



Que signifie « médecines complémentaires et parallèles » ? Qui en utilise et pourquoi?

Ce feuillet d'information examine les connaissances sur les divers recours qu'ont des gens à des soins de santé complémentaires ou parallèles, et leurs raisons.

Ce feuillet est le premier d'une série de cinq qui portent sur les soins de santé complémentaires/parallèles et le VIH/sida.

1. Que signifie « médecines complémentaires et parallèles » ? Qui en utilise et pourquoi?
2. Les questions d'éthique dans l'utilisation de MCP
3. Les produits de santé naturels : questions de réglementation
4. La réglementation des pratiques et des praticiens de MCP
5. Anthropologie de ressources

Qu'entend-on par « soins de santé complémentaires et parallèles »?

Les « soins de santé complémentaires et parallèles » sont aussi appelés « médecines complémentaires et parallèles [ou alternatives] », ou « MCP ». Le terme MCP englobe tous les systèmes et thérapies basés sur des théories des causes et traitements de la maladie qui se démarquent de ceux de la médecine dite « conventionnelle ». La médecine ayurvédique, la médecine traditionnelle chinoise et certaines traditions de guérison autochtones en sont des exemples : elles s'appuient sur des systèmes de conception et de compréhension qui sont différents, quant à la maladie et à la santé.

« MCP » inclut aussi les thérapies qui *peuvent* fonctionner d'une manière explicable par les principes élémentaires de la médecine conventionnelle, mais qui n'ont pas été validées par les méthodes scientifiques conventionnelles. Par exemple, dans l'utilisation contre le cancer d'une préparation à base de plantes ou de substances naturelles, les effets chimiques de la substance pourraient être décrits; mais la science conventionnelle ne parvient peut-être pas à expliquer comment elle peut aider à traiter le cancer; ou les données n'en confirment peut-être pas l'efficacité.

Les MCP englobent une vaste gamme de thérapies et de systèmes de soins. Par conséquent, les généralisations sont à éviter. À l'instar de la médecine conventionnelle, certaines MCP se sont révélées sûres et efficaces dans certains cas alors que d'autres se sont avérées néfastes et/ou inefficaces. Dans plusieurs cas, on n'a pas assez de données pour faire une évaluation solide de leur innocuité et de leur efficacité.

Catégories de MCP

Le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) des National Institutes of Health des États-Unis a identifié cinq grandes classes de MCP :

- systèmes médicaux parallèles (p. ex. la médecine orientale traditionnelle, la médecine ayurvédique, les systèmes autochtones, l'homéopathie, la naturopathie);
- interventions esprit-corps (p. ex. la méditation, l'hypnose, la thérapie par l'art, la prière, la guérison mentale);
- thérapies à fondement biologique (p. ex. la phytothérapie, les thérapies diététiques, les thérapies orthomoléculaires, l'administration de substances animales comme le cartilage de requin ou le pollen d'abeille);
- méthodes par manipulation et méthodes corporelles (p. ex. la chiropractie, l'ostéopathie, la massothérapie); et
- thérapies énergétiques (Qi gong, reiki, toucher thérapeutique).

Certains considèrent que ces catégories sont artificielles ou sans pertinence au point de vue « holistique » de plusieurs MCP – et que cette classification est fondée sur la conception « biomédicale » de la maladie et de la santé.

L'utilisation de MCP au Canada

Des études ont montré qu'un nombre important et en hausse rapide de Canadiens utilisent des MCP. La plus récente information détaillée vient d'une recherche faite

QUE SIGNIFIE « MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET PARALLÈLES »?

en 1997 (Ramsey et coll., 1999). Selon cette étude, 73% des Canadiens avaient déjà eu recours à au moins une MCP – et 50% avaient eu recours à une MCP dans les 12 mois précédant l'étude. Les auteurs ont estimé qu'en 1997, les Canadiens avaient déboursé environ 1,8 milliard \$ pour consulter des fournisseurs de MCP et 2 milliards \$ pour des produits comme des plantes médicinales, vitamines ou bouquins sur le sujet.

Les MCP et le VIH/sida

Quelques études ont porté sur l'utilisation de MCP chez les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS), au Canada. Certaines conclusions s'en dégagent. (1) L'usage général de CAM par les PVVS varie grandement. Des études en Colombie-Britannique et en Ontario ont relevé des taux d'environ 40% et 80%, respectivement. (2) Il semble que les femmes vivant avec le VIH utilisent des MCP plus que les hommes. (3) Les PVVS ont communément recours au massage, à l'acupuncture, à des vitamines, à des suppléments nutritionnels et à des produits à base de plantes. (4) Dans l'ensemble, bon nombre de PVVS affirment que les MCP les aident à se sentir mieux.

À l'instar de l'ensemble de la population canadienne, les PVVS utilisent des MCP pour diverses raisons. Des études ont montré que la majorité utilise des MCP *en complément* à un traitement médicamenteux conventionnel, plutôt que de prendre *seulement* des MCP (traitement *parallèle*). Les motifs les plus fréquents sont notamment : exercer un contrôle sur ses soins de santé; stimuler son système immunitaire; diminuer sa charge virale et prévenir, retarder ou traiter la maladie à VIH ou des infections opportunistes; alléger des effets secondaires désagréables associés à des médicaments conventionnels; soulager le stress, la dépression ou la fatigue; améliorer son bien-être général; et adopter une approche plus « holistique » à l'égard de sa santé.

Une étude de petite taille a examiné plus à fond les attitudes de PVVS à l'égard des MCP (Pawluch et coll., 1998). Les femmes y ont mentionné des raisons supplémentaires d'utiliser des MCP : le souhait de demeurer en santé pour s'occuper de leur famille; le sentiment que la médecine conventionnelle néglige leurs besoins; et l'impression que les MCP sont « plus naturelles », « moins toxiques ».

Dans la même étude, les répondants autochtones et noirs connaissaient généralement mieux les MCP; certains ont dit qu'en les utilisant ils se sentent moins dépendants d'institutions médicales qu'ils considèrent insensibles et racistes. Parmi les PVVS ayant des antécédents d'usage de drogue, certains ont exprimé le sentiment que les MCP, contrairement aux médicaments occidentaux, sont un moyen de réduire le stress et de soulager la douleur sans entraîner d'accoutumance.

