



CANADIAN | RÉSEAU
HIV/AIDS | JURIDIQUE
L E G A L | CANADIEN
NETWORK | VIH•SIDA

Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida :

questions de droit, d'éthique et de politiques
dans la réglementation

préparé par

Robert Crouch, Richard Elliott,
Trudo Lemmens et Louis Charland



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans le réglementation

préparé par

Robert Crouch, Richard Elliott, Trudo Lemmens et Louis Charland
pour le Réseau juridique canadien VIH/sida

Pour de plus amples informations sur la présente publication, adressez-vous à :

Réseau juridique canadien VIH/sida
Téléphone : (514) 397-6828
Télécopieur : (514) 397-8570
Courriel : info@aidslaw.ca

Des exemplaires supplémentaires peuvent être téléchargés de www.aidslaw.ca
ou commandés auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida
Courriel : aids/sida@cpha.ca

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001
ISBN 1-896735-38-X

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre :

Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, éthique et
de politiques dans la réglementation

Comprend des réf. bibliogr.

Texte en français et en anglais, tête-bêche.

ISBN 1-896735-38-X

1. Médecines parallèles - Droit - Canada. 2. Médecines parallèles - Aspect moral - Canada. 3. Sida -
Médecines parallèles - Canada. 4. Politique sanitaire - Canada. I. Elliott, Richard. II. Réseau juridique
canadien VIH-SIDA. III. Titre : Complementary and alternative health care and HIV/AIDS.

KE3646.C65 2001

344.71'041

C2001-940569-3F

Rédaction

Les trois premiers auteurs sont présentés en ordre alphabétique. Le rapport final est basé sur un rapport initial préparé sous la direction de Trudo Lemmens, par R. Crouch (analyse éthique), T. Lemmens (analyse réglementaire et éthique) et L. Charland (analyse méthodologique et éthique). R. Elliott a ajouté des éléments substantiels à l'analyse réglementaire et légale, ajouté des recommandations et apporté d'autres modifications, avec l'accord des autres auteurs, sur la base de commentaires de pairs et de participants à un atelier tenu à Montréal en février 2001.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Ralf Jürgens du Réseau juridique canadien VIH/sida pour ses commentaires, son appui et sa révision de la version définitive du texte; Éric Nolet du Réseau juridique canadien VIH/sida pour son appui dans l'organisation de l'atelier et la distribution du document; Garry Bowers pour la révision finale du texte anglais; Roger Caron et Jean Dussault pour la traduction du texte de l'anglais vers le français; Joan Simpson de Santé Canada pour ses commentaires et son aide dans la localisation des documents; Rhonda Roffey de l'Ontario Aboriginal Patient Advocacy Initiative pour ses commentaires et son aide dans la localisation de documents; Stephen Malthouse et Nora Morcos pour leur aide dans la localisation de documents; David Hoe et Michael Smith de Santé Canada pour leurs commentaires; les participants à l'atelier et d'autres qui ont fourni de précieux commentaires sur des versions antérieures du présent document.

Ce projet a bénéficié d'une subvention de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement les points de vue ou les politiques de Santé Canada ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Le genre masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

Sommaire	i
Introduction	1
Historique et développements récents	1
Historique du projet	3
Portée et grandes lignes du document	3
Définir la médecine complémentaire/parallèle	5
Terminologie	5
Caractéristiques des thérapies « complémentaires » ou « parallèles »	6
Cadre explicatif différent	7
Non validées sur le plan biomédical	8
Le caractère « non conventionnel » dépend de l'objectif de la thérapie	9
Définition pour le présent document	9
Catégories de soins de santé complémentaires/parallèles	9
Le recours aux soins de santé complémentaires/parallèles	12
Le recours aux soins de santé complémentaires/parallèles par les Canadiens	13
Le recours aux soins de santé complémentaires/parallèles par les personnes vivant avec le VIH/sida	15
Prévalence d'utilisation	15
Variation dans l'utilisation	15
Les femmes ont davantage recours aux MCP que les hommes	16
Le recours à une grande variété de MCP	17
Satisfaction globale (à l'égard de certaines de ces thérapies du moins)	17
Comment et pourquoi les personnes vivant avec le VIH/sida ont recours à des MCP	17
Une approche plus holistique	18
Prendre en main ses propres soins de santé	18
Comme complément à la thérapie conventionnelle	20
Analyse qualitative approfondie	20
Antécédents sociaux et opinions sur les thérapies complémentaires	21
Thèmes communs	22
Évolution des raisons du recours aux MCP	22
Conclusion	23
Les peuples autochtones et la guérison traditionnelle	26
Questions d'ordre éthique	31
Commentaire sur l'appréciation des risques et des avantages	32
La non-malfaisance	33
Les préjudices physiques	34
Les préjudices physiques directs	34
Les réactions allergiques	34
Toxicité et incertitude sur le plan du dosage	35
Qualité incertaine	35
Les préjudices causés par les interactions avec la thérapie conventionnelle	36
Les préjudices indirects attribuables au « coût de renonciation »	38
Les préjudices découlant de l'exploitation	38
L'exploitation affective	39
Le praticien malhonnête	39

TABLE DES MATIÈRES

L'automédication d'après une information incomplète ou erronée	39
L'exploitation financière	40
Les incidences des préjudices éventuels	
sur les plans de l'éthique et de la politique	42
L'obligation du praticien d'obtenir des renseignements de ses patients	42
Le besoin de recherches sur l'innocuité	43
Le besoin de mesures de contrôle de la qualité	44
Option de politique : L'exemple des produits de santé naturels	44
La bienfaisance	46
Les difficultés liées à l'évaluation des bienfaits des MCP	46
Les problèmes liés aux données existantes	46
Il existe peu de données « scientifiques » fiables	46
Données sur la satisfaction des utilisateurs	48
Commentaire	49
Problèmes méthodologiques	49
Disparité des mécanismes ou des cadres de référence	50
Interventions holistiques et individualisées	50
Implications éthiques du principe de bienfaisance	53
Devoir éthique d'étudier l'efficacité des diverses MCP	53
Opter pour un excès de prudence	53
Incidences sur les politiques	54
Incidences des principes de non-malfaisance et de bienfaisance : recommandations	55
Respect de l'autonomie personnelle	57
L'information est un préalable à une réelle autonomie	58
Difficulté de l'argument en faveur d'une « autonomie sans entrave »	58
Implications éthiques du respect de l'autonomie personnelle	62
Éduquer les patients/utilisateurs	62
Éduquer les praticiens (des domaines conventionnels et complémentaires)	63
Options de politiques	65
La justice	67
La justice distributive	67
La couverture d'assurance pour les MCP	67
Distribution des fonds pour la recherche en soins de santé	69
La justice rétributive	70
Questions de droit et de politiques	72
Les produits de santé naturels : lois, politiques et pratiques qui en régissent l'utilisation	73
Homologation des produits : degré de risque et nature de l'allégation santé	74
Exigences en matière d'étiquetage	74
Surveillance post-homologation et autres mécanismes de contrôle de l'innocuité	76
Surveillance post-homologation par les autorités de réglementation	76
Déclaration de toutes les réactions indésirables graves	76
Mécanismes de déclaration pour contrôler toutes les réactions indésirables, graves ou autres	77
Autres mécanismes de contrôle de l'innocuité	79
Application des normes de réglementation	80
Recouvrement des coûts	81
La réglementation des praticiens qui prodiguent des soins de santé complémentaires/parallèles	81

TABLE DES MATIÈRES

Mécanismes légaux de réglementation des praticiens de la santé	82
Autorisation d'exercer	83
L'accréditation	84
Inscription	84
La réforme du modèle de l'autorisation d'exercer : « actes autorisés » et champs de pratique qui se chevauchent	85
Les praticiens des thérapies complémentaires/parallèles devraient-ils être réglementés et, dans l'affirmative, comment?	85
Points de vue des praticiens sur la réglementation de leur pratique	86
Le modèle de l'autorisation d'exercer est-il souhaitable?	87
L'autoréglementation facultative comme première étape	88
La réglementation des praticiens de la médecine conventionnelle qui ont recours à la médecine complémentaire/parallèle	91
Approches restrictives	93
Approches moins restrictives	95
Guérisseurs autochtones	98
Consultations sur les normes professionnelles pour les travailleurs de la santé autochtones	98
Opposition entre les droits individuels et les pratiques traditionnelles : l'affaire <i>Thomas c. Norris</i>	99
Imputabilité des guérisseurs traditionnels	101
Approches intégrées pour les Autochtones	103
La responsabilité des praticiens pour faute professionnelle	104
L'obligation de diligence du praticien : deux aspects	106
L'obligation de diligence dans la fourniture du traitement	106
L'obligation de diligence dans l'obtention du consentement éclairé	106
Norme de diligence relative au traitement par des MCP	109
Les praticiens des MCP d'une « profession » ou d'une « école » de pratique reconnue	109
La règle « de la même école »	109
Exceptions à la règle dite « de la même école »	111
La norme de diligence applicable au professionnel conventionnel qui a recours à une MCP	115
Norme de la médecine parallèle	116
Norme de la pratique mixte	117
Norme médicale conventionnelle	117
L'importance du consentement éclairé	118
Conclusion	119
Sommaire des recommandations	121
Annexe A Utilisation de médecines complémentaires ou alternatives	132
Annexe B Utilisation de médecines complémentaires/parallèles par des personnes vivant avec le VIH/sida – Sommaire d'études canadiennes et d'autres pays	137
Annexe C Poursuites canadiennes pour prestation non autorisée de soins de la santé - Un aperçu chronologique	146
Annexe D Participant-e-s à l'atelier et autres commentateurs	150
Bibliographie	152



Sommaire

Pourquoi un rapport sur les approches complémentaires/parallèles en santé et le VIH/sida?

Depuis une décennie (et particulièrement depuis les cinq dernières années), on s'intéresse de plus en plus, au Canada, aux médecines complémentaires/parallèles (MCP). La recherche dans ce domaine s'est considérablement développée. Le gouvernement fédéral a élaboré un nouveau cadre réglementaire pour les produits de santé naturels et l'on observe des développements continus au palier provincial/territorial dans la reconnaissance et la réglementation des praticiens de certaines MCP. Les organismes communautaires actifs dans le domaine du VIH/sida discutent de plus en plus des étapes nécessaires à assurer que les personnes vivant avec le VIH/sida aient accès à une gamme d'options de traitement et à l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées à ce sujet.

Un nombre important et croissant de Canadiens utilisent des MCP et des données portent à croire que cette tendance est encore plus prononcée parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, qui utilisent diverses MCP dans le but notamment d'exercer un contrôle sur leur santé, de lutter contre la dépression, de stimuler leur système immunitaire, de prévenir des infections ou de retarder la progression de la maladie à VIH, ou encore d'alléger des effets secondaires désagréables qui sont associés aux médicaments conventionnels.

Il est cependant manifeste aussi que plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida sont réduites à prendre ces décisions de traitement en n'ayant qu'un accès limité à des renseignements fiables, à propos de l'innocuité et de l'efficacité des thérapies qu'elles utilisent, y compris en matière d'interactions possibles avec des médicaments conventionnels et d'effets possibles en particulier pour des personnes dont le système immunitaire est compromis. Cette

situation donne lieu à des questions éthiques et juridiques, pour les individus qui utilisent des MCP, pour les professionnels des soins de santé conventionnels qui soignent des personnes vivant avec le VIH/sida, pour les fabricants de produits de santé naturels, pour les praticiens des diverses thérapies complémentaires/parallèles, de même que pour les instances gouvernementales et de réglementation professionnelle qui doivent assurer un équilibre adéquat entre la protection des consommateurs/patients et le respect de leurs choix en matière de soins de santé.

Quel est le but du rapport?

Le présent rapport est le premier d'une série de documents produits par le Réseau juridique canadien VIH/sida, à propos de questions prioritaires d'ordre juridique et éthique liées aux soins, aux traitements et au soutien pour le VIH/sida. Il s'agit d'un volet d'un projet triennal sur ces questions, entrepris grâce à une subvention de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Ce document ne recommande pas et ne déconseille pas le recours à des thérapies ou pratiques complémentaires/parallèles en particulier, pas plus qu'il n'a pour objet d'aborder toute la pléiade de questions juridiques et éthiques que soulève l'utilisation de MCP par des personnes vivant avec le VIH/sida.

Le but principal est d'examiner l'approche à adopter pour réglementer le domaine de la médecine complémentaire/parallèle (tant les produits que les praticiens). L'objectif est de faire en sorte que les règles de droit et de politiques canadiennes dans le domaine des soins de santé complémentaires/parallèles se fondent sur les données disponibles, les considérations d'ordre éthique et une compréhension des cadres et principes juridiques pertinents.

Que contient le rapport?

Le document offre :

- une discussion des difficultés de définir précisément le domaine des médecines complémentaires et/ou parallèles ;
- un examen des données disponibles au sujet de l'utilisation de MCP dans l'ensemble de la population canadienne;
- un examen des données disponibles au sujet de l'utilisation de MCP par des personnes vivant avec le VIH/sida, en identifiant certaines des principales conclusions à tirer au sujet de la prévalence de cette utilisation ainsi qu'à propos des tendances et des raisons de cette utilisation;
- des commentaires sur des questions particulières qui sont pertinentes aux peuples autochtones et au sujet des pratiques autochtones de guérison traditionnelles;
- une analyse des questions éthiques associées à l'usage de MCP, en particulier par des personnes vivant avec le VIH/sida; à la lumière d'une application des principes de non-malfaisance, de bienveillance, de respect de l'autonomie personnelle, ainsi que de justice, nous tirons certaines conclusions quant aux éléments nécessaires en vertu de l'éthique, dans les domaines du droit, des politiques et de la pratique; puis
- un examen de questions juridiques et de politiques, quant à l'approche appropriée pour la réglementation des MCP dans les secteurs de la réglementation fédérale des produits de santé naturels ainsi que de la réglementation provinciale/territoriale des praticiens; et une discussion sur la question de la responsabilité des praticiens dans la fourniture de MCP.

Trois thèmes se dégagent de l'examen des données disponibles et de l'analyse éthique et légale effectuée :

- la nécessité de recherches plus abondantes et de meilleure qualité, au sujet des MCP;
- la nécessité d'améliorer l'éducation et la formation des professionnels de la santé, tant dans des domaines complémentaires/parallèles que dans la médecine conventionnelle, en matière de VIH/sida et de MCP; et
- la nécessité d'une approche qui assure un équilibre approprié des considérations éthiques, dans la réglementation des produits et des praticiens.

Quelles sont les conclusions et les recommandations?

Le document renferme des conclusions et recommandations liées à ces trois domaines principaux.

Nous recommandons notamment de :

- financer des recherches sur l'utilisation de MCP par des personnes vivant avec le VIH/sida, sur leurs connaissances à propos des MCP, sur les obstacles à l'accès aux MCP pour ces personnes, ainsi que sur les opinions concernant la couverture de MCP par les assurances;
- financer des recherches sur l'innocuité et l'efficacité de divers produits et thérapies complémentaires/parallèles, en particulier pour l'usage qu'en font des personnes vivant avec le VIH/sida, et en accordant une priorité particulière à la recherche sur les produits et thérapies au sujet desquels il existe :
 - (a) des indications préliminaires encourageantes et fiables sur le plan de l'efficacité;
 - (b) des indications anecdotiques constantes sur le plan de l'efficacité;
 - (c) des indications d'un usage répandu parmi les personnes vivant avec le VIH/sida; et/ou
 - (d) des indications d'effets nocifs, connus ou potentiels, notamment lorsque utilisés en conjonction avec des traitements conventionnels pour le VIH/sida;
- soutenir le développement de compétences de recherche parmi les praticiens de MCP au Canada;
- assurer que les recherches par/avec les communautés autochtones, et au sein de celles-ci, à propos des pratiques traditionnelles de guérison, soient régies par les principes que les peuples autochtones ont articulés quant à la propriété, au contrôle et à l'accès relatifs aux méthodes et aux résultats de recherche; et assurer la protection des connaissances traditionnelles, contre l'appropriation et l'exploitation;
- intégrer une éducation de base sur les MCP dans le programme de formation des praticiens des soins de santé conventionnels; intégrer une éducation sur le VIH/sida dans la formation des praticiens de MCP; et inviter les professionnels de la santé à interroger leurs patients à propos de leur usage de MCP, en tant qu'élément de bonne pratique et d'intérêt lié au bien-être du patient;
- régler des questions comme la norme applicable à l'examen pour homologation, les exigences en matière d'étiquetage, la surveillance des produits après l'approbation pour vente au Canada, afin de repérer d'éventuels effets secondaires; assurer que les fabricants ou vendeurs de produits respectent les exigences du régime de réglementation; assurer

SOMMAIRE

l'indépendance du Bureau des produits de santé naturels, à titre d'instance fédérale de réglementation, en lien avec le nouveau cadre réglementaire qui est en développement pour l'homologation et la vente de produits de santé naturels au Canada;

- développer de la documentation qui aiderait les praticiens non réglementés, dans des domaines complémentaires/parallèles, à se doter de mécanismes d'autoréglementation s'ils en décident ainsi;
- financer des recherches sur les divers modes de réglementation, afin d'évaluer la possibilité et l'à-propos de réglementer divers groupes de praticiens complémentaires/parallèles;
- procéder à un examen des lois provinciales et des politiques d'instances de réglementation professionnelle des praticiens des soins de santé conventionnels, en ce qui a trait aux médecines complémentaires/parallèles, en vue d'assurer que les patients puissent prendre des décisions éclairées quant à une gamme de pratiques de soins de santé et de praticiens qualifiés, et qu'ils puissent y avoir accès.

Un sommaire des recommandations est inclus à la fin du document.

Prochaines étapes

Le document sera transmis à une vaste gamme d'individus et organismes impliqués dans les domaines du VIH/sida et des médecines complémentaires/parallèles. Il sera aussi transmis aux intervenants pertinents du domaine des politiques gouvernementales, aux instances de réglementation professionnelle, aux associations de praticiens, aux universités et collèges qui s'occupent d'éducation aux praticiens des soins de la santé, ainsi qu'à d'autres parties intéressées. Ceux qui recevront le document seront invités à formuler leurs commentaires et suggestions quant aux questions abordées et aux recommandations, et à exprimer leur avis sur les meilleures manières de progresser dans la mise en œuvre de ces recommandations.

De plus, des feuillets d'information au sujet des questions juridiques et éthiques associées aux MCP et aux soins pour le VIH/sida seront préparés et diffusés. Les feuillets résumeront le contenu du document sous une forme plus facile à consulter, de manière à rendre le rapport plus accessible à divers publics et à servir d'instrument utile pour l'éducation et les discussions sur les éléments de contenu qu'il aborde.

Pour de plus amples renseignements

Contactez Richard Elliott au Réseau juridique canadien VIH/sida par le biais du bureau montréalais du Réseau au (514) 397-6828, télécopie (514) 397-8570, courriel <info@aidslaw.ca>. Ou contactez-le directement au (416) 595-1666, télécopie (416) 595-0094, courriel <relliott@aidslaw.ca>.

Ce rapport peut être téléchargé du site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida, <www.aidslaw.ca>, ou commandé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, au 1-877-999-7740, télécopie (613) 725-1205, courriel <aidssida@cpha.ca>.



Introduction

Historique et développements récents

Depuis une décennie (et particulièrement depuis les cinq dernières années), on s'intéresse de plus en plus, au Canada, aux médecines complémentaires/parallèles (MCP). Des études de recherche réalisées entre 1995 et 1999 ont porté sur l'utilisation de ces thérapies par les Canadiens en général et par les personnes vivant avec le VIH/sida en particulier (voir plus loin), de même que sur les attitudes et les points de vue sur leur utilisation par les personnes vivant avec le VIH/sida et les fournisseurs de MCP. En 1996, le Tzu Chi Institute for Complementary and Alternative Medicine a été fondé à Vancouver; cet organisme a pour mandat de faire des recherches sur l'utilisation et les effets de diverses thérapies. Le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) a produit deux guides et de nombreux feuillets d'information sur les thérapies complémentaires pour les personnes vivant avec le VIH/sida.¹

Il y a également eu de nombreux développements dans le domaine du droit et des politiques. À la demande du ministre fédéral de la Santé, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a fait l'examen de la réglementation des produits de santé naturels au Canada et a publié son rapport, *Une nouvelle vision*, en novembre 1998. Pour donner suite aux recommandations contenues dans ce rapport, le gouvernement fédéral a créé un Bureau des produits de santé naturels (BPSN) qui fait partie de Santé Canada. En 2000, le BPSN a mené des consultations à travers le pays pour solliciter des commentaires sur ses propositions relatives à un nouveau cadre réglementaire qui définirait et régirait les « produits de santé naturels ».² Une première ébauche des règlements proposés a été publiée en mars 2001 et l'on a invité le public à donner ses commentaires.³

Dans le cadre de ses travaux préparatoires, le BPSN a également organisé une conférence pour établir les priorités de recherche sur les produits de

Depuis une décennie (et particulièrement depuis cinq ans), on s'intéresse de plus en plus, au Canada, à la médecine complémentaire /parallèle.

¹ Réseau canadien d'info-traitements sida (RCITS), *Un guide pratique des thérapies complémentaires pour les personnes vivant avec le VIH*, 1999; RCITS, *Un guide pratique des plantes médicinales pour les personnes vivant avec le VIH*, 2000.

² Bureau des produits de santé naturels, Santé Canada, *Un cadre de réglementation proposé – vos idées?*, Manuel de consultation 2000 du BPSN, disponible à <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>.

³ Bureau des produits de santé naturels, Santé Canada, *Bâtir ensemble : Phase II dans l'élaboration du cadre réglementaire proposé pour les produits de santé naturels, consultation publique du BPSN*, mars 2001, disponible à <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>.

⁴ Bureau des produits de santé naturels, Santé Canada, Produits de santé naturels, Conférence d'établissement des priorités de recherche, 6-8 novembre 1999. Rapport disponible à <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>.

⁵ BPSN, Santé Canada et IRSC, *Demandes de propositions et Principales possibilités*, 2000. Disponible à <www.cchr.ca>.

⁶ Ces groupes et comités comprennent le « Groupe consultatif sur les pratiques et médecines parallèles et d'appoint » (qui conseille la Division des systèmes de santé de la Direction générale des politiques de la santé et des communications), le « Comité consultatif d'experts sur les médicaments complémentaires » (qui conseillait l'ancienne Direction générale de la protection de la santé), et le « Comité consultatif d'experts sur les produits de santé naturels (qui conseille la Direction des produits de santé naturels, Direction générale des produits de santé et des aliments).

⁷ « The Emerging Role and Impact of Alternative and Complementary Medicine on Canada's Healthcare System » (12-13 mars 1998, Vancouver); « The Art and Science of Healing : Complementary and Alternative Medicine Conference for Health Professionals » (14-18 novembre 1998, Vancouver); « Complementary Medicine in the Mainstream » (23-24 novembre 1998, Toronto).

⁸ « Why People use Complementary and Alternative Medicine : Social Science Perspectives » (16-18 avril 1998, Toronto) (financé par le Fonds pour la santé de la population, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada).

⁹ Association of Complementary Physicians of BC, *Submission to the Health Professions Council of BC*, 27 mai 1999, p. 1.

¹⁰ York University Centre for Health Studies, *Complementary and Alternative Health Practices and Therapies : A Canadian Overview*, août 1999.

¹¹ Achilles R., *Définition des approches complémentaires et parallèles en santé : vision d'ensemble*, rapport préparé à l'intention de Santé Canada, 10 avril 2000; de Bruyn T., *Rapport d'étape : questions de politiques associées aux approches complémentaires et parallèles en santé*. Rapport préparé à l'intention de Santé Canada, 31 mars 2000; Groupe de travail sur les approches complémentaires et parallèles en santé, Santé Canada, *Vers un système intégratif de santé*, juillet 2000.

¹² Casey J., Picherack F., *La réglementation des approches conventionnelles, complémentaires et parallèles en santé : vision d'ensemble*, document préparé à l'intention de Santé Canada, à paraître 2001.

¹³ *Integrated healthcare. A way forward for the next five years?*, Document de discussion, The Foundation for Integrated Medicine on behalf of the Steering Committee for the Prince of Wales Initiative on Integrated Medicine, Londres, Foundation for Integrated Medicine, octobre 1997.

¹⁴ White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, *WHCCAMP News*, avec renvoi au Presidential Executive Order 13147, 7 mars 2000, disponible à <www.whccamp.hhs.gov> (consulté le 7 janvier 2001).

¹⁵ On peut accéder à la base de données par le site Web du NCCAM à <www.nccam.nih.gov>.

¹⁶ Vers des soins intégratifs : Conférence nationale de planification stratégique et de perfectionnement des compétences liées aux thérapies complémentaires et au VIH-sida, 12-13 janvier 2001, Montréal.

santé naturels.⁴ À la fin de 2000, le BPSN et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le principal organisme subventionnaire fédéral chargé du financement de la recherche en santé au Canada, ont annoncé leur appui commun pour des bourses de recherche dans divers domaines liés aux produits de santé naturels.⁵

Santé Canada a tenu un certain nombres d'ateliers internes et de réunions de groupes consultatifs ou de comités⁶ chargés de se pencher sur les questions liées à la médecine complémentaire/parallèle. De plus, en 1998, il y a eu au moins trois conférences nationales⁷ et un symposium international⁸ sur la médecine complémentaire/parallèle ou des questions de droit ou de politiques ont fait l'objet de discussions. La même année, la Canadian Complementary Medical Association et l'Association of Complementary Physicians of British Columbia ont organisé une conférence commune à laquelle ont assisté plus de cent médecins,⁹ et le York University Centre for Health Studies a produit un volumineux rapport qui contribue à la recherche dans ce domaine.¹⁰

Deux unités de Santé Canada (la Division des systèmes de santé et le Programme des soins, des traitements et du soutien pour le VIH/sida) ont commandé plusieurs documents de travail en 2000 pour aider les décideurs canadiens à comprendre et à aborder les questions liées aux soins de santé complémentaires et parallèles.¹¹ Un autre document sur les considérations de politiques pour la réglementation des praticiens de la santé complémentaire et parallèle a été publié en 2001.¹²

On s'intéresse de plus en plus à cette question au niveau de la recherche et de la politique aux États-Unis et au Royaume-Uni également. Au Royaume-Uni, la Foundation for Integrated Medicine a publié en 1997 un document de travail sur les soins de santé intégrés,¹³ et a établi un programme de recherche sur les MCP et pour la diffusion des résultats de cette recherche. En 1992, le congrès des États-Unis a créé un organisme faisant partie des National Institutes of Health, appelé le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Plus récemment, en mars 2000, l'ancien président Clinton a établi la White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, chargée de traiter diverses questions comme : la recherche sur les pratiques et les produits de MCP; la prestation des services de MCP et l'accès du public à ces services; la diffusion de renseignements fiables sur les MCP aux intervenants en matière de santé et au public; la délivrance de permis, l'éducation et la formation adéquates pour les praticiens de la santé en MCP. La commission doit présenter en mars 2002 ses recommandations en matière de politiques et de législation.¹⁴ En février 2001, le NCCAM s'est joint à la National Library of Medicine des États-Unis pour créer une grande base de données bibliographiques sur la médecine complémentaire et parallèle qui peut être consultée gratuitement par Internet.¹⁵ Son plan stratégique quinquennal (2001-2005) identifie des priorités dans quatre domaines : l'investissement dans la recherche, la formation des enquêteurs sur les MCP, l'accroissement des activités d'extension et l'aide à l'intégration.

Au Canada, le développement le plus récent ayant trait au VIH/sida en particulier a été une conférence nationale organisée par la Société canadienne du sida en 2001.¹⁶ Les participants ont identifié de nombreuses priorités d'action dans les domaines suivants : la recherche; l'éducation, la formation et les communications; la réglementation, la prestation des services et l'accès à ceux-ci. Un compte-rendu de la réunion aidera à orienter le processus continu d'élaboration de politiques et d'initiatives au Canada qui favorise-

ront l'accès éclairé des utilisateurs à des thérapies complémentaires/parallèles sûres et efficaces.

Le présent document vise à apporter une contribution supplémentaire pour faire en sorte que l'approche de réglementation du Canada garantisse aux personnes vivant avec le VIH/sida et aux Canadiens en général un accès éclairé à des soins de santé sûrs et efficaces.

Historique du projet

Il s'agit du premier d'une série de documents produits par le Réseau juridique canadien VIH/sida dans le cadre d'un projet sur les « Questions de droit, d'éthique et de politiques liées aux soins, aux traitements et au soutien pour le VIH/sida ». Ce projet a bénéficié d'une subvention de Santé Canada en vertu de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Ce document avait été commandé à l'origine par Santé Canada en tant que court document de recherche établi par Lemmens, Crouch et Charland, pour faire une analyse des questions d'éthique soulevées par l'utilisation, par les personnes vivant avec le VIH/sida, de soins de santé complémentaires/parallèles. Les consultations sur une version provisoire du document et d'autres développements survenus entre-temps au Canada ont amené à élargir la portée du document.

Nous avons communiqué deux versions provisoires antérieures du document à plusieurs commentateurs, y compris des personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours aux thérapies complémentaires/parallèles, des praticiens qui les administrent, des chercheurs et des dispensateurs de renseignements sur les traitements qui travaillent dans des organismes communautaires et des avocats versés dans les questions de VIH/sida. À partir des commentaires reçus, nous avons distribué un troisième brouillon pour commentaires et discussion à un atelier national organisé par le Réseau juridique en février 2001. Nous avons sollicité les commentaires de bénéficiaires séropositifs au VIH de thérapies complémentaires/parallèles, d'éthiciens, d'éducateurs, de dispensateurs de renseignements sur les traitements, d'avocats qui connaissent la réglementation des soins de santé et des praticiens au Canada, et de praticiens de médecine conventionnelle et de thérapies complémentaires/parallèles. Après avoir reçu les commentaires exprimés à l'atelier et par des commentateurs choisis, nous avons rédigé le présent document final et la série de feuillets d'information qui les accompagne.

Portée et grandes lignes du document

Le recours aux soins de santé complémentaires/parallèles dans la population générale et par les personnes vivant avec le VIH/sida soulève une foule de questions d'ordre médical, social et personnel.

Sur le plan de la bonne pratique médicale, il faut se demander pourquoi la médecine conventionnelle est parfois jugée inadéquate, voire complètement rejetée; il faut également se demander si les divers soins de santé complémentaires/parallèles sont sûrs et efficaces et, le cas échéant, dans quelle mesure ils le sont et pour quels états.

Sur le plan social, nous devons examiner les formes et les tendances d'utilisation des médecines complémentaires/parallèles et les facteurs sociaux qui ont produit la panoplie de thérapies complémentaires/parallèles maintenant disponibles. Nous devons également nous demander dans quelle mesure nous devons appuyer socialement l'accès à ces thérapies et quels critères nous devons appliquer pour décider quelles thérapies méritent cet appui. L'appui social des thérapies complémentaires/parallèles peut prendre plusieurs formes :

Ce document ne recommande pas et ne déconseille pas le recours à des thérapies complémentaires/parallèles en particulier.

L'objectif est l'élaboration de règles de droit et de politiques canadiennes dans le domaine des soins de santé complémentaires/parallèles en se fondant sur les données disponibles, des considérations d'ordre éthique et une compréhension des cadres et principes juridiques pertinents.

la reconnaissance de ces thérapies dans le régime des soins de santé ou l'affectation des ressources utilisées pour les mettre à l'essai, les réglementer et les contrôler, etc.

Sur le plan personnel, nous devons considérer les motifs qui poussent les gens à avoir recours à la médecine complémentaire/parallèle plutôt qu'aux thérapies conventionnelles, ou en complément à celles-ci, et quels sont les avantages ou les préjudices qui en découlent, à leur avis.

Nous commençons par offrir une vue d'ensemble de certains renseignements disponibles sur ces aspects d'ordre médical, social et personnel du recours aux MCP, à partir de données recueillies au Canada et dans des contextes semblables. À la lumière de ce contexte, nous traitons ensuite d'un certain nombre de questions éthiques liées au recours aux pratiques de soins de santé complémentaires/parallèles, sur le fondement des quatre grands principes éthiques, à savoir la non-malfaisance, la bienfaisance, le respect de l'autonomie et la justice. Cette analyse d'ordre probatoire et éthique amène à tirer certaines conclusions dans les domaines de la recherche, de l'éducation, de la formation et de la réglementation. Dans la dernière section, nous examinons le contexte juridique canadien de la réglementation des produits et des praticiens des soins de santé complémentaires/parallèles; le lecteur peut évaluer si le cadre réglementaire actuel est acceptable à la lumière des considérations d'ordre éthiques soulevées.

