératoire)	Musicothérapie
Douleur	Hypnose*
Diarrhées (prévention)	Probiotique*
Arthrose	S-adenosyl-L-méthionine (SAM-e)
Insuffisance veineuse chronique	Marron d'Inde
Effets du décalage horaire («jet lag»)	Mélatonine
Douleurs de polyarthrite rhumatoïde, arthrose et neuropathie	Poivre de Cayenne (topique)
Hyperplasie bénigne de la prostate	Palmier nain (= sabal, <i>Serenoa repens</i> ); extrait d'ortie
Lombalgies	Ostéopathie

\* Parfois considéré comme appartenant à la médecine conventionnelle.

2 L'équipe d'Exeter, responsable du «Oxford handbook of complementary medicines», décrit ainsi sa méthode de sélection: "The treatments are categorized according to the 'weight' and 'direction' of the evidence. The 'weight' is conceptualized as a composite measure of the quantity, quality and level of the research evidence, which refers to the confidence that can be placed on that evidence. The quantity refers to the total patient sample included in all clinical trials. The quality of the trial evidence refers to the likelihood of bias, usually estimated with a score such as the Jadad score. The level of the evidence refers to the hierarchy of research evidence where systematic reviews are on top and opinion or anecdotal evidence at the bottom."



d'insuffisance rénale, arythmie, arrêt respiratoire...); cartilage de requin comme anticancéreux: risque d'hépatites et les meilleures études cliniques ne montrent aucun bénéfice en termes de survie ou de qualité de vie; kava (*piper methysticum*) comme sédatif: effets sédatifs bien documentés mais considéré comme responsable de rares cas de graves lésions hépatiques; *ephedra sinica* utilisé en traitement de l'obésité: risque d'effets cardiovasculaires indésirables et problème lié à la source d'approvisionnement, vu que ces produits sont généralement commandés par Internet. En Suisse, des renseignements peuvent être obtenus au Tox Zentrum (numéro de téléphone 145, surtout en cas de surdosage) et auprès des départements de pharmacologie (pharmacovigilance, en cas d'effets indésirable). Même si certaines de ces substances sont interdites à la vente en Suisse (kava par exemple), la facilité d'accès à ces produits via Internet appuie l'intérêt d'une anamnèse concernant l'automédication, notamment sur le recours aux MC, y compris les compléments alimentaires.

#### **Standardisation, qualité, interactions**

Un problème fréquemment cité dans les études sur les MC est le manque de standardisation des pratiques. Ce problème est certes aussi connu dans d'autres domaines comme certaines interventions chirurgicales ou certaines formes de psychothérapie; il rend les méta-analyses difficiles voire impossibles. Pour certaines MC, il existe des formations reconnues par la FMH (AFC) qui garantissent un certain standard de qualité des soins octroyés. Par ailleurs, des efforts sont en cours en Suisse pour assurer la qualité des formations des non-médecins dans le domaine des MC (diplômes fédéraux, par exemple), mais on est loin d'une uniformité des prestations offertes. Dans le cas de produits thérapeutiques se pose aussi la question des doses testées. Pour des produits à base de plantes (extraits végétaux peu ou non standardisés), il est souvent difficile de savoir quelle est la dose optimale, car celle-ci varie en fonction du contenu en substances actives. En comparaison avec les médicaments à doses précises, où se pose déjà le problème de variations de la dose atteignant l'organe cible, dans le cas des extraits végétaux il existe un facteur supplémentaire de variabilité dû au produit lui-même, imposant des marges de sécurité plus larges. Pour cette raison, les extraits végétaux acceptés (comme la valériane en cas d'insomnie) ont des marges thérapeutiques particulièrement larges. Enfin, il faut citer le problème des faux médicaments, qui existe dans la médecine complémentaire comme dans la médecine conventionnelle, le risque étant particulièrement élevé en cas de vente par correspondance (achat par Internet...).

Quand il est envisagé d'ajouter un traitement de MC dans une prise en charge conventionnelle, la question des interactions se pose, en particulier lors de l'adjonction de produits biologiquement actifs d'origine minérale, végétale ou animale. Les interactions entre médicaments et phytothérapie ont, en l'occurrence, déjà fait l'objet d'un article dans Forum [7].

#### **Un sujet trop rarement abordé lors de la consultation médicale**

Les patients font fréquemment appel aux MC mais omettent d'en parler à leur médecin, notamment si celui-ci ne pose pas la question explicitement. Le taux de non-communication d'une utilisation de MC va jusqu'à 77% [8]. Près de la moitié des Suisses ont utilisé au moins une fois une MC ( $49 \pm 22\%$ , suivant les enquêtes et les populations interrogées) [2]. Un Suisse sur cinq a été au moins une fois dans l'année en consultation pour une MC; le thérapeute était un médecin dans  $\frac{2}{3}$  des cas s'il s'agit d'homéopathie ou d'acupuncture, dans  $\frac{1}{3}$  des cas pour la naturopathie [9].