Peuples autochtones et guérison traditionnelle

Plusieurs pratiques de guérison autochtones qui pourraient sembler « non conventionnelles » ou « alternatives » à des non-autochtones sont des moyens conventionnels et traditionnels chez les peuples autochtones.

Contrairement à la « médecine occidentale », qui a souvent recours à des pratiques distinctes pour traiter des symptômes ou maladies, les pratiques de guérison autochtones considèrent généralement plusieurs dimensions comme des facteurs de la « santé » et elles cherchent à rétablir l'équilibre entre l'esprit, le corps, les émotions et la dimension spirituelle.

Peu de recherches ont documenté les expériences des autochtones vivant avec le VIH/sida et les approches qu'ils adoptent pour leurs soins de santé. La Commission royale sur les peuples autochtones a identifié le besoin pressant de retenir les services de « personnes qui peuvent appliquer le savoir autochtone aux problèmes de santé actuels et combiner les pratiques de santé et de guérison traditionnelles aux méthodes classiques pour créer des systèmes autochtones distincts. »

Conclusions et recommandations

(1) Plusieurs Canadiens ont recours à des MCP dans le cadre de leurs soins de santé. Il est nécessaire que d'autres recherches soient effectuées et que les patients et les fournisseurs de soins soient éduqués. Nous devons aussi examiner comment s'y prendre pour réglementer le secteur des MCP pour assurer un équilibre entre trois facteurs : le droit des patients de prendre des décisions éclairées à propos de leurs soins de santé, l'octroi de deniers publics aux soins de santé, et la protection des consommateurs.

(2) Des recherches sont nécessaires, notamment, sur l'utilisation de MCP par les personnes vivant avec le VIH/sida; l'innocuité et l'efficacité de ces thérapies; où et comment les PVVS s'informent sur les MCP; comment rendre accessible une information fiable à propos des traitements; comment s'opère, chez les PVVS, la charnière entre le recours à la médecine conventionnelle et l'utilisation de MCP; et les obstacles (comme le coût) à l'accès de PVVS à des médecines complémentaires ou parallèles.

(3) Les recherches avec les communautés autochtones, et au sein de celles-ci, doivent respecter les principes de la propriété et du contrôle par la communauté, ainsi que de l'accès, en ce qui concerne les méthodes et les résultats de recherche; et l'on doit protéger légalement les connaissances traditionnelles.

Le contenu de cette collection de feuillets d'information est tiré d'un rapport préparé par Crouch, Elliott, Lemmens et Charland pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*. Des lectures supplémentaires sont suggérées dans le feuillet 5. Le rapport et les feuillets peuvent être téléchargés à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm ou commandés en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets, en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, contactez le Réseau juridique (courriel : info@aidslaw.ca). **This info sheet is also available in English.**

Financé par la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de Santé Canada.



Les questions d'éthique dans l'utilisation de MCP

Ce feuillet examine quatre principes élémentaires de l'éthique (*non-malfaisance, bienfaisance, respect de l'autonomie personnelle et justice*) en ce qui a trait à l'utilisation de MCP. On y discute ensuite des implications de ces principes pour la recherche, l'éducation et la formation ainsi que la réglementation.

Ce feuillet est le deuxième d'une série de cinq qui portent sur les soins de santé complémentaires/parallèles et le VIH/sida.

1. Que signifie « médecines complémentaires et parallèles »? Qui en utilise et pourquoi?
2. Les questions d'éthique dans l'utilisation de MCP
3. Les produits de santé naturels : questions de réglementation
4. La réglementation des pratiques et des praticiens de MCP
5. Anthologie de ressources

L'éthique, pour réglementer les MCP

Quatre principes fondamentaux sont utiles à l'analyse des questions d'ordre éthique liées à la réglementation des MCP. Le principe de la *non-malfaisance* nous invite à « ne pas faire de mal » lorsque nos gestes peuvent affecter autrui. La *bienfaisance* nous invite à agir pour le bien d'autrui, chaque fois que possible. Le *respect de l'autonomie personnelle* nous invite à respecter et à honorer les choix et actes de personnes autonomes agissant de leur plein gré à la lumière d'information bien comprise. Et les principes de la *justice* exigent une distribution équitable des ressources, ou des possibilités d'y avoir accès, et une indemnisation équitable des individus pour les torts et préjudices subis.

La non-malfaisance

Comme les médicaments conventionnels, les MCP peuvent comporter des risques et des bienfaits, pour leurs utilisateurs. Certaines MCP peuvent causer un *préjudice physique direct*. Une substance naturelle peut en soi être néfaste pour la santé; elle peut être contaminée par une toxine; il se peut que l'on ne sache pas jusqu'à quelle dose elle est sécuritaire; il se peut qu'elle provoque une réaction allergique; et elle peut être nocive en interaction avec d'autres substances ou médicaments.

Il peut aussi y avoir des *préjudices physiques indirects*, liés au fait de retarder ou d'éviter un traitement conventionnel connu comme efficace.

D'autres préjudices peuvent venir d'une *exploitation financière* ou émotive. L'exploitation *financière* peut se produire si un praticien (ou un fabricant) malhonnête profite financièrement des patients en les induisant en erreur quant à l'innocuité ou à l'efficacité d'un traitement. Une personne chez laquelle on crée trompeusement des attentes, qui ne seront pas satisfaites, aura été l'objet d'une exploitation *émotive*.

Implications éthiques : (1) Les praticiens de la médecine conventionnelle et des MCP ont une responsabilité éthique de demander à leurs patients quelle utilisation ils font de soins de MCP et conventionnels. Les soignants doivent se familiariser avec ces thérapies et avec leurs interactions possibles, afin de pouvoir aider leurs patients à prendre des décisions éclairées et à éviter de potentiels préjudices. (2) Vu l'utilisation répandue des MCP, l'éthique nécessite que l'on effectue de la recherche sur l'innocuité de celles qui sont les plus utilisées. On devrait accorder la priorité à la recherche sur les thérapies de MCP dont l'usage est le plus répandu parmi les PVVS et/ou pour lesquelles il y a des indications d'effets négatifs connus ou potentiels. (3) Le contrôle de la qualité, inexistant pour plusieurs MCP, est requis par l'éthique afin de protéger les utilisateurs contre les préjudices. Cela comprend des mesures comme des « bonnes pratiques de fabrication », pour les produits de santé naturels, ainsi que des consignes d'étiquetage. Il pourrait être souhaitable par ailleurs d'établir des normes pour régir les praticiens de MCP qui ne sont pas réglementés.

La bienfaisance

La déontologie des soins médicaux (conventionnels ou non) veut que le patient bénéficie – ou ait une possibilité

LES QUESTIONS D'ÉTHIQUE DANS L'UTILISATION DE MCP

raisonnable de bénéficier – d'une thérapie ou d'une pratique donnée. Les risques sont-ils compensés adéquatement par des bienfaits connus ou raisonnablement anticipés?

Dans le cas de MCP, deux facteurs rendent difficile de répondre à cette question. Premièrement, il existe des données fiables sur des bienfaits de certaines MCP, mais pas pour la plupart. Deuxièmement, des différences entre les MCP et les traitements conventionnels rendent difficile d'évaluer l'efficacité des MCP par des méthodes scientifiques conventionnelles. Pour certaines MCP, il peut être impossible d'effectuer un essai clinique randomisé et contrôlé contre placebo. Mais, pour d'autres MCP, on pourrait mettre au point des recherches rigoureusement scientifiques. Et la recherche axée sur les résultats pour le patient peut encore être utile, même si elle n'offre pas d'explication « scientifique » du fonctionnement d'une thérapie.

Implications éthiques : L'exigence éthique du bénéfice pour le patient implique une responsabilité éthique de procéder à des recherches sur l'efficacité des MCP. Sans données fiables, les praticiens n'ont pas de base adéquate pour donner des conseils de traitements, et les patients ne peuvent pas exercer leur droit de prendre une décision éclairée.

Pour l'évaluation de tout traitement, il est souhaitable d'adopter un point de vue plus prudent, dans l'analyse des risques/bienfaits, voire de pécher par excès de prudence. Mais on doit se garder de faire deux poids deux mesures : plusieurs traitements conventionnels ne sont pas basés sur des résultats définitifs d'essais cliniques – et l'interdiction complète de l'accès à des thérapies relativement sécuritaires, jusqu'à l'obtention de toutes les données scientifiques voulues, ne garantit pas pour autant les meilleurs intérêts de patients.

Le respect de l'autonomie personnelle

Certains affirment qu'une utilisation sans restriction des MCP devrait être permise parce que la préoccupation quant aux risques potentiels et aux bienfaits questionnables de plusieurs MCP (tout comme dans le cas de médicaments conventionnels expérimentaux) ne devrait pas avoir trop d'importance *pourvu que* les PVVS prennent des décisions compétentes et volontaires.

Or, c'est précisément là que réside un problème. Si l'on veut respecter l'autonomie personnelle, des efforts doivent être déployés pour assurer au patient une information fiable sur les risques et bienfaits des thérapies. La revendication d'un accès sans contrainte à toute thérapie au nom du respect de l'autonomie de l'individu est affaiblie lorsque

l'autonomie même de cette personne est minée par le manque d'information nécessaire à un choix éclairé.

Implications éthiques : (1) De l'information sur les risques et bienfaits des MCP doit être donnée directement aux individus, par des mesures comme un étiquetage adéquat des produits de santé naturels, ou l'exigence que les praticiens discutent des données disponibles à propos de l'innocuité et de l'efficacité de telle ou telle thérapie. (2) Les praticiens des soins de santé doivent posséder au moins une information élémentaire sur les MCP, pour pouvoir respecter leur devoir éthique d'appuyer l'autonomie personnelle du patient en l'informant des risques et bienfaits.

La justice

La *justice distributive* implique une répartition équitable des fardeaux et des bénéfices, dans la société. Ce principe nécessite, par exemple, que les personnes vivant avec le VIH/sida n'aient pas à assumer une part disproportionnée du fardeau des dépenses en soins de santé en étant confrontées à un refus de couverture de soins médicalement nécessaires, dans l'assurance-santé publique. De là, la question complexe de déterminer quelles thérapies de MCP devraient être considérées « médicalement nécessaires » et dans quelles circonstances.

Dans la même veine, la justice distributive nécessite que les fonds pour la recherche sur les soins de santé soient distribués de manière à ce que cette recherche bénéficie le plus équitablement possible aux individus qui ont besoin de soins et de traitements. Le financement de la recherche devrait pencher en faveur de travaux sur les traitements susceptibles de répondre aux vrais besoins et désirs des patients/consommateurs. Un biais systématique au détriment de la recherche sur les MCP, de la part des instances de financement, est contraire à l'éthique.

La *justice rétributive* demande que les gens soient dédommagés pour les préjudices qu'ils ont subis. Elle requiert aussi que les fournisseurs de produits et de services de santé aient des comptes à rendre aux patients/consommateurs. Les fabricants doivent démontrer que leurs produits satisfont à des normes de qualité, qu'ils sont sûrs et (si des allégations de bienfaits pour la santé y sont rattachées ou que l'on envisage une couverture d'assurance) qu'ils sont efficaces. L'État doit donc assurer que des mécanismes soient en place pour garantir la responsabilité et la reddition de compte par les fabricants. Les mêmes exigences valent à l'égard des praticiens des MCP.

Le contenu de cette collection de feuillets d'information est tiré d'un rapport préparé par Crouch, Elliott, Lemmens et Charland pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*. Des lectures supplémentaires sont suggérées dans le feuillet 5. Le rapport et les feuillets peuvent être téléchargés à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/soinstraitements.htm ou commandés en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets, en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, contactez le Réseau juridique (courriel : info@aidslaw.ca). **This info sheet is also available in English.**

Financé par la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de Santé Canada.



Les produits de santé naturels : questions de réglementation

Ce feuillet explique ce qu'on entend par « produits de santé naturels » et comment on les réglemente. Il offre ensuite des recommandations pour l'homologation, l'étiquetage et la surveillance post-homologation.

Ce feuillet est le troisième d'une série de cinq qui portent sur les soins de santé complémentaires/parallèles et le VIH/sida.

1. Que signifie « médecines complémentaires et parallèles »? Qui en utilise et pourquoi?
2. Les questions d'éthique dans l'utilisation de MCP
3. Les produits de santé naturels : questions de réglementation
4. La réglementation des pratiques et des praticiens de MCP
5. Anthologie de ressources

Qu'entend-on par « produits de santé naturels »? Comment sont-ils réglementés?

Jusqu'à récemment, les produits de santé naturels étaient classés légalement comme des « aliments » ou comme des « drogues » [médicaments] en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. Cette désignation déterminait quelles allégations pouvaient accompagner le produit. Cela déterminait aussi la rigueur avec laquelle le produit était examiné avant d'être vendu au Canada et surveillé par la suite. Les médicaments sont plus encadrés que les aliments; puisqu'ils s'accompagnent d'allégations de bienfaits pour la santé, ils sont évalués plus minutieusement que les produits alimentaires.

On a cependant reconnu que cette classification donnait souvent des résultats insatisfaisants. Ainsi, une nouvelle, troisième catégorie est en voie d'être créée dans la loi canadienne : les « produits de santé naturels » (PSN). Le nouveau Bureau des produits de santé naturels (BPSN) de Santé Canada est responsable du développement et de la mise en œuvre d'un nouveau cadre de réglementation.

Le BPSN a mené des consultations nationales, sur des questions comme la définition juridique à donner aux « produits de santé naturels » et le type de réglementation à adopter. Cette réglementation abordera des éléments comme : le type de données requises pour obtenir l'autorisation de vendre un produit au Canada en tant que PSN et d'y rattacher des allégations de bienfaits pour la santé; l'étiquetage des PSN; les « bonnes pratiques de fabrication » à exiger des fabricants de PSN, etc. On s'attend à ce que la réglementation finale soit disponible vers la fin de 2001 et devienne loi peu après.

La définition de « produits de santé naturels » inclura probablement, entre autres, les herbes ou plantes figurant sur une liste établie par le BPSN; les préparations homéopathiques; les substances utilisées comme des « médicaments traditionnels » (incluant les médecines traditionnelles chinoise, ayurvédique et autochtone nord-américaine); et les minéraux, vitamines, acides aminés, acides gras et autres « substances botaniques ou dérivés d'animaux ou de micro-organismes ».

L'homologation des produits : degré de risque et nature des allégations santé

Comme principe général, la réglementation des PSN devrait reposer sur les risques connus, ou raisonnablement prévisibles, liés à l'utilisation du produit. Cette notion devrait s'appliquer à l'examen *préalable* à l'attribution d'un permis gouvernemental de vendre un produit au Canada (« examen réglementaire pré-vente »), puis à la surveillance de l'innocuité du produit *après* sa mise en marché (« surveillance post-commercialisation »). De plus, la rigueur de l'examen réglementaire pré-vente doit être liée en partie à l'importance des allégations santé associées au produit. Les allégations de bienfaits appuyées par des données fondées devraient être permises. Plus l'allégation est importante, plus importante

LES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS : QUESTIONS DE RÉGLEMENTATION

devrait être la preuve à l'appui. Autrement, seules des allégations généralisées devraient être permises.

Les exigences en matière d'étiquetage

Comme pour les médicaments, les exigences sur l'étiquetage des PSN sont essentielles pour éviter que les utilisateurs subissent un préjudice et pour promouvoir des décisions éclairées sur leur utilisation. Un groupe d'organismes intéressés au VIH/sida a recommandé que le gouvernement fédéral exige que toutes les étiquettes de PSN vendus au Canada :

- adoptent un format normalisé, avec, en langage clair, les principaux renseignements sur l'utilisation sécuritaire et recommandée de ce produit;
- indiquent les quantités de tout contenu du produit (de plus, si un produit est étiqueté comme contenant tel ou tel ingrédient, il doit contenir un certain minimum de cet ingrédient, stipulé dans la loi);
- indiquent si le produit est synthétique ou naturel, s'il provient de sources animales et s'il renferme des organismes génétiquement modifiés;
- incluent un mode d'emploi, les avertissements, la dose recommandée et les interactions éventuelles avec des médicaments ou d'autres PSN si elles sont connues;
- conseillent aux consommateurs d'informer leurs fournisseurs de soins de santé de leur usage du produit, même si ce renseignement ne semble pas pertinent à ce moment;
- indiquent un numéro de téléphone sans frais et un site Web pour les renseignements sur la manière dont un consommateur peut signaler une réaction indésirable à un produit.

Dans certains cas, l'emballage même d'un produit ne permet pas d'inclure toute cette information sur ou dans l'emballage. Le cas échéant, les vendeurs de produits de santé naturels devraient être tenus de mettre à la disposition des consommateurs, au point de vente, une monographie (description écrite du produit, de son utilisation adéquate, des données à l'appui des allégations santé) du produit.

Surveillance de l'innocuité : le suivi post-homologation des PSN

Un système de déclaration des « événements indésirables » (effets négatifs) liés à l'utilisation des produits de santé naturels permettrait aux consommateurs et aux praticiens de faire part de leurs observations et expériences quant à

l'utilisation de PSN. Cela garantirait aussi aux consommateurs l'accès facile à des renseignements sur les réactions indésirables connues (par exemple, en composant un numéro de téléphone sans frais) en plus de la publication de ces renseignements confirmés sur les étiquettes de produit (y compris les notices insérées dans le contenant).

En vertu de la loi actuelle, les titulaires d'une licence de produits considérés « drogues » ont des obligations particulières de signaler à Santé Canada les événements indésirables relatifs à une drogue, pour que le ministère puisse prendre les mesures nécessaires (y compris, éventuellement, le retrait du médicament du marché) pour protéger la santé des consommateurs. Le BPSN et d'autres parties intéressées ont proposé un régime de déclaration similaire pour les produits de santé naturels.

Le BPSN devrait mettre au point un système de surveillance post-homologation des PSN qui permettrait, par divers mécanismes, de recueillir de l'information sur (1) les événements indésirables de diverses magnitudes, (2) les effets secondaires des produits à court terme et leurs effets cumulatifs à long terme, et (3) l'utilisation des PSN par les consommateurs.

Dans le cadre de ce système, les titulaires de licences de vente de PSN au Canada devraient être tenus par la loi de faire rapport de tout « événement indésirable grave » dont ils sont au courant, en rapport à leurs produits, sans égard au lieu (au Canada ou non) ni au fait que cela était prévu ou « inattendu ». De plus, les praticiens de soins de santé devraient être légalement tenus de déclarer au BPSN tout événement indésirable *grave* chez un patient qu'ils soignent, en rapport avec un PSN (peu importe que ce produit soit ou non vendu légalement au Canada).

En outre, le BPSN et les collègues et associations des pharmaciens devraient, à partir des commentaires des groupes de consommateurs, collaborer à l'élaboration d'un protocole destiné aux pharmaciens, pour encourager les patients à déclarer volontairement les événements indésirables graves qu'ils peuvent constater dans leur usage de PSN et de médicaments en vente libre. Ces renseignements devraient être gardés confidentiels, mais être suivis par les pharmacies de manière à identifier des interactions éventuelles ou des préoccupations de sûreté quant à l'usage de certains produits. Un tel système de suivi permettrait aux pharmaciens d'informer les consommateurs et, au besoin, de porter ces préoccupations à l'attention de Santé Canada pour une enquête plus poussée.

Le contenu de cette collection de feuillets d'information est tiré d'un rapport préparé par Crouch, Elliott, Lemmens et Charland pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*. Des lectures supplémentaires sont suggérées dans le feuillet 5. Le rapport et les feuillets peuvent être téléchargés à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm ou commandés en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets, en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, contactez le Réseau juridique (courriel : info@aidslaw.ca). **This info sheet is also available in English.**

Financé par la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de Santé Canada.



La réglementation des pratiques et des praticiens de MCP

Les normes de pratique sont un important moyen de protéger la santé des patients qui utilisent les services de fournisseurs de soins de santé. Ce feuillet examine la réglementation directe des professionnels de la santé par la législation et les codes professionnels. Il examine aussi comment la loi réglemente indirectement la conduite en tenant les praticiens responsables en cas de faute professionnelle. Les deux facettes sont abordées du point de vue de la pratique dans le domaine des MCP.

Ce feuillet est le quatrième d'une série de cinq qui portent sur les soins de santé complémentaires/parallèles et le VIH/sida.

1. Que signifie « médecines complémentaires et parallèles » ? Qui en utilise et pourquoi?
2. Les questions d'éthique dans l'utilisation de MCP
3. Les produits de santé naturels : questions de réglementation
4. La réglementation des pratiques et des praticiens de MCP
5. Anthologie de ressources



Mécanismes légaux de réglementation des praticiens de la santé

Au Canada, la réglementation des métiers et professions (y compris des praticiens de la santé) relève de la responsabilité des provinces et territoires. Toutefois, les gouvernements provinciaux/territoriaux délèguent largement cette responsabilité aux instances des professions de la santé. Ce sont généralement des organismes (« collèges », « ordres » ou « corporations »), qui ont le pouvoir légal d'établir leurs normes de pratique et codes de conduite, et de veiller à leur respect.

Il y a jusqu'ici trois principales formes de réglementation. Un *régime d'autorisation d'exercer* (ou de « droit exclusif d'exercice ») signifie que seuls les membres autorisés de ces professions peuvent faire les choses considérées appartenir au champ d'exercice de telle ou telle profession. Par exemple, seuls les médecins autorisés peuvent pratiquer « la médecine ». Les régimes d'autorisation d'exercer impliquent généralement une réglementation continue de l'exercice de la profession et des mesures disciplinaires pour ceux qui ne satisfont pas à la norme établie.

En vertu d'un *régime d'accréditation* (ou « de titres réservés »), l'utilisation d'un titre professionnel désigné (p. ex., « massothérapeute accrédité ») est limitée aux praticiens qui se sont qualifiés en satisfaisant à certaines exigences de formation. D'autres praticiens peuvent fournir les mêmes services mais ne peuvent utiliser le titre. Ceci indique au consommateur/patient si le praticien détient certaines qualifications. Toutefois, les régimes d'accréditation ne comportent généralement pas de mécanismes de procédures disciplinaires.

L'*inscription*, un modèle moins restrictif, se limite à obliger chaque praticien qui fournit tel ou tel service à inscrire son nom et son adresse dans une sorte de registre officiel. Ce troisième modèle n'impose aucune norme de formation particulière ou autre exigence de qualification et ne comporte aucune norme professionnelle exécutoire pour la conduite professionnelle.

Depuis quelques années, quelques provinces et territoires ont opté pour un modèle dit d'*actes autorisés*. Plutôt que d'établir des champs *exclusifs* d'exercice (comme « la médecine ») réservés à certains professionnels (comme les médecins), cet autre modèle vise plutôt à identifier les actes ou les pratiques pouvant causer un préjudice aux patients. Ces actes sont alors « contrôlés » : on n'autorise que certains praticiens à les fournir ou à les exécuter, selon le degré de compétences spécialisées ou d'expertise qui est requis. Ainsi, certaines interventions ne sont pas réservées exclusivement aux médecins; elles peuvent être exécutées aussi par les infirmières, ostéopathes, chiropraticiens, etc. À l'instar des approches traditionnelles de réglementation, un modèle d'*acte autorisé* régit aussi l'emploi de certains titres de professions.

Réglementer les praticiens de MCP? Si oui, comment?

Certains praticiens (p. ex. les chiropraticiens) connaissent déjà les avantages et les inconvénients de la réglementation légale directe. D'autres, comme les naturopathes et les massothérapeutes, sont à d'autres stades de cette démarche.

LA RÉGLEMENTATION DES PRATIQUES ET DES PRATICIENS DE MCP

Les opinions varient, parmi les praticiens de MCP, quant à la réglementation professionnelle officielle. Il y a un conflit historique entre les professions conventionnelles de la santé et les praticiens de MCP, qui sont parfois mis à l'écart comme des « charlatans ». Certains praticiens de MCP craignent que les professionnels conventionnels utilisent la réglementation pour limiter les pratiques de MCP.

Des gouvernements ont souvent violé les droits des peuples autochtones, voire parfois déclaré hors la loi leurs pratiques traditionnelles. Certains guérisseurs et communautés autochtones sont d'avis qu'ils ne peuvent faire confiance aux gouvernements pour réglementer les guérisseurs autochtones traditionnels.

Toutefois, bon nombre voient la réglementation comme un élément important pour obtenir reconnaissance et légitimité, et un moyen de maintenir des normes professionnelles, d'opposer des mesures disciplinaires aux praticiens incompetents et de protéger la réputation de l'ensemble de leur profession. La réglementation pourrait aussi faciliter une meilleure intégration aux autres professionnels de la santé et améliorer les chances que les services ou pratiques concernés soient couverts par des assurances.

Pour les praticiens de MCP qui ne sont pas déjà légalement réglementés, l'autoréglementation facultative peut être une première étape. Le regroupement volontaire pour mettre au point des normes de formation, de compétence et de déontologie, et la décision des membres d'appliquer ces normes peut servir de base pour obtenir une reconnaissance légale en tant que profession de la santé autoréglementée.

Réglementation des praticiens conventionnels

Certains praticiens de soins conventionnels intègrent des MCP dans leur pratique. Mais ils sont aussi assujettis aux lois ou règles établies par leurs instances professionnelles; or, certaines de ces dernières ont adopté des politiques à propos des MCP.

Par exemple, les règles professionnelles pour les médecins du Québec et de la Colombie-Britannique sont formulées de manière stricte. Les médecins qui pratiquent divers types de MCP risquent de voir des mesures disciplinaires adoptées contre eux. La politique du collège des médecins et chirurgiens de C.-B. interdit même au médecin « soucieux de l'éthique » de s'associer à des praticiens de domaines parallèles qui recommandent des thérapies « non éprouvées »; on y affirme aussi que le médecin ne doit exposer le patient à aucun degré de risque lié à une thérapie de MCP dont le bienfait n'est pas prouvé. D'aucuns sont d'avis que c'est aller trop loin.

Des approches moins restrictives sont envisageables. Des mesures législatives adoptées en C.-B., en Alberta et en

Ontario stipulent qu'un médecin ne peut pas être déclaré coupable de faute professionnelle ou d'incompétence simplement pour avoir recours à une thérapie « non traditionnelle » ou « complémentaire », à moins que cela expose le patient à un plus grand risque que la pratique médicale généralement reconnue.

Guérisseurs autochtones

Dans les communautés autochtones, on discute des manières de réagir à des individus qui prétendent être des guérisseurs traditionnels, mais qui ne connaissent ou n'appliquent pas les enseignements appropriés. Les guérisseurs traditionnels sont généralement considérés responsables à l'égard des gens qu'ils aident, mais les mécanismes ou processus de responsabilité ne sont pas définis aussi officiellement que par une instance réglementaire professionnelle. La responsabilité est plus diffuse et ne repose pas sur des mesures juridiques comme les audiences disciplinaires. Dans certaines provinces, la législation régissant les professionnels de la santé ne s'applique pas aux guérisseurs autochtones qui fournissent des services de guérison traditionnelle.

Responsabilité des praticiens pour faute professionnelle

Les praticiens de MCP ont un devoir légal de faire preuve d'un degré raisonnable de compétence et de soin, tant dans l'obtention du consentement éclairé du patient que dans le diagnostic et le traitement. Du point de vue légal, le praticien doit agir comme agirait un praticien « prudent et diligent, dans ces circonstances ». De plus, un spécialiste doit faire preuve du même degré de compétence et de connaissance que le « spécialiste moyen » du domaine.

Légalement, les praticiens de MCP associés à une profession ou « école de pratique » reconnue devraient être tenus de respecter les normes de l'instance en question, et non celles établies par d'autres « écoles ». Dans certains cas, cependant, il peut être difficile d'identifier une école cohérente et dotée de protocoles et pratiques généralement reconnus.

Dans le cas de professionnels de soins conventionnels qui utilisent des MCP et qui sont poursuivis en justice pour faute professionnelle, il se peut que la norme légale appropriée ne soit pas claire. Mais les cours utiliseront probablement les normes établies par leur instance de réglementation conventionnelle.

Bien que la question des normes et fautes professionnelle demeure incertaine pour certains praticiens qui utilisent des MCP dans leur pratique, il n'y a aucun doute quant à l'importance du devoir légal et éthique de tout praticien de demander le consentement éclairé de son patient, pour le traitement.

Le contenu de cette collection de feuillets d'information est tiré d'un rapport préparé par Crouch, Elliott, Lemmens et Charland pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*. Des lectures supplémentaires sont suggérées dans le feuillet 5. Le rapport et les feuillets peuvent être téléchargés à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm ou commandés en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets, en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, contactez le Réseau juridique (courriel : info@aidslaw.ca). **This info sheet is also available in English.**

Financé par la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de Santé Canada.



Anthologie de ressources

La littérature abonde, au sujet des soins de santé complémentaires et parallèles. Ce feuillet renseigne sur un certain nombre de ressources sélectionnées – articles, livres, rapports et sites Web – qui offrent une information sur les MCP et leur utilisation (y compris par les personnes vivant avec le VIH/sida) ainsi que sur la recherche et les questions d'éthique et de réglementation, dans ce domaine.

Ce feuillet est le dernier d'une série de cinq qui portent sur les soins de santé complémentaires/parallèles et le VIH/sida.

1. Que signifie « médecines complémentaires et parallèles »? Qui en utilise et pourquoi?
2. Les questions d'éthique dans l'utilisation de MCP
3. Les produits de santé naturels : questions de réglementation
4. La réglementation des pratiques et des praticiens de MCP
5. Anthologie de ressources

MCP : documentation et ressources générales pour la recherche

Achilles R., *Définition des approches complémentaires et parallèles en santé : vision d'ensemble*, rapport préparé à l'intention de Santé Canada, 10 avril 2000. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/f_cahc/index.html>

Achilles R., *Complementary Medicine: A Bibliography*, National Network on Environments and Women's Health Working Paper Series #1, août 1997. <www.yorku.ca/nnewh/english/pubs/workpap1.pdf>

York University Centre for Health Studies, *Complementary and Alternative Health Practices and Therapies : A Canadian Overview*, août 1999. <<http://www.yorku.ca/ychs/data1/publications.html>>

Foundation for Integrated Medicine, *Integrated Healthcare: A Way Forward for the Next Five Years?*, Londres, FIM, 2000. <www.fimed.org>

National Center for Complementary and Alternative Medicine (US NIH), *Major Domains of Complementary and Alternative Medicine* (feuillet de renseignements). <nccam.nih.gov>

United Kingdom House of Lords, *Complementary and Alternative Medicine*. Sixth Report of the House of Lords Select Committee on Science and Technology (HL 123), 21 novembre 2000. <www.parliament.the-stationery-office.co.uk>

Recours aux MCP

« Le recours aux soins de santé complémentaires/parallèles » et « Le recours aux soins de santé complémentaires/parallèles par les personnes vivant avec le VIH/sida », dans Crouch R., Elliott R., Lemmens T. et Charland L., *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001. <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm>>

Duggan J. et coll., « Use of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients », *AIDS Patient Care STDs*, 2001, 15 : 159-167.

Eisenberg D.M. et coll., « Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use », *New England Journal of Medicine*, 1993, 328 : 246-252.

Eisenberg D.M. et coll., « Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1569-1575.

Ernst E., White A., « The BBC survey of complementary medicine use in the UK », *Complementary Therapies in Medicine*, 2000, 8 : 32-36.

Fairfield K.M. et coll., « Patterns of use, expenditures, and perceived efficacy of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients », *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 : 2257-2264.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES/PARALLÈLES : ANTHOLOGIE DE RESSOURCES

Pawluch D., Cain R. et Gillett J., *Approaches to Complementary Therapies : Diverse Perspectives Among People with HIV/AIDS*, Santé Canada, mars 1998.

Piscitelli S.C., « Use of complementary medicines by patients with HIV: full sail into uncharted waters », *Medscape HIV/AIDS*, 2000, 6(3). <<http://hiv.medscape.com>>

Ramsay C., Walker M. et Alexander J., *Alternative Medicine in Canada : Use and Public Attitude*, Vancouver, C.-B., The Fraser Institute, 1999; également dans *Public Policy Sources*, 1999, 21. <www.fraserinstitute.ca/publications/pps/21>

Recherche sur les MCP

Ernst E., « Complementary AIDS therapies: the good, the bad and the ugly », *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8 : 281-285.

Nahin R.L., Straus S.E., « Research into complementary and alternative medicine: problems and potential », *British Medical Journal*, 2001, 322 : 161-164.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (US NIH), *Expanding Horizons of Healthcare : Five-Year Strategic Plan, 2001-2005*, 2000. <www.nccam.nih.gov>

Ozsoy M., Ernst E., « How effective are complementary therapies for HIV and AIDS? – a systematic review », *International Journal of Sexually Transmitted Diseases & AIDS*, 1999, 10 : 629-635.

MCP et peuples autochtones

« Les peuples autochtones et la guérison traditionnelle », dans Crouch R., Elliott R., Lemmens T. et Charland L., *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001. <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm>>

Commission royale sur les peuples autochtones, « Culture et guérison traditionnelle », *Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, À l'aube d'un rapprochement*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1996.

Shestowsky B., *Traditional Medicine and Primary Health Care Among Canadian Aboriginal People* – document de travail et bibliographie annotée, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 1993.

Recours aux MCP : questions éthiques

« Questions d'ordre éthique », dans Crouch R., Elliott R., Lemmens T. et Charland L., *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001. <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm>>

Dixon J., *Catastrophic Rights: Experimental Drugs & AIDS*, Vancouver, New Star Books, 1990.

Ernst E., « The ethics of complementary medicine », *Journal of Medical Ethics*, 1996, 22 : 197-198.

Freedman B., « Accès aux médicaments expérimentaux pour des raisons humanitaires et droit des malades catastrophés », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 3(1) : 46-48. <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm>>

Lemmens T., « Accès aux médicaments expérimentaux pour des raisons humanitaires : peser le pour et le contre », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 3(1) : 48-49. <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm>>

Produits de santé naturels

Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC : Les produits de santé naturels* (mise à jour 2000). <www.cma.ca>

Comité permanent de la santé (Chambre des communes, Canada), *Les produits de santé naturels : Une nouvelle vision*, Ottawa, novembre 1998. <www.parl.gc.ca>

Ernst E., « Harmless herbs? A review of the recent literature », *American Journal of Medicine*, 1998, 104 : 170-178.

Fugh-Berman A., « Herb-drug interactions », *Lancet*, 2000, 355 : 134-138.

Santé Canada (Groupe consultatif sur les produits naturels), *Rapport final du groupe consultatif sur les produits naturels, Cadre de réglementation des produits de santé naturels*, Ottawa, mai 1998.

Santé Canada, *Réponse du gouvernement au Comité permanent de la santé*, mars 1999. <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp/govresponse_f.html>

Santé Canada (équipe de transition du Bureau des produits de santé naturels), *Un nouveau départ : Rapport final de l'équipe de transition du BPSN*, mai 2000. <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>

Santé Canada (Bureau des produits de santé naturels), (1) *Produits de santé naturels, Conférence d'établissement des priorités de recherche* (Halifax, 6-8 novembre 1999); (2) *Cadre réglementaire proposé pour les produits de santé naturels* (exposé général en langage usuel), mars 2001; et (3) *Cadre de réglementation proposé (Document de travail de la DPSN en date du 21 septembre 2001)*. <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>

Réglementation : aspects juridiques et éthiques

« Questions de droit et de politiques », dans Crouch R., Elliott R., Lemmens T. et Charland L., *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES/PARALLÈLES : ANTHOLOGIE DE RESSOURCES

<<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm>>

Association canadienne de naturopathie, *Guide to the Ethical Conduct of Naturopathic Doctors*, mai 1994, et *Standards of Practice*, 1999. <www.naturopathicassoc.ca>

Association of Complementary Physicians of British Columbia, *Consensus Paper on Complementary Medicine*, novembre 1999.

<www.ccmadoctors.ca/acp_consensus.htm>

British Medical Association, *Complementary Medicine: New Approaches to Good Practice*, Oxford University Press, 1993.

Casey J., Picherack F., *La réglementation des praticiens utilisant des approches complémentaires et parallèles en santé : considérations pour l'élaboration de politiques*, document préparé à l'intention de Santé Canada, 2001.

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/f_cahc/index.html>

Cohen M.H., *Complementary and Alternative Medicine: Legal Boundaries and Regulatory Perspectives*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1998.

College of Physicians & Surgeons of British Columbia, « Complementary and Alternative Therapies », Chapter C-12, juin 1999 et « Unproven and Unconventional Treatment » Policy Manual Chapter U-2, juin 1995. <www.cpsbc.bc.ca>

College of Physicians & Surgeons of Ontario, *Complementary Medicine: Policy No 1-00*, février 2000. <www.cpsso.on.ca>

Feasby C., « Determining Standard of Care in Alternative Contexts », *Health Law Journal*, 1997, 5 : 45-65.

Mills S., Peacock W., *Professional Organisation of Complementary and Alternative Medicine in the UK 1997: A Report to the Department of Health*, University of Exeter, 1997.

Minnesota Department of Health – Commissioner of Health, *Complementary Medicine: Final Report to the Legislature*, janvier 1998.

Stone J., Matthews J., *Complementary Medicine and the Law*, Oxford, Oxford University Press, 1996.

Studdert D.M., « Legal issues in the delivery of alternative medicine », *Journal of the American Medical Women's Association*, 1999, 54(4) : 173-176.

Studdert D.M. et coll., « Medical malpractice implications of alternative medicine », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1610-1615.

Fournisseurs de soins de santé et MCP

Cain R., Pawluch D., Gillett J., *Practitioner Perspectives on Complementary Therapy Use Among People Living with HIV*, Santé Canada, mars 1999.

Goldszmidt M., Levitt C., Duarte-Franco E., Kaczorowski J., « Complementary health care services: a survey of general practitioners' views », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1995, 153 : 29-35.

LaValley J.W., Verhoef M.J., « Integrating complementary medicine and health care services into practice », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1995, 153 : 45-49.

Ruedy J., Kaufman D.M., MacLeod H., « Alternative and complementary medicine in Canadian medical schools: a survey », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160 : 816-817.

Sites Web

Bureau des produits de santé naturels de Santé Canada

<www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>

Bureau qui supervise la réglementation des produits de santé naturels au Canada.

CAMline

<<http://camline.org>>

Une base de données canadienne sur les médecines complémentaires/parallèles (MCP), qui renferme de l'information sur un éventail de produits; une liste de « meilleures pratiques » d'institutions; ainsi qu'un dispositif permettant de signaler une réaction indésirable à une MCP.

CAM on PubMed

<<http://nccam.nih.gov>> ou

<www.nlm.nih.gov/nccam/camonpubmed.html>

Le site « CAM on PubMed » est le fruit d'un partenariat entre le NCCAM et la US National Library of Medicine, qui permet à ses utilisateurs d'accéder sans frais à une base de données de références à des articles sur les MCP.

Centre for Complementary Health Studies, University of Exeter

<www.ex.ac.uk/chs>

Site Web qui contient de l'information générale sur les MCP au Royaume-Uni et en Europe. Le Centre publie le périodique « FACT » – *Focus on Alternative and Complementary Therapies: An evidence-based approach*.

Foundation for Integrated Medicine

<www.fimed.org>

Cette fondation établie au Royaume-Uni publie des documents de politiques relatifs à l'intégration de la médecine conventionnelle et des MCP; elle diffuse aussi des actualités via son site Web.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES/PARALLÈLES : ANTHOLOGIE DE RESSOURCES

Direct Access Alternative Information Resources

<www.daair.org>

Groupe de consommateurs à but non lucratif, pour membres seulement, qui promeut l'« autonomie de guérison » en favorisant la gestion de la maladie par le recours à des nutriments, des thérapies et des pratiques documentés par la science.

National Center for Complementary & Alternative Medicine (NCCAM)

(US National Institutes of Health)

<<http://nccam.nih.gov/fcp/clearinghouse/index.html>>

Le centre de documentation offre de l'information au public et aux fournisseurs de soins de santé, à propos du programme du NCCAM et de conclusions d'études, par le biais de feuillets et de trousseaux d'information, de documents et d'un bulletin trimestriel (distribué à ses abonnés du grand public). Voir aussi la Combined Health Information Database (CHID) (<<http://chid.nih.gov>>), pour consulter des dossiers variés au sujet des MCP, qui ne sont pas accessibles autrement au public.

Research Council on Complementary Medicine

<www.rccm.org.uk>

Organisme de charité du Royaume-Uni qui appuie la recherche sur les MCP. Son site Web renferme de l'information sur des études récentes; une base de données (payante) contenant des milliers de références d'études publiées ou non, au sujet de la médecine complémentaire; et une liste de documents de recherche sur les MCP.

Réseau canadien de la santé – Approches complémentaires et parallèles en santé

<http://www.reseau-canadien-sante.ca/2medecines_douces.html>

Ressource intégrée au site Web du Réseau canadien de la santé. Financée par Santé Canada et créée en collaboration avec deux partenaires affiliés : le Tzu-Chi Institute for Complementary and Alternative Medicine, Vancouver (<www.tzu-chi.bc.ca>) et la Toronto Public Library.

Réseau canadien d'info-traitements sida

<www.catie.ca>

Le RCITS est un organisme national à but non lucratif qui offre de l'information sur les traitements anti-VIH/sida, par le biais d'un site Web complet, de listes électroniques de discussion, de publications et d'une ligne sans frais et bilingue (1-800-263-1638). Parmi ses ressources, on compte notamment de nombreux feuillets d'information sur les MCP et des « guides pratiques » au sujet des thérapies complémentaires et des produits à base de plantes.

Réseau juridique canadien VIH/sida

<www.aidslaw.ca>

Site Web qui contient une section détaillée sur les « questions d'ordre juridique et éthique relatives aux soins, aux traitements et au soutien pour les personnes vivant avec le VIH/sida », à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm>>; on y trouve aussi Crouch R., Elliott R., Lemmens T. et Charland L., *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001, et la série de feuillets d'information présent.

Rosenthal Center for Complementary and Alternative Medicine – Columbia University

<<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/rosenthal>>

Ce site Web renferme des liens vers des ressources Web à propos de la médecine complémentaire, des feuillets d'information et des bases de données, en plus d'information sur le Center for Complementary & Alternative Medicine Research in Women's Health.

White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy

<www.whccamp.hhs.gov>

Commission mandatée de rendre des comptes au Président des États-Unis, à propos des questions de politiques relatives aux MCP.

Le contenu de cette collection de feuillets d'information est tiré d'un rapport préparé par Crouch, Elliott, Lemmens et Charland pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*. Des lectures supplémentaires sont suggérées dans le feuillet 5. Le rapport et les feuillets peuvent être téléchargés à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm ou commandés en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets, en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, contactez le Réseau juridique (courriel : info@aidslaw.ca). **This info sheet is also available in English.**

Financé par la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de Santé Canada.