Ce document ne recommande pas et ne déconseille pas le recours à des thérapies complémentaires/parallèles en particulier; il met plutôt en relief les questions générales d'ordre éthique qui s'appliquent, en principe, à toute médecine (complémentaire, parallèle ou conventionnelle). Dans cette optique, certaines généralisations sont inévitables, ce qui risque de ne pas toujours rendre justice à la vaste panoplie de thérapies complémentaires/parallèles et aux raisons pour lesquelles on y a recours. Certaines conclusions et recommandations devront sans doute être adaptées aux caractéristiques particulières des diverses thérapies. Nous tentons d'examiner les questions d'ordre éthique et juridique qui préoccupent le plus les professionnels de la santé (d'approche complémentaire/parallèle ou conventionnelle), les décideurs et, surtout, les personnes vivant avec le VIH/sida.

Cependant, plusieurs questions d'ordre juridique ou éthique qui ne sont pas abordées dans le présent document méritent de faire l'objet d'une enquête plus poussée, notamment : les questions d'ordre éthique qui ont trait à la conception et à la mise en œuvre d'études de recherche ayant pour objet l'examen des thérapies complémentaires/parallèles; la couverture de ces thérapies dans les régimes d'assurance publics et privés et leur disponibilité dans les établissements de santé comme les hôpitaux;¹⁷ la reconnaissance judiciaire des thérapies complémentaires/parallèles dans le cadre d'affaires en responsabilité civile délictuelle pour blessures (p. ex. la victime d'accident de voiture qui demande le paiement de frais de chiropraticien ou de traitements de naturopathie pour la douleur ou les maux de tête, plutôt que pour des médicaments conventionnels); la prise de décisions médicales pour des mineurs lorsque des thérapies complémentaires/parallèles sont utilisées ou proposées; les questions de droit de la famille, comme l'approche des tribunaux dans les litiges relatifs à la garde d'enfants où est en cause le recours, par un parent, à des thérapies complémentaires/parallèles pour l'enfant et les demandes de pension alimentaire pour enfants pour payer entre autres des thérapies complémentaires/parallèles; l'impact d'accords commerciaux internationaux sur l'accès des consommateurs aux produits de santé naturels et aux praticiens de médecines complémentaires/parallèles

ainsi que sur la capacité des gouvernements des États de réglementer les produits et les praticiens dans l'intérêt public.

Le présent document vise surtout à examiner l'approche qu'il y a lieu d'adopter pour réglementer le domaine de la médecine complémentaire/parallèle (tant les produits que les praticiens). L'objectif est de faire en sorte que les règles de droit et de politiques canadiennes dans le domaine des soins de santé complémentaires/parallèles se fondent sur les données disponibles, des considérations d'ordre éthique et une compréhension des cadres et principes juridiques pertinents.

Définir la médecine complémentaire/parallèle

Si on dressait la liste de ce qui préoccupe les patients (par exemple, la relation clinique), de ce que les chercheurs estiment important (par exemple, le contrôle du biais), ce que les cliniciens considèrent essentiel (par exemple, la compétence clinique) ou de ce qui compte pour les acheteurs (par exemple, un coût avantageux), il n'y aurait probablement aucune référence aux notions historiques et politiques de médecine « conventionnelle » et « complémentaire ».[trad.]¹⁸

Terminologie

Compte tenu de la polémique que continue de susciter le débat sur les soins de santé complémentaires/parallèles, il faut, dans une analyse éclairée et réfléchie des questions pertinentes d'ordre éthique et juridique, être prudent dans l'utilisation de la terminologie et, si possible, éviter les affirmations réductrices sur les pratiques ou les praticiens « conventionnels » ou « complémentaires/parallèles » en tant que catégories ou groupes faciles à définir. La preuve dont on dispose concernant l'innocuité et l'efficacité des approches en santé, qu'elles soient conventionnelles ou considérées comme « complémentaires » ou « parallèles », varie énormément selon la thérapie en question et l'utilisation qui en est faite. Les attitudes envers les pratiques et les praticiens de la santé complémentaires/parallèles varient parmi les praticiens de la médecine conventionnelle et vice versa. Bien que les tensions historiques persistent, on a également assisté, depuis quelques années, à des changements considérables d'attitude chez plusieurs praticiens. Il y a un intérêt accru à l'égard des approches en santé qui reconnaissent l'intérêt commun pour le bien-être du patient/bénéficiaire, quel que soit le moyen d'y arriver. En outre, les idées courantes sur ce qui est « parallèle » changent avec le temps :

La médecine parallèle n'est pas un phénomène nouveau. En fait, à plusieurs égards, c'était de la « médecine » avant de devenir « parallèle » puisque ce n'est qu'au dix-neuvième siècle que l'on a défini la médecine conventionnelle moderne.¹⁹

Néanmoins, il y a lieu à cette étape de faire certaines distinctions, ne serait-ce que parce qu'elles persistent dans le monde réel de la pratique des soins de santé et sont reflétées dans nos lois et politiques. Dans le présent document :

- L'expression « *médecine conventionnelle* » s'entend des pratiques qui sont généralement acceptées, tant par le grand public que par les professionnels de la santé conventionnels, comme faisant partie du régime de santé dominant en Amérique du Nord.
- L'expression « *médecine complémentaire/parallèle* » (MCP) s'entend, dans un sens général, des « interventions pour améliorer, maintenir et

La médecine parallèle n'est pas un phénomène nouveau. En fait, à plusieurs égards, c'était de la « médecine » avant de devenir « parallèle ».

¹⁷ Pour une analyse de certaines de ces questions, voir Pelletier K.R. et coll., « Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care, insurance carriers, and hospital providers », *American Journal of Health Promotion*, 1997, 12(2) : 112-22.

¹⁸ Vickers A., « Recent advances : complementary medicine », *British Medical Journal*, 2000, 321 : 683-686, à la p. 683.

¹⁹ Feasby C., « Determining Standard of Care in Alternative Contexts », *Health Law Journal*, 1997, 5 : 45-65 au par. 14 (QL).

L'une des façons de définir la médecine complémentaire/parallèle est d'affirmer qu'elle comprend les modalités de traitement qui ne sont pas considérées comme des éléments de la pratique médicale conventionnelle actuelle.

promouvoir la santé et le bien-être, éviter la maladie ou traiter les malaies, et qui ne font pas partie d'un régime biomédical de soins de la santé ou de prévention de la maladie normalisé en Amérique du Nord. » [trad.]²⁰ L'expression « *soins de santé complémentaires et parallèles* » (SSCP) est également utilisée parce que l'expression « soins de santé » a une connotation plus large que le mot « médecine », dont le sens est plus restreint.²¹ Comme on l'a fait remarquer dans un compendium récemment publié par l'American Medical Association pour la formation des médecins conventionnels, « l'expression "pratiques de soins de santé" est utilisée à la place du mot "médecine" parce que plusieurs pratiques largement utilisées ne font pas partie d'un régime médical. » [trad.]²² Dans certains cas, l'expression plus courte « *thérapies complémentaires* » est employée, puisque les données disponibles (analysées plus loin) indiquent que la grande majorité des Canadiens qui ont recours à de telles thérapies le font à titre complémentaire plutôt qu'à titre de solution de rechange aux soins médicaux conventionnels.²³ Enfin, lorsque le contexte le justifie, on peut utiliser l'expression « *thérapies non conventionnelles* » comme la façon la plus claire de les distinguer de la médecine conventionnelle.

- L'expression « *soins intégrés* » (en anglais « integrated care », parfois « integrative care ») a été récemment introduite dans la littérature et s'entend des approches qui intègrent l'utilisation de la médecine conventionnelle et des pratiques de soins de santé complémentaires/parallèles.

D'autres expressions (dont certaines véhiculent des valeurs plus que d'autres) sont également utilisées dans la littérature pour désigner la médecine conventionnelle et les soins de santé complémentaires/parallèles. On qualifie parfois les soins de santé complémentaires/parallèles de « non conventionnels », « holistiques », « naturels », « non orthodoxes », ou « non validés ». La médecine conventionnelle est parfois appelée de « biomédecine », « allopathique », « médecine occidentale », « orthodoxe » ou « scientifique ». Cette variété d'expressions témoigne de la difficulté de définir les limites exactes du domaine des soins de santé complémentaires/parallèles – l'un des premiers obstacles à franchir dans un processus éclairé d'élaboration de politiques :

La recherche et l'élaboration des politiques commencent par une définition de ce que constituent les SSCP [...] Les définitions et les limites sont inéluctablement liées. Une bonne définition permettra d'établir des limites claires; des limites claires permettront de donner une bonne définition. Toutefois, les limites entre les SSCP et la médecine conventionnelle sont brouillées; or, les définitions actuelles s'appuient sur une perception désuète des soins de santé et de la médecine conventionnelle. [trad.]²⁴

Caractéristiques des thérapies « complémentaires » ou « parallèles »

La façon la plus courante de définir la médecine complémentaire/parallèle ressemble à bien des égards à la manière dont nous définissons un concept comme la « santé ». Nous définissons souvent la « santé » non pas positivement mais négativement, c'est-à-dire l'absence de maladie. Pareillement, l'une des façons de définir la médecine complémentaire/parallèle est d'affirmer

²⁰ American Medical Association, *Cultural Competence Compendium* (section V : « Complementary and Spiritual Practice »), AMA, 1999, p. 246. Disponible à <www.ama-assn.org>.

²¹ de Bruyn, *supra*, note 11, p. 3.

²² American Medical Association, *supra*, note 20, p. 246.

²³ On pourrait parler de « thérapies complémentaires et parallèles » dans un sens cumulatif.

Toutefois, dans le cas d'un particulier donné qui a recours à une thérapie non conventionnelle donnée pour une fin donnée, les expressions s'excluent l'une l'autre : la thérapie est utilisée soit comme complément à un traitement conventionnel soit comme solution de rechange (c'est-à-dire parallèlement) à un traitement conventionnel : Druss B.G., Rosenheck R.A., « Association between use of unconventional therapies and conventional medical service », *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282(7) : 651-656; Katz D.L., « Conventional medical care and unconventional therapies » [lettre à la rédaction], *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(1) : 56.

²⁴ Achilles, *supra*, note 11, p. 3.

firmer qu'elle comprend les modalités de traitement qui ne sont pas considérées comme des éléments de la pratique médicale conventionnelle actuelle (comme nous le faisons dans le présent document). Cette approche a été adoptée par Eisenberg et ses collègues dans leur étude abondamment citée du recours aux médecines complémentaires/parallèles aux États-Unis. Ces auteurs définissent la médecine complémentaire/parallèle comme « des interventions médicales qui ne sont pas enseignées couramment dans les écoles de médecine aux États-Unis ou qui ne sont pas couramment pratiquées dans les hôpitaux américains. » [trad.]²⁵ La British Medical Association a proposé une définition semblable.²⁶ Une telle définition a d'ailleurs été adoptée par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) des National Institutes of Health des États-Unis : « La meilleure manière de décrire les pratiques de médecine complémentaires et parallèles est de dire qu'elles ne sont pas actuellement considérées comme faisant partie intégrante de la médecine conventionnelle. » [trad.]²⁷ La définition proposée par Ernst et coll.,²⁸ adoptée avec de légères modifications par la Cochrane Collaboration, est rédigée en termes plus positifs : « Le diagnostic, le traitement ou la prévention qui complètent la médecine conventionnelle en contribuant à un tout commun, en satisfaisant à une demande à laquelle ne répond pas l'orthodoxie ou en diversifiant les cadres conceptuels de la médecine. » [trad.]²⁹

Toutefois, toutes ces définitions ont pour point de référence la médecine conventionnelle telle qu'enseignée dans les écoles de médecine conventionnelles ou dispensée dans les hôpitaux conventionnels. La médecine complémentaire/parallèle est définie de façon dérivée et en fonction de l'orthodoxie médicale. Comme le soulignent Fisher et Ward, qualifier une médecine de « parallèle », c'est beaucoup comme parler d'« étrangers » puisque « ces deux termes sont vaguement péjoratifs et font référence à de grandes catégories hétérogènes définies par ce qu'elles ne sont pas, plutôt que par ce qu'elles sont. » [trad.]³⁰ Certains prétendent que cette approche privilégie injustement la médecine conventionnelle et fait en sorte qu'il est plus difficile pour les praticiens de médecines complémentaires/parallèles de se voir reconnaître une légitimité publique. En outre, l'exactitude de cette définition est de plus en plus douteuse :

Dans les années 1990, le taux de croissance de l'utilisation des SSCP a augmenté, de sorte que cette définition, élaborée au début de la décennie, est déjà désuète, puisque plusieurs thérapies parallèles sont maintenant enseignées dans la plupart des écoles de médecine aux États-Unis et au Canada [...] En outre, certaines thérapies sont maintenant intégrées dans les régimes hospitaliers partout en Amérique du Nord.[trad.]³¹

Qu'est-ce qui sous-tend cette approche de définir la médecine complémentaire/parallèle en contraste avec la pratique médicale conventionnelle? Pour deux raisons principales, une pratique de guérison peut se trouver en dehors des limites de la médecine conventionnelle et être considérée comme « non conventionnelle ».

Cadre explicatif différent

Premièrement, le cadre explicatif sous-jacent d'une pratique de guérison non conventionnelle peut être différent de celui de la biomédecine moderne. Par « cadre explicatif », nous entendons les entités et les processus auxquels on renvoie, dans l'explication de la cause d'une maladie et du mécanisme d'action d'une thérapie éventuelle.

²⁵ 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, à la p. 246.

²⁶ Citée dans *Integrated healthcare*, *supra*, note 13.

²⁷ NCCAM [É.-U.], *Expanding Horizons of Healthcare : Five-Year Strategic Plan, 2001-2005*, 2000, disponible à <www.nccam.nih.gov>.

²⁸ Ernst E. et coll., « Complementary medicine — a definition », *British Journal of General Practice*, 1995, 45 : 506.

²⁹ Cochrane Collaboration, tel que cité dans NCCAM, *supra*, note 27, p. 2, note 3.

³⁰ Fisher P. et Ward A., « Complementary medicine in Europe », *British Medical Journal*, 1994, 309 : 107-111, à la p. 107.

³¹ Achilles, *supra*, note 11, p. 3.

INTRODUCTION

Par exemple, la biomédecine moderne considère que les bactéries causent certaines maladies et elle peut fournir un compte rendu détaillé des processus en cause lorsqu'une bactérie s'introduit dans le corps, envahit les tissus et cause l'ensemble des symptômes liés à la maladie en particulier. De plus, les praticiens de la médecine moderne peuvent expliquer pourquoi, et par quels mécanismes, les antibiotiques agissent pour combattre l'infection bactérienne et redonner la santé, en se fondant sur les principes de la physiologie humaine et de la biologie cellulaire.

Par conséquent, une pratique de guérison sera considérée comme parallèle si son cadre explicatif incorpore des entités et des processus qui ne font pas partie de la tradition biomédicale s'appuyant sur les renseignements scientifiques les plus récents. La médecine ayurvédique, la médecine traditionnelle chinoise et certaines traditions de guérison autochtones en sont de bons exemples, puisqu'elles s'appuient toutes sur des cadres ou des cosmologies qui diffèrent considérablement de la conception mécaniste des maladies qui caractérise la science occidentale moderne. En un sens, ces pratiques de santé sont véritablement « parallèles » à la conception médicale qui domine actuellement au Canada (bien qu'elles ne soient pas nécessairement considérées comme « parallèles » par ceux pour qui elles font partie du patrimoine culturel).

Notons qu'un cadre explicatif qui diffère de celui de la biomédecine occidentale conventionnelle n'est pas nécessairement incompatible avec une explication biomédicale conventionnelle. Simplement, cela signifie qu'il existe une autre manière de penser au « diagnostic » et au « traitement » d'une santé défaillante.

Non validées sur le plan biomédical

Deuxièmement, même si le cadre explicatif d'une pratique de guérison est similaire à celui de la biomédecine moderne, la pratique peut néanmoins être considérée comme « non conventionnelle » si les effets ou le mécanisme d'action qu'on lui prête ne sont pas validés par les méthodes scientifiques conventionnelles. Un bon exemple est l'utilisation de certains mélanges à base d'herbes médicinales ou d'autres combinaisons de substances naturelles comme agents contre le cancer. Dans certains cas, nous savons que la préparation à base d'herbes médicinales a une certaine activité biologique qui peut être décrite d'une façon compatible avec le cadre explicatif de la biomédecine conventionnelle. Toutefois, il n'y a pas suffisamment de preuves qui appuient les allégations de son efficacité dans la prévention ou le traitement du cancer et, dans bien des cas, il n'y a aucun mécanisme d'action connu pour la substance.

La controverse suscitée par l'utilisation du Laetrile chez les personnes atteintes du cancer en est un exemple. Pendant les années 1970, des dizaines de milliers de patients ont utilisé le Laetrile, une substance dérivée de noyaux d'abricot, pour traiter le cancer et la douleur causée par la maladie, et comme agent de prévention du cancer. Après de nombreux rapports faisant état de la toxicité du Laetrile et du peu de preuves de son efficacité, le National Cancer Institute des États-Unis a effectué des études qui n'ont pas réussi à démontrer d'effets cliniques anticancéreux. Le Laetrile représente le médicament parallèle le plus célèbre et (à une certaine époque) le plus largement utilisé dont on a effectivement démontré l'inefficacité dans le cadre explicatif de la biomédecine occidentale.³² La multithérapie Di Bella utilisée chez les patients cancéreux en Italie est un exemple plus récent.³³ La saga Di Bella montre comment des thérapies utilisées par des médecins

³² Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, Washington, DC, Government Printing Office, 1990, p. 102-107.

³³ Voir Buiatti E. et coll., « Results from a historical survey of the survival of cancer patients given Di Bella Multitherapy », *Cancer*, 1999, 86 : 2143-2149; Traversa G. et coll. pour le groupe d'étude italien des essais de la multithérapie Di Bella, « The unconventional Di Bella cancer treatment — a reflection on the Italian experience », *Cancer*, 1999, 86 : 1903-1911; Cassileth B.R., « Alternative and complementary medicine — separating the wheat from the chaff », *Cancer*, 1999, 86 : 1900-1902; et Calabresi P., « Medical alternatives to alternative medicine », *Cancer*, 1999, 86 : 1887-1889.

œuvrant dans la profession médicale et fondées sur des produits utilisés par la médecine conventionnelle peuvent être considérées comme parallèles parce que la manière dont les produits sont utilisés n'est pas reconnue comme valide selon les normes scientifiques de la médecine conventionnelle.

Le caractère « non conventionnel » dépend de l'objectif de la thérapie

La question de savoir si une thérapie non conventionnelle correspond ou non à un cadre explicatif parallèle ou conventionnel peut dépendre de l'état pathologique pour lequel la médecine complémentaire ou parallèle est utilisée. Par exemple, le mécanisme par lequel les manipulations chiropratiques de l'épine dorsale aident à diminuer la douleur lombaire est compatible avec le cadre utilisé par la biomédecine conventionnelle. Toutefois, ni les théories chiropratiques ni un cadre biomédical conventionnel ne peuvent expliquer adéquatement pourquoi la manipulation de l'épine dorsale peut entraîner des améliorations, contre des états pathologiques plus systémiques comme la surdité et les troubles cardiaques – que le fondateur du mouvement chiropratique, Daniel David Palmer, aurait apparemment guéris par la chiropractie chez ses deux premiers patients ayant bien réagi au traitement, dans les années 1890.

Par conséquent, certaines médecines non conventionnelles sont parallèles à un modèle biomédical conventionnel en ce qui a trait à leur utilisation pour certains états pathologiques, mais elles ne sont pas nécessairement parallèles pour d'autres états. La question de savoir si une thérapie est conforme à un cadre médical conventionnel, sans toutefois être validée par celui-ci, ou si elle revêt véritablement un caractère « parallèle » de par son cadre explicatif, dépend de la question de savoir si la biomédecine scientifique conventionnelle peut expliquer en quoi la pratique est salutaire.

Définition pour le présent document

La définition largement reconnue des MCP qui est offerte par les National Institutes of Health des États-Unis et la Cochrane Collaboration est la suivante :

[...] un large domaine de ressources de guérison qui englobe tous les systèmes, modalités et pratiques de santé, de même que leurs théories ou croyances connexes, autres que ceux qui sont intrinsèques au système de santé politiquement dominant d'une société ou culture particulière dans une période historique donnée.
[trad.]³⁴

Nous avons établi les deux motifs pour lesquels une thérapie peut ne être considérée « autrement » que comme une partie intrinsèque du système dominant. Pour les fins du présent document, on entend par « soins de santé complémentaires/parallèles » les thérapies qui répondent à l'un des critères suivants :

- elles s'appuient sur un cadre explicatif qui diffère considérablement, du moins à certains égards fondamentaux, du point de la vision du monde scientifique moderne;
- elles ont peut-être un mécanisme d'action susceptible d'être compris dans le cadre explicatif de la médecine conventionnelle mais n'ont pas été validées par la biomédecine.

Catégories de soins de santé complémentaires/parallèles

Dans leur rapport publié en 1994, intitulé *Alternative Medicine : Expanding Medical Horizons*, les National Institutes of Health des États-Unis ont

³⁴ Cité dans Zollman C., Vickers A., « ABC of Complementary Medicine », *British Medical Journal*, 1999, 319 : 693-696.

³⁵ Washington, DC, Government Printing Office, 1994.

INTRODUCTION

Il sera essentiel de reconnaître les différences fondamentales qui existent parmi les diverses formes de soins de santé complémentaires/parallèles pour déterminer lesquelles devront faire l'objet d'une réglementation plus stricte, lesquelles devront faire l'objet d'études d'efficacité, etc.

tenté de classer de façon systématique les thérapies non conventionnelles.³⁵ Les NIH ont identifié six grandes catégories de médecines complémentaires/parallèles, qu'ils ont subséquemment réduites aux cinq grands domaines suivants :

- les systèmes médicaux parallèles (p. ex. la médecine orientale traditionnelle, la médecine ayurvédique, les systèmes autochtones, l'homéopathie, la naturopathie);
- les interventions esprit-corps (p. ex. la méditation, l'hypnose, la thérapie par l'art, la prière et la guérison mentale);
- les 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);
- les méthodes par manipulation et les méthodes corporelles (p. ex. la chiropractie, l'ostéopathie, la massothérapie);
- les thérapies énergétiques (Qi gong, reiki, toucher thérapeutique).³⁶

Plusieurs participants à l'atelier organisé par le Réseau juridique en février 2001 ont fait remarquer que cette façon de classer les soins de santé complémentaires/parallèles demeurerait fondée à un certain degré sur le cadre « biomédical » et ont signalé que certaines de ces distinctions semblaient artificielles et hors de propos, d'un point de vue holistique, pour la compréhension de la santé et de la maladie qui sous-tend plusieurs thérapies complémentaires/parallèles.

Nous n'avons abordé que très sommairement les problèmes liés à l'identification et à la délimitation de la « médecine complémentaire/parallèle ». Sans identifier les caractéristiques qui distinguent les pratiques non conventionnelles de la médecine conventionnelle, il sera difficile de faire des recherches systématiques et d'élaborer des politiques. Le besoin d'analyser clairement les caractéristiques propres aux diverses formes de thérapies parallèles devient plus pressant alors que les médecines complémentaires/parallèles entrent rapidement dans le champ de la pratique médicale conventionnelle.

Il sera essentiel de reconnaître les différences fondamentales qui existent parmi les diverses formes de soins de santé complémentaires/parallèles pour déterminer lesquelles devront faire l'objet d'une réglementation plus stricte, lesquelles devront faire l'objet d'études d'efficacité, etc. Une clarification des caractéristiques propres aux MCP pourrait également nous amener à conclure que certaines distinctions sont artificielles et incohérentes. Nous souscrivons à la recommandation que l'on trouve dans un rapport du York University Centre for Health Studies, à l'effet que « d'autres recherches doivent être entreprises sur les questions de définition, de caractéristiques essentielles et d'un cadre pour l'organisation de la gamme diversifiée de thérapies et de pratiques complémentaires et parallèles. [trad.]³⁷

Recommandation 1. Définir et comprendre le secteur des soins de santé complémentaires/parallèles

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Bureau des produits de santé naturels (BPSN), de même que d'autres organismes de financement de la recherche devraient subventionner d'autres études, pour clarifier les définitions appropriées et les caractéristiques essentielles des « soins de santé

³⁶ National Center for Complementary and Alternative Medicine (NIH), *Major Domains of Complementary and Alternative Medicine* (feuillet de renseignements). Disponible à <nccam.nih.gov> (consulté le 22 janvier 2001). Voir également NCCAM, *Expanding Horizons in Healthcare*, supra, note 29, p. 3-4.

³⁷ York University Centre for Health Studies, supra, note 10, p. 45.

INTRODUCTION

complémentaires/parallèles » et pour élaborer un cadre conceptuel approprié – pour l’organisation de la vaste gamme de thérapies et de pratiques qui entrent dans cette catégorie – qui puisse guider les consommateurs, les dispensateurs et les organismes de réglementation.



L'on estime qu'entre 70% et 90% de la population mondiale s'appuient sur la médecine « parallèle » comme une forme de soins de santé, ce qui laisse entendre qu'à l'échelle mondiale, cette médecine est, de fait, conventionnelle et non parallèle.

Le recours aux soins de santé complémentaires/parallèles

L'on estime qu'entre 70% et 90% de la population mondiale s'appuient sur la médecine « parallèle » comme une forme de soins de santé, ce qui laisse entendre qu'à l'échelle mondiale, cette médecine est, de fait, conventionnelle et non parallèle.³⁸ Une recherche informatisée récente de la littérature médicale a révélé des taux de prévalence variant entre 9% à 65% dans des échantillons aléatoires ou représentatifs de la population générale de divers pays, mais le chercheur a noté que la prévalence du recours aux MCP semblait dépendre de facteurs mal contrôlés dans ces enquêtes, de sorte que la véritable prévalence demeure incertaine.³⁹ Depuis la fin des années 1970, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a appuyé une formation et des recherches plus poussées sur les « médecines traditionnelles » ou les pratiques de guérison « indigènes » et, depuis les années 1980, l'OMS a encouragé l'intégration de mesures particulières régissant la pratique de la médecine traditionnelle dans la législation nationale sur la santé.⁴⁰ Dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida, l'on reconnaît davantage le rôle important que peuvent et que doivent jouer les guérisseurs traditionnels dans la prévention du VIH et dans la prestation des soins, des traitements et du soutien aux personnes séropositives et touchées autrement par le VIH.⁴¹

Dans le présent chapitre, nous examinons les tendances et la prévalence de la médecine complémentaire/parallèle. Dans la première section, nous examinons les données sur le recours aux médecines complémentaires/parallèles par les Canadiens en général. (Pour fins de comparaison, les résultats d'études importantes réalisées dans des contextes similaires comme les

³⁸ United States, *Alternative Medicine : Expanding Medical Horizons – A Report to the National Institutes of Health on Alternative Medical Systems and Practices in the United States* (1992) (le rapport « Chantilly »), cité dans York University Centre for Health Studies, *supra*, note 10.

³⁹ Ernst E., « Prevalence of use of complementary/alternative medicine : a systematic review », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2000, 78(2) : 252-7.

⁴⁰ Pour un examen récent de l'expérience de plusieurs pays asiatiques dans l'intégration de soins de santé conventionnels et traditionnels dans la législation et aux politiques nationales, voir Bodeker G., « Lessons on integration from the developing world's experience », *British Medical Journal*, 2001, 322 : 164-167.

⁴¹ Par exemple, voir ONUSIDA, *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa : A literature review*, Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, Genève, septembre 2000 (disponible à <www.unaids.org>).

États-Unis, l'Australie, le Royaume-Uni et d'autres pays européens sont résumés à l'annexe A.) Dans la deuxième section, nous examinons les renseignements disponibles sur le recours à la médecine complémentaire/parallèle par les personnes vivant avec le VIH/sida, y compris des données du Canada et d'autres pays. Enfin, dans la troisième section, nous examinons ce que l'on sait sur *pourquoi* et *comment* des personnes utilisent des thérapies complémentaires/parallèles, puisqu'il s'agit là de considérations importantes dans une analyse des questions d'ordre éthique et dans l'élaboration d'une approche réglementaire appropriée.

Le recours aux soins de santé complémentaires/parallèles par les Canadiens

Au cours de la dernière décennie, les recherches ont révélé à maintes reprises qu'un nombre important – et en croissance rapide – de Canadiens ont recours à des soins de santé complémentaires/parallèles sous une forme ou une autre.

Un sondage auprès de 2 000 personnes réalisé par le *Sondage Santé Canada* a révélé qu'au cours des six premiers mois de 1990, un Canadien sur cinq avait eu recours à une forme quelconque de thérapie parallèle.⁴² Dans une autre étude, on a examiné le recours à la médecine parallèle dans les foyers ruraux de l'Alberta en 1992, et l'on a constaté que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de consulter un fournisseur de soins parallèles et que le recours à des fournisseurs de soins parallèles semblait plus fréquent dans certaines familles.⁴³ Des données recueillies dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada en 1994-1995, portant sur presque 18 000 Canadiens, ont révélé que :

- Dans l'année qui a précédé l'enquête, 15% des répondants âgés de plus de 15 ans avaient consulté un fournisseur de soins de santé parallèles (y compris un chiropraticien).
- Le recours aux MCP augmentait en fonction de la scolarisation, variant entre 11% chez ceux qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires à 16% chez ceux qui avaient terminé des études collégiales ou universitaires.
- La différence la plus marquée dans le recours à ces thérapies s'observait entre les femmes à faible revenu (12%) et celles ayant le revenu le plus élevé (20%).
- Il y avait des différences géographiques : les femmes en Colombie-Britannique étaient presque cinq fois plus susceptibles de consulter un fournisseur de soins de santé parallèles que les femmes de la région de l'Atlantique. Les chercheurs ont affirmé que ces différences pouvaient être expliquées en partie par des variations entre les régimes de santé provinciaux quant au degré de couverture des services parallèles.
- Les répondants chez qui on avait diagnostiqué un trouble chronique, et surtout ceux qui en avaient plus d'un, étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir recours à des soins parallèles que ceux qui n'avaient pas de trouble chronique : 26% des répondants ayant trois troubles chroniques ou plus avaient consulté un fournisseur de soins de santé parallèles au cours de la dernière année, par rapport à seulement 9% de ceux qui n'avaient aucun trouble chronique.⁴⁴

Une autre étude des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-95 a révélé qu'environ 5% de la population canadienne avaient recours à des thérapies parallèles (à l'exclusion de la chiropraxie). Ce chiffre passait à 13,8% si les soins de chiropraxie étaient compris dans la catégorie des thérapies « parallèles ».⁴⁵

Les répondants en Colombie-Britannique étaient cinq fois plus susceptibles que les répondants dans les provinces de l'Atlantique d'avoir essayé une thérapie parallèle.

⁴² Northcott H.C., « Alternative Health Care in Canada », dans Singh Bolaria B. et Dickinson H.D. (éds), *Health, Illness and Health Care in Canada* (2^e édition), Toronto, Harcourt Brace & Company, 1994, p. 487-503.

⁴³ Verhoef M.J., Russell M.L. et Love E.J., « Alternative medicine use in rural Alberta », *La revue canadienne de santé publique*, 1994, 83(3) : 308-309.

⁴⁴ Millar W.J., « Use of alternative health care practitioners by Canadians », *La revue canadienne de santé publique*, 1997, 88(3) : 154-158; Buske L., « Higher earners seek more alternative care », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, 157 : 996.

⁴⁵ So J., « Utilization of alternative therapies by the Canadian population : A preliminary study » dans Muldoon J. (éd.), *Taking Charge of Health : Exploring Alternative Health Care*, acte d'une conférence commanditée par Trent University, Sir Sandford Fleming College & the Haliburton, Kawartha and Pine Ridge District Health Council, cité dans York University Centre for Health Studies, *supra*, note 10, aux p. 258-259.

67% des Canadiens estimaient que le gouvernement fédéral devait réglementer les produits de santé naturels pour en assurer l'innocuité et la qualité.

Les Canadiens ont déboursé environ 1,8 milliard de dollars canadiens pour des consultations de fournisseurs de MCP et 2 milliards de dollars canadiens pour des plantes médicinales, des vitamines, des régimes alimentaires et des livres.

Dans une enquête réalisée en 1995 par Reader's Digest/Roper Health Study,⁴⁶ presque 40% des Canadiens interrogés ont affirmé avoir consulté des praticiens de médecine parallèle, principalement des chiropraticiens, des acupuncteurs, des phytothérapeutes et des homéopathes. Un autre 11% ont affirmé avoir sérieusement envisagé ces options et 62% ont affirmé qu'ils envisageraient ces options si des traitements conventionnels ne donnaient pas de résultats satisfaisants. Le sondage a également révélé que les répondants plus âgés étaient les plus susceptibles d'avoir essayé une médecine parallèle, souvent pour des troubles chroniques incommodes (mais non débilissants) et que les répondants en Colombie-Britannique étaient cinq fois plus susceptibles que les répondants dans les provinces de l'Atlantique d'avoir essayé une thérapie parallèle (52% contre 10%).

Selon un sondage Angus Reid/CTV réalisé en 1997 portant sur un échantillon représentatif de 1 200 adultes canadiens :⁴⁷

- Au cours de l'année civile 1997, 42% des Canadiens avaient recours à une forme ou une autre de thérapie complémentaire/parallèle.
- Parmi ceux qui ont affirmé avoir recours à ces thérapies, 55% y avaient recours depuis plus de cinq ans, tandis que 19% avaient commencé à y avoir recours au cours des cinq dernières années.
- Le recours à ces thérapies était plus élevé chez les Canadiens dans la tranche d'âge de 35-54 ans (49%), chez les femmes (46%) et chez ceux dont le revenu annuel déclaré était supérieur à 60 000 \$ (52%).
- Le sondage a également révélé que 67% des Canadiens estimaient que le gouvernement fédéral devait réglementer les produits de santé naturels pour en assurer l'innocuité et la qualité.
- Une autre enquête effectuée en 1997 par le *Sondage Santé Canada* a révélé que 56% des Canadiens avaient eu recours à un produit de santé naturel dans l'année précédente.⁴⁸ L'Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre a affirmé que d'après son sondage auprès de 5 500 adultes, la proportion des gens qui ont recours à la phytothérapie a doublé (de 15% en 1996, à 30% en 1998), et que les personnes qui ont recours à ces produits sont également plus susceptibles d'utiliser des médicaments conventionnels vendus sans ordonnance (90% des répondants contre 81% de la population générale) et des médicaments d'ordonnance (78% des répondants contre 72% de la population générale).⁴⁹

Les renseignements les plus récents et les plus complets sur le recours aux médecines complémentaires/parallèles par des Canadiens viennent d'une étude réalisée en 1997 par Ramsey et coll., publiée en 1999 par le Fraser Institute.⁵⁰ Selon cette étude :

- Soixante-treize p. cent (73%) des répondants avaient eu recours à au moins une thérapie complémentaire/parallèle au cours de leur vie, et 50% des répondants avaient eu recours à au moins une thérapie complémentaire/parallèle au cours des 12 mois précédents.
- Les trois formes les plus courantes de thérapies complémentaires/parallèles utilisées étaient la chiropractie (36%), les techniques de relaxation et la massothérapie (23% chacun) et la prière (21%).
- Les auteurs ont estimé que pendant l'année civile 1997, les Canadiens avaient déboursé environ 1,8 milliard de dollars canadiens pour des consultations de fournisseurs de médecines complémentaires/parallèles et 2 milliards de dollars canadiens pour des plantes médicinales, des vitamines, des régimes alimentaires et des livres.

⁴⁶ Cité dans Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre, *NDMAC Consumer Profile : The Nonprescription Drug User*, non daté. Disponible à <www.ndmac.ca>.

⁴⁷ Angus Reid Group, « Use and Danger of Alternative Medicines and Practice : Parts I and II », 1998, sondage de consommateurs effectué par CTV/Angus Reid Group en août 1997.

⁴⁸ Berger E., Comité permanent de la santé, *Les produits de santé naturels : Une nouvelle vision*, Ottawa, novembre 1998, au chapitre I, partie C. D'après ce rapport, le *Sondage Santé Canada* a récemment recueilli, mais pas encore publié, des données pour la période 1997-1999, y compris des données sur le recours aux thérapies complémentaires/parallèles, les raisons pour lesquelles on y a recours et leur substitution éventuelle aux soins conventionnels : York University Centre for Health Studies, *supra*, note 10, p. 261 (note 422).

⁴⁹ Cité dans Sibbald B., « New federal office will spend millions to regulate herbal remedies, vitamins », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160 : 1355-1357.

⁵⁰ Ramsay C., Walker M. et Alexander J., *Alternative medicine in Canada : Use and public attitudes*, Vancouver, C.-B., The Fraser Institute 1999; également cité dans *Public Policy Sources*, 1999, 21.

Ces études lèvent toute présomption que la médecine complémentaire/parallèle serait « marginale » sur le plan statistique. Lorsqu'une majorité – ou même une minorité importante de Canadiens – a recours à ces thérapies dans le cadre des soins de santé, il ne peut y avoir aucun doute quant au besoin d'effectuer des recherches, de sensibiliser les patients et les fournisseurs et d'examiner les mécanismes réglementaires appropriés pour en arriver au bon équilibre entre l'autonomie éclairée des patients dans la prise de décision relative aux soins de santé, l'utilisation des fonds publics de la santé et la protection du consommateur et de la santé publique.

Le recours aux soins de santé complémentaires/parallèles par les personnes vivant avec le VIH/sida

Les recherches limitées sur le recours aux thérapies complémentaires/parallèles parmi les personnes vivant avec le VIH/sida révèlent des tendances et des motivations similaires à bien des égards à celles que l'on trouve chez les utilisateurs en général. Les personnes vivant avec le VIH/sida ont recours à la médecine complémentaire/parallèle pour plusieurs raisons et pour atteindre plusieurs objectifs thérapeutiques. Dans la présente section, nous examinons les divers types de thérapies complémentaires/parallèles auxquelles ont recours de ces personnes, de même que les déterminants d'ordre social, personnel et clinique de leur utilisation dans le contexte des soins pour le VIH/sida.

Le présent examen est nécessairement incomplet. De plus en plus de thérapies parallèles font maintenant l'objet de recherches ou d'essais effectués par des chercheurs d'universités ou du gouvernement. Bien que les résultats de quelques-unes de ces recherches soient déjà disponibles, d'autres ne seront pas publiés avant des années. De plus, un très grand nombre de thérapies complémentaires/parallèles auxquelles ont actuellement recours les personnes vivant avec le VIH/sida ne font pas l'objet d'essais par les chercheurs et les tendances d'utilisation peuvent souvent changer. Comme plusieurs d'entre elles l'ont affirmé récemment, face aux renseignements sur les traitements qui changent rapidement, « l'adaptabilité a été la clé de la survie pour les personnes vivant avec le VIH et elle sera essentielle pour les fournisseurs. » [trad.]⁵¹

L'objectif de ce document n'est pas de donner une vue d'ensemble des types de thérapies disponibles, ou d'analyser la validité de ces thérapies. Toutefois, une discussion des questions d'ordre éthique et de la politique de réglementation doit être fondée sur des renseignements de base sur la prévalence de leur utilisation chez les personnes vivant avec le VIH/sida et sur les raisons pour lesquelles elles sont utilisées.

Prévalence d'utilisation

Il existe un petit nombre d'études sur la prévalence de l'utilisation de la médecine complémentaire/parallèle chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Au Canada, des études documentées ont été réalisées en Ontario, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Québec. (Deux tableaux à l'annexe C donnent un bref aperçu des études réalisées au Canada et dans d'autres pays sur le recours aux médecines complémentaires/parallèles parmi les personnes vivant avec le VIH/sida.) Malgré le nombre limité d'études, certaines conclusions peuvent certainement être tirées des recherches disponibles.

Variation dans l'utilisation

Premièrement, le nombre limité d'études disponibles fait état de variations élevées dans l'utilisation globale de la médecine complémentaire/parallèle par

Des études lèvent toute présomption que la médecine complémentaire/parallèle serait « marginale » sur le plan statistique.

Le nombre limité d'études disponibles fait état de variations élevées dans l'utilisation globale de MCP par les personnes vivant avec le VIH/sida.

⁵¹ Wellesley Central Hospital, Toronto, Ontario, A Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease, 1998, p. 11.

⁵² Jalbert Y. et coll., *PVIH : Utilisation des traitements alternatifs et complémentaires (TAC) au Québec*, Montréal, COCQ-sida 2001; communication avec M. Hendricks, COCQ-sida en date du 14 février 2001, consignée dans nos dossiers.

⁵³ Communications avec M. Hendricks, COCQ-sida en date des 13 et 14 février 2001, sur la recherche de Jalbert et coll. de la COCQ-sida, *PVIH : Utilisation des traitements alternatifs et complémentaires (TAC) au Québec*, 2001.

⁵⁴ Meneilly G.P., Carr R. et Brown L., « Alternative Therapy Use in HIV Positive Women [affiche], XI^e Conférence internationale sur le sida (Vancouver, juillet 1996), abrégé Mo.B.301; Ostrow M.J. et coll., « Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15 : 115-120; Braitstein P. et coll., « Information seeking and health care utilization patterns among people living with HIV/AIDS who currently use both antiretrovirals and complementary therapies in British Columbia », présentation par affiche, 9^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, Montréal (2000), abrégé 338P.

⁵⁵ Heath K.V., Gatarick N., Yip B. et coll., « Complementary therapy use in a province-wide HIV/AIDS drug treatment programme », 8^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, Victoria (1999), abrégé C335; Kamyab M. et coll., « Changes in use of complementary and alternative (CAT) among HIV+ patients in Saskatchewan », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, Toronto (2001), abrégé 292P, rapporté dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Supp B) : 51B-52B.

⁵⁶ Initiative de recherche communautaire de Toronto et Société canadienne du sida, « The Complementary Therapies Project : HIV Treatment Survey Project Report », SCS/CRIT, 1995; Furler M. et coll., « Patient reported complementary and alternative medicine (CAM) use – An interim assessment of drug utilization patterns for patients attending Ontario HIV outpatient clinics, présentation par affiche », 9^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida (Montréal, 2000), abrégé 340P; Furler S. et coll., « Gender Differences in the Drug Utilization Patterns of HIV Infected Outpatients : An Interim Analysis », Oral presentation and Summary of Proceedings, *Towards Equity in HIV Health Care for Vulnerable Populations*, Ontario HIV Treatment Network Research Day, 27 novembre 2000, Toronto, Ontario (les actes de cette conférence sont disponibles en ligne via <www.ohtn.on.ca>); Furler M. et coll., « Physician awareness of complementary and alternative medicine use », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida (Toronto, 2001), abrégé 363P, rapporté dans le *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Supp B) : 72B.

⁵⁷ Leeb K. et coll., « An HIV/AIDS Population-based Report on Complementary Therapy Use », manuscrit inédit, HOOD Project, Toronto, Ontario, cité dans Pawluch D., Cain R. et Gillett J., *Approaches to Complementary Therapies : Diverse Perspectives Among People with HIV/AIDS*, Santé Canada, mars 1998.

⁵⁸ Meneilly, *supra*, note 54.

les personnes vivant avec le VIH/sida. Plusieurs études n'ont porté que sur l'utilisation d'une catégorie particulière de MCP et les études sont souvent structurées différemment les unes des autres, ce qui rend les comparaisons fermes difficiles à établir. Ceci étant dit, les études américaines font état de taux globaux d'utilisation de MCP variant entre 22% (pour ce qui est de l'utilisation des produits de phytothérapie seulement) à 100% des répondants (si on se limite à l'utilisation de vitamines et de techniques de relaxation); la plupart des études américaines documentées qui ont examiné l'utilisation de plusieurs formes de MCP font état de proportions variant entre un quart et trois quart des répondants qui utilisent une forme ou une autre de MCP (voir tableau 2, annexe C).

Dans le contexte canadien, les données limitées dont on dispose laissent entendre qu'il y a une proportion considérablement plus élevée de personnes vivant avec le VIH/sida en Ontario qui ont recours aux MCP, si on compare à la Colombie-Britannique, à la Saskatchewan et au Québec.

- Une étude québécoise portant sur 330 personnes, publiée en 2000, a révélé que 34% des participants séropositifs à l'étude utilisaient des vitamines; 16% utilisaient des suppléments alimentaires; 3% utilisaient des produits homéopathiques.⁵² Pourtant, une recherche à paraître confirme un pourcentage étonnamment bas de Québécois séropositifs au VIH ayant recours aux thérapies complémentaires/parallèles (hormis 18% des participants à une étude qui ont indiqué faire usage de marijuana à des fins thérapeutiques).⁵³
- En Colombie-Britannique, des études réalisées sur plusieurs années parmi des personnes vivant avec le VIH/sida qui sont traitées dans des cliniques du VIH ou qui ont accès au régime d'assurance-médicaments provincial pour le VIH, indiquent qu'entre 39% et 42% des répondants ont eu recours à des MCP,⁵⁴ bien que l'on ait également signalé une augmentation régulière de ce nombre depuis quelques années – ce qui diffère de la tendance à la baisse observée dans l'usage de MCP parmi un petit échantillon de personnes vivant avec le VIH/sida qui fréquentent une clinique de Saskatoon.⁵⁵
- Par ailleurs, la prévalence documentée du recours à des MCP est considérablement plus élevée selon plusieurs études ontariennes, variant entre 67% et plus de 90%.⁵⁶ L'étude la plus importante, portant sur 2 400 personnes consignées dans la base de données provinciale pour l'observation du VIH, a révélé que 81% des répondants avaient eu recours à une médecine complémentaire/parallèle à un moment donné, et que 73,6% de ces personnes y avaient actuellement recours.⁵⁷

Ces données sont surprenantes puisque, parmi les Canadiens en général, le recours aux MCP semble être le plus prévalent parmi les résidents de la Colombie-Britannique (voir ci-dessus). Ces données indiquent qu'une analyse plus poussée des tendances de la prévalence des MCP parmi les personnes vivant avec le VIH/sida est nécessaire pour déterminer si les études actuelles font fidèlement état des taux d'utilisation.

Les femmes ont davantage recours aux MCP que les hommes

Comme dans la population générale, des indices laissent entendre que, parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, il y a une légère différence entre les hommes et les femmes quant aux thérapies complémentaires/parallèles auxquelles ils ont recours.⁵⁸ Globalement, les femmes séropositives au VIH sont plus susceptibles que les hommes d'avoir recours aux thérapies

complémentaires/parallèles.⁵⁹ Toutefois, les données demeurent limitées; en effet, un petit nombre d'études portant sur des échantillons relativement petits ont été documentées au Canada, de sorte que les conclusions sur cette question sont provisoires.

Le recours à une grande variété de MCP

Les recherches disponibles indiquent que les personnes vivant avec le VIH/sida ont généralement recours aux mêmes types de thérapies complémentaires/parallèles que la population en général; les thérapies comme la massothérapie, l'acupuncture, les vitamines, les suppléments et les produits de phytothérapie étant les plus courantes. En particulier, les personnes vivant avec le VIH/sida ont tendance à avoir recours à plusieurs produits à base de plantes, suppléments alimentaires ou autres substances visant à renforcer le système immunitaire. Ainsi, des composés comme le N-acétylcystéine (NAC) et le dinitrochlorobenzène (DNCB) se retrouvent parmi la gamme de thérapies auxquelles ont recours des personnes vivant avec le VIH/sida.⁶⁰

Satisfaction globale

(à l'égard de certaines de ces thérapies du moins)

Enfin, les études qui ont examiné l'efficacité des thérapies complémentaires/parallèles telles que perçues par les personnes vivant avec le VIH/sida qui y ont recours ont souvent révélé des niveaux de satisfaction élevés. Dans la plupart des études américaines documentées, la majorité des répondants qualifiaient leur thérapie de bénéfique et, dans deux études, entre 72% et 100% des participants ont indiqué qu'ils se sentaient mieux à la suite de la thérapie. Au Canada, une étude récente a mesuré (parmi un petit échantillon de participants) un taux de 87% qui avaient un « sentiment positif » quant à leur utilisation de MCP; une autre étude a révélé des taux de satisfaction globale élevés pour les thérapies physiques (p. ex. massothérapie, chiropractie) et les remèdes à base de plantes, mais globalement, aucune thérapie en particulier n'a été associée à un effet identifiable sur les mesures de la qualité de vie ou de la gravité des symptômes.⁶¹

Comment et pourquoi les personnes vivant avec le VIH/sida ont recours à des MCP

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les personnes vivant avec le VIH/sida ont recours à des médecines complémentaires/parallèles. En identifiant certains déterminants particuliers du recours aux MCP, nous ne prétendons pas qu'ils s'appliquent à toutes les personnes vivant avec le VIH/sida ou uniquement à ces personnes. Certains auront des raisons très personnelles d'avoir recours à des thérapies parallèles, tandis que d'autres y auront recours pour des raisons partagées par plusieurs. Comme l'a signalé un groupe de chercheurs canadiens en s'appuyant sur une étude qualitative exhaustive traitée ci-dessous,

les thérapies complémentaires représentent des choses différentes pour ces personnes – une stratégie pour se garder en santé, une stratégie pour se guérir, une solution de rechange à la médecine occidentale, une façon d'atténuer les effets secondaires des pharmacothérapies, une stratégie pour maximiser leur qualité de vie, une stratégie d'adaptation et une forme de résistance politique [...] Ces sens ne s'excluent pas mutuellement et ils ne sont pas fixes. Les thérapies plaisent souvent aux particuliers à divers niveaux et leur attrait peut changer avec le temps. [trad.]⁶²

Les MCP représentent des choses différentes pour différentes personnes.

Il se peut très bien que l'une des raisons pour lesquelles tant de gens ont recours aux thérapies complémentaires/parallèles soit une insatisfaction générale à l'égard des soins médicaux plus techniques et impersonnels, qui sont devenus l'une des caractéristiques de la médecine moderne.

⁵⁹ Furler M. et coll., *supra*, note 56.

⁶⁰ Pour plus de renseignements sur des médecines parallèles en particulier, le lecteur aurait intérêt à consulter le site Web du Réseau canadien d'Info-traitements sida à www.catie.ca.

⁶¹ Kendall T., *Optimal Environments for Integrated Care: Complementary and Alternative Medicine in HIV Management in British Columbia*, Vancouver, British Columbia Persons with AIDS Society, mars 2001, p. 6; IRCT/SCS, *supra*, note 56.

⁶² Pawluch D., Cain R., Gillett J., « Lay constructions of HIV and complementary therapy use », *Social Science and Medicine*, 2000, 51 (2) : 251-64.

Le désir de se reprendre en main et de garder espoir sont les deux raisons les plus fréquemment citées par ceux qui envisagent et qui utilisent des thérapies complémentaires.

Néanmoins, on peut faire des affirmations générales. Une enquête bibliographique indique que les raisons les plus courantes que donnent les personnes vivant avec le VIH/sida d'avoir recours aux thérapies complémentaires/parallèles sont :

- pour prendre en main leurs propres soins de santé;
- pour renforcer la fonction immunitaire;⁶³
- pour réduire la charge virale et éviter, retarder ou traiter les symptômes de la progression de la maladie à VIH ou d'infections opportunistes;⁶⁴
- pour soulager les effets secondaires d'une thérapie conventionnelle (les médicaments antirétroviraux et les traitements des infections opportunistes), ce qui facilite le respect d'un régime pharmacologique prescrit;
- pour aider à réduire le stress, la dépression⁶⁵ et la fatigue, et pour améliorer le bien-être en général.⁶⁶

Une approche plus holistique

Il se peut très bien que l'une des raisons pour lesquelles tant de gens ont recours aux thérapies complémentaires/parallèles soit une insatisfaction générale à l'égard des soins médicaux plus techniques et impersonnels, qui sont devenus l'une des caractéristiques de la médecine moderne.⁶⁷ Plusieurs modalités de la médecine complémentaire/parallèle sont perçues comme privilégiant une approche plus holistique à l'égard de la santé et de la prestation de soins de santé. Contrairement à la médecine conventionnelle, qui se concentre surtout sur le traitement de la cause sous-jacente de la maladie par une intervention spécifique, la médecine complémentaire/parallèle adopte souvent une perspective plus large, en s'intéressant à la santé physique, mentale, sociale et spirituelle de la personne. Il n'est donc pas surprenant que plusieurs aient recours aux thérapies parallèles pour le soulagement des symptômes et le bien-être général mental ou spirituel, plutôt que pour la guérison. Plusieurs pratiques de MCP sont considérées comme plus holistiques et plus « conviviales ». ⁶⁸ On a également souligné que plusieurs thérapies de MCP offraient « plus que des soins de santé physique et mentale » [trad.]⁶⁹ et que certaines sont des « systèmes médicaux qui dispensent de fortes doses de religion non conventionnelle. » [trad.]⁷⁰ Il se peut que les gens qui ont recours à la médecine complémentaire/parallèle cherchent une participation plus personnelle, soit par les praticiens de médecine parallèle, soit par les membres de la communauté qui partagent leurs préoccupations sur leur santé et qui s'échangent des renseignements sur les solutions de rechange disponibles à la médecine conventionnelle.

Prendre en main ses propres soins de santé

Ayant examiné de nombreuses études sur le recours aux MCP parmi les personnes atteintes de cancer, Truant et McKenzie ont conclu que « le désir de se reprendre en main et de garder espoir sont les deux raisons les plus fréquemment citées par ceux qui envisagent et qui utilisent des thérapies complémentaires. » [trad.]⁷¹ Ce sont également les principales raisons pour lesquelles plusieurs personnes vivant avec le VIH ont recours aux MCP :

Plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida ont recours à des thérapies complémentaires pendant leur maladie. Bien que les raisons pour lesquelles elles le font puissent changer à mesure que progresse leur maladie, le taux élevé d'utilisation des thérapies complémentaires pourrait indiquer que les personnes vivant avec le VIH/sida veulent reprendre en main leur santé et leur bien-être et

⁶³ Anderson W., O'Connor B.B., MacGregor R.R., Schwartz J.S., « Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS », *AIDS*, 1993, 7 : 561-566.

⁶⁴ *Ibid.*; Kendall, *supra*, note 61, p. 6.

⁶⁵ Selon certains ouvrages, la dépression (généralement, et non pas particulièrement chez les personnes vivant avec le VIH) est l'une des raisons les plus courantes d'avoir recours aux thérapies complémentaires/parallèles. Il est raisonnable de présumer qu'une telle raison est également courante chez les personnes vivant avec le VIH/sida : Kendall, *supra*, note 61, p. 7. Voir également Ernst E., « Complementary therapies for depression : An overview », *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55(11) : 1026-1032. Pour une enquête bibliographique de 1998 de la littérature médicale sur le recours aux remèdes à base de plantes en psychiatrie, voir Wong A.H.C., Smith M., Boon H.S., « Herbal Remedies in Psychiatric Practice », *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55(11) : 1033-1044.

⁶⁶ Anderson et coll., *supra*, note 64; Bates B.R., Kissinger P. et Bessinger R.E., « Complementary therapy use among HIV-infected patients », *AIDS Patient Care and STDs*, 1996, 10 : 32-36; Carwein V.L. et Sabo C.E., « The use of alternative therapies for HIV infection : implications for patient care », *AIDS Patient Care and STDs*, 1997, 11 : 79-85; 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; O'Connor B.B., *Healing Traditions : Alternative Medicine and the Health Professions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1995; Kendall, *supra*, note 61, p. 6.

⁶⁷ Sur ce développement dans la médecine en général, voir Elliott C., *Bioethics, Culture and Identity : A Philosophical Disease*, New York, Routledge, 1999.

⁶⁸ Kaptchuk T.J. et Eisenberg D., « The Persuasive Appeal of Alternative Medicine », *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129 : 1061-1065.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Fuller R.C., *Alternative Medicine and American Religious Life*, New York, Oxford University Press, 1989, cité par Kaptchuk T.J. et Eisenberg D., *supra*, note 68.

⁷¹ Truant T., McKenzie M., « Discussing complementary therapies : There's more than efficacy to consider », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160 : 351-352.

souhaitent lutter contre certains de leurs symptômes sans avoir recours à des médicaments délivrés sous ordonnance. [trad.]⁷²

Plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles affirment que, lorsqu'elles prennent un rôle actif dans leur régime de traitement en s'informant et en cherchant des thérapies de rechange, elles se reprennent en main et retrouvent le contrôle de leur vie qu'elles estiment avoir perdu après avoir contracté le VIH et en raison des obstacles sociaux et autres obstacles que connaissent souvent les personnes vivant avec le VIH/sida. Les témoignages suivants sont des exemples de l'attitude proactive qui prévaut chez plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida :

Avec cette maladie, vous devez faire ça pour vous-même. Vous devez être votre propre médecin. Il y a tellement d'informations partout. Vous ne pouvez pas compter sur quelqu'un pour tout vous la donner. Surtout lorsqu'il ne s'en soucie pas. Les approches parallèles, il y a tant de gens qui ne se donnent même pas la peine de les apprendre. Voilà une autre raison. Vous devez vraiment devenir votre propre médecin, avec le sida. [trad.]⁷³

Je crois que les thérapies parallèles sont valables. Elles sont essentielles quand il s'agit du sida. C'est une solution de rechange à la résignation, une façon de riposter. La meilleure défense que nous ayons est de rester en vie. » [trad.]⁷⁴

Bien que cette généralisation ne vaille certes pas pour toutes les personnes vivant avec le VIH/sida, on peut valablement soutenir que l'histoire du militantisme en matière de traitement qui a, par nécessité, marqué le « mouvement du sida », a encouragé plusieurs personnes à jouer un rôle plus proactif dans leurs soins de santé.⁷⁵ Comme le montrent les données disponibles, plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida se sont tournées vers les thérapies parallèles comme ressource supplémentaire contre une maladie qui a été l'objet jusqu'ici de succès importants, quoique limités, dans le domaine de la médecine conventionnelle. La décision d'avoir recours à des thérapies parallèles représente pour certains l'expression de la croyance que toutes les avenues de traitement doivent être explorées; cette décision va souvent de pair avec un esprit de militantisme qui existe dans certaines communautés (mais non pas toutes) de personnes vivant avec le VIH/sida.

Quand vous avez quelque chose comme le VIH, vous voulez essayer de garder autant de bouées de sauvetage que possible, et de vous attaquer au problème de diverses façons. Je consulte un praticien de la médecine traditionnelle chinoise et j'ai recours à d'autres formes de thérapies complémentaires également. Il n'y a aucun doute qu'un bon massage vous soulage et vous rend plus capable de faire face à la situation – les aspects psychologiques sont importants. Les médecins auxquels j'ai parlé ont été très peu réceptifs à l'égard des thérapies complémentaires; je n'ai donc pas parlé aux miens de ces trucs complémentaires parce que je veux me sentir libre de faire mes propres choix.⁷⁶

L'image de la « personne vivant avec le VIH/sida » bien informée et proactive n'est certainement pas vraie de tous ceux qui vivent avec la maladie (ni même de la plupart d'entre eux). Toutefois, dans la mesure où le recours à la médecine complémentaire/parallèle nécessite une certaine initiative de la part de l'utilisateur, on peut affirmer que ceux qui ont recours à des thérapies

L'histoire de militantisme en matière de traitement qui a, par nécessité, marqué le « mouvement du sida », a encouragé plusieurs personnes à jouer un rôle plus proactif dans leurs soins de santé.

⁷² Millson P, McMurphy D. et Leeb K., « Complementary Therapies : A HOOD Report on the Cost of HIV in Ontario », *HIV Health Evaluation Update*, juin 1999, 1.

⁷³ Furin J.J., « You have to be your own doctor : sociocultural influences on alternative therapy use among gay men with AIDS in West Hollywood », *Medical Anthropology Quarterly*, 1997, 11 : 498-504, à la p. 502.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Bruhn J.G., « Therapeutic value of hope », *Southern Medical Journal*, 1984, 77 : 215-219; et Ezzy D., « Illness narratives : time, hope and HIV », *Social Sciences & Medicine*, 2000, 50 : 605-617.

⁷⁶ McKnight I. et Scott M., « HIV and complementary medicine », *Medical Journal of Australia*, 1996, 165 : 143-145, à la p. 143.

Pour plusieurs personnes, la MCP peut être un complément nécessaire à la thérapie conventionnelle.

parallèles (qu'ils soient séropositifs au VIH ou non) sont, à divers degrés, informés et proactifs.⁷⁷

Cette affirmation semble être en corrélation avec des renseignements sur les Canadiens en général. Selon un sondage réalisé en 1997 par l'ACIMVL/ACNielsen,⁷⁸ les utilisateurs de remèdes parallèles étaient le groupe le plus actif quand il s'agissait de recueillir des renseignements sur leur santé générale, sans égard à la source d'information. Les utilisateurs de remèdes parallèles ont consulté un vaste éventail de sources de renseignements sur les produits de santé naturels : les livres et les revues (64%), la famille et les amis (63%), la documentation sur les produits dans les magasins d'aliments naturels (42%) et les pharmaciens (40%). (Toutefois, seulement 27% des répondants ont identifié les étiquettes de produits et les notices de produits d'aliments naturels, alors qu'un sondage réalisé en 1996 révélait que 87% des Canadiens lisaient les étiquettes pour les médicaments délivrés sans ordonnance.)

Comme complément à la thérapie conventionnelle

Pour plusieurs personnes, la médecine complémentaire/parallèle peut être un complément nécessaire à la thérapie conventionnelle, c'est-à-dire une façon qui les aide à obtenir le maximum de bienfaits de la thérapie conventionnelle. Par exemple, dans une enquête récente portant sur 49 personnes vivant avec le VIH/sida en Colombie-Britannique qui ont recours à au moins une thérapie complémentaire, aucun des participants ne percevait les MCP comme une façon de guérir l'infection à VIH. Les participants ont plutôt mis l'accent sur les bienfaits pour leur système immunitaire (81%), une diminution de la charge virale (58%) et pour leur santé en général, liés au fait qu'ils jouaient un rôle actif dans les soins apportés à leur propre santé; ils ont également affirmé qu'ils utilisaient des MCP pour soulager des symptômes de la maladie à VIH, des effets secondaires de médicaments antirétroviraux, de la toxicomanie, de l'hépatite et de la dépression.⁷⁹

Une étude américaine réalisée en 1993 a révélé qu'environ la moitié des personnes qui avaient recours aux thérapies complémentaires/parallèles s'attendaient à ce que ces dernières ralentissent la progression de la maladie à VIH ou leur fournissent une « meilleure immunité », et environ 1/3 des patients croyaient que les thérapies complémentaires auraient un effet synergique positif lorsque combinées à des médicaments antirétroviraux, ou qu'elles réduiraient les symptômes liés au VIH. (Il est intéressant de constater que 21% des répondants s'attendaient à ce que la médecine complémentaire guérisse leur maladie à VIH, une conclusion surprenante qui semble contraire à l'ensemble des données de recherche – y compris les données canadiennes – indiquant que plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida n'ont pas une telle attente. Il convient également de signaler que cette conclusion remonte à 1993, c'est-à-dire avant l'introduction des inhibiteurs de protéase en 1995-96.)⁸⁰

Plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida sont insatisfaites de l'approche adoptée par la médecine conventionnelle à l'égard de la maladie, soit parce que les thérapies actuelles sont inefficaces, soit parce qu'elles ont des effets secondaires intolérables, soit encore parce que les praticiens des MCP offrent un type de soins qu'elles ne reçoivent pas, à leur avis, de médecins qui pratiquent la médecine conventionnelle.

Analyse qualitative approfondie

Un projet de recherche réalisé en 1998 par Pawluch, Cain et Gillett fournit de précieuses données canadiennes sur les points de vue des personnes

⁷⁷ Un des critiques qui se fait le plus entendre au sujet de la médecine complémentaire/parallèle, le docteur Lloyd Oppel, du groupe de pression Canadians for Rational Health Policy, soutient que l'on demande souvent aux personnes qui ont recours aux MCP d'utiliser ces thérapies de façon indéfinie pour « maintenir leur état de santé ou leur bien-être ». Dans le cadre d'une enquête spéciale sur la médecine parallèle menée récemment par le Toronto Star, le docteur Oppel aurait affirmé : « Le mouvement de la médecine parallèle parle de l'importance de permettre aux patients de se prendre en main, mais c'est exactement le contraire qui se produit – elle a tendance à rendre les gens plus dépendants d'un soignant ou d'une philosophie. »; Papp L., « Blind Trust – Special Report : An Investigation into Alternative Medicine » [dernier article d'une série], *Toronto Star*, 23 janvier 2000, page non disponible. (Cette série peut être achetée en ligne moyennant des frais à <www.torontostar.com>.) Toutefois, on pourrait reprocher la même chose à plusieurs thérapies et pratiques conventionnelles – particulièrement pour le traitement de troubles chroniques comme la maladie à VIH. Est-ce donc une critique qui peut être dirigée contre les MCP elles-mêmes, ou seulement lorsque des traitements sont administrés pour des raisons contraires à l'éthique ou pour exploiter les gens, plutôt qu'à l'avantage du patient?

⁷⁸ ACNielsen/ACIMVL HealthVision'97 survey, résumé dans ACIMVL, « Seeking Information About Our Health », *Pharmacy Post*, août 1998, disponible en ligne <www.ndmac.ca>.

⁷⁹ Kendall, *supra*, note 61, p. 6.

⁸⁰ Anderson et coll., *supra*, note 63. Voir aussi Manfredi R., Chiodo F., « The effects of alternative treatments for HIV disease on recommended pharmacological regimens », *International Journal of Antimicrobial Agents*, 2000, 13 : 281-285; de Visser R. et coll., « Alternative or complementary: nonallopathic therapies for HIV/AIDS », *Journal of Alternative Therapies in Health & Medicine*, 2000, 6 : 44-52.

vivant avec le VIH/sida, à l'égard des MCP, en s'appuyant sur des interviews en profondeur avec un échantillon varié (bien que petit) de répondants. Les auteurs ont examiné comment les antécédents sociaux des personnes vivant avec le VIH/sida (leur compréhension personnelle de l'infection à VIH, leurs antécédents ethnoculturels, leur sexe et leur toxicomanie, le cas échéant) façonnaient leurs opinions sur leur santé et la place qu'occupent les approches complémentaires dans leurs soins de santé. Ils ont également traité de thèmes communs concernant l'utilisation des thérapies complémentaires qui n'étaient pas liés aux différences entre les répondants de l'étude.

Antécédents sociaux et opinions sur les thérapies complémentaires

L'opinion des individus quant à leur séropositivité avait une incidence sur leur attitude envers les thérapies complémentaires :

Ceux qui se percevaient comme des personnes « vivant avec le VIH/sida » étaient plus orientés vers l'avenir, plus proactifs et plus énergiques dans leur prise de décisions relatives aux soins de santé. Ces répondants avaient tendance à choisir et à évaluer les thérapies complémentaires à la lumière de leurs objectifs de santé à long terme. Par ailleurs, d'autres se concentraient davantage sur les réalités liées au fait d'être malade ou de souffrir de troubles liés au VIH; ces répondants étaient plus axés sur le présent – leur décision d'avoir recours à des thérapies complémentaires dépendait de la manière dont ces thérapies les faisaient se sentir à court terme.[trad.]⁸¹

Les auteurs ont également conclu que les antécédents ethnoculturels des répondants façonnaient de plusieurs manières leurs opinions à l'égard des thérapies complémentaires :

Premièrement, les répondants autochtones et noirs avaient tendance à mieux connaître les formes de médecines et de traditions de guérison non occidentales que les répondants d'origine européenne, de sorte qu'ils étaient plus ouverts et informés à l'égard des diverses approches des soins de santé.

Deuxièmement, pour plusieurs répondants, le recours à des thérapies complémentaires revêtait des dimensions symboliques ou politiques; les approches complémentaires les aidaient à être moins dépendants à l'égard d'institutions médicales qu'ils percevaient être insensibles et racistes. D'autres étaient incertains d'adopter les thérapies complémentaires parce qu'elles étaient considérées comme des formes marginales de médecine.

Enfin, plusieurs répondants étaient attirés par les thérapies complémentaires parce qu'elles étaient compatibles avec leurs valeurs spirituelles ou religieuses.[trad.]⁸²

Un certain nombre de questions sexospécifiques intéressaient particulièrement les femmes séropositives :

Premièrement, [c]es femmes avaient recours à des thérapies complémentaires pour se garder en santé afin de pouvoir s'occuper de la famille ou être présentes pour leurs enfants – autrement dit, les raisons pour lesquelles elles avaient recours à ces thérapies étaient énoncées en fonction de leurs responsabilités de dispensatrices de soins.

Pour plusieurs répondants, le recours à des MCP revêtait des dimensions symboliques ou politiques.

⁸¹ Pawluch D., Cain R. et Gillett J., *Approaches to Complementary Therapies : Diverse Perspectives Among People with HIV/AIDS*, Santé Canada, mars 1998 : p. ii.

⁸² *Ibid.*, p. iii.

Le coût des MCP est l'obstacle le plus important à leur utilisation.

Deuxièmement, plusieurs femmes estimaient que l'on négligeait leurs besoins relatifs au VIH, ce qui les poussait à jouer un rôle plus actif dans leurs soins de santé et à envisager une série d'options de soins de santé autres que ce qui était offert par la médecine occidentale.

Enfin, relativement à la santé génésique, les femmes considéraient les thérapies complémentaires comme une forme de soins de santé moins toxique, plus naturelle, plus bénigne, donc plus sûre.[trad.]⁸³

Enfin, les auteurs ont examiné les attitudes envers les MCP, chez les répondants aux prises avec la toxicomanie :

Pour les répondants qui avaient des antécédents de toxicomanie, la principale préoccupation sanitaire était la prise en charge de leur toxicomanie; le traitement de leur infection à VIH était généralement relégué au second plan. Les répondants estimaient que les thérapies complémentaires, contrairement aux médications occidentales, constituaient un moyen de réduire le stress et de soulager la douleur sans accoutumance.[trad.]⁸⁴

Thèmes communs

Les chercheurs ont également identifié un certain nombre de thèmes communs qui sont ressortis des interviews relativement au recours des participants à la médecine complémentaire/parallèle.

- Les gens s'appuyaient principalement sur l'expérience de leurs amis et des membres de leur famille pour décider quelles thérapies complémentaires ils allaient utiliser.
- Le coût des thérapies complémentaires était l'obstacle le plus important à leur utilisation. Pour plusieurs, le choix des thérapies était dicté dans une large mesure par ce qui était abordable.
- D'autres obstacles ont été mentionnés : manque d'accès à certaines approches, trop grand éventail de choix et de renseignements; horaire rigide, temps, soins, énergie et engagement nécessaires pour certaines thérapies; stigmatisation liée à la médecine complémentaire.
- Les gens étaient réceptifs à plusieurs options de soins de santé, mais ils étaient incertains de la manière d'intégrer les thérapies complémentaires et la médecine occidentale.
- La plupart s'appuyaient sur les conseils de leur médecin et estimaient que leur médecin était réceptif aux thérapies complémentaires; toutefois, plusieurs souhaitaient que leur médecin leur fournisse plus d'orientation et de conseils concernant les approches complémentaires.
- Plusieurs étaient ambivalents envers le recours aux remèdes occidentaux, en particulier aux médicaments contre le sida considérés comme expérimentaux, non éprouvés, toxiques et susceptibles de causer des problèmes de santé à long terme.⁸⁵

Évolution des raisons du recours aux MCP

Les raisons d'avoir recours aux MCP peuvent changer, non seulement au cours de la progression de la maladie, mais également à la lumière des développements de la recherche et des traitements pour le VIH/sida. Par exemple, des chercheurs italiens ont examiné le recours aux traitements parallèles de la maladie à VIH avant et après l'introduction de thérapies antirétro-

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ *Ibid.*; des réponses semblables ont été rapportées par Kendall et coll., dans leur enquête auprès de 49 personnes vivant avec le VIH/sida qui font usage de MCP en C.-B. (*supra*, note 61, p. 8).

⁸⁵ *Ibid.*, aux p. iv-v.

virales fortement actives (HAART), en 1996. Ces chercheurs ont constaté que le recours aux traitements parallèles avait augmenté, de 22,8% à 35,7%, entre 1996 et 1998, mais que la plupart des patients avaient recours aux traitements non orthodoxes en même temps qu'aux médicaments antirétroviraux conventionnels, plutôt qu'à la place de ces médicaments, et que cette utilisation n'empêchait pas le patient de se conformer au régime recommandé pour ces médicaments.⁸⁶ Abrams et Steinberg ont souligné ce qui suit :

la recherche en vue de trouver des thérapies non conventionnelles pour la maladie à VIH et l'utilisation de ces thérapies ont fait l'objet de fluctuations distinctes [...] qui reflètent la disponibilité de médicaments conventionnels efficaces. Pendant les années 1980, les options limitées et les données décevantes provenant des essais de médicaments traditionnels ont favorisé une hausse de l'utilisation des thérapies complémentaires. Avec une indication plus large pour la zidovudine [AZT] et la disponibilité de la didanosine [ddI] et de la zalcitabine, l'intérêt pour les composés parallèles s'est stabilisé jusqu'à ce que les résultats décourageants de l'étude Concorde aient suscité un intérêt renouvelé. Avec l'avènement de la stavudine, de la lamivudine et des puissants inhibiteurs de la protéase, l'objectif du mouvement en faveur des thérapies complémentaires/parallèles est peut-être en train de s'orienter vers la recherche sur les thérapies pour le traitement des symptômes ou des troubles liés au VIH pour lesquels il existe peu de médicaments efficaces délivrés sous ordonnance.[trad.]⁸⁷

Dans le contexte canadien, les données présentées à la 12^e Conférence internationale sur le sida en 1998 ont indiqué une évolution dans les tendances au recours aux thérapies parallèles chez les patients d'une clinique pour le VIH, au centre-ville de Toronto. Avec la mise en garde que l'échantillon était constitué presque entièrement d'hommes (et la vaste majorité d'entre eux étaient des hommes gais), Waring et coll. ont signalé que 88% des répondants avaient recours à des thérapies complémentaires quelconques, au début de 1998, en comparaison avec 63% qui ont affirmé y avoir eu recours antérieurement. Les chercheurs ont conclu que :

la fréquence et la tendance du recours aux TC ont changé depuis l'avènement de nouveaux régimes antirétroviraux. La plupart des patients prennent maintenant un plus grand nombre de produits et la principale raison du recours actuel aux TC est la promotion de la santé générale plutôt que pour accroître l'immunité.[trad.]⁸⁸

Conclusion

Bien que l'on puisse discerner plusieurs motifs qui incitent les personnes vivant avec le VIH/sida à avoir recours à des thérapies complémentaires/parallèles, les facteurs qui déterminent l'utilisation de ces thérapies varient énormément et sont souvent inconnus.

Il existe un écart évident entre le recours actuel aux thérapies complémentaires/parallèles par les personnes vivant avec le VIH/sida et les études sur l'utilisation des thérapies complémentaires/parallèles que l'on trouve dans la littérature médicale. Cette situation s'explique en partie par le fait que l'utilisation des MCP évolue rapidement et qu'il existe un décalage important entre le moment où la recherche est effectuée et sa publication dans la littérature médicale. Les organismes communautaires de diffusion de renseignements

Il existe un écart évident entre le recours actuel aux MCP par les personnes vivant avec le VIH/sida et les études sur l'utilisation de ces thérapies, dans la littérature médicale.

⁸⁶ Menniti-Ippolito F, De Mei B. [Les caractéristiques de l'utilisation et les niveaux d'utilisation de médicaments non conventionnels.] *Annali dell'Istituto Superiore Sanità*, 1999, 35(4) : 489-97. [en italien]

⁸⁷ Abrams D.I., Steinberg C., « Complementary Therapies in HIV Disease », dans International AIDS Society, *Improving the Management of HIV Disease*, sept. 1996, 4(3). Disponible à <www.ama-assn.org>.

⁸⁸ Waring W., Tseng A., Salit I.E., « Complementary Therapy (CT) Changes in patterns of use among HIV clinic patients », 12^e Conférence internationale sur le sida, Genève (1998), abrégé 42379.

sur les traitements ont joué un rôle efficace pour réduire cet écart. Toutefois, en plus de ce problème de décalage, le recours aux médecines complémentaires/parallèles par les personnes vivant avec le VIH/sida fait tout simplement l'objet de recherches insuffisantes. Les renseignements sur les déterminants de l'utilisation des médecines complémentaires ou alternatives sont actuellement incomplets. L'élaboration d'une politique appropriée axée sur l'éthique nécessite des recherches plus poussées portant sur tous les aspects d'ordre social, personnel et culturel du recours aux médecines parallèles.

Recommandation 2. Principaux domaines pour la recherche sur les MCP et le VIH/sida

Les organismes de financement de la recherche (c'est-à-dire les organismes de financement de la recherche en santé et les organismes qui financent la recherche dans d'autres disciplines), de même que Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, devraient subventionner des recherches qui procurent des renseignements à jour sur :

- (1) Le recours à des thérapies complémentaires/parallèles par des personnes vivant avec le VIH/sida,
 - (i) les tendances et la prévalence du recours à des médecines complémentaires/parallèles chez les personnes vivant avec le VIH/sida;
 - (ii) les thérapies qui sont utilisées le plus couramment par les personnes vivant avec le VIH/sida, comment elles sont utilisées et pour quels fins ou états pathologiques, et les motifs qui amènent les utilisateurs à choisir certaines thérapies, y compris l'ensemble des croyances qu'ont les personnes vivant avec le VIH/sida quant aux avantages et aux inconvénients de thérapies conventionnelles et complémentaires/parallèles;
 - (iii) les types de thérapies complémentaires/parallèles couramment utilisées avec la médecine conventionnelle, et les raisons de combiner les approches de traitement;
 - (iv) l'efficacité (réelle et perçue) des diverses thérapies complémentaires/parallèles et la satisfaction des utilisateurs à leur égard;
 - (v) les profils des personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles, y compris les variations par catégorie de région, d'âge, de sexe, d'antécédents socio-économiques, raciaux/ethniques et de maladie/invalidité/état de santé;
 - (vi) l'identification de caractéristiques, de tendances ou de besoins particuliers qui pourraient exister dans des sous-populations particulières qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles dans le cadre des soins pour le VIH/sida; par exemple : les autochtones (y compris le recours à la médecine occidentale conventionnelle et les pratiques de guérison traditionnelles); les femmes; les hommes gais; les utilisateurs de drogue; diverses com-

munautés ethnoculturelles; les personnes à faible revenu; les détenus (dont l'accès à diverses thérapies est souvent limité), etc.;

(2) Les renseignements aux consommateurs et les connaissances de ceux-ci,

- (i) les sources de renseignements sur les produits et les thérapies complémentaires/parallèles qu'utilisent des personnes vivant avec le VIH/sida, et leur degré de satisfaction à l'égard de ces sources;
- (ii) l'exactitude, l'intégralité et l'accessibilité des sources de renseignements sur les traitements relatifs aux thérapies complémentaires/parallèles pour les personnes vivant avec le VIH/sida, y compris des sources comme les organismes de diffusion de renseignements sur les traitements pour le VIH/sida, les clubs de consommateurs, les sites Web, les feuillets et les brochures d'information disponibles auprès d'organismes communautaires, aux bureaux de praticiens ou chez des vendeurs de produits de santé naturels;
- (iii) comment les personnes vivant avec le VIH/sida préféreraient obtenir des renseignements sur les thérapies complémentaires/parallèles, les obstacles qui les empêchent d'obtenir les renseignements qu'elles veulent et dont elles ont besoin pour faire des choix de traitement éclairés, et des mécanismes réalisables pour rendre accessibles des renseignements fiables;
- (iv) le type de renseignements qu'utilisent et que veulent obtenir les personnes vivant avec le VIH/sida pour prendre des décisions sur leurs soins de santé, et leur niveau de confiance envers diverses sources (par exemple, les recommandations données par des praticiens de thérapies conventionnelles ou complémentaires/parallèles, la famille, les amis ou les connaissances; les étiquettes et les monographies de produit; le matériel promotionnel produit par des fabricants ou des praticiens; les associations professionnelles; les organismes communautaires; les sites Web; la littérature médicale ou autres);

(3) L'accès aux thérapies complémentaires/parallèles,

- (i) où, comment et de quelles sources les personnes vivant avec le VIH/sida ont accès aux thérapies complémentaires; et les obstacles qui les empêchent d'y avoir accès;
- (ii) l'interface entre le recours aux thérapies complémentaires/parallèles et le système de santé conventionnel, y compris la mesure dans laquelle les patients sont renvoyés à des praticiens de thérapies complémentaires/parallèles par des praticiens conventionnels et vice-versa, de même que les attitudes des praticiens de thérapies conventionnelles envers les praticiens de thérapies complémentaires/parallèles et vice-versa;

- (iii) les sommes que les personnes vivant avec le VIH/sida dépensent pour des thérapies complémentaires/parallèles, et pour quelles sortes de thérapies;
- (iv) les opinions des personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles, ainsi que des praticiens (de thérapies complémentaires et conventionnelles), des gouvernements et des assureurs privés, relativement à la couverture des diverses sortes de thérapies complémentaires/parallèles en vertu des régimes d'assurance-santé privés et publics.

Plusieurs pratiques de guérison autochtones que les non-autochtones considéreraient comme « parallèles » ou « non conventionnelles » sont conventionnelles ou traditionnelles du point de vue des autochtones.

Les peuples autochtones et la guérison traditionnelle

Dans son rapport de 1996, la Commission royale sur les peuples autochtones a noté ce qui suit :

Si les autochtones se sont considérablement éloignés du mode de vie de leurs ancêtres, ils accordent encore beaucoup de valeur aux traditions et aux pratiques qui leur donnent leur caractère propre – y compris les traditions médicales allant de l'utilisation des herbes médicinales à diverses formes de psychothérapie. Souvent, ils constatent que les services de santé de la majorité ne correspondent pas à leurs besoins. Ils veulent se refamiliariser avec des pratiques naguère interdites ou ridiculisées, car ils considèrent qu'elles pourraient être utiles aujourd'hui.⁸⁹

Plusieurs pratiques de guérison autochtones que les non-autochtones considéreraient comme « parallèles » ou « non conventionnelles » sont conventionnelles ou traditionnelles du point de vue des autochtones. Comme l'a affirmé un Aîné :

Je voudrais que les gens comprennent et respectent les méthodes parallèles. D'ailleurs, je ne sais pas pourquoi ils les qualifient de « parallèles ». C'est naturel pour nous. C'est *la* méthode. Je considère que la médecine occidentale est une solution parallèle pour nous, autochtones.[trad.]⁹⁰

Dans la mesure où l'on peut généraliser à travers plusieurs peuples et histoires, l'approche des autochtones à l'égard de la guérison est « essentiellement culturelle – où les définitions de la maladie et des modes de traitement, les questions d'efficacité et la transmission des connaissances médicales sont toutes déterminées par la culture ». [trad.]⁹¹ Les pratiques de guérison traditionnelles sont souvent très différentes des pratiques de la « médecine occidentale » en ce sens que la médecine conventionnelle est généralement une intervention distincte qui n'a qu'une fonction mécaniste. Or, plusieurs pratiques de guérison traditionnelles autochtones sont souvent des processus longs et holistiques qui visent plusieurs objectifs d'ordre médical, social et spirituel et qui sont essentiellement fondés sur l'idée qu'il existe plusieurs dimensions à la santé. L'état mental, physique, affectif et spirituel des gens est touché par leur relation avec eux-mêmes, leur famille et leur communauté.⁹² Dans les philosophies autochtones, c'est l'équilibre entre les quatre éléments de l'esprit, du corps, des émotions et de l'âme de la personne, de même que l'équilibre dans la relation qu'a cette personne avec la terre et le monde naturel, qui sont nécessaires à la bonne santé; la maladie (comprise

⁸⁹ Commission royale sur les peuples autochtones, *Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, À l'aube d'un rapprochement* (« Culture et guérison traditionnelles ») Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1996. (« Rapport de la CRPA »).

⁹⁰ Cité dans Vanderhoef S., avec Gray W. (éd.), *Nashine Ginwenimawazawin – Constant Care, 2-Spirited People of the 1st Nations*, mars 1998, p. 173.

⁹¹ Waldrum J.B., Herring D.A. et Young T.K., *Aboriginal Health in Canada : Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*, University of Toronto Press, Toronto, 1998, p. 224.

⁹² McLeod A. et Peterson T., *Care and Treatment of Aboriginal People with HIV/AIDS : Summary Report*, Manitoba Aboriginal AIDS Task Force, 1993.

dans un sens large, et non pas simplement dans un sens biomédical mécaniste) peut survenir s'il y a un déséquilibre dans l'un ou plusieurs de ces aspects de la personne.⁹³

Dans les communautés des Premières Nations, par « santé » on entend « équilibre et harmonie dans les quatre aspects de la nature humaine » (physique, mental, émotionnel et spirituel). Trop se concentrer sur un seul aspect nuit à l'équilibre des quatre.⁹⁴

Les concepts autochtones de santé et de bien-être n'englobent pas seulement l'aspect physique de la santé, mais également ses aspects mentaux, spirituels et affectifs. Cette approche holistique à l'égard de la santé est largement acceptée et pratiquée dans les communautés autochtones et elle se manifeste dans les pratiques de guérison et de médecine traditionnelles comme les tentes à suer, les cérémonies du foin d'odeur, les cérémonies de purification, les cérémonies du cercle de guérison et les enseignements des Aînés.[trad.]⁹⁵

Les guérisseurs autochtones traditionnels comprennent les herboristes et les *gens de médecine*. « Les "Gens de médecine" sont médecins, psychiatres/psychologues, conseillers familiaux et conseillers spirituels tout à la fois. Le/la "Thérapeute" va s'occuper de la relation équilibrée entre le corps, l'âme et l'esprit. En traitant les malades, il/elle va aider à restaurer cet équilibre chez le patient. »⁹⁶

Au-delà de cette croyance fondamentale en l'importance d'une approche holistique qui tient compte des divers aspects d'une personne dans le traitement de la maladie et du maintien du bien-être, les guérisseurs traditionnels auront chacun leurs propres techniques, adaptées à la personne qui demande de l'aide. Les traditions varient chez les divers peuples autochtones au Canada (bien qu'il existe des caractéristiques communes), et les communautés autochtones elles-mêmes – ainsi que les individus qui en font partie – seront plus ou moins « traditionnelles » dans leurs approches dans le traitement de la maladie, qui variera dans la mesure où elles ont incorporé divers éléments de la biomédecine « occidentale » dans ces approches. La mesure dans laquelle les connaissances traditionnelles ont été conservées variera également. En outre, les autochtones s'identifieront à une communauté autochtone en particulier à divers degrés. Certains ont vécu toute leur vie dans une réserve traditionnelle étroitement liée, composée surtout d'autochtones, alors que d'autres vivent en dehors des réserves dans des centres urbains sans avoir jamais vécu dans une communauté traditionnelle. D'autres encore ont eu de nombreux contacts avec leur communauté traditionnelle sur la réserve et avec la population non autochtone.

Tous ces facteurs auront une incidence sur la raison pour laquelle les autochtones – y compris les personnes vivant avec le VIH/sida – peuvent avoir accès aux guérisseurs et aux pratiques de guérison traditionnels dans le cadre du traitement de la maladie et la promotion du bien-être, la manière dont ils le font et les pratiques qu'ils utilisent. Bien que certains d'entre eux aient sans doute recours à la médecine conventionnelle en plus d'avoir recours aux guérisseurs et aux pratiques de guérison traditionnels, il existe peu de recherches (documentées) sur l'expérience des autochtones vivant avec le VIH/sida et leurs approches à l'égard des soins de santé.

Une étude réalisée par un centre de santé autochtone aux États-Unis a examiné diverses attitudes parmi les autochtones qui vivent dans les réserves et les populations urbaines, en ce qui a trait à l'intégration de services pour le

Dans les communautés des Premières Nations, par « santé » on entend « équilibre et harmonie dans les quatre aspects de la nature humaine » (physique, mental, émotionnel et spirituel).

Il existe peu de recherches (documentées) sur l'expérience des autochtones vivant avec le VIH/sida et leurs approches à l'égard des soins de santé.

⁹³ 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.

⁹⁴ Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire, *Faire face au VIH/sida dans les communautés autochtones : Guide de ressources 1998*, ONRIISC, 1998, p. 69.

⁹⁵ Ontario Aboriginal Patient Advocacy Initiative, *OAPAI Manual*, 1999, à la section 10, p. 1.

⁹⁶ Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire, *supra*, note 94, p. 70. Il serait inexact d'affirmer que ces deux fonctions soient tout à fait distinctes : en effet, les herboristes peuvent avoir recours à l'aide spirituelle dans leur travail, tout comme les guérisseurs peuvent utiliser des plantes dans leurs pratiques. Nous voulons simplement montrer qu'il existe en général divers types de guérisseurs dans les nombreuses communautés autochtones.

VIH/sida dans la médecine traditionnelle. Il est intéressant de noter que, selon l'étude, le recours à la médecine traditionnelle autochtone dans le cadre des soins pour le VIH n'était pas ouvertement préconisé ou recherché sur la réserve. Le chercheur a émis l'hypothèse qu'il en était ainsi parce que les populations dans les réserves avaient appris qu'il était souvent tabou de discuter de sujets à caractère « traditionnel » à l'extérieur de la famille immédiate. Par ailleurs, les autochtones qui vivent dans les centres urbains ont souvent été coupés de leurs racines traditionnelles et avaient recours à la médecine traditionnelle autochtone pour tenter de régler des problèmes liés au VIH/sida.⁹⁷

Pourtant, relativement aux autochtones en général, en s'appuyant sur les recherches disponibles et leur expérience, Waldram et coll. affirment :

La Commission royale sur les peuples autochtones a notamment identifié le besoin pressant de retenir les services « des personnes qui peuvent [...] combiner les pratiques de santé et de guérison traditionnelles aux méthodes classiques pour créer des systèmes autochtones distincts. »

[...] il est généralement connu que certains patients autochtones voudront se faire traiter simultanément par un médecin et par un guérisseur traditionnel [...] Il est également connu que certains autochtones auront recours aux deux systèmes médicaux l'un à la suite de l'autre, demandant des traitements uniquement de l'un jusqu'à ce qu'ils atteignent un certain point subjectif d'insatisfaction, après quoi les services de l'autre sont utilisés. Dans le cas d'une maladie chronique ou problématique, cette tendance peut se répéter plusieurs fois [...] Les autochtones, comme tout le monde, veulent [...] une gamme complète de services et ne voient aucune incompatibilité à leur utilisation, sans égard à ce que pensent les divers praticiens de médecine.⁹⁸

Les autochtones vivant avec le VIH/sida demandent fréquemment l'aide de guérisseurs traditionnels, dans leur communauté. À l'instar des praticiens de la médecine conventionnelle, les guérisseurs autochtones traditionnels qui sont respectés dans leur communauté ont à cœur l'intérêt supérieur de la personne qu'ils traitent et ne s'occuperont que des aspects de sa santé qu'ils sont en mesure de traiter. Par conséquent, une bonne partie des pratiques de guérison autochtones traditionnelles destinées aux personnes vivant avec le VIH/sida visent le traitement des symptômes et la santé spirituelle.⁹⁹ Pour le traitement des symptômes, il est plus courant qu'un herboriste traite les personnes vivant avec le VIH/sida. Il pourra notamment administrer le raifort pour stimuler l'appétit, ou encore des mûres ou des framboises pour empêcher la diarrhée. Pour le bien-être spirituel et général, on a habituellement recours aux services de chamans (en se conformant au protocole admis pour entrer en rapport avec ces personnes) et des cérémonies peuvent être tenues (par exemple, l'utilisation de tentes à suer et les cérémonies de calumet).

Ces pratiques revêtent un caractère plus traditionnel. Toutefois, comme nous l'avons vu, bien que de telles pratiques de guérison aient lieu dans plusieurs communautés autochtones, il y a également une certaine intégration de la médecine conventionnelle et des pratiques de guérison autochtones. Cette intégration peut se produire de plusieurs façons :

- des pratiques de médecine conventionnelle sont introduites dans des communautés autochtones;
- des membres des communautés autochtones recherchent les services de praticiens de médecine conventionnelle à l'extérieur de la communauté;
- des non-autochtones ont recours aux pratiques de guérison traditionnelles dans les communautés autochtones;
- des guérisseurs autochtones traditionnels exercent leurs activités dans

⁹⁷ Lidot T., HIV Director, San Diego American Indian Health Center; « HIV/AIDS Services Integrated with Native Traditional Medicine for Urban vs Reservation Native Populations :What's the Difference? », 11^e Conférence internationale sur le sida (Vancouver, 1996) abrégé Th.D.5127.

⁹⁸ Waldram et coll., *supra*, note 91, p. 210.

⁹⁹ À ce sujet, voir Vanderhoef S., *supra*, note 90.

des hôpitaux conventionnels lorsque des dispositions ont été prises pour leur permettre de répondre aux besoins de santé des autochtones.

La Commission royale sur les peuples autochtones a notamment identifié le besoin pressant de retenir les services « des 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. »¹⁰⁰ Le Forum national sur la santé a également identifié le besoin de veiller à ce que les pratiques de santé soient sensibles aux besoins des autochtones et les avantages qu'il pourrait y avoir à ce que les autochtones combinent les pratiques de guérison traditionnelles et les approches contemporaines.¹⁰¹ Le Forum a reconnu qu'il y avait d'importantes lacunes dans les renseignements disponibles sur la santé des autochtones, bien que les renseignements actuellement disponibles indiquent une crise chronique de la santé dans la plupart des communautés autochtones.

Le Forum a recommandé la création d'un institut de santé pour les autochtones qui ferait la formation des professionnels de la santé autochtones, appuierait les services de santé aux niveaux régional et communautaire et assurerait un ordre du jour de la recherche en santé qui soit contrôlé par les autochtones. Cet objectif a maintenant été réalisé : en effet, l'Institut de la santé des autochtones établi au sein des Instituts de recherche en santé du Canada a pour mandat de financer et de promouvoir la recherche dans divers domaines, y compris des recherches « pour déterminer les interventions les plus efficaces pour traiter une série de besoins en santé (p. ex. : évaluation des médecines douces et non conventionnelles) » et « l'examen des questions d'éthique reliées à la recherche, aux stratégies de soins et à l'accès aux soins (p. ex. : consentement de la communauté, sensibilité à la culture). »¹⁰²

Peu de gens mettraient en doute le besoin d'effectuer des recherches plus nombreuses et plus approfondies sur la santé des autochtones. Toutefois, comme l'ont signalé Waldram et coll. :

L'étude scientifique de la guérison autochtone est contentieuse. Certains autochtones estiment que leur médecine est un don du Créateur, si bien qu'il n'est pas nécessaire d'en « prouver » l'efficacité à la lumière de principes scientifiques. Toutefois, d'autres croient qu'une étude scientifique limitée est essentielle pour faire accepter la médecine autochtone par les patients autochtones et non autochtones, par les administrateurs de soins de santé et par les organismes de financement.[trad.]¹⁰³

Quelle que soit la manière dont ce débat sera résolu, il demeure important de respecter les principes de la propriété, du contrôle et de l'accès des peuples et des communautés autochtones, à l'égard des méthodes et des résultats de recherche – en particulier les recherches sur la guérison traditionnelle. Plus particulièrement, à la lumière d'une histoire au cours de laquelle les connaissances et la culture autochtones ont souvent été accaparées et exploitées (notamment à des fins commerciales) par des non-autochtones, une des questions fondamentales auxquelles il faut s'attaquer est le rôle du droit dans la protection de la propriété intellectuelle des communautés autochtones. Cette question mérite à elle seule une analyse approfondie. Elle ne peut être examinée ici en détail, autrement que pour signaler la nécessité d'une protection efficace des connaissances traditionnelles (y compris les

Peu de gens mettraient en doute le besoin d'effectuer des recherches plus nombreuses et plus approfondies sur la santé des autochtones.

À la lumière d'une histoire au cours de laquelle les connaissances et la culture autochtones ont souvent été accaparées et exploitées par des non-autochtones, une des questions fondamentales auxquelles il faut s'attaquer est le rôle du droit dans la protection de la propriété intellectuelle des communautés autochtones.

¹⁰⁰ Rapport de la CRPA, *supra*, note 89.

¹⁰¹ Forum national sur la santé, « Le besoin d'un institut de santé pour les autochtones au Canada », dans *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier* – rapports de synthèse et documents de référence – rapport final (vol. II), février 1997 (disponible à <www.nfh.hc-sc.gc.ca>).

¹⁰² Instituts de recherche en santé du Canada – Institut de la santé des autochtones, en ligne à <www.cihr.ca/institutes/iaph> (consulté le 29 mars 2001).

¹⁰³ Waldram et coll., *supra*, note 91, p. 209.

connaissances en matière de guérison) des peuples et des communautés autochtones, en tant que question éthique de respect qui doit être traduite en mécanismes juridiques exécutoires,¹⁰⁴ et en tant que condition préalable nécessaire aux recherches efficaces et respectueuses de l'éthique, quant à l'utilisation et aux avantages des pratiques de guérison traditionnelles pour les autochtones vivant avec le VIH/sida.

¹⁰⁴ Pour une analyse de certaines de ces questions, voir Brascoupé S. et Endemann K. (auteurs), Cassidy M. et Langford J. (éds), *Propriétés intellectuelle et autochtone : Document de travail*, Industrie Canada, automne 1999 (disponible à <www.inac.gc.ca>) et les ressources qui y sont citées. Les auteurs reconnaissent que l'élaboration de mécanismes juridiques pour aider les communautés autochtones à protéger et à sauvegarder leurs connaissances traditionnelles est un projet en cours, mais soutiennent que « entre temps, le recours aux instruments juridiques existants peut faire partie d'un ensemble de stratégies destinées à aider les communautés autochtones à mieux protéger leur savoir traditionnel, à en contrôler l'utilisation et à partager les avantages découlant de ce savoir de manière à répondre aux besoins de ces communautés. » Voir également Rights & Democracy/Indigenous Women's Continental Network, *Protecting Indigenous Women's Intellectual Property*, non daté (à <www.ichrdd.ca>); Nijjar, G., *In Defence of Local Community Knowledge and Biodiversity*, Third World Network, 1996.

Recommandation 3. Principes et protocoles pour la recherche dans les communautés autochtones et avec elles

Les recherches avec les communautés autochtones et au sein de celles-ci doivent respecter les principes de la propriété, du contrôle et de l'accès à l'égard des méthodes et des résultats de recherche. Des protections juridiques adéquates et susceptibles d'être appliquées pour la propriété intellectuelle des communautés autochtones (y compris la connaissance de pratiques traditionnelles de guérison) doivent être garanties dans la conception de telles recherches. Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et les représentants des communautés autochtones doivent veiller à ce que des protocoles soient élaborés pour régir la réalisation de recherches sur la santé, avec les communautés autochtones et au sein de celles-ci, et qu'ils soient approuvés par les communautés en question avant d'amorcer de telles recherches.



Questions d'ordre éthique

Lorsque l'on traite de questions d'ordre éthique dans le contexte de la pratique des soins de santé, il est utile de porter une attention particulière à quatre principes éthiques fondamentaux et fréquemment invoqués :

- La *non-malfaisance* nous invite à ne pas faire de mal lorsque nos gestes peuvent avoir une incidence sur le bien-être ou les intérêts d'autrui.
- La *bienfaisance* nous invite à agir pour le bien d'autrui, autant que possible.
- Le *respect de l'autonomie personnelle* nous invite à respecter et à honorer les choix et les actes de personnes autonomes, agissant de leur plein gré à la lumière de renseignements qu'elles ont bien compris.
- La *justice* exige une distribution équitable des ressources, ou des possibilités d'y avoir accès, et d'une indemnisation équitable pour les torts et préjudices subis par des individus.¹⁰⁵

Dans le présent chapitre, nous appliquerons chacun de ces quatre principes dans le contexte du recours à la médecine complémentaire/parallèle. L'issue de cette analyse éthique a des implications dans trois domaines : recherche, éducation/formation et réglementation. Les principes de non-malfaisance et de bienfaisance sont étroitement liés et ont plusieurs conséquences dans le domaine de la recherche. Chacun de ces principes est donc examiné séparément, mais ils conduisent ensemble à une série de recommandations pour la recherche. Une somme importante de recherche est nécessaire pour améliorer l'éducation et la formation des professionnels des soins de santé et pour permettre des politiques réglementaires appropriées. Le principe du respect de l'autonomie personnelle conduit à des recommandations pertinentes à l'éducation pour les utilisateurs et les fournisseurs de soins de santé, en vue que l'on puisse assurer ce respect.

Nous devons nous demander si les MCP auxquelles ont le plus fréquemment recours les personnes vivant avec le VIH/sida sont à la fois sûres et efficaces et dans quelle mesure elles le sont, le cas échéant.

¹⁰⁵ Cette approche de l'éthique biomédicale fondée sur les principes est préconisée dans Beauchamp T.L. et Childress J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, quatrième édition, New York, Oxford University Press, 1994.

Plusieurs des préoccupations d'ordre éthique que nous identifions et que nous analysons ci-dessous s'appliquent également à la médecine conventionnelle.

Commentaire sur l'appréciation des risques et des avantages

En premier lieu, nous devons cependant formuler un commentaire sur la nature de l'évaluation des risques et avantages. Une analyse de la pratique médicale sur le plan éthique consiste à apprécier les avantages et les risques liés à la pratique. Dans un cas donné, nous voulons savoir si le recours actuel à une thérapie est justifié, compte tenu de certaines mesures d'impacts particuliers. Vu le recours généralisé à une grande variété de thérapies complémentaires/parallèles, nous devons nous demander si les thérapies complémentaires/parallèles auxquelles ont le plus fréquemment recours les personnes vivant avec le VIH/sida sont à la fois sûres et efficaces et dans quelle mesure elles le sont, le cas échéant. Il est de pratique courante, dans le cadre d'une analyse des risques et des avantages, de cataloguer les risques et les avantages d'une procédure médicale donnée, de comparer ces risques et avantages, puis de déterminer si les avantages l'emportent sur les risques au point de justifier le recours continu à la procédure.

Dans une analyse des risques et des avantages, les détails contextuels revêtent une importance primordiale. Par exemple, les risques accrus d'une thérapie *peuvent* être plus acceptables dans le cas d'une maladie qui est toujours fatale et pour laquelle il n'existe aucune thérapie efficace. Par ailleurs, pour une maladie qui n'est pas très grave et pour laquelle il existe une thérapie sûre et efficace, les procédures médicales qui comportent un risque très élevé, même si elles sont efficaces, ne seront probablement pas justifiées sur le plan de l'éthique. Il faut reconnaître que les risques et les avantages peuvent être évalués différemment, en fonction du point de vue (p. ex., la personne vivant avec le VIH/sida, le praticien de la thérapie conventionnelle, le praticien d'expérience de la thérapie complémentaire, etc.).

D'entrée de jeu, il est important de souligner les deux points suivants. Premièrement, plusieurs des préoccupations d'ordre éthique que nous identifions et que nous analysons ci-dessous s'appliquent également à la médecine conventionnelle. Par exemple, selon une récente étude, l'on a estimé l'incidence de réactions graves et fatales aux médicaments (conventionnels) chez des patients hospitalisés.¹⁰⁶ Les auteurs ont estimé que dans la seule année 1994, dans les hôpitaux des États-Unis, 2 216 000 personnes ont subi des réactions défavorables graves aux médicaments et que 106 000 d'entre elles en sont décédées.¹⁰⁷ En outre, une étude récente de l'Institute of Medicine de la National Academy of Science des États-Unis révèle que les erreurs médicales commises par des praticiens de la médecine conventionnelle causaient au moins 44 000 et peut-être jusqu'à 98 000 décès par année dans les hôpitaux; si l'on retient le chiffre le plus bas, il s'ensuit que le décès causé par l'erreur des médecins représente la 8^e cause de décès en importance aux États-Unis.¹⁰⁸ En faisant une extrapolation à partir des chiffres américains, Pomeranz a estimé qu'environ 10 000 personnes peuvent mourir annuellement au Canada à cause d'allergies à des médicaments et d'autres réactions à des médicaments conventionnels.¹⁰⁹ En janvier 2000, on pouvait lire, dans le *Toronto Star*, que « une étude plus récente réalisée par des chercheurs de Kingston, dans laquelle on a étudié des données de l'Ontario, a permis de conclure qu'environ 680 personnes meurent annuellement en Ontario à la suite de réactions défavorables à des médicaments conventionnels. Cela se traduit par environ 1 800 décès à l'échelle du Canada – ce qui demeure un lourd bilan. » [trad.]¹¹⁰

¹⁰⁶ Une réaction défavorable grave a été définie comme une réaction qui « nécessite l'hospitalisation, l'hospitalisation prolongée, qui cause une invalidité permanente ou qui entraîne la mort. »; Lazarou J., Pomeranz B.H. et Corey P.N., « Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279 : 1200-1205, à la p. 1201.

¹⁰⁷ Lazarou et coll., *ibid.* Cette étude est controversée et a fait l'objet de certaines critiques selon lesquelles elle exagère l'importance du problème. Pour un éditorial lié à cette question, voir Bates D.W., « Drugs and adverse drug reactions – how worried should we be? », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279 : 1216-1217.

¹⁰⁸ Kohn L., Corrigan J. et Donaldson M. (éds.), *Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, To Err is Human : Building a Safer Health System*, Washington, D.C., National Academy Press, 1999.

¹⁰⁹ Reportage paru dans Papp, *infra*, note 126, dans « Part 1 : Herbal 'cures' », *Toronto Star*, 15 janvier 2000, A1, A14-A15, à la p. A14.

¹¹⁰ *Ibid.*

Bien que l'on présume parfois à tort que toutes les thérapies de MCP sont nécessairement plus sûres parce qu'elles sont plus « naturelles » que les médicaments conventionnels, il est probable que la plupart des thérapies de MCP aient effectivement moins d'effets secondaires potentiellement graves que plusieurs médicaments conventionnels. Lorsque nous mettons en garde contre la toxicité éventuelle des MCP et des interactions éventuelles avec des médicaments conventionnels, et lorsque nous recommandons que d'autres recherches soient effectuées pour analyser ces risques, nous ne prétendons pas que les médicaments conventionnels sont nécessairement plus sûrs – et il ne faut pas croire que nous dirigeons des critiques contre les MCP en particulier à cet égard. Même si nous ne poursuivons pas la discussion sur cette question (compte tenu du thème central du présent document sur les MCP) il est important de savoir que la médecine conventionnelle peut elle-même comporter des risques importants et ne procurer que des avantages limités.

Deuxièmement, les commentaires qui suivent ont trait à la médecine complémentaire ou parallèle considérée de façon tout à fait *générale*, et nous ne tentons pas de traiter d'aborder approfondie les détails de toutes ces thérapies. Dans le texte qui suit, nous avons recours à des exemples ayant trait à des thérapies en particulier pour illustrer certains points. Toutefois, nous ne prétendons pas qu'une conclusion tirée à l'égard d'une thérapie vaille pour toutes les thérapies. Notre intention est plutôt de donner au lecteur un ensemble d'outils d'évaluation et des exemples de la manière dont ces principes éthiques sont appliqués à la pratique. Bien que nous signalions des préoccupations à l'égard de certaines thérapies à la lumière des données disponibles (p. ex. certaines préparations à base de plantes comportent des risques connus), la conclusion générale importante à tirer est que nous devons prendre au sérieux le principe de la non-malfaisance par l'examen des risques de préjudices liés au recours à la médecine complémentaire/parallèle. Pareillement, nous prenons d'autres thérapies en exemple pour démontrer l'importance, dans une évaluation, des principes éthiques de la bienfaisance, du respect de l'autonomie personnelle et de la justice.

La non-malfaisance

Le principe de la non-malfaisance nous invite à ne pas causer intentionnellement un préjudice à autrui. Il s'agit du premier principe du serment d'Hippocrate que prêtent les médecins et qui les enjoint de ne jamais avoir recours à leurs « capacités et jugements » pour « faire du mal ou causer un préjudice » à un patient.¹¹¹

Dans les discussions sur l'éthique biomédicale, un préjudice est souvent identifié comme une *atteinte aux intérêts de quelqu'un*. Un exemple suffit à illustrer ce principe : la plupart d'entre nous admettent que nous avons intérêt à demeurer en santé. Si nous nous adonnons à des pratiques qui tendent à amener un mauvais état de santé, par exemple par l'abus du tabac ou la consommation excessive d'alcool, cette façon d'agir constituerait donc une atteinte à notre intérêt à demeurer en bonne santé. Nous causerions un préjudice à nous-mêmes.

Dans ce contexte, la question est la suivante : Quels préjudices peuvent être causés aux personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles? Nous identifions deux grandes catégories de préjudices.

La première catégorie de préjudice est le *préjudice physique* et, en particulier, la mauvaise santé que peut entraîner le recours à certaines thérapies complémentaires/parallèles, seules ou en association avec un traitement

Il est important de savoir que la médecine conventionnelle peut elle-même comporter des risques importants et ne procurer que des avantages limités.

Quels préjudices peuvent être causés aux personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles?

¹¹¹ Cité dans Beauchamp et Childress, *supra*, note 105, p.189.

conventionnel. Un préjudice physique peut également se produire lorsque des gens tardent à subir ou renoncent à subir des thérapies qui sont bénéfiques en somme parce qu'ils ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles non éprouvées.

La deuxième catégorie de préjudice est celui qui résulte de l'exploitation des personnes vivant avec le VIH/sida. Nous parlons ici à la fois de l'exploitation financière causant un préjudice (p. ex. la perte de revenus) et de l'exploitation affective causant un préjudice (p. ex. le préjudice psychologique de s'être fait rouler, ou de s'être fait donner de faux espoirs). Nous discutons ces deux types de préjudices dans la présente section.

Les préjudices physiques

L'une des raisons pour lesquelles tant de gens ont recours à la médecine complémentaire/parallèle est que plusieurs de ces remèdes sont naturels – c'est-à-dire qu'ils ne sont pas fabriqués par des chimistes (p. ex. les préparations à base de plantes). Les gens peuvent donc être amenés à croire que les thérapies parallèles sont (1) nécessairement sûres ou sans danger et (2) nécessairement bénéfiques. Le « mythe de la nature bienfaisante » en vertu duquel tout ce qui est « naturel » est « sûr » et tout ce qui est « sûr » est « bénéfique » est faux et peut éventuellement être préjudiciable.¹¹² En outre, la croyance répandue au sujet des produits naturels, à savoir « si c'est bon en petite quantité, c'est meilleur en plus grande quantité » aggrave les préjudices éventuels. Par ailleurs, même ceux qui critiquent les MCP reconnaissent que « la plupart des remèdes non éprouvés à base de plantes sont probablement inoffensifs. » [trad.]¹¹³

Plusieurs thérapies complémentaires/parallèles comportent une grande variété de risques, pouvant être inoffensives lorsqu'elles sont utilisées correctement, mais très nocives si elles sont mal utilisées. Dans le présent document, nous ne tenterons pas de répertorier ces risques, puisqu'il s'agirait d'une tâche monumentale. Par exemple, puisqu'il existe environ 20 000 préparations à base de plantes seulement,¹¹⁴ il serait impossible de décrire de manière exhaustive d'éventuelles toxicités et réactions allergiques causées par les herbes ou des interactions nocives entre les herbes et les médicaments. Toutefois, sur un plan général, il y a trois façons dont une thérapie complémentaire/parallèle peut être physiquement nocive pour l'utilisateur.

Les préjudices physiques directs

Premièrement, une thérapie peut causer un préjudice direct à la personne qui y a recours. Bien entendu, plusieurs sortes de thérapies complémentaires/parallèles auxquelles ont recours les personnes vivant avec le VIH/sida ne causent pas ce type de préjudice direct. Par exemple, la prière, les techniques de visualisation (p. ex. imaginer que son système immunitaire maîtrise le VIH) ou la pensée positive générale ne peuvent causer de préjudice direct. Toutefois, d'autres thérapies comportent un risque de préjudices si elles ne sont pas bien utilisées. Si l'on prend l'exemple des médicaments à base de plantes, nous pouvons identifier un certain nombre de façons par lesquelles ils peuvent occasionner un préjudice direct.

Les réactions allergiques

Un préjudice direct peut se produire d'une façon idiosyncratique ou inattendue, par exemple lorsqu'un utilisateur a une réaction allergique à un produit à base de plantes.

¹¹² Huxtable RJ., « The myth of beneficent nature : the risks of herbal preparations », *Annals of Internal Medicine*, 1992, 117 : 165-166.

¹¹³ Angell M. et Kassirer J., « Alternative Medicine – The Risks of Untested and Unregulated Remedies », *New England Journal of Medicine*, 1998, 339 : 839-841.

¹¹⁴ Winslow L.C. et Kroll D.J., « Herbs as medicines », *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 : 2192-2199.

Toxicité et incertitude sur le plan du dosage

Un préjudice direct éventuellement plus grave peut survenir si une thérapie biologiquement active cause un effet toxique direct ou si, bien qu'elle soit sûre lorsque utilisée correctement, elle est prise à des doses excessives. Par exemple, certains médicaments à base de plantes renferment de l'arsenic ou du mercure, et des remèdes populaires comme le millepertuis, le kava, l'aloès, le henné et d'autres peuvent causer des effets secondaires dermatologiques.¹¹⁵

Il peut également y avoir des problèmes de dosage, où le préjudice causé est prévisible et dépendant de la dose. Certaines personnes peuvent utiliser une trop grande quantité de remède à base de plantes dans un court laps de temps, ou elles peuvent l'utiliser correctement, mais parce que certaines préparations peuvent être stockées dans les tissus corporels, même une ingestion chronique de bas niveau peut entraîner des expositions nocives aux composés sur une longue période. Par exemple, les champignons Shiitake, le ginseng et les plantes utilisées en médecine traditionnelle chinoise, tous fréquemment utilisés par les personnes vivant avec le VIH/sida, ont certains effets secondaires liés à leur utilisation. Les utilisateurs de ginseng peuvent souffrir de vomissements,¹¹⁶ de nausées, de diarrhée et d'hypertension,¹¹⁷ et les utilisateurs de champignons Shiitake peuvent souffrir d'inhibition de l'agrégation plaquettaire et de dermatite de contact grave (éruptions cutanées).¹¹⁸ On a signalé chez des utilisateurs de certaines plantes de médecine traditionnelle chinoise des cas de défaillance hépatique aiguë¹¹⁹ et des défaillances rénales mortelles.¹²⁰

Ce qui est peut-être plus troublant est que ces toxicités ont été signalées chez des gens qui sont, en général, en meilleure santé que les personnes vivant avec le VIH/sida. Ceci indique (1) la possibilité que de telles toxicités et allergies puissent être plus prononcées chez les personnes vivant avec le VIH/sida, et (2) que d'autres toxicités et allergies peuvent se produire chez des personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à ces thérapies. Loin d'être inoffensives, certaines thérapies complémentaires/parallèles à base de plantes ou de produits biologiques auxquelles ont recours les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent comporter des risques graves.

Qualité incertaine

Une autre façon dont les médicaments complémentaires/parallèles peuvent directement causer un préjudice à leurs utilisateurs vient du fait qu'il existe très peu de contrôles de la qualité dans les préparations de plusieurs médicaments à base de plantes couramment utilisés. Dans plusieurs cas, cette lacune vient du fait que le traitement et la fabrication des médicaments à base de plantes se font souvent en plusieurs étapes et à plusieurs emplacements. Dans la plupart des pays, les préparations à base de plantes ne font l'objet d'aucun système de surveillance et de contrôle. L'on ne peut donc pas être certain de la pureté initiale du produit.¹²¹ Ce manque de contrôle de la qualité peut avoir pour conséquences : (1) l'étiquetage inexact du contenu de la préparation à base de plantes (p. ex. une identification complètement erronée du produit ou une posologie mal étiquetée); (2) la présence dans le produit de composés toxiques que l'on retrouve dans la nature; (3) la contamination de préparations à base de plantes.

Par exemple, on a retrouvé plus d'une fois dans les remèdes à base de plantes des contaminants comme de l'aluminium, de l'arsenic, du betaméthasone (un anti-inflammatoire), du diazépam (Valium), du plomb, du mercure, de l'étain et du zinc.¹²² Dans certains cas, le produit peut, sans être contaminé, renfermer néanmoins des ingrédients nocifs. Notamment, en février 2001,

Il existe très peu de contrôles de la qualité dans les préparations de plusieurs médicaments à base de plantes couramment utilisés.

¹¹⁵ Ernst E., « Adverse effects of herbal drugs in dermatology », *British Journal of Dermatology*, 2000, 143(5) : 923-9.

¹¹⁶ Miller L.G., « Herbal medicinals : selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interactions », *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 : 2200-2211, à la p. 2203.

¹¹⁷ Winslow et Kroll, *supra*, note 114, p. 2196.

¹¹⁸ Kassler W.J., Blanc P et Greenblatt R., « The use of medicinal herbs by human immunodeficiency virus-infected patients », *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151 : 2281-2288, à la p. 2285.

¹¹⁹ Perharic L. et coll., « Toxicological problems resulting from exposure to traditional remedies and food supplements », *Drug Safety*, 1994, 11 : 284-294, à la p. 289.

¹²⁰ Ernst E., « Harmless herbs? A review of the recent literature », *American Journal of Medicine*, 1998, 104 : 170-178, à la p. 171.

¹²¹ Le gouvernement fédéral du Canada étudie actuellement cette question. Voir le site Web du Bureau des produits de santé naturels à <www.hc-sc.gc.ca> pour connaître les propositions actuellement examinées.

¹²² Ernst, *supra*, note 120, p. 175; Kassler et coll., *supra*, note 118, p. 2286.

Santé Canada a publié une mise en garde aux consommateurs de ne pas utiliser deux produits à base de plantes renfermant des composés considérés comme hautement toxiques (particulièrement pour les enfants) et dont on savait qu'ils produisaient des réactions allergiques graves et affaiblissaient le système immunitaire.¹²³

En raison d'un piètre contrôle de la qualité, il y a souvent d'énormes différences entre les concentrations de préparations à base de plantes, d'un fabricant à l'autre, et entre les lots de produits provenant du même fabricant. Vu que l'activité de plusieurs composés peut varier en fonction des conditions de culture, de l'entreposage et de la manutention du composé, et de la préparation, on a signalé que l'activité de divers produits fabriqués à partir de la même plante pouvait varier par un facteur pouvant atteindre 10 000.¹²⁴ Dans une étude, le contenu de ginsenoside a été examiné dans 50 marques commerciales de ginseng vendues dans 11 pays; dans 44 des produits, la concentration variait de 1,9% à 9% et six produits ne renfermaient aucun ginsenoside. En Allemagne, le pays souvent considéré comme le chef de file pour ce qui est des normes de contrôle de la qualité des médicaments à base de plantes, des essais effectués sur des produits commerciaux de griffe du diable ont révélé une variabilité inacceptable sur le plan de la qualité.¹²⁵

Des écarts aussi importants pour ce qui est du composé actif d'une préparation à base de plantes signifient que les étiquettes de produit peuvent souvent être trompeuses. En effet, dans un article paru récemment dans le *Toronto Star*, on pouvait lire que les essais de laboratoire effectués sur une variété de remèdes à base de plantes vendus couramment sans ordonnance dans les grandes pharmacies ou dans les magasins d'aliments naturels faisaient état d'importantes différences quant aux renseignements fournis sur les étiquettes de produit.¹²⁶ Si un produit est mal étiqueté, une personne risque de subir un préjudice même si elle suit consciencieusement le mode d'emploi.

Les préjudices causés par les interactions avec la thérapie conventionnelle

La deuxième façon générale dont un médicament complémentaire/parallèle peut causer un préjudice à quelqu'un, même s'il est inoffensif lorsque utilisé correctement seul, est par son interaction avec un médicament conventionnel produisant des résultats préjudiciables. Un bon exemple de ce phénomène est la possibilité d'interaction entre des produits à base de plantes et des médicaments conventionnels (ou également entre divers produits à base de plantes, tout comme divers médicaments conventionnels, qui peuvent interagir entre eux de façon préjudiciable).

Comme on l'a noté dans les deux grandes études sur le recours à la médecine complémentaire/parallèle dans la population générale aux États-Unis, l'utilisation de remèdes à base de plantes et de mégavitamines a augmenté de 380% et 130% respectivement au cours des sept années écoulées entre les deux études (1993 et 1998). Le risque d'interaction nocive éventuelle entre des médicaments délivrés sous ordonnance et des préparations à base de plantes ou des vitamines à forte dose a donc augmenté. Les auteurs estiment que pour cette raison, 15 millions d'adultes aux États-Unis risquent de subir des interactions éventuellement dangereuses entre des médicaments et des préparations à base de plantes ou des vitamines.¹²⁷

Puisque de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida prennent souvent une foule de médicaments conventionnels de même qu'une foule de

¹²³ Santé Canada, Mise en garde contre l'utilisation de remèdes traditionnels chinois contenant de la tricosanthe et indiqués pour les enfants, 28 février 2001 (disponible à <www.hc-sc.gc.ca>).

¹²⁴ Winslow Kroll, *supra*, note 114, p. 2194.

¹²⁵ Chrusasik S. et coll., « Zum Wirkstoffgehalt in Arzneimitteln aus Hapargophytum procumbens », *Forsch Komplementärmed*, 1996, 3 : 57-63, cité dans Ernst E., « Herbal medicines : where is the evidence? », *British Medical Journal*, 2000, 321 : 395-396.

¹²⁶ Papp L., « Special Report – Blind Trust : An Investigation Into Alternative Medicine », *Toronto Star*, 15 janvier 2000 (A1, A14-A15; 16 janvier 2000 (A1, etc.); 17 janvier 2000; 22 janvier 2000 (A1, A14-A15); 23 janvier 2000. Disponible (moyennant des frais) aux archives à <www.torstar.com>.

¹²⁷ 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, aux p. 1574-75. Des inquiétudes quant à des possibilités de préjudices post-chirurgicaux associés à des utilisations pré-chirurgicales de thérapies à base de plantes ont aussi été signalées : Ang-Lee M.K. et coll., « Herbal medicines and perioperative care », *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286 : 208-216.

médicaments parallèles biologiquement actifs, le potentiel d'interactions dangereuses entre les préparations à base de plantes ou des vitamines et les médicaments peut être grand, bien qu'il soit actuellement inconnu. Il n'y a pas assez de recherches sur ces interactions qui sont presque certainement sous-documentées, de sorte qu'il y a une lacune sur le plan de la preuve disponible quant aux interactions défavorables réelles entre diverses préparations à base de plantes ou entre des préparations à base de plantes et des médicaments. Toutefois, il existe certaines données limitées, dont certaines revêtent une importance particulière pour les personnes vivant avec le VIH/sida :¹²⁸

- Il a été documenté que le millepertuis (hypericin), largement utilisé parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, pour ses propriétés antirétrovirales et anti-dépressives présumées, inhibe l'absorption du fer et fait donc courir un risque accru aux personnes qui font de l'anémie causée par l'AZT.¹²⁹ Plus récemment, des chercheurs ont découvert que le millepertuis avait une incidence sur le métabolisme de l'inhibiteur de la protéase indinavir (Crixivan), ce qui avait pour effet de réduire de façon spectaculaire le niveau de ce médicament dans le sang, réduisant ainsi son efficacité et ayant des conséquences cliniques graves pour les patients séropositifs au VIH, notamment l'échec éventuel du traitement et l'acquisition de résistance à des médicaments.¹³⁰ Cette étude a amené la Food and Drug Administration des États-Unis¹³¹ et Santé Canada à émettre une mise en garde au public.¹³² Plus récemment encore, des chercheurs ont découvert que le millepertuis pouvait également réduire les niveaux d'un autre médicament anti-VIH, le nevirapine (Viramune).¹³³
- Des chercheurs canadiens ont recensé 12 produits chinois à base de plantes qui pouvaient avoir une incidence sur les principales enzymes humaines liées à l'élimination de médicaments dans le corps, et ont conclu que l'ingestion quotidienne recommandée de ces produits pouvait entraîner des interactions médicamenteuses importantes sur le plan clinique s'ils étaient pris simultanément avec des médicaments conventionnels, ce qui avait une incidence sur l'innocuité et l'efficacité de ces médicaments. Les chercheurs notent que cet effet peut avoir des répercussions graves pour les personnes vivant avec le VIH/sida, du fait qu'il réduisait la biodisponibilité de médicaments antirétroviraux comme cela a été démontré avec le millepertuis.¹³⁴
- Des chercheurs canadiens ont également examiné 21 extraits et teintures commerciaux à base de plantes, de même que 13 produits phytochimiques pertinents. Les chercheurs ont découvert qu'environ 75% des extraits et teintures et 50% des produits phytochimiques étudiés inhibaient de façon significative une enzyme clé métabolisant les médicaments. Les chercheurs ont mis en garde que cet effet pouvait entraîner des réactions médicamenteuses défavorables lorsque ces produits étaient pris simultanément avec des médicaments d'ordonnance métabolisés par une même enzyme, comme les inhibiteurs de protéase ritonavir, saquinavir, nelfinavir et indinavir. Parmi les extraits et les teintures à base de plantes étudiés, l'hydraste du Canada, le millepertuis et la griffe de chat étaient les produits qui inhibaient le plus l'activité enzymatique.¹³⁵
- Dans une étude réalisée à partir d'un échantillon très petit, des chercheurs américains ont découvert que le dosage chronique de suppléments à base d'ail (couramment utilisés pour baisser le taux de cholestérol chez les patients qui reçoivent des inhibiteurs de la protéase) diminuait de façon importante les concentrations de saquinavir dans le plasma, et ont recommandé aux patients d'être prudents lorsqu'ils prenaient des suppléments à

¹²⁸ Pour un résumé récent des données de recherche sur les interactions entre médicaments et produits à base de plantes, voir Fugh-Berman A., « Herb-drug interactions », *Lancet*, 2000, 355 : 134-138.

¹²⁹ Miller L.G., *supra*, note 116, p. 2205.

¹³⁰ Piscitelli S.C. et coll., « Indinavir concentrations and St John's wort », *Lancet*, 2000, 355 : 547-548. Voir également les nombreux commentaires et d'autres correspondances dans le même numéro de la revue *Lancet* sur ce sujet, avec d'abondants renvois à une variété d'études de recherche sur les interactions pharmacocinétiques intéressant le millepertuis. Disponible à <www.thelancet.com>.

¹³¹ US Food and Drug Administration (Center for Drug Evaluation and Research), *FDA Public Health Advisory : Risk of Drug Interactions with St John's Wort and Indinavir and Other Drugs*, 10 février 2000. Disponible à <www.fda.gov/cder/drug/advisory/stjwort.htm>.

¹³² Santé Canada, *Avis, Interaction médicamenteuse potentiellement dangereuse entre le millepertuis et des médicaments d'ordonnance*, 7 avril 2000 (disponible à <www.hc-sc.gc.ca>).

¹³³ de Maat M.M.R. et coll., « Drug interaction between St John's wort and nevirapine », *AIDS*, 2001, 15(3) : 420-421.

¹³⁴ Foster B.C. et coll., « Effects of Chinese Herbal Products on Cytochrome P-450 Drug Metabolism », 9^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida (Montréal, 2000) [affiche], abrégé 144P, reportage paru dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2000, 11 (supp B), 23B.

¹³⁵ Budzinski J.W. et coll., « Effect of Commercial Herbal Extracts and Tinctures on Cytochrome P450 3A4 Drug Metabolism », 9^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida (Montréal, 2000) [affiche], abrégé 145P, reportage paru dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2000, 11 (supp B), 23B.

Les systèmes d'homologation de médicaments sont la reconnaissance du fait qu'il doit exister un certain contrôle sur le type de produits qui sont mis en marché.

base d'ail en même temps que le saquinavir utilisé comme unique inhibiteur de la protéase.¹³⁶

- Certaines données indiquent que l'utilisation, à court terme du moins, de cannabinoïdes (marijuana) par les personnes vivant avec le VIH et qui ont recours aux inhibiteurs de la protéase nelfinavir ou indinavir était sans risque. Les chercheurs ont récemment publié les données d'une étude de 21 jours effectuée sur 67 personnes dont la charge virale était stable et qui suivaient un régime antirétroviral stable, randomisé pour les groupes fumant du THC, prenant des capsules ou un placebo (trois fois par jour dans tous les cas). Or, les chercheurs n'ont constaté aucun changement significatif de la charge virale ou du taux de cellules CD4 chez ces sujets. L'impact clinique à long terme (s'il en est) de l'utilisation des cannabinoïdes sur les médicaments antirétroviraux est inconnu.¹³⁷

Les préjudices indirects attribuables au « coût de renonciation »

La troisième façon dont un médicament complémentaire/parallèle peut causer des préjudices physiques est indirecte. Certaines personnes vivant avec le VIH/sida choisissent de cesser les thérapies médicales conventionnelles parce qu'elles ne peuvent en tolérer les nombreux effets secondaires. Il s'agit, bien entendu, d'un choix légitime (nous discutons cette question ci-dessous dans notre examen du principe éthique du respect de l'autonomie personnelle).¹³⁸ D'autres décident de retarder les thérapies conventionnelles (ou d'y renoncer) parce qu'elles veulent essayer des thérapies parallèles (ou s'appuyer exclusivement sur celles-ci). Ce choix comporte le risque de retarder les bienfaits que la médecine conventionnelle aurait pu leur procurer, même si la thérapie parallèle est inoffensive en soi. Par conséquent, le préjudice prend la forme d'un « coût de renonciation » – c'est-à-dire l'occasion perdue de profiter d'un traitement plus efficace. Par exemple, si quelqu'un a exclusivement recours aux thérapies parallèles, la maladie à VIH peut progresser plus rapidement jusqu'à un diagnostic de sida, auquel point les thérapies conventionnelles peuvent être moins efficaces.

Les préjudices découlant de l'exploitation

En plus de ces préjudices physiques, il y a lieu d'identifier et d'aborder les préjudices supplémentaires liés à l'exploitation financière et affective. Il y a exploitation lorsque quelqu'un profite indûment d'une autre personne. La personne qui exploite tire un avantage de l'opération exploitante, tandis que la personne exploitée se trouve dans une situation pire ou (au mieux) dans la même situation.¹³⁹

Bien que le cas d'exploitation le plus clair se produise dans une transaction entre deux particuliers, on retrouve néanmoins les éléments de l'exploitation entre ceux qui font la commercialisation et la distribution de préparations à base de plantes ou d'autres produits de santé, d'une part, et les personnes qui achètent ces produits en magasin, d'autre part. Bien entendu, le risque d'exploitation ne se limite nullement aux médecines complémentaires/parallèles. Dans tout domaine d'interaction humaine, il peut y avoir de l'exploitation et de l'abus. Par exemple, la recherche de profits financiers faramineux peut pousser certains producteurs de médicaments conventionnels à promouvoir des produits qui ne sont pas efficaces ou qui ne sont pas aussi efficaces que les produits de leurs concurrents, ou des produits qui n'ont pas fait l'objet d'essais adéquats pour en déterminer l'innocuité. Les

¹³⁶ Piscitelli S.C. et coll., « Garlic Supplements Decrease Saquinavir Plasma Concentrations », 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, (Chicago, 2001), abrégé 743.

¹³⁷ Kosel B. et coll., « The Pharmacokinetic (PK) Effects of Marijuana (THC) on Nelfinavir (NFV) and Indinavir (IDV) », 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, (Chicago, 2001) abrégé 745; Abrams D. et coll., « Short-Term Safety of Cannabinoids in HIV Patients », 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (Chicago 2001), abrégé 744.

¹³⁸ Pour les plus récentes recommandations sur la thérapie antirétrovirale, voir US Department of Health and Human Services, *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents*, 5 février 2001, disponible à <<http://www.hivatis.org>>.

¹³⁹ Pour une excellente discussion philosophique approfondie sur l'exploitation, voir Wertheimer A., *Exploitation*, Princeton, Princeton University Press, 1996.

systèmes d'homologation de médicaments sont la reconnaissance du fait qu'il doit exister un certain contrôle sur le type de produits qui sont mis en marché. Ces considérations s'appliquent également à la vente de produits de santé naturels (ou la vente de services de praticiens).

L'exploitation affective

Parce que l'espoir peut figurer parmi les principales motivations qui poussent les gens à avoir recours aux thérapies complémentaires/parallèles, les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent s'exposer à un risque en essayant des thérapies parallèles dont les bienfaits sont inconnus. L'exploitation affective peut se produire de plusieurs façons.

Le praticien malhonnête

Premièrement, une personne vivant avec le VIH/sida peut chercher à obtenir les services d'un fournisseur peu scrupuleux de thérapies complémentaires/parallèles. (Il pourrait s'agir d'un fabricant de produits ou d'un praticien de médecine conventionnelle qui essaie de profiter financièrement de patients en misant sur le fait que plusieurs produits ou pratiques complémentaires/parallèles ne sont pas réglementés.) Dans une telle transaction, il se peut que le patient soit volontairement induit en erreur quant à l'efficacité ou à l'innocuité de la thérapie complémentaire/parallèle et se retrouver ainsi avec des attentes exagérées qui seront nécessairement déçues. Dans un tel cas, nous dirions que le praticien peu scrupuleux a indûment profité de la vulnérabilité de la personne et lui a fait faire quelque chose qu'elle n'aurait pas fait si elle avait été bien informée. Même si elle n'a pas subi de préjudice physique et même si elle recouvre l'argent qu'elle a dépensé, nous dirions quand même qu'elle a été exploitée sur le plan affectif ou psychologique. Cette exploitation constitue un préjudice.

L'automédication d'après une information incomplète ou erronée

Plus fréquents que le cas du fournisseur peu scrupuleux sont les cas de personnes séropositives au VIH qui obtiennent elles-mêmes des renseignements et qui s'administrent elles-mêmes des thérapies. En effet, les données mentionnées ci-dessus révèlent que parmi les personnes qui ont recours aux MCP, plusieurs le font en s'appuyant sur peu de renseignements fiables. Il est moins probable que le patient soit mal informé et qu'il ait de faux espoirs si les renseignements sont obtenus de sources dignes de confiance. Toutefois, la prolifération de sources d'information rend le contrôle de la qualité extrêmement difficile. Plusieurs facteurs contribuent à la création de situations susceptibles de mener à l'exploitation, notamment :

- la multitude de publications imprimées et disponibles sur l'Internet;
- le fait que la plupart des thérapies complémentaires/parallèles soient non réglementées et facilement accessibles (du moins pour certains utilisateurs éventuels);
- le fait que les utilisateurs de thérapies complémentaires/parallèles se les administrent souvent eux-mêmes sans avoir consulté un professionnel.

Dans de telles situations, une mauvaise information, une information incomplète et la facilité d'obtenir certaines thérapies complémentaires/parallèles produisent ensemble une situation propice à l'exploitation. Il arrive souvent que l'on suscite sans justification des espoirs chez plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida qui peuvent ressentir le besoin « de tout essayer et d'essayer n'importe quoi » et que ces espoirs soient déçus. Dans ce cas, les producteurs, les vendeurs et les fournisseurs de thérapies ou de produits qui savent que ces

La médecine complémentaire/
parallèle est une affaire de gros
sous en Amérique du Nord.

thérapies ou produits sont inefficaces devraient être collectivement tenus responsables pour avoir causé un préjudice sous forme d'exploitation. En outre, les organismes de réglementation ont l'obligation d'empêcher ce préjudice sous forme d'exploitation en imposant des normes relatives aux renseignements à donner aux consommateurs ou à l'innocuité des produits ou des pratiques pour empêcher les gens d'avoir accès, sans être informés, à des produits ou à des pratiques au sujet desquelles on ne dispose pas de renseignements suffisants. Ces personnes ont l'obligation d'empêcher ce préjudice sous forme d'exploitation.

Le problème consistera souvent à définir ce que constitue un produit ou une pratique inefficace. Par exemple, la validité de certaines thérapies complémentaires/parallèles peut être défendue en invoquant le fait qu'elles offrent un certain bien-être spirituel ou affectif, sans prétendre qu'elles guérissent une maladie ou améliorent un état de santé. Si c'est le cas, le motif qui permettrait à la société d'intervenir pour éviter l'exploitation n'est pas si clair. Autrement dit, ce qui semble être de l'exploitation pour certains peut très bien constituer une pratique de guérison acceptable et valable pour d'autres.

L'exploitation financière

L'exploitation financière est peut-être un préjudice plus tangible : nous pouvons facilement voir en quoi le fait de se faire rouler peut être contraire à l'intérêt de quelqu'un de ne pas perdre de l'argent. Trois affaires survenues récemment aux États-Unis soulignent la nécessité de faire en sorte que les autorités fédérales de réglementation protègent les personnes vivant avec le VIH/sida contre l'exploitation financière et affective, sur le marché. En mars 1999, un tribunal de la Floride a condamné un couple sur plusieurs chefs d'accusation pour avoir vendu des générateurs d'ozone, en alléguant que leur utilisation pour oxyder les toxines du corps pouvait guérir des troubles comme la gangrène, le cancer ou le sida.¹⁴⁰ En décembre 1999, le département de la Justice des États-Unis a accusé une compagnie et son président d'avoir illégalement commercialisé des produits comme le cartilage de requin pour le traitement du cancer et un extrait de son de riz comme traitement du cancer et du VIH. Ces produits n'avaient pas été homologués pour la vente aux États-Unis puisque leur innocuité et leur efficacité n'avaient pas été démontrées.¹⁴¹ Plus récemment, en avril 2001, le président d'une compagnie de fabrication de vitamines a été accusé en rapport avec des allégations frauduleuses relativement à son produit appelé « T-Factor » (fabriqué à partir d'organes de veaux fraîchement abattus) qu'il vendait par l'Internet avec l'allégation que ce produit avait des effets anti-VIH.¹⁴²

La médecine complémentaire/parallèle est une affaire de gros sous en Amérique du Nord. Au Canada, les estimations fournies au Comité permanent de la santé indiquent que le revenu brut de l'industrie des produits de santé naturels variait entre 1,5 et 2 milliards de dollars canadiens en 1997.¹⁴³ La même source prévoit une croissance annuelle de cette industrie de 10% à 15% par année. Les auteurs de l'étude du Fraser Institute estiment que les Canadiens ont dépensé environ 3,8 milliards de dollars canadiens pour de la médecine parallèle dans le second semestre de 1996 et le premier semestre de 1997.¹⁴⁴ Aux États-Unis, on estime que les consommateurs ont dépensé 21,2 milliards de dollars US en 1997 pour des thérapies parallèles, y compris 3,3 milliards de dollars US pour des vitamines à forte dose et 5,1 milliards de dollars US pour des produits à base de plantes.¹⁴⁵

Chez les personnes vivant avec le VIH/sida, on a affirmé que les dépen-

¹⁴⁰ FDA/State AIDS Health Fraud Task Forces – Evaluating Medical Therapies, News update : Ozone Generator Sentencing, Office of Special Health Issues, avril 1999. (www.fda.gov/oashi/aids/eval.html, consulté le 5 avril 2001).

¹⁴¹ US FDA, DA takes action against firm marketing unapproved drugs : Talk paper, 10 décembre 1999 (à www.fda.gov).

¹⁴² Evans D., Ives Health President Arrested on HIV Fraud Charges, Bloomberg, 5 avril 2001.

¹⁴³ Comité permanent de la santé, *Les produits de santé naturels : Une nouvelle vision*, Ottawa, novembre 1998, chapitre 1. Disponible à www.parl.gc.ca.

¹⁴⁴ Ramsay C., Walker M. et Alexander J., *Alternative Medicine in Canada : Use and Public Attitude*, 1997. Disponible à www.fraserinstitute.ca/publications/pps/21.

¹⁴⁵ Eisenberg et coll., *supra*, note 127, p. 1573.

ses annuelles approximatives variaient entre 40 \$ US et 8 000 \$ US, avec une dépense médiane de 700 \$ US.¹⁴⁶ La dépense courante médiane constatée dans une autre étude (réalisée au début des années 1990) était de 18 \$ US par mois.¹⁴⁷ Des chiffres similaires sont constatés dans les quelques études canadiennes qui ont porté sur cette question :

- Une étude réalisée en 1995 par le l'IRCT et la SCS, dans laquelle on a enquêté auprès de 200 personnes vivant avec le VIH/sida à Toronto (185 hommes, 15 femmes) a révélé que la majorité d'entre elles avaient pour principale source de revenu des prestations d'assurance invalidité ou d'aide sociale. Une proportion considérablement plus élevée de ces répondants a signalé des symptômes liés au VIH que parmi ceux qui travaillaient (68% contre 28%). En moyenne, les répondants dépensaient de 10% à 20% de leur revenu pour des thérapies complémentaires, ce qui est très significatif, comme le signalent les auteurs, pour des personnes à revenu fixe bénéficiant de l'aide sociale.¹⁴⁸ Cette réalité est mise en relief par ailleurs dans une recherche de Kendall et coll., auprès de 49 personnes vivant avec le VIH/sida en Colombie-Britannique : la majorité des répondants avaient un revenu annuel de moins de 10 000 \$ par an et 16% d'entre eux ont indiqué dépenser entre 200 \$ et 400 \$ par mois pour des MCP, limitant dans plusieurs cas leur achat de nourriture.
- Une étude réalisée en 1996 par Meneilly et coll., chez des femmes séropositives au VIH à Vancouver, a révélé que 42% avaient recours à des thérapies complémentaires/parallèles, 75% d'entre elles dépensaient plus de 100 \$ par mois pour ces thérapies. Le revenu annuel moyen des femmes faisant l'objet de l'étude se situait dans la tranche des 10 000 \$ à 20 000 \$.¹⁴⁹
- Enfin, des données ontariennes finalisées en 1999 ont révélé que les personnes vivant avec le VIH/sida qui utilisaient des thérapies complémentaires affirmaient avoir dépensé en moyenne 85 \$ par mois (1 016 \$ annuellement). En se fondant sur ces données, les auteurs de l'étude estiment que les personnes vivant avec le VIH/sida en Ontario dépensaient à elles seules 5,5 millions de dollars annuellement pour des thérapies complémentaires.¹⁵⁰

De tels chiffres ne paraissent peut-être pas excessifs, mais les personnes vivant avec le VIH/sida sont, sur le plan collectif et général, une population qui risque de connaître le chômage ou le sous-emploi et donc un revenu plus faible. Ceci peut être attribuable à la discrimination dans l'emploi ou au fait que leur santé déclinante les empêche de travailler autant qu'avant.¹⁵¹ Dans une étude, on a constaté que la perte de revenu attribuable au fait d'avoir le VIH/sida réduisait le revenu mensuel de 75% pour un participant sur trois à l'étude.¹⁵² Dans une autre étude, on a signalé que 27% des personnes vivant avec le VIH/sida avaient des difficultés financières à payer des articles de première nécessité (p. ex. la nourriture, le logement) en raison de leur maladie.¹⁵³

Plusieurs thérapies complémentaires/parallèles (par exemple les préparations à base de plantes ou l'homéopathie) ne sont pas réglementées et il arrive souvent que ces thérapies ne soient pas couvertes par les régimes d'assurance privés ou provinciaux. Les particuliers paient donc de leur poche pour obtenir plusieurs thérapies parallèles (c.-à-d., sans l'aide d'assureurs ou d'employeurs). Compte tenu de conséquences économiques aussi évidentes, il y a lieu de s'inquiéter, sur le plan de l'éthique, si une thérapie ne se révèle pas clairement avantageuse. Comme pour l'exploitation affective, il est difficile de préciser avec exactitude la source du préjudice. Toutefois, on peut soutenir

¹⁴⁶ Anderson W. et coll., « Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS », *AIDS*, 1993, 7 : 561-566, à la p. 564.

¹⁴⁷ Kassler et coll., *supra*, note 114, p. 2282.

¹⁴⁸ IRCT et SCS, *supra*, note 56; Kendall, *supra*, note 61, p. 4 et 12-13.

¹⁴⁹ Meneilly et coll., *supra*, note 54.

¹⁵⁰ *Supra*, note 72.

¹⁵¹ La séropositivité au VIH accroît à elle seule le risque de chômage ou de sous-emploi; qui plus est, ceux qui sont déjà marginalisés socialement et financièrement tendent de façon disproportionnée à courir le risque le plus élevé de contracter le VIH au départ.

¹⁵² Massagli M.P. et coll., « Correlates of employment after AIDS Diagnosis in the Boston Health Study », *American Journal of Public Health*, 1994, 84 : 1976-1981, à la p. 1981.

¹⁵³ Kass N.E. et coll. et le Multicenter AIDS Cohort Study, « Changes in employment, insurance, and income in relation to HIV status and disease progression », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7 : 86-91, à la p. 89.

que la responsabilité d'empêcher le préjudice sous forme d'exploitation incombe en fin de compte aux organismes de réglementation.

Les incidences des préjudices éventuels sur les plans de l'éthique et de la politique

Compte tenu des divers préjudices physiques qui peuvent être associés à certaines thérapies complémentaires/parallèles, de même que des préjudices qui peuvent résulter de l'exploitation affective et financière, quelles mesures sont souhaitables, sur le plan de l'éthique, face au recours actuel à des médecines parallèles par des personnes vivant avec le VIH/sida? Nous identifierons trois sujets de préoccupation éthique.

L'obligation du praticien d'obtenir des renseignements de ses patients

Compte tenu des dangers éventuels associés à certaines thérapies complémentaires/parallèles, de leur utilisation aussi répandue et du fait qu'une proportion importante de ceux qui ont recours à la médecine complémentaire/parallèle n'en informent pas leur médecin de premier recours, le praticien de médecine conventionnelle a l'obligation déontologique de demander à ses patients s'ils ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles, dans le cadre de l'établissement systématique des antécédents médicaux et des examens de santé réguliers. « Cette mesure favoriserait une meilleure communication entre le patient et le médecin et une meilleure intégration des services de santé complémentaires aux soins prodigués aux patients » [trad.]¹⁵⁴ Certains organismes de réglementation ont établi cette obligation professionnelle. Par exemple, dans sa politique sur les thérapies complémentaires et parallèles, le College of Physicians and Surgeons of British Columbia a affirmé ce qui suit :

Les médecins doivent savoir si leurs patients ont recours à de telles thérapies, et ils doivent s'informer au sujet des remèdes parallèles de la même façon qu'ils s'informent au sujet des médicaments en vente libre. Les deux types de traitements peuvent produire une toxicité directe ou des interactions avec des médicaments pharmaceutiques ou d'autres traitements admis.[trad.]¹⁵⁵

Néanmoins, cette obligation n'est pas suffisamment reconnue. Selon une étude récente réalisée aux États-Unis, seulement 26% des médecins qui traitent des personnes vivant avec le VIH/sida discutaient du recours aux médecines parallèles avec leurs patients au moment de la première consultation; et seulement 5% d'entre eux discutaient des MCP au moment de consultations subséquentes; une étude ontarienne récente, auprès de 70 personnes vivant avec le VIH/sida, a observé qu'alors que 93% des femmes et 70% des hommes indiquaient faire usage de MCP, le médecin spécialiste du VIH n'était informé que de 37% des méthodes de MCP utilisées, et que, parmi les cas où le médecin n'était pas au courant de cet usage (soit plus de la moitié de l'échantillon), il n'avait pas posé la question au patient dans 96% des cas.¹⁵⁶ Un tel manque de communication laisse subsister un risque de préjudice au patient qui est raisonnablement prévisible pour le praticien moyen.

Il y a d'autres obligations déontologiques que doivent reconnaître les professionnels de la médecine conventionnelle. Par exemple, si les médecins veulent efficacement empêcher les personnes vivant avec le VIH/sida d'encourir un risque de préjudice, ils doivent eux-mêmes se familiariser

Le praticien de médecine conventionnelle a l'obligation déontologique de demander à ses patients s'ils ont recours à des MCP.

¹⁵⁴ 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.

¹⁵⁵ College of Physicians & Surgeons of British Columbia, « Complementary and Alternative Therapies », Policy Manual Chapter C-12, juin 1999 (disponible à <www.cpsbc.bc.ca>).

¹⁵⁶ Wynia M.K., Eisenberg D.M. et Wilson I.B., « Physician-patient communication about complementary and alternative medical therapies : a survey of physicians caring for patients with human immunodeficiency virus infection », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1999, 5 : 447-456; M Furler et coll., « Physician awareness of complementary and alternative medicine use (2001) », *supra*, note 56.

avec : (1) les thérapies complémentaires/parallèles auxquelles ont le plus souvent recours les personnes qui les consultent; (2) les risques éventuels associés à ces thérapies complémentaires/parallèles, y compris les toxicités directes et les interactions éventuellement nocives entre les thérapies; (3) les signes cliniques de toxicités et de réactions allergiques de diverses thérapies complémentaires/parallèles, de manière à pouvoir les identifier rapidement et intervenir au besoin.¹⁵⁷ Vu que le recours à la médecine complémentaire/parallèle est si répandu et qu'il augmente sans cesse, les praticiens de la médecine conventionnelle devront maintenir leurs connaissances à jour pour pouvoir empêcher ceux qui s'administrent souvent eux-mêmes des thérapies parallèles de subir un préjudice.

Chacune des ces exigences s'applique également aux praticiens de médecine complémentaire/parallèle qui doivent obtenir de leurs patients des renseignements sur les médecines conventionnelles auxquelles ils ont recours et qui doivent connaître les considérations particulières qui s'appliquent aux personnes vivant avec le VIH/sida lorsqu'elles ont recours à certaines thérapies de MCP en raison de leur infection à VIH.

Recommandation 4. Les praticiens conventionnels devraient interroger leurs patients sur leur usage de MCP

Les politiques ou les directives sur les pratiques professionnelles ayant trait aux thérapies complémentaires/parallèles élaborées par les organismes de réglementation des professionnels de la santé (p. ex., les collèges des médecins et des chirurgiens) doivent indiquer à leurs membres de s'informer sur le recours de leurs patients à la médecine complémentaire/parallèle. Les praticiens individuels doivent consciemment faire l'effort de s'informer sur le recours qu'ont leurs patients aux thérapies complémentaires/parallèles.

Recommandation 5. Les praticiens de MCP devraient interroger leurs patients sur leur usage d'autres MCP et de traitements conventionnels

Les associations de praticiens qui œuvrent dans le domaine des soins de santé complémentaires/parallèles doivent encourager leurs membres à s'informer sur le recours de leurs patients à d'autres thérapies complémentaires/parallèles et aux traitements de médecine conventionnelle. Les praticiens individuels doivent consciemment faire l'effort de s'informer sur ce recours.

Le besoin de recherches sur l'innocuité

Compte tenu de l'utilisation répandue des thérapies complémentaires/parallèles, il est impératif, sur le plan de l'éthique, que les thérapies complémentaires/parallèles les plus couramment utilisées fassent l'objet de recherches sur leur innocuité. L'État a l'obligation de protéger ses citoyens par des moyens raisonnables. Bien que l'État n'ait pas l'obligation de faire en sorte que ses citoyens vivent dans une société sans risque, il a néanmoins l'obligation de veiller à ce que les choix que font ses citoyens comportent des rapports risque-avantage raisonnables. Par exemple, la Food and Drug Administration des États-Unis et la Direction générale des produits de santé et des aliments

¹⁵⁷ Eisenberg D.M., « Advising patients who seek alternative medical therapies », *Annals of Internal Medicine*, 1997, 127 : 61-69; Wynia M.K., Eisenberg D.M., Wilson I.B., « Physician-patient communication about complementary and alternative medical therapies : a survey of physicians caring for patients with human immunodeficiency virus infection », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1999, 5(5) : 447-56.

Compte tenu de l'utilisation répandue des thérapies complémentaires/parallèles, il est impératif, sur le plan de l'éthique, que les MCP les plus couramment utilisées fassent l'objet de recherches sur leur innocuité.

Plusieurs thérapies complémentaires/parallèles ne font l'objet d'aucun contrôle de qualité; or, un tel contrôle est nécessaire pour protéger les personnes vivant avec le VIH/sida contre les préjudices.

du Canada n'ont pas l'obligation de veiller à ce que tous les médicaments homologués soient absolument sûrs (c.-à-d., sans risque) pour leurs utilisateurs; ces organismes n'ont qu'à veiller à ce que les risques et les avantages de ces médicaments soient raisonnablement équilibrés. Un élément important de ce processus est la détermination des seuils d'utilisation sans risque pour un médicament en particulier (c.-à-d. les limites supérieures de la dose sûre d'un médicament).

Dans certaines des spécialités de médecine complémentaire/parallèle les plus réglementées, comme la chiropratie, les paramètres de la pratique sans risque ont été largement établis.¹⁵⁸ Toutefois, dans le cas d'autres thérapies complémentaires/parallèles, notamment les préparations à base de plantes et les thérapies biologiques, où l'auto-administration sans consultation « professionnelle » est fréquente, il y a un manque de renseignements fiables et crédibles sur l'innocuité de ces thérapies. Des recherches sont nécessaires pour combler ce manque de renseignements et pour mieux protéger contre les préjudices ceux qui ont recours à ces thérapies. La priorité devrait être accordée à la recherche sur les MCP dont on sait qu'elles sont les plus largement utilisées par les personnes vivant avec le VIH/sida et/ou au sujet desquelles on observe des preuves d'effets secondaires connus ou potentiellement importants, y compris si elles sont utilisées en conjonction avec des traitements conventionnels pour le VIH/sida.

Le besoin de mesures de contrôle de la qualité

Plusieurs thérapies complémentaires/parallèles ne font l'objet d'aucun contrôle de qualité; or, un tel contrôle est nécessaire pour protéger les personnes vivant avec le VIH/sida contre les préjudices. Si l'on prend l'exemple des produits de santé naturels, un tel contrôle comprendrait des « bonnes pratiques de fabrication » (BPF) normalisées pour la fabrication des produits, de même que des directives en matière d'étiquetage qui indiqueraient clairement l'amplitude de la dose sûre, les contre-indications à leur utilisation, les risques, le type de bienfait auquel on peut s'attendre et la preuve de ce bienfait, entre autres éléments d'information essentiels. Le contrôle de la qualité dans le contexte des pratiques nécessite des approches différentes, plus variées (voir la discussion qui suit sur la réglementation des praticiens). Toutefois, le principe demeure le même : des mesures de contrôle de la qualité sont nécessaires pour veiller à ce que les producteurs de médecine complémentaire/parallèle soient plus responsables de leurs produits.

Option de politique : l'exemple des produits de santé naturels

Les fabricants de remèdes à base de plantes, par la promotion éthique et responsable des produits, et les organismes gouvernementaux, par l'établissement de normes réglementaires adéquates, ont l'obligation de protéger le public – et les populations vulnérables – contre les préjudices et l'exploitation indus. [trad.]¹⁵⁹

Plusieurs règlements imposent des normes d'innocuité relatives aux produits. Nous croyons que cette forme de politique revêt une importance primordiale dans le contexte de la médecine complémentaire/parallèle. Tant que l'on peut démontrer qu'une thérapie est sans risque, cela peut constituer une protection suffisante pour les personnes vivant avec le VIH/sida. L'adoption d'une politique relative aux normes d'innocuité doit comporter

¹⁵⁸ La chiropratie est devenue si prévalente et professionnalisée au 20^e siècle que certains estiment qu'il est contestable de la qualifier de pratique médicale « parallèle ». Voir Kapthuk T.J. et Eisenberg D.M., « Chiropractic : origins, controversies, and contributions », *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 : 2215-2224.

¹⁵⁹ Gold J.L., Laxer D.A., Rochon P.A., « Herbal Remedies : A Critical Perspective », *Annales du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada*, 2000, 33(8). Disponible à <rcpsc.medical.org>.

l'établissement de normes de production et de qualité (comme nous l'avons mentionné ci-dessus); des règlements sur le contenu du produit, y compris l'interdiction d'utiliser certains ingrédients en raison de leur toxicité ou du préjudice éventuel qu'ils peuvent causer à certaines catégories de consommateurs auxquelles le produit est destiné (p. ex. les enfants, ou les personnes dont le système immunitaire est compromis); et ainsi de suite. Les questions qui devront être posées en vertu de ces règlements comprendraient par exemple : Quel serait le risque de préjudice causé aux consommateurs? Existe-t-il des effets secondaires prévus, et ceux-ci sont-ils raisonnablement acceptables? Dans l'affirmative, comment en informer les consommateurs?

Une politique de protection du consommateur qui impose certaines normes d'innocuité a pour objectif la protection contre les préjudices et est donc minimalement paternaliste. Une telle politique serait donc fondée sur le principe éthique de la non-malveillance. Par ailleurs, l'imposition de normes de qualité reflète quand même l'idée que, bien que les gens puissent raisonnablement s'attendre à certaines normes minimales pour un certain produit, ils sont essentiellement libres de choisir (dans certaines limites) ce qu'ils veulent consommer ou utiliser.

Par exemple, le Comité permanent de la santé, dans le rapport final du Groupe consultatif sur les produits de santé naturels, appuie l'idée que l'innocuité devrait demeurer la préoccupation essentielle d'un nouvel organisme de réglementation des produits de santé naturels, mais il accepte l'allégation faite par plusieurs témoins selon laquelle la grande majorité des produits de santé naturels sont sûrs. Le comité permanent affirme que les ressources en réglementation devraient être consacrées surtout pour les produits moins sûrs.¹⁶⁰ Il s'agit là d'un argument important, lié à une bonne affectation de ressources limitées pour la recherche et la réglementation. Il faut que les organismes de réglementation puissent se concentrer sur ce qui est le plus susceptible de causer des préjudices.

Le Groupe consultatif recommande que pour l'évaluation de l'innocuité des produits de santé naturels, la preuve puisse être obtenue d'une variété de sources, historiques et récentes, des connaissances traditionnelles et de la science contemporaine.¹⁶¹ Bien que nous ne rejetions pas l'utilité et la valeur des connaissances historiques, nous croyons qu'il serait imprudent de trop s'appuyer sur ce type de renseignements. Des produits de santé naturels bien connus ayant une feuille de route bien établie sur le plan de l'innocuité peuvent néanmoins être nocifs lorsqu'ils sont pris en association avec des médicaments nouvellement mis au point, ou par des personnes ayant des problèmes de santé (p. ex. le VIH/sida). Des études scientifiques contemporaines sont souvent la seule manière d'évaluer adéquatement l'innocuité d'un produit de santé naturel donné dans le contexte, par exemple, du traitement conventionnel du VIH/sida. Les comptes rendus historiques et traditionnels de l'innocuité des produits peuvent être un premier indice et le fondement de recherches plus poussées.

À la lumière de ces considérations, le Groupe consultatif, dont les conclusions ont été entérinées par le Comité permanent, recommande une approche proportionnelle en matière d'innocuité. Il suggère qu'un régime d'examen soit élaboré autour des trois principes fondamentaux suivants :

- Les règlements doivent obliger que les produits respectent des normes de qualité et d'innocuité susceptibles d'atténuer considérablement le risque.
- Les produits dont les marges de sécurité sont plus basses devraient être soumis à des normes plus élevées dans le processus réglementaire.
- Les évaluations du risque des produits de santé naturels peuvent s'appuyer

Une politique de protection du consommateur qui impose certaines normes d'innocuité a pour objectif la protection contre les préjudices et est donc minimalement paternaliste.

Des produits de santé naturels bien connus ayant une feuille de route bien établie sur le plan de l'innocuité peuvent néanmoins être nocifs lorsqu'ils sont pris en association avec des médicaments nouvellement mis au point.

¹⁶⁰ Rapport final du groupe consultatif sur les produits naturels : Cadre de réglementation des produits de santé naturels, 13 mai 1998, p. 10. Ci-après appelé le « Groupe consultatif ». Disponible à <<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/herbals.html>>.

¹⁶¹ Ibid., p.10.

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Dans le présent rapport, nous emploierons l'expression « recherche sur l'efficacité » pour désigner le processus d'essai qui vise à savoir si une thérapie est efficace, c.-à-d. si elle amène le bien-être d'une personne en fonction d'une mesure d'impact particulier.

sur une variété plus large de sources de référence que les évaluations conventionnelles de médicaments pharmaceutiques.¹⁶²

La déontologie médicale veut que le patient bénéficie – ou ait une possibilité raisonnable de bénéficier – d'une thérapie ou d'une pratique donnée.

La bienfaisance

Le principe de la bienfaisance nous invite à agir pour le bien d'autrui. La déontologie médicale veut que le patient bénéficie – ou ait une possibilité raisonnable de bénéficier – d'une thérapie ou d'une pratique donnée. Bien entendu, on pourrait soutenir que l'absence de préjudice est un bienfait en soi, mais dans le présent cas, nous parlons d'un accroissement réel du bien-être de quelqu'un, plutôt que du simple fait d'éviter un préjudice, ce qu'oblige le principe de non-malveillance. Nous voulons que les thérapies disponibles (conventionnelles et non conventionnelles) soient sûres (c.-à-d. qu'elles ne causent pas de préjudice) lorsqu'elles sont utilisées à certaines fins. Toutefois, nous voulons également qu'elles soient efficaces dans l'accroissement du bien-être de leurs utilisateurs (c.-à-d., bénéfiques) lorsqu'elles sont utilisées à certaines fins.¹⁶³

Les difficultés liées à l'évaluation des bienfaits des MCP

À l'instar de la médecine conventionnelle, certaines thérapies complémentaires/parallèles comportent des risques plus ou moins graves. Sur le plan de l'éthique, nous devons nous demander si ces risques sont adéquatement compensés par des bienfaits connus ou raisonnablement anticipés. Deux facteurs font en sorte qu'il est difficile de répondre à cette question.

Les problèmes liés aux données existantes

Il existe peu de données « scientifiques » fiables

Comme l'ont souligné deux experts canadiens dans le domaine, dans leur proposition pour la création d'un bureau national de recherche sur les soins de santé complémentaires et parallèles :

La raison la plus fréquemment invoquée par ceux qui s'opposent à l'intégration des MCP à la pratique conventionnelle est que les pratiques de MCP ne sont pas fondées sur des résultats cliniques et scientifiques. Cette perception n'est pas tout à fait exacte; il existe des données fiables provenant d'essais cliniques portant sur certaines thérapies de MCP et cette base de connaissances s'accroît rapidement. Toutefois, le nombre cumulatif d'essais cliniques est modeste et, pour le moment, la demande des consommateurs a dépassé les preuves claires d'efficacité et d'innocuité pour plusieurs thérapies de MCP.[trad.]¹⁶⁴

On a également soutenu que l'hostilité persistante de plusieurs professionnels de la santé conventionnels à l'égard de nombreuses thérapies complémentaires/parallèles constitue un obstacle supplémentaire à la publication de recherches dans ce domaine (particulièrement des recherches qui donnent lieu à des résultats positifs) dans les revues médicales « conventionnelles », et qu'un parti pris conscient ou inconscient de la part des chercheurs médicaux conventionnels nuit à la médecine complémentaire/parallèle. Par exemple, des chercheurs britanniques et allemands ont récemment publié les résultats d'un essai randomisé et contrôlé contre placebo, quant au biais possible à l'encontre des thérapies non conventionnelles de la part d'experts qui collaborent à l'examen de pairs pour la publication d'études dans des revues médicales orthodoxes. Ils ont constaté un degré élevé de biais des examinateurs contre la publication d'études sur des thérapies non conven-

¹⁶⁴ Best A. et Balon J., « Design for a Canadian Office for Complementary and Alternative Health Care : A White Paper for the Interim Governing Committee of the Canadian Institutes of Health Research », 20 décembre 1999, p. 6, citant Beyerstein B.L., « Alternative Medicine : Where's the Evidence? », *La revue canadienne de santé publique*, 1997, 88(3) : 149-50; Barnes J. et coll., « Articles on Complementary Medicine in the Mainstream Medical Literature : An Investigation of MEDLINE, 1966 through 1996 », *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159(15) : 1721-1725.

tionnelles dans les circonstances à l'étude. Ils ont conclu que ce parti pris négatif ne créait pas un obstacle insurmontable à la publication des conclusions d'étude, mais que les auteurs de tels articles sur des thérapies non conventionnelles étaient en situation de désavantage.^{164bis} Cette situation place les consommateurs et les praticiens de ces thérapies dans une impasse : sans recherches publiées, le domaine manque de « légitimité » aux yeux de plusieurs praticiens conventionnels (et de bailleurs de fonds et décideurs); toutefois, le parti pris contre les thérapies complémentaires/parallèles, selon lequel elles seraient « non scientifiques », et donc illégitimes, ne favorise pas la publication de recherches dans ce domaine.

Dans le cas de plusieurs thérapies complémentaires/parallèles, il est difficile de répondre à la question « Est-ce efficace? », parce qu'il existe peu de données fiables et de haute qualité, surtout sous forme d'études sur échantillons aléatoires et contrôlés. Généralement, la plupart des comptes rendus de thérapies complémentaires/parallèles *très efficaces* tendent à être anecdotiques. Par conséquent (et parce que dans le cas de certaines MCP, la thérapie est, de par sa nature, individualisée), ces comptes rendus ne sont pas assez fiables pour servir de fondement à un traitement généralisé et n'ont que peu de poids pour soutenir des allégations généralisées d'efficacité. Par exemple, dans un témoignage devant un sous-comité des National Institutes of Health des États-Unis, on a signalé que six médecins utilisant l'ozonothérapie (qui, prétend-on, détruit sélectivement les virus anaérobies comme le VIH, tout en laissant intactes les cellules saines) avaient collectivement amené plus de 300 patients atteints de sida à redevenir séronégatifs.¹⁶⁵ Aucune preuve ne corrobore d'allégations anecdotiques aussi spectaculaires.

Il existe toutefois des études scientifiques qui tendent à étayer des allégations modestes en faveur de certaines thérapies complémentaires/parallèles (p. ex. l'acupuncture pour la douleur chronique, l'homéopathie pour divers maux et la chiropratie pour la douleur lombaire), pour lesquelles des études sur échantillons aléatoires et contrôlés et des méta-analyses ont été effectuées et indiquent une preuve non concluante d'efficacité.¹⁶⁶ Dans certains domaines, les recherches sont plus prometteuses.

Par exemple, en 1997, les National Institutes of Health des États-Unis ont produit un « Consensus Statement » sur l'acupuncture, fondé sur une enquête bibliographique poussée et des délibérations qui ont duré plusieurs jours, par des experts de nombreuses disciplines, lors d'une conférence regroupant plus de 1 200 participants. Le consensus était que, même si plusieurs études donnaient lieu à des résultats équivoques en raison de facteurs comme la conception de l'essai ou la taille de l'échantillon, des résultats prometteurs avaient été constatés, indiquant l'efficacité de l'acupuncture pour le traitement de la nausée chez les adultes qui ont subi des interventions chirurgicales et la chimiothérapie et pour traiter la douleur dentaire postchirurgicale. Les NIH ont également conclu que, pour plusieurs troubles (p. ex. la toxicomanie, les maux de tête, les crampes menstruelles, la fibromyalgie, la douleur lombaire, le syndrome du tunnel carpien, etc.), l'acupuncture pouvait être un traitement complémentaire utile, une solution de rechange acceptable ou incorporée dans un programme global de traitement. Les NIH ont affirmé que des recherches plus poussées permettraient vraisemblablement de découvrir d'autres domaines dans lesquels l'acupuncture pourrait être utile.¹⁶⁷ Plus récemment, certaines données ont indiqué des résultats positifs dans l'utilisation de l'acupuncture pour traiter l'accoutumance à la cocaïne.¹⁶⁸

Pour le VIH/sida et les pathologies qui lui sont liées, les données systématiques et fiables sont limitées. Par exemple :

^{164bis} Resch K.L., Ernst E., Garrow J., « A randomized controlled study of reviewer bias against an unconventional therapy », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2000, 93 : 164-167.

¹⁶⁵ McCabe E., « Ozone therapies for AIDS », *AIDS Patient Care*, 1992 : 254-255.

¹⁶⁶ Ernst E., « Complementary medicine – is it effective and safe? », *Drug Information Journal*, 1999, 33 : 291-295.

¹⁶⁷ NIH, *Acupuncture, Consensus Statements*, 1997, 15(5) : 1-34. Disponible à <odp.od.nih.gov>. Également résumé dans « Acupuncture », *Journal of the American Medical Association*, 1999, 280 : 1518-1524.

¹⁶⁸ Avants S.K. et coll., « A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence », *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160(15) : 2305-2312.

- Un récent essai clinique randomisé de l'acupuncture, comparé à l'amitriptyline et contrôlé contre placebo, pour le soulagement de la douleur causée par la neuropathie périphérique liée au VIH, a démontré que ni l'acupuncture ni l'amitriptyline n'était plus efficace que le placebo pour le soulager la douleur.¹⁶⁹ Toutefois, dans une petite étude portant sur 21 hommes et femmes séropositifs au VIH qui se plaignaient de troubles du sommeil mesurés objectivement, la qualité du sommeil s'était améliorée de façon considérable après cinq semaines d'acupuncture individualisée pratiquée dans un cadre collectif.¹⁷⁰
- Une étude du millepertuis (hypericin) comme agent antirétroviral chez des adultes séropositifs au VIH a produit une toxicité significative (16 des 30 participants se sont retirés de l'étude en raison de réactions défavorables) et aucune activité antirétrovirale n'a été démontrée chez ceux qui pouvaient tolérer la préparation à base de plantes.¹⁷¹
- Une étude pilote effectuée avec une préparation chinoise à base de plantes, standardisée, en comparaison avec un placebo, pour le traitement de symptômes liés au VIH/sida, n'a pas permis d'observer de différences importantes entre les deux groupes à l'étude, dans le soulagement de symptômes.¹⁷² (Encore, il convient de mentionner ici qu'une étude canadienne récente a soulevé des préoccupations quant à de possibles effets néfastes de plusieurs traitements chinois à base de plantes qui sont fréquemment utilisés, pour les personnes qui prennent aussi des médicaments anti-VIH conventionnels, en raison d'une inhibition d'activité enzymatique.¹⁷³)
- En revanche, des chercheurs de la Harvard School of Public Health ont signalé un certain nombre d'études qui indiquent qu'un traitement au moyen de vitamines a un effet protecteur contre la progression de la maladie et contre la transmission verticale du VIH de la mère au fœtus.¹⁷⁴

De toute évidence, l'on ne devrait pas blâmer *toutes* les médecines parallèles en nous fondant sur l'inefficacité de *quelques-unes*. Toutefois, les résultats piétres ou peu convaincants dans certaines des études susmentionnées illustrent clairement la nécessité de faire des recherches sur l'efficacité de telles médecines.

Données sur la satisfaction des utilisateurs

L'examen de la satisfaction des utilisateurs de MCP offre souvent un tout autre portrait. Indépendamment d'une évaluation objective (p. ex. charge virale, taux de cellules CD4, allègement de symptômes) de l'amélioration ou non de l'état de santé du patient, plusieurs se sentent mieux parce qu'ils utilisent des MCP. Parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, plusieurs utilisateurs de MCP se considèrent investis de pouvoir et d'autonomie, du fait d'avoir pris en mains leur santé et leurs soins – par le fait même, ils cessent d'être des récepteurs passifs des thérapies administrées par un médecin, et ils orchestrent activement leurs soins de santé en s'éduquant et, de fait, en se traitant de leur propre chef. Ce phénomène est considéré comme l'une des principales raisons de l'utilisation de MCP. Que ce soit ou ne soit pas toujours une bonne approche est une autre question (comme l'a laissé entendre notre discussion précédente à propos des risques de l'automédication). Le fait demeure, cependant, que l'auto-habilitation est un aspect fréquemment noté à propos de l'usage de MCP et l'on ne devrait pas y fermer les yeux lorsque l'on évalue les bienfaits de cet usage.

¹⁶⁹ Shlay J.C. et coll. for the Terry Bein Community Programs for Clinical Research on AIDS, « Acupuncture and amitriptyline for pain due to HIV-related peripheral neuropathy », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1590-1595.

¹⁷⁰ Phillips K.D., Skelton W.D., « Effects of individualized acupuncture on sleep quality in HIVdisease », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2001, 12(1) : 27-39.

¹⁷¹ Gulick R.M. et coll. for the AIDS Clinical Trial Group 150 and 258 Protocol Teams, « Phase I studies of hypericin, the active compound in St. John's Wort, as an antiretroviral agent in HIV-infected adults », *Annals of Internal Medicine*, 1999, 130 : 510-514.

¹⁷² Burack J.H. et coll., « Pilot randomized controlled trial of Chinese herbal treatment for HIV-associated symptoms », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996, 12 : 386-393.

¹⁷³ Foster B.C. et coll., « Effects of Chinese Herbal Products on Cytochrome P-450 Drug Metabolism », 9^e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH (Montréal, 2000), [présentation par affiche], abrégé 144P, rapporté dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2000, 11(Suppl B) : 23B.

¹⁷⁴ Fawzi W.W., Hunter D.J., « Vitamins in HIV disease progression and vertical transmission », *Epidemiology*, 1998 : 457.

Par ailleurs, on a observé que les taux de satisfaction générale à l'égard des MCP étaient comparables à ceux liés à des médecines conventionnelles contre le VIH/sida,¹⁷⁵ bien que (comme on s'en doute) les thérapies parallèles associées à des effets secondaires plus importants (millepertuis, algue turquoise, pau d'arco, ou L-lysine, p. ex.) obtiennent des taux de satisfaction très inférieurs à ceux exprimés pour les médecines parallèles qui ont moins d'effets indésirables.¹⁷⁶

Commentaire

L'utilisation de la majorité des MCP par des personnes vivant avec le VIH/sida demeure inusitée, du strict point de vue d'une « efficacité biologique » scientifiquement mesurable, puisque dans plusieurs cas il ne semble exister aucune donnée fiable à l'effet que ces thérapies aident à atteindre les objectifs thérapeutiques d'ordre biologique pour lesquels elles sont souvent utilisées. De plus, certaines MCP ont des effets secondaires dont l'importance peut aller de « légèrement irritants » à « graves ».

D'un point de vue plus large, incluant des facteurs non biologiques comme le sentiment général de bien-être, on peut comprendre clairement pourquoi tant de personnes vivant avec le VIH/sida utilisent des MCP. Par conséquent, le processus d'évaluation devrait tenir compte du fait que, du moins parmi les thérapies inoffensives (ou celles qui ne comportent qu'un risque minimal de préjudice), le bien-être psychologique de l'utilisation de MCP peut à lui seul justifier cette utilisation, même en l'absence d'une efficacité strictement biologique.

Problèmes méthodologiques

Des chercheurs qui ont examiné les articles de type « essai clinique » à propos de MCP, recensés dans la base de données MEDLINE pendant la période de 30 ans entre 1966 et 1996, ont constaté que :

depuis 30 ans, l'intérêt et la sensibilisation à l'égard des médecines complémentaires, parmi les professionnels des soins de santé orthodoxes, ont augmenté. L'augmentation du nombre et de la proportion des rapports d'essais cliniques indique un volume croissant d'activités de recherche originale à propos des médecines complémentaires et elle porte à croire que l'approche fondée sur des données progresse, au sein de cette discipline. Le nombre cumulé d'articles de type « essai clinique » est toutefois peu élevé et des recherches originales et de grande qualité sont nécessaires.¹⁷⁷

Sans égard au type, au nombre ou à la combinaison d'interventions concernées, les personnes qui utilisent des MCP le font généralement dans l'espoir que cela améliore leur état physique. Pour que cela se réalise, les thérapies doivent être efficaces. Or, les techniques appliquées dans le cadre des recherches cliniques sur les approches biomédicales conventionnelles sont conçues pour déterminer si une intervention est efficace ou non, et si elle a l'effet escompté. Toutefois, certaines différences entre les thérapies conventionnelles et non conventionnelles sont considérées par plusieurs comme des facteurs qui rendent difficile de déterminer l'efficacité de MCP au moyen de méthodes scientifiques conventionnelles. En conséquence, des problèmes de méthodologie dans l'évaluation des MCP peuvent expliquer (en partie) les problèmes et le manque de constance observés dans les données actuelles à propos de l'efficacité de plusieurs thérapies alternatives.

¹⁷⁵ CRIT/SCS, *supra*, note 56; Kendall, *supra*, note 61, p. 6; Langewitz W. et coll., « The integration of alternative treatment modalities in HIV infection – the patient's perspective », *Journal of Psychosomatic Research*, 1994, 38 : 687-693; Anderson W. et coll., *supra*, note 63. Notons que ces deux études ont été effectuées avant l'avènement des inhibiteurs de la protéase; les thérapies médicamenteuses associatives comprenant des inhibiteurs de la protéase ont des effets anti-VIH plus importants, chez bon nombre de personnes vivant avec le VIH/sida, mais des effets secondaires plus importants aussi – ce qui a récemment conduit des experts à recommander une approche plus prudente dans l'utilisation de ces combinaisons antirétrovirales, vue la réévaluation du rapport risque/bénéfice.

¹⁷⁶ Anderson W. et coll., *supra*, note 63, p. 564.

¹⁷⁷ Barnes et coll., *supra*, note 164.

Disparité des mécanismes ou des cadres de référence

À titre d'exemple, comme susmentionné, certaines MCP s'appuient sur un mécanisme causal et/ou cadre explicatif qui diffère de ceux utilisés en biomédecine conventionnelle. Il est possible qu'elles ne procèdent pas d'un mécanisme compréhensible ou explicable en termes scientifiques conventionnels. Par exemple, le fait que l'acupuncture conduise à des résultats cliniques est bien documenté dans le cas de certaines maladies ou conditions.¹⁷⁸ Cependant, les raisons et les mécanismes de son fonctionnement sont loin d'être clairs en termes médicaux conventionnels. L'acupuncture procède – et tire son sens – du cadre explicatif de la médecine chinoise traditionnelle, qui diffère remarquablement de la biomédecine occidentale à plusieurs égards.

L'homéopathie offre un exemple légèrement différent. Certaines études ont révélé des cas où, en tant que groupe, divers types de traitements homéopathiques semblent plus efficaces que des placebos. Pourtant, les mécanismes exacts pour lesquels il en est ainsi, dans les cas particuliers, sont loin d'être compris en des termes ou concepts acceptés dans le cadre scientifique conventionnel.¹⁷⁹

Interventions holistiques et individualisées

Plusieurs thérapies conventionnelles sont des interventions distinctes qui n'opèrent que sur la dimension physique de la personne et qui sont soumises à des recherches et applications standardisées. En revanche, certaines MCP (mais pas toutes) sont considérées comme plus « holistiques », de trois manières. Premièrement, plutôt que de constituer des interventions isolées, certaines sont des choix plus complets d'habitudes de vie qui impliquent plusieurs activités liées à la santé. Deuxièmement, on croit souvent qu'elles agissent sur l'esprit, dont on présume qu'il influence ensuite le corps de certaines manières (inexpliquées); cela peut être difficile à mesurer objectivement. Troisièmement, il se peut que des MCP soient holistiques en ce qu'elles « traitent » la personne dans son ensemble, plutôt que de se concentrer sur un seul aspect (habituellement le physique) : « Les traitements de MCP peuvent aussi diverger de la médecine conventionnelle parce qu'elles sont conçues en fonction de l'individu; ainsi, il se peut qu'un patient dont les symptômes et plaintes sont identiques à ceux d'un second reçoive des traitements complètement différents. »¹⁸⁰

On imagine que des différences comme celles-là rendent difficile (voire impossible en certains cas) d'évaluer les thérapies de MCP par les mêmes moyens qu'utilisent les scientifiques pour évaluer les thérapies conventionnelles – où la recherche est conçue pour isoler autant que possible l'effet mesurable et explicable qu'une certaine thérapie peut avoir sur certains mécanismes du corps.

Certains chercheurs sont d'avis que la médecine complémentaire et parallèle nécessite de développer des méthodologies alternatives de recherche et que l'essai clinique randomisé (ECR), qui est actuellement l'étalon d'or pour la recherche médicale conventionnelle, ne sera pas approprié dans tous les cas. Par exemple, est-il possible de procéder à un traitement d'acupuncture en respectant un paramètre de double insu? Quel serait le placebo approprié et éthique, aux côtés d'un traitement chiropratique? D'autres soutiennent que les méthodes établies, y compris les ECR, sont bien satisfaisantes pour la majorité des questions de recherche. D'autres encore soulignent que plu-

¹⁷⁸ NIH Consensus Statement, *supra*, note 167.

¹⁷⁹ Buckman R., Lewith G., « What does homoeopathy do – and how? », *British Medical Journal*, 1994, 309 : 103-106. Voir aussi Eskinazi D., « Homeopathy re-visited – is homeopathy compatible with biomedical observations? », *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159 : 1981-1987.

¹⁸⁰ Milbank Memorial Fund, *Enhancing the Accountability of Alternative Medicine*, New York, Milbank Memorial Fund, 1998.

sieurs MCP prennent racine dans d'autres époques et cultures et font appel à des critères de diagnostic et de traitement qui diffèrent considérablement de ceux qu'épouse la biomédecine occidentale. Par conséquent, les essais cliniques pourraient par inadvertance être biaisés par un échantillonnage inadéquat des patients, par des variations entre la formation ou l'expérience des praticiens impliqués, et/ou par des protocoles de traitement qui seraient trop rigides et ne pourraient accommoder le traitement individualisé qui est un fondement de tant de pratiques de MCP.¹⁸¹

Le présent document ne vise pas à déterminer quelles MCP pourraient être évaluées par des moyens scientifiques conventionnels, ni quelles méthodologies alternatives pourraient être appropriées à l'évaluation de certaines autres. Cependant, quelques considérations générales devraient éclairer l'élaboration d'une approche de recherche sur les MCP.

Premièrement, bien qu'elles soient nombreuses, les différences entre les MCP et la médecine conventionnelle ne devraient pas être prises pour acquises, ni exagérées, ni utilisées comme des excuses pour éviter de comparer les deux sphères. Par exemple, il serait faux de prétendre que toutes les MCP ont une approche plus holistique à l'égard de la santé. Certaines thérapies alternatives s'intègrent dans une approche plus holistique des soins de santé, d'autres non. Dans chaque cas, les chercheurs doivent se familiariser étroitement avec les détails de la thérapie alternative qu'ils envisagent d'évaluer. Diverses thérapies et approches complémentaires ou parallèles de santé pourront viser des buts différents et requérir par conséquent des méthodes d'évaluation différentes. Pour certaines, il conviendra d'avoir recours aux mêmes moyens d'évaluation que pour la médecine conventionnelle; d'autres s'y prêtent moins bien, en raison de différences de méthodes ou de buts. De plus, certaines formes de MCP peuvent être soumises à des modes d'évaluation similaires, puisqu'elles visent le même résultat clinique et/ou fonctionnent à un certain point dans le même cadre de référence.

Deuxièmement, bien que les pratiques de soins de santé puissent exploiter des paradigmes (i.e. des cadres explicatifs) différents, il n'en découle pas nécessairement un désaccord sur les résultats visés. Malgré les possibles difficultés de comprendre la logique inhérente à une autre pratique, on peut s'entendre sur le fait que le bien-être physique et/ou émotionnel est le but ultime des deux formes de thérapie. Ce terrain d'entente peut permettre une certaine uniformité dans l'évaluation, en plaçant le point de mire sur les résultats chez le patient. Les praticiens et chercheurs de domaines complémentaires/parallèles qui utilisent des méthodes conventionnelles devraient être capables de discuter de points communs et de différences, et ils devraient examiner des manières possibles de procéder à des recherches.

La hiérarchie des preuves d'efficacité considère les essais contrôlés et randomisés comme l'étalon d'or. Cependant, la plupart des interventions, conventionnelles et complémentaires, n'ont jamais été soumises à des essais contrôlés et randomisés de bonne qualité. Par ailleurs, il se peut que de tels essais ne soient pas la meilleure manière d'évaluer l'efficacité des thérapies complémentaires. L'approche réductionniste de l'essai contrôlé et randomisé peut ne pas permettre d'observer l'effet holistique qui est central à la philosophie de la plupart des thérapies complémentaires. De plus, les effets [thérapeutiques] sont souvent si évidents, les effets secondaires peuvent être si rares et si légers, et la durée

Les différences entre les MCP et la médecine conventionnelle, quoique nombreuses, ne devraient pas être prises pour acquises, ni exagérées.

La plupart des interventions, conventionnelles et complémentaires, n'ont jamais été soumises à des essais contrôlés et randomisés de bonne qualité.

¹⁸¹ Best et coll., *supra*, note 164, citant Vickers A., « Methodological issues in complementary and alternative medicine research: a personal reflection on 10 years of debate in the United Kingdom », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1996, 2(4) : 515-524 (en faveur d'une méthodologie alternative); Levin J.S. et coll., « Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine: a methodological manifesto », *Medical Care*, 1997, 35(11) : 1079-1094 (en faveur des méthodologies établies); Hammerschlag R.J., « Methodological and ethical issues in clinical trials of acupuncture », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1998, 4(2) : 159-171 (mettant en question l'à-propos d'essais cliniques pour plusieurs MCP). Voir aussi Jacobson J.S. et coll., « Research on complementary therapies for cancer: issues and methodological considerations », *Journal of the American Medical Women's Association*, 1999, 54(4) : 177-181.

À n'en pas douter, d'autres recherches sont nécessaires dans le domaine des médecines complémentaires; mais il n'est pas dans le meilleur intérêt des patients que l'accès à ces thérapies soit bloqué jusqu'à ce que toutes les données soient disponibles.

de l'effet est si variable, même après une exposition unique, que des études observatoires suffiraient peut-être à démontrer un bienfait. Sinon, alors des essais contrôlés et randomisés qui comparent des traitements complets, ou des ensembles de soins, plutôt qu'un traitement distinct, pourraient être une approche préférable. Cela permettrait d'inclure les choses qui comptent pour les patients, plutôt que seulement celles qui comptent pour les chercheurs.¹⁸²

Troisièmement, lorsque l'on évalue une pratique, il doit y avoir une compréhension claire du but visé. Il serait insensé, par exemple, de comparer l'efficacité clinique d'une pratique de guérison spirituelle avec une chimiothérapie pour le cancer si la pratique spirituelle vise une certaine forme de bien-être holistique et ne prétend pas guérir le cancer. Autrement dit, il est crucial d'énoncer à *quel égard* une pratique est efficace ou non. Afin qu'un intervenant du domaine de la réglementation chargé d'assurer un contrôle de qualité et des normes minimales puisse évaluer les prétentions avancées par des fabricants ou des praticiens, les buts spécifiques des divers produits ou pratiques doivent être pris en considération.

En outre, règle générale, les MCP et la médecine conventionnelle ne devraient pas être soumises à des modes d'évaluation et de contrôle complètement différents, si les deux prétendent être axés sur le bien-être et la santé des individus. Mais on doit se garder de partialité ou de faire deux poids deux mesures, comme l'a mentionné l'Association of Complementary Physicians of British Columbia :

Souvent, lorsque des essais cliniques multiples sont effectués, les résultats sont discordants, mais cela n'empêche pas que le traitement étudié continue d'être utilisé dans la pratique clinique. Une bonne part des traitements conventionnels ne sont pas basés sur des résultats définitifs d'essais cliniques, mais plutôt sur un consensus entre médecins expérimentés dans un certain domaine. N'accepter rien d'autre que les essais cliniques, comme preuve d'efficacité d'une thérapie non conventionnelle, c'est établir une double norme, qui est dangereuse et qui limite l'accès à des thérapies relativement sécuritaires. Il existe d'autres formes de recherche scientifiques et il est nécessaire de les inclure dans l'évaluation des thérapies complémentaires. [...] À n'en pas douter, d'autres recherches sont nécessaires dans le domaine des médecines complémentaires; mais il n'est pas dans le meilleur intérêt des patients que l'accès à ces thérapies soit bloqué jusqu'à ce que toutes les données soient disponibles.¹⁸³

Des essais cliniques randomisés peuvent certainement être conçus, en tant que méthode de recherche, pour s'appliquer à l'étude de diverses MCP. De tels essais pourraient prendre la forme de ce que des chercheurs du US NCCAM appellent des études à spectre complet, examinant l'ensemble d'un système de médecine traditionnelle plutôt que de chercher à isoler une seule modalité qui en fait partie.¹⁸⁴ En contrepartie, lorsque cela est approprié, la recherche pourrait se concentrer sur une modalité spécifique pour traiter une certaine maladie. Des articles récents indiquent aussi que d'autres méthodes de recherche, comme des études observatoires, peuvent dans certains cas être conçues pour générer des conclusions d'étude comparables à celles d'essais cliniques contrôlés et randomisés.¹⁸⁵

¹⁸² Smith I., « Commissioning complementary medicine » [éditorial], *British Medical Journal*, 1995, 310 : 1151-1152 [références omises].

¹⁸³ Association of Complementary Physicians of British Columbia, *supra*, note 9, p. 3.

¹⁸⁴ Nahin R.L., Straus S.E., « Research into complementary and alternative medicine: problems and potential », *British Medical Journal*, 2001, 322 : 161-164.

¹⁸⁵ *Ibid.*; Concato J. et coll., « Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs », *New England Journal of Medicine*, 2000, 342 : 1887-1892; Benson K., Hartz A., « A comparison of observational studies and randomized, controlled clinical trials », *New England Journal of Medicine*, 2000, 342 : 1878-1886.

La conception de protocoles de recherche propices à une information fiable est un défi de premier ordre, dans l'élaboration de mécanismes de réglementation adéquats; compte tenu de l'importance cruciale de données fiables afin d'informer les politiques, ce défi exige une attention urgente de la part des chercheurs et des bailleurs de fonds pour la recherche.

Implications éthiques du principe de bienfaisance

Plusieurs MCP sont utilisées même si leur efficacité n'est pas encore prouvée (ou même si l'on a démontré qu'elles n'étaient pas efficaces). Le principe de bienfaisance conduit à deux conclusions d'ordre éthique.

Devoir éthique d'étudier l'efficacité des diverses MCP

Sans argent, il n'y aura pas de recherche. Sans recherche, nous serons incapables de découvrir si la médecine complémentaire et parallèle fait plus de bien que de tort. Or, c'est la question centrale pour déterminer son rôle dans les soins de santé de l'avenir. Il n'est pas possible de donner des réponses simples ou de faire de grandes généralisations. Chacune des nombreuses techniques doit être évaluée séparément et d'après ses mérites. Certaines formes de MCP sont sécuritaires, mais d'autres ne le sont pas; certaines sont efficaces, mais d'autres ne sont peut-être que des placebos.¹⁸⁶

La situation actuelle de « libre marché », pour la plupart des MCP, où le consommateur doit être prudent, est très problématique en raison des inconnues quant à leur innocuité et à leur efficacité. Puisque le recours à des MCP est si répandu, il est impératif que les chercheurs et les autorités de réglementation voient à évaluer leur efficacité. Sans données fiables, les praticiens des approches conventionnelles et complémentaires/parallèles ne disposent d'aucune base solide pour suggérer des traitements. Les utilisateurs ne peuvent pas exercer leur droit moral (et légal) de prendre des décisions éclairées quant à leurs soins. À l'heure actuelle, la tâche d'éprouver l'efficacité (et l'innocuité) de ces thérapies est reléguée principalement aux personnes vivant avec le VIH/sida et aux autres utilisateurs qui se prêtent, en somme, à une auto-expérimentation.

On devrait par conséquent reconnaître, dans les milieux de la science et de la réglementation, le devoir éthique de produire des données sur l'efficacité des MCP les plus utilisées. Des chercheurs devraient amorcer des études sur l'efficacité des thérapies au sujet desquelles on observe :

- des indications préliminaires encourageantes et fiables sur le plan de l'efficacité;
- des indications anecdotiques constantes sur le plan de l'efficacité; et/ou
- des indications d'un usage répandu parmi les personnes vivant avec le VIH/sida.

Opter pour un excès de prudence

Un second élément touche à l'analyse risques/bienfaits, en général. Comme susmentionné, certaines MCP ont des effets néfastes qui ne sont pas adéquatement compensés par leurs bienfaits. Cependant, comme on l'a signalé, les données disponibles à propos de l'innocuité et de l'efficacité sont rares et souvent de qualité médiocre. Nous devons nous interroger, en conséquence, sur le bien-fondé de discréditer les indications (souvent anecdotiques) d'une efficacité de certaines MCP d'une part, alors que l'on accueille favorablement les rapports qui font état de toxicités d'une médecine parallèle.

On devrait reconnaître, dans les milieux de la science et de la réglementation, le devoir éthique de produire des données sur l'efficacité des MCP les plus utilisées.

¹⁸⁶ Ernst E., « The role of complementary and alternative medicine », *British Medical Journal*, 2000, 321 : 1133-1135, à la p. 1134.

Le gouvernement fédéral est en voie de reconnaître, dans la loi, une nouvelle catégorie intermédiaire, les « produits de santé naturels », ni « aliments », ni « médicaments ».

En général, dans l'évaluation de n'importe quel traitement (conventionnel ou non), il est souhaitable d'adopter un point de vue plus prudent, dans l'analyse des risques/bienfaits, voire de pêcher par excès de prudence. Le premier élément à aborder devrait toujours être d'assurer que les thérapies utilisées sont sécuritaires. Une fois établie l'innocuité, la deuxième tâche est de voir si ces thérapies sont efficaces. C'est la position qui prévaut dans l'évaluation des médicaments conventionnels. La première phase d'essai vise à établir l'innocuité de la dose, avec un échantillon de petite taille, et l'on ne devrait procéder à un essai plus vaste qu'après avoir tiré des données sur l'efficacité. Cette approche s'explique par la nécessité de réduire ou d'éviter les préjudices – et par le fait que des dommages sont souvent irréversibles, c.-à-d. qu'il n'est pas possible de retourner à l'état de santé préalable.

En raison du peu de fiabilité et de constance d'une grande partie des données actuelles sur l'efficacité des MCP, les chercheurs, fabricants et fournisseurs devraient reconnaître leur devoir éthique de procéder à des recherches à ce chapitre. Puisque les fabricants de produits pharmaceutiques ne sont pas susceptibles de s'intéresser à payer cette recherche, des fonds supplémentaires devraient être accordés à cette fin par les bailleurs de fonds publics et d'autres sources d'argent (p. ex. les fabricants de produits de santé) devraient être envisagées.

Incidence sur les politiques

L'approche conventionnelle à l'égard des produits médicamenteux consiste en un étroit système de contrôle préalable à la mise en marché, suivi d'une certaine surveillance post-commercialisation. En vertu de ce système, les produits médicamenteux doivent être approuvés par une instance de réglementation (p. ex. la Direction générale des produits de santé et des aliments, à Santé Canada) *avant* qu'on ne puisse les mettre en marché, habituellement après avoir rencontré des exigences strictes pour démontrer leur innocuité et leur efficacité. Une fois mis en marché, ces produits sont soumis à un mécanisme de contrôle post-commercialisation, qui oblige les fabricants à signaler toute réaction négative au médicament. (La question de savoir si les mécanismes canadiens actuels d'évaluation préalable et de surveillance ultérieure sont adéquats demeure un objet de débat continu.)¹⁸⁷

Les agences de réglementation peuvent aussi être impliquées activement dans des tests post-commercialisation d'un produit, sur les plans de la qualité et de l'innocuité. Lorsqu'il s'agit de « produits alimentaires », les agences de réglementation exigent rarement une approbation pré-commercialisation de tous les produits, mais elles effectueront des contrôles au hasard ou de manière plus systématique parmi les aliments sur le marché. (Elles peuvent aussi interdire l'usage de certains produits dans les aliments ou déterminer un niveau maximal d'un certain ingrédient. Des règlements établissent, par exemple, le seuil maximal de résidu de pesticides dans les aliments.)

Cela démontre l'importance que peuvent revêtir les définitions des produits de santé naturels, dans un système de réglementation. Si un certain produit de santé naturel est considéré comme un médicament, il sera généralement soumis à des tests et à des exigences pré-approbation plus stricts que s'il était considéré comme un aliment. Par conséquent, on pourrait envisager l'option de politique consistant en une approbation pré-commercialisation et un contrôle post-commercialisation dans le cas des thérapies qui sont présentées comme ayant une efficacité (i.e. considérer ces dernières comme des médicaments). Dans le cas de thérapies qui n'ont pas de préten-

¹⁸⁷ Par exemple, voir Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *A Pilot Test to Determine the Most Effective Methods of Collecting Information in a Post-Approval Surveillance System of Anti-HIV Treatments*, décembre 1999; Mintzes B., « Les médicaments prennent-ils notre santé à cœur? Évaluer les risques inhérents aux médicaments après leur mise en marché : une priorité », D.E.S. Action Canada, mars 1999 (<http://www.web.net/~desact/francais/legisl/4safe.html>); et la reconnaissance, dans un récent éditorial du *Journal de l'AMC*, que « Même des grandes entreprises pharmaceutiques, qui disposent de ressources extraordinaires et de compétences scientifiques traditionnelles abondantes, et qui procèdent à des évaluations détaillées de la sûreté à court terme avant la commercialisation, affichent un bilan douteux lorsqu'il est question de surveillance, après la commercialisation, d'effets secondaires graves mais rares », dans « La Direction des produits de santé naturels : un peu de scepticisme naturel », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001 : 164(5) : 613, à <http://www.cma.ca/cmaj/vol-164/issue-5/0615.htm>.

tions d'efficacité, il pourrait être suffisant de confirmer leur innocuité (i.e. les considérer plutôt comme des aliments).

Le gouvernement fédéral est en voie de reconnaître, dans la loi, une nouvelle catégorie intermédiaire, les « produits de santé naturels », qui ne seraient considérés ni comme des « aliments », ni comme des « médicaments ». Le Bureau des produits de santé naturels de Santé Canada développe une proposition de cadre réglementaire qui tient compte de certains types de considérations abordées ici, en reliant le degré de rigueur de l'examen pré-commercialisation aux données disponibles sur l'innocuité du produit et à son efficacité si le fabricant/vendeur souhaite y afficher des allégations de bienfaits pour la santé. Quant à la surveillance post-commercialisation des produits de santé naturels, où le principal point de mire est l'innocuité, il n'y a pas lieu qu'elle soit moins étroite que celle des produits qui sont légalement considérés comme des « médicaments ».

Incidence des principes de non-malfaisance et de bienfaisance : recommandations

La discussion qui précède a examiné les conséquences des principes de non-malfaisance et de bienfaisance. Certaines recommandations ont déjà été formulées quant à la nécessité que les praticiens connaissent l'usage de MCP que font leurs patients. La considération simultanée de ces deux principes d'éthique conduit à formuler d'autres recommandations d'action pour la recherche, l'éducation et la réglementation en matière de MCP.

Recommandation 6. Un programme de recherche sur les MCP et le VIH/sida

Les Instituts canadiens de recherche en santé, le Bureau des produits de santé naturels, d'autres agences de financement de la recherche sur les soins de santé ainsi que Santé Canada devraient participer (ou continuer de participer) à l'élaboration, à la mise en œuvre et au financement d'un programme pour la recherche sur l'innocuité et l'efficacité des médecines complémentaires/parallèles, dans le cadre des soins de santé pour le VIH/sida (tant par des produits naturels que par d'autres moyens). Les démarches d'élaboration et de mise en œuvre d'un tel programme devraient impliquer activement des personnes vivant avec le VIH/sida en tant que patients/utilisateurs, des intervenants au service de ces personnes (y compris des fournisseurs de soins conventionnels et complémentaires/parallèles) ainsi que des responsables gouvernementaux dont les mandats sont pertinents à ce dossier (p. ex. le BPSN lorsqu'il s'agit de produits de santé naturels).

Recommandation 7. Soutien d'un Centre d'excellence en recherche sur les MCP

Santé Canada, les ministères provinciaux de la santé, les Instituts canadiens de recherche en santé, le Bureau des produits de santé naturels et les agences qui financent la recherche sur les soins de santé devraient examiner de plus près la possibilité de développer et de soutenir un institut « virtuel » ou un centre d'excellence en recherche sur les soins de santé complémentaires/parallèles (pour la recherche à propos de produits naturels et d'autres approches complémentaires/parallèles).

Recommandation 8. Priorités de la recherche sur les MCP et le VIH/sida

Dans le financement de recherches en matière de médecines complémentaires/parallèles, les agences de financement de la recherche sur les soins de santé devraient accorder priorité aux recherches sur l'innocuité et l'efficacité des thérapies complémentaires/parallèles au sujet desquelles il existe :

- (a) des indications préliminaires encourageantes quant à l'efficacité;
- (b) des indications anecdotiques constantes quant à l'efficacité;
- (c) des indications d'un usage répandu parmi les personnes vivant avec le VIH/sida; et/ou
- (d) des indications d'effets nocifs, connus ou potentiels, notamment lorsque utilisés en conjonction avec des traitements conventionnels pour le VIH/sida.

Recommandation 9. Noyau d'experts pour l'examen des propositions de recherche

Les agences de financement de la recherche sur les soins de santé devraient créer un noyau d'experts individuels adéquatement formés dans divers domaines de thérapies complémentaires/parallèles, qui pourraient faire bénéficier de leur expertise les panels ou comités mandatés d'examiner les demandes de financement pour des recherches.

Recommandation 10. Développement des compétences en recherche parmi les praticiens de MCP

Santé Canada, les ministères provinciaux de la santé et les agences qui financent la recherche sur les soins de santé devraient octroyer des fonds pour le développement des compétences en recherche, parmi les praticiens des thérapies complémentaires/parallèles, afin de générer des recherches plus abondantes et de meilleure qualité, quant à l'innocuité et à l'efficacité de thérapies complémentaires/parallèles; et les écoles et les initiatives de formation en matière de médecines complémentaires/parallèles doivent intégrer dans leurs programmes l'acquisition de ces compétences en recherche.

Recommandation 11. Recherche communautaire sur les MCP

Santé Canada et les agences qui financent la recherche sur les soins de santé devraient voir à ce qu'au moins une partie des fonds qu'ils consacrent à la recherche sur les thérapies complémentaires/parallèles pour le VIH/sida soit octroyée à des projets de recherche communautaire. Puisque les thérapies complémentaires/parallèles les plus courantes (ou les informations à leur sujet) sont possiblement utilisées par une part importante de personnes vivant avec le VIH/sida par l'entremise d'organismes communautaires, cette voie de recherche pourrait convenir particulièrement à la recherche dans au moins certains des

domaines susmentionnés. De plus, une telle approche permet de contourner la résistance qui persiste, dans les milieux plus institutionnalisés, à l'idée d'effectuer des recherches sur les médecines complémentaires/parallèles. Cette approche va aussi dans le sens d'une philosophie axée sur une implication active des patients/utilisateurs dans les décisions de soins et traitements communes à plusieurs individus séropositifs et aux utilisateurs de médecines complémentaires/parallèles, en général.

Recommandation 12. Stimuler l'intérêt des chercheurs sur le VIH à l'endroit de la recherche sur les MCP

L'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV) et des organisations similaires, aux paliers régional ou provincial, devraient stimuler l'intérêt de leurs membres à l'égard de la recherche sur les thérapies complémentaires/parallèles en tant que composante des soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Respect de l'autonomie personnelle

Notre discussion a porté jusqu'ici en grande partie sur la protection des personnes vivant avec le VIH/sida contre les préjudices et le non-bénéfice potentiels de certaines MCP. Une telle attitude à l'endroit d'adultes compétents pourra sembler paternaliste à d'aucuns. Nous devons par conséquent expliquer la tension pouvant résulter des rapports entre les principes de non-malfaisance et de bienfaisance, d'une part, et le principe du respect de l'autonomie personnelle, d'autre part; cette tension est évidente dans l'opinion suivante, exprimée dans un éditorial publié dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* : « Même si nous nous réjouissons de l'application des règlements sur les aliments et drogues au secteur nébuleux des produits naturels, nous ne pouvons nous empêcher de nous poser la question suivante : la salubrité et l'efficacité, c'est une chose, mais depuis quand la "diversité philosophique et culturelle" garantit-elle l'une ou l'autre? »¹⁸⁸ Il faut en outre considérer le pourquoi de cette tension qui est si prononcée dans le cas des personnes vivant avec le VIH/sida qui utilisent des thérapies non conventionnelles.

Le principe du respect de l'autonomie personnelle nécessite que l'on respecte les choix et actes des individus aptes qui agissent selon leur volonté et avec une compréhension suffisante de l'information disponible qui est pertinente à leur décision. De toute évidence, on pourrait discourir longuement sur le sens approprié à accorder à « apte », « volonté » et « compréhension » (sans parler des moyens de déterminer ce qui est « pertinent »).¹⁸⁹ Mais notre propos ne requiert qu'une compréhension de ces termes au sens habituel. Ainsi,

- « apte » équivaut à dire « sain d'esprit »;
- « volonté » signifie sans contrainte interne (p. ex. des compulsions) ou contrainte extérieure (p. ex. des pressions coercitives); et
- « compréhension » signifie que l'information pertinente a été rassemblée et adéquatement assimilée.

De telles conditions sont satisfaites dans la majeure partie des cas de personnes vivant avec le VIH/sida (lorsqu'il ne s'agit pas de personnes mineures¹⁹⁰ et qu'elles ne sont pas aux prises avec des incapacités de fonctions mentales associées au VIH ou à d'autres facteurs). Les décisions prises et les actes

¹⁸⁸ Voir JAMC, *ibid.*

¹⁸⁹ Pour les détails, voir Beauchamp et Childress, *supra*, note 105, au ch. 3.

¹⁹⁰ Pour une discussion du droit canadien au regard des personnes mineures et de la prise de décision médicale, voir Gilmour J., « Minors », dans Downie J., Caulfield T. (éd.), *Canadian Health Law and Policy*, Toronto, Butterworths, 1999, p. 179-215; Elliott R., « Test du VIH et traitements d'enfants », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) : 1, 3-9.

posés devraient être respectés en tant que libre expression de la volonté d'une personne autonome, à moins de motifs de croire que cette décision n'est pas complètement volontaire ou qu'elle a été prise en situation de mauvaise information.

L'information est un préalable à une réelle autonomie

Le respect des actions autonomes des gens revêt une importance particulière pour les personnes vivant avec le VIH/sida, puisque l'auto-administration répandue de MCP dans cette population s'avère souvent une réappropriation de la responsabilité personnelle et une habilitation, sur le plan de la promotion et du maintien de la santé. Partant de ce point de vue, d'aucuns avancent qu'un usage sans restriction des thérapies parallèles devrait être permis : la préoccupation au sujet des risques et les doutes quant aux bienfaits de plusieurs MCP ne devrait pas revêtir autant d'importance, à condition que les personnes vivant avec le VIH/sida prennent des décisions aptes et volontaires en présence d'une compréhension suffisante de l'information disponible.

C'est précisément là que réside le problème. Pour que nous puissions respecter l'autonomie personnelle, des efforts raisonnables doivent être faits pour assurer que les personnes vivant avec le VIH/sida disposent d'information fiable et véridique à propos des risques et bienfaits potentiels des MCP. La recherche sur ces aspects est dictée non seulement par les principes de non-malfaisance et de bienfaisance, mais aussi par la valeur que nous accordons au respect de l'autonomie personnelle. L'argument voulant que l'on donne un accès sans restriction à toute thérapie (conventionnelle ou non) au nom du respect de l'autonomie individuelle est affaibli, lorsque l'autonomie même de cette personne est minée par un manque d'information nécessaire à une décision éclairée.

Difficulté de l'argument en faveur d'une « autonomie sans entrave »

Un point de vue souvent exprimé dans des communautés associées au VIH (ou à d'autres maladies graves) est celui d'une « autonomie sans entrave ». Selon ce point de vue, lorsque l'on est aux prises avec des maladies dites « catastrophiques » (comme un cancer en phase terminale, ou le sida), la personne malade a le droit, souvent appelé « droit catastrophique »,¹⁹¹ d'avoir recours à n'importe quelle pratique de guérison, pour peu qu'elle agisse de manière autonome, c'est-à-dire qu'elle soit apte et qu'elle agisse volontairement et en toute compréhension de l'information pertinente.

C'est le principe du respect de l'autonomie personnelle, poussé à son aboutissement logique, qui justifierait un recours sans entrave à toute thérapie, sans égard aux risques élevés, connus ou non, qui pourraient s'y associer. Dans le domaine de la médecine conventionnelle, cet argument a été invoqué pour exiger l'accès à de nouveaux traitements prometteurs qui n'avaient pas encore été validés par des essais cliniques. Dans le contexte des MCP, la reconnaissance de ce principe signifierait qu'il ne devrait y avoir aucune contrainte à l'accès à quelque thérapie que ce soit.

Cependant, certains sont d'avis que la notion de « droit catastrophique » n'est pas reconnue comme concept légal et que l'esprit d'aucun système de réglementation pour l'approbation de médicaments ne peut être concilié avec la vision extrême d'un tel droit.¹⁹² De fait, bien que des programmes d'accès spécial aient été mis au point pour permettre à des individus en phase terminale d'une maladie d'obtenir l'accès à des médicaments qui ne sont pas légalement disponibles pour la vente au Canada, le fait même d'avoir

¹⁹¹ Voir Dixon J., *Catastrophic Rights: Experimental Drugs & AIDS*, Vancouver, New Star Books, 1990; et 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.

¹⁹² Voir 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; Lemmens T., « Accès aux médicaments de recherche », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1997, 3(2/3) : 1, 43-46.

adopté une procédure exceptionnelle constitue une affirmation du principe général qu'il incombe aux agences de réglementation une responsabilité générale de voir à l'innocuité des produits.

Une intervention paternaliste en est une qui fait entrave au choix d'autrui afin de le protéger d'un préjudice. La justification offerte invoque le bien-être accru de la personne qui subit l'interférence. Dans le contexte qui nous occupe, le paternalisme signifierait limiter les choix des personnes vivant avec le VIH/sida dans l'intérêt de prévenir des préjudices – elles n'ont alors peut-être pas la possibilité d'utiliser toutes les thérapies complémentaires/parallèles qu'elles désirent.

Comment justifier un tel paternalisme? Ceux qui sont en faveur de restrictions paternalistes à l'autonomie soutiendront généralement que l'autonomie est un idéal et que les gens sont soumis à plusieurs influences qui affectent leur autonomie. Il faut d'abord reconnaître qu'à l'heure actuelle l'infection à VIH est incurable et souvent associée à des symptômes débilissants et à des maladies fatales. Par ailleurs, de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida s'auto-administrent des MCP ou ont accès à des pratiques de ces domaines sans l'avis de médecins conventionnels. En certains cas, le recours à de telles thérapies peut découler d'information erronée ou incomplète, vu notamment le manque de données sur leur innocuité et de leur efficacité. L'anxiété et le désespoir peuvent souvent s'installer parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, lorsqu'elles bénéficient peu des thérapies conventionnelles et que leur santé se détériore. Cela pourrait conduire à un recours peu sélectif à certaines MCP (qui échappent dans plusieurs cas à tout mécanisme de réglementation et de contrôle de qualité) et entraîner des conséquences néfastes, aux niveaux émotionnel, financier et physique, sans pour autant s'accompagner de bienfaits. Mais le désespoir qui peut pousser une personne à avoir recours à des thérapies potentiellement néfastes et inefficaces peut constituer en même temps une limite interne à la volonté.

Comme l'a fait remarquer Freedman dans sa discussion sur l'accès à des thérapies non validées pour le VIH/sida, même lorsqu'une personne vivant avec le VIH/sida « est dans un état où l'on ne peut l'aider, elle n'est pas pour autant à l'abri des préjudices [...] Le décès d'une personne atteinte de sida n'est pas imminent au point qu'il ne puisse être accéléré par un traitement inopportun; pas plus que la maladie soit si atroce que la qualité de vie [...] ne puisse être détériorée davantage par un traitement inapproprié ».¹⁹³ Bien que les thérapies pharmaceutiques non validées auxquelles Freedman faisait référence s'accompagnaient d'effets toxiques plus importants, l'idée d'ensemble est pertinente à la présente discussion : même si une personne vivant avec le VIH/sida peut être parfois au désespoir parce qu'à court d'options de traitement, on ne peut pas conclure qu'elle soit pour autant à l'abri de méfaits. Les situations de maladies dites catastrophiques requièrent des soins spéciaux, en ce sens que des traitements prometteurs, y compris de MCP, devraient être rendus disponibles aussi tôt que cela est raisonnablement possible. Les programmes d'accès spécial sont une mesure adéquate; la société peut accepter d'offrir aux personnes en phase terminale d'une maladie mortelle l'option de prendre de plus grands risques. Cependant, le fait d'avoir une maladie en phase terminale augmente aussi la vulnérabilité à l'exploitation fondée sur la création de faux espoirs. Or, un risque plus grand ne saurait être justifié qu'en présence d'une plus grande probabilité de bienfait. Les normes élémentaires de la sécurité ne devraient pas être laissées pour compte.

C'est ce type de raisonnement qu'a suivi la Cour suprême des États-Unis dans l'affaire peu récente de *US v Rutherford*, où des patients atteints de

Même lorsqu'une personne vivant avec le VIH/sida « est dans un état où l'on ne peut l'aider, elle n'est pas pour autant à l'abri des préjudices ».

Le fait d'avoir une maladie en phase terminale augmente aussi la vulnérabilité à l'exploitation fondée sur la création de faux espoirs.

¹⁹³ Freedman B. et McGill/Boston Research Group, *Nonvalidated therapies and HIV disease*, Hastings Center Report, 1989, 19 : 14-20, à la p. 16.

cancer en phase terminale et leurs conjoints ont tenté d'obtenir une injonction pour empêcher le gouvernement américain d'entraver le transport inter-état et la vente de Laetrile, un médicament qui n'était pas approuvé pour la distribution en vertu de la loi des É.-U. La cour a rejeté la tentative de ces personnes de préserver leur accès au Laetrile, en statuant que :

Pour des personnes en phase terminale, comme pour quiconque, un médicament est non sécuritaire si son potentiel d'infliger la mort ou des dommages physiques n'est pas contrebalancé par la possibilité d'un bienfait thérapeutique [...] Même des individus qui sont malades à un point critique peuvent avoir une rémission inattendue et peuvent réagir à des traitements conventionnels. Par conséquent, comme l'a conclu le Commissaire [de la Food and Drug Administration], le fait d'exempter [le Laetrile] de la Loi sur les médicaments sans en avoir démontré l'efficacité dans le traitement du cancer entraînerait des décès et des souffrances autrement évitables, parmi [...] des patients considérés « en phase terminale » et qui pourraient en fait bénéficier d'une thérapie légitime. [...] Le fait d'accepter la proposition selon laquelle les normes d'innocuité et d'efficacité de la Loi ne sont pas pertinentes au cas de patients en phase terminale équivaudrait à nier l'autorité du Commissaire quant à tous les médicaments, sans égard à la toxicité ou à la futilité, lorsqu'il s'agit de tels patients. Si l'on peut se fier à l'histoire, ce nouveau marché ne serait pas longtemps laissé pour compte. Depuis le tournant de ce siècle, des entrepreneurs astucieux annoncent toute une gamme de remèdes contre le cancer, prétendument simples et inoffensifs. [...] L'expérience historique indique pourquoi le Congrès a pu décider de protéger les personnes en phase terminale autant que les autres patients, contre la panoplie de panacées maison que des esprits créatifs peuvent concocter. Nous notons par ailleurs que [cette conclusion] n'exclut pas *a priori* tout recours à des médicaments expérimentaux contre le cancer par des patients chez lesquels les thérapies conventionnelles ne fonctionnent pas. [La Loi] exempte des médicaments des critères d'approbation préalables à la mise en marché uniquement à des fins de recherche, s'ils ont satisfait à certains critères de tests pré-cliniques et d'autres types.¹⁹⁴

Cependant, d'autres tribunaux ont adopté une approche moins paternaliste. Par exemple, dans l'affaire *Schneider v Revici*, dans laquelle une femme atteinte d'un cancer du sein poursuivait un médecin pour l'avoir traitée avec des méthodes « non toxiques » et non effractives comme le sélénium et des modifications de diète, la US Court of Appeals, 2^e Circuit, a conclu ainsi :

Nous ne voyons aucune raison de ne pas permettre à une patiente de prendre une décision éclairée d'opter pour des méthodes médicales autres que celles qui sont approuvées, dans sa recherche d'un traitement non conventionnel. Bien qu'une patiente devrait être encouragée à voir à sa sécurité, nous considérons qu'une décision éclairée de ne pas opter pour une chirurgie et pour la chimiothérapie conventionnelle relève du droit de la patiente de « déterminer ce que l'on fera à son propre corps ».¹⁹⁵

¹⁹⁴ *United States v Rutherford*, 442 US 544, 99 SCt 2470; 61 LEd 2nd 68 (1979).

¹⁹⁵ *Schneider v Revici*, 817 F2d 987 (2nd Cir 1987); [1987] CA2-QL 414 (QL), citant également *Schloendorff v Society of the New York Hospital*, 211 NY 125 (1914).

La cour a adopté la même approche dans une autre affaire, quelques années plus tard, impliquant le même médecin. Dans l'affaire *Boyle v Revici*, la cour a souligné de nouveau que, bien que les patients devraient être incités à la prudence, ils ont le droit de faire le choix éclairé « d'assumer ouvertement le risque de faute professionnelle et d'éliminer la responsabilité du médecin de traiter son patient selon les normes reconnues par la communauté médicale ».¹⁹⁶ Dans une autre affaire américaine plus récente, *Charrell v Gonzalez*, une patiente a décidé de ne pas subir les traitements conventionnels de chimiothérapie et de médecine nucléaire, pour son cancer, et de suivre plutôt la diète alternative de son praticien. Lorsqu'elle a intenté des poursuites contre lui, le jury a déclaré la patiente partiellement responsable de ses propres préjudices et il a réparti la responsabilité comme suit : 51% au praticien et 49% à la patiente. Le jury a considéré que cette dernière avait implicitement assumé une partie du risque de préjudice en décidant d'opter pour une thérapie alternative. La Cour suprême de l'État de New York a confirmé que ce jugement avait été raisonnable.¹⁹⁷

Une différence importante s'observe et explique possiblement les approches différentes adoptées entre l'affaire *Rutherford*, d'une part, et les affaires *Revici* et *Charrell*, d'autre part. Dans *Rutherford*, les patients tentaient d'empêcher le gouvernement d'exercer son pouvoir de réglementation d'une manière qui entraverait leur accès à une thérapie non éprouvée (et inefficace, comme on l'a vu par la suite) qui n'avait pas été approuvée pour la vente. On touchait ainsi directement à la question d'équilibre approprié entre les principes de non-malfaisance, de bienfaisance et de respect de l'autonomie, dans la réglementation gouvernementale en matière de produits de santé. En revanche, les affaires *Revici* et *Charrell* ne concernaient pas la question du rôle du gouvernement dans la réglementation des produits de santé dans l'intérêt public, mais plutôt la question de savoir si une personne informée et autonome dans son action peut décider de contourner les méthodes médicales approuvées et de chercher un traitement complémentaire ou parallèle.

L'acceptabilité d'une intervention paternaliste devrait dépendre du degré de risque et reposer sur une analyse minutieuse du bienfait potentiel et du niveau de connaissance des risques et bienfaits possibles, parmi les utilisateurs de MCP. Comme l'a affirmé Cohen, un expert américain reconnu dans le domaine des aspects légaux des MCP :

L'approche paternaliste ne mesure le bien-être du patient que d'après le modèle biomédical. Il définit, juge et résout les dilemmes médicaux en adoptant les opinions d'experts biomédicaux, de lointains experts en assurance, de juges et d'autres parties – qui se fondent sur des critères soi-disant objectifs, tels certains niveaux d'acceptation, des formes de documentation ou des jugements quant à la nécessité médicale. [...] L'approche paternaliste prend pour acquis que les patients sont des enfants à charge, sur lesquels on ne peut pas se fier pour faire les bons choix en matière de santé. [...] Les soins de santé intégrés confient au patient une responsabilité plus élevée, pour la prévention et ses soins personnels. [...] Le cadre légal [pour les soins de santé intégrés] protégera une telle liberté en reconnaissant que le choix du traitement et la responsabilité de son propre corps, au bout du compte, relèvent de l'individu et non de l'État.

Un paternalisme léger protège les personnes contre des conduites principalement involontaires, comme des actes d'un toxicomane,

¹⁹⁶ *Boyle v Revici*, 961 F.2d 1060 (2nd Cir 1992); [1992] CA2-QL-476 (QL).

¹⁹⁷ *Charrell v Gonzalez*, 660 NYS.2d 665 (1997, Sup Ct), conf. [1998] NY-QL 3146 (App Div) (QL).

Une exigence éthique minimale est que l'étiquette du produit donne une information correcte, pour aider le consommateur à faire un choix éclairé.

alors qu'un paternalisme fort enfreint le choix éclairé, volontaire et autonome. Un paternalisme fort n'est justifié qu'en présence des conditions suivantes : (1) le patient est devant un risque d'important préjudice évitable; (2) l'action paternaliste prévient probablement ce préjudice; (3) le bénéfice envisagé par l'action paternaliste, pour le patient, l'emporte sur le risque lié à cette même action; et (4) la possibilité qui limite le moins l'autonomie et qui permettra d'atteindre le bénéfice et d'éviter le risque est celle que l'on choisit. Au regard de ces conditions, plusieurs thérapies complémentaires et parallèles, comme la chiropratique, la massothérapie et les préparations homéopathiques très diluées, sont généralement sécuritaires et non toxiques, lorsque fournies selon des paramètres professionnels appropriés, et en comparaison avec des traitements conventionnels correspondants. Empêcher ou limiter le choix volontaire et éclairé des patients, en particulier de patients atteints de maladie en phase terminale, d'avoir recours à de telles thérapies est un moyen très restrictif de protéger ces patients contre des choix thérapeutiques auxquels l'orthodoxie médicale est opposée. Des formulaires clairs de consentement éclairé, un aiguillage et une consultation obligatoire avec des médecins, de même qu'une bonne communication entre les fournisseurs de soins et les patients, servent à contrôler les risques de telles thérapies tout en respectant plus pleinement l'autonomie du patient.¹⁹⁸

Implications éthiques du respect de l'autonomie personnelle

Une fois générée l'information sur l'innocuité et l'efficacité, on doit déterminer les meilleures manières de l'utiliser et de la distribuer afin de progresser vers le but de l'autonomie personnelle.

Éduquer les patients/utilisateurs

Premièrement, l'information sur les risques et bienfaits de MCP peut être transmise directement aux gens. Cela peut impliquer diverses stratégies, selon la thérapie en l'espèce. Pour des MCP comme les préparations à base de plantes, que les gens peuvent prendre eux-mêmes et qui sont en vente libre, une exigence éthique minimale est que l'étiquette du produit donne une information correcte, pour aider le consommateur à faire un choix éclairé. Par exemple, l'étiquette pourrait indiquer : « Cette préparation à base de plantes ne doit pas être prise avec les médicaments suivants [...] », « Aucune donnée médicale ne démontre l'efficacité de ce produit pour [...] », et/ou « Ne pas prendre plus de X capsules par jour ». En autant que les personnes vivant avec le VIH/sida reçoivent une information fiable et à jour, les intervenants du milieu médical et du domaine de la réglementation s'acquittent de leurs devoirs minimaux à l'égard de l'autonomie personnelle des consommateurs de soins/produits de santé.

De la même manière pour ce qui concerne les thérapies qui nécessitent l'intervention d'un praticien (p. ex. la chiropratique), ce dernier devrait avoir le devoir de dire dans quelle mesure il existe ou non des preuves de l'innocuité et de l'efficacité des techniques qu'il utilise, et expliquer la nature et la fiabilité de ces données. L'utilisateur, pour sa part, ne devrait pas simplement assumer que tout praticien de MCP fonde nécessairement sa pratique sur des données fiables, actuelles et véridiques.

¹⁹⁸ Cohen M., *Complementary and Alternative Medicine: Legal Boundaries and Regulatory Perspectives*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1998, p. 115-117.

Éduquer les praticiens (des domaines conventionnels et complémentaires)

Le principe du respect de l'autonomie personnelle a d'autres conséquences pour la pratique des soins de santé en lien avec les MCP. Comme on l'a déjà mentionné, les principes de non-malfaisance et de bienfaisance nécessitent que les praticiens, conventionnels ou des MCP, s'enquière auprès de leur patient pour savoir quelles thérapies il utilise, afin de poser le meilleur jugement possible à propos des stratégies d'ensemble pour son traitement. Pour s'acquitter avec efficacité de leur rôle de fournir l'information, les praticiens doivent tenter d'être aussi informés que possible des diverses MCP utilisées, ainsi que de leurs risques et bienfaits respectifs.¹⁹⁹ Les praticiens n'ont pas que le devoir de tenter de procurer un bienfait à leurs patients tout en évitant de leur porter préjudice; ils ont aussi une responsabilité éthique de favoriser leur autonomie personnelle en leur fournissant une information d'actualité au sujet des MCP couramment utilisées.

Un travail considérable reste à faire, à ce chapitre, comme l'ont démontré quelques études canadiennes qui ont examiné précisément la base de connaissances, en matière de MCP, parmi des médecins de pratique conventionnelle.

En 1995, une enquête a permis de constater que 83% d'un échantillon de 200 médecins généralistes québécois considéraient qu'au moins une des trois pratiques que sont l'acupuncture, la chiropractie et l'hypnose avait une certaine utilité sur le plan clinique. De ces répondants, 60% connaissaient au moins un