Les informations que le médecin peut transmettre à son patient concernant le recours à des médecines complémentaires sont importantes: expliquer les risques et bénéfices des thérapies selon des données scientifiques factuelles, rendre attentif au fait qu'un produit «naturel» peut comporter des risques en soi ou être mélangé à d'autres produits, vérifier les interactions éventuelles entre une MC et la médication conventionnelle (favoriser le cas échéant le recours à des thérapies non médicamenteuses), recommander des sites Internet de confiance.

Pour toutes ces raisons, il apparaît utile aujourd'hui que le médecin connaisse les données scientifiques sur les MC. Comme il est impossible de mémoriser des masses d'informations qui sont en outre constamment remises à jour, le plus pratique semble actuellement de savoir où trouver rapidement les données au fur et à mesure des besoins (tab. 1).

#### **Conclusion**

Les MC sont devenues depuis une dizaine d'années un objet de recherches de plus en plus intensives, notamment aux Etats-Unis et en Allemagne. Des données scientifiques, qu'elles suggèrent une efficacité ou au contraire un manque d'effet thérapeutique ou un danger, sont toutes importantes pour l'information des patients. Des telles données factuelles et mises à jour sur les MC sont aujourd'hui disponibles et peuvent aider le médecin à informer correctement son patient.

#### **Remerciements**

à Pierre-André Michaud et Gérard Waeber pour leurs commentaires sur une version préliminaire de cet article.

#### **Correspondance:**

Dr Bertrand Graz  
Médecin agréé  
Unité de recherche et d'enseignement  
sur les médecines complémentaires  
Département formation et recherche  
César-Roux 19  
CH-1005 Lausanne  
[bertrand.graz@chuv.ch](mailto:bertrand.graz@chuv.ch)

#### **Références recommandées**

- Ernst E, Pittler M, Wider B, Boddy K. Oxford handbook of complementary medicine. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- MacPherson H, Peters D, Zollman C. Closing the evidence gap in integrative medicine. BMJ. [Editorial]. 2009;339:595.
- Bauer B, editor. Mayo Clinic book of alternative medicine. New York: Time Inc.; 2007.

Vous trouverez la liste complète et numérotée des références dans la version en ligne de cet article sous [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

**CME [www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch)**

- 1.** Il faut aborder avec les patients la question de l'usage éventuel de compléments alimentaires et/ou de médecines complémentaires pour les raisons suivantes, *sauf...*
- A Le plus souvent, les patients ne parlent pas spontanément de leurs usages de médecines complémentaires.
  - B Certaines thérapies de médecine complémentaire peuvent avoir un effet sur le cours de la maladie.
  - C Lorsque, pour un traitement de médecine complémentaire, on n'a pas de preuve clinique d'efficacité, c'est qu'il est inefficace.
  - D Même si un patient recoure de façon appropriée à une médecine complémentaire, il peut y avoir un problème de qualité du traitement.
  - E Des interactions sont possibles entre de nombreux produits de médecine complémentaire et des médicaments conventionnels.
- 2.** Lors de l'anamnèse, un patient vous dit qu'il prend régulièrement les produits suivants. Pour lequel une interaction médicamenteuse est *hautement improbable*?
- A Préparation de phytothérapie à base de millepertuis.
  - B Pamplemousse rosé.
  - C Belladonna 12CH (granulés homéopathiques).
  - D Racines chinoises fortifiantes.
  - E *Ginkgo biloba* en gélules.

## **Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires? /**

## **Gibt es wissenschaftliche Daten über die klinische Wirksamkeit komplementärmedizinischer Behandlungsmethoden?**

### **Literatur (Online-Version) / Références (online version)**

- 1 Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen J-B, Pinget C, Maravic P, et al. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010;36(5):639–46.
- 2 Graz B, Schopper D. Complementary and alternative medicines (CAM): towards an “evidence-based” consensus in the university hospital. *Rev Med Suisse*. [English Abstract]. 2009;5(229):2524–6.
- 3 Ernst E, Pittler M, Wider B, Boddy K. *Oxford handbook of complementary medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- 4 MacPherson H, Peters D, Zollman C. Closing the evidence gap in integrative medicine. *BMJ*. [Editorial]. 2009;339:b3335.
- 5 Bauer B, editor. *Mayo Clinic book of alternative medicine*. New York: Time Inc.; 2007.
- 6 Bauer BA, Cutshall SM, Wentworth LJ, Engen D, Messner PK, Wood CM, et al. Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension after cardiac surgery: a randomized study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010;16(2):70–5.
- 7 Fattinger K, Meyer-Abt A. Interactions entre phytothérapie et médicaments. *Forum Med Suisse*. 2003;29/30:693–700.
- 8 Robinson A, McGrail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complementary Therapies in Medicine*. 2004;12(2-3):90-
- 9 Office fédéral de la statistique: *Enquête suisse sur la santé 2007: tableaux standards*. Neuchâtel: OFS; 2009.
- 10 Kayne SB. *Complementary and Alternative Medicine*. London: Pharmaceutical Press; 2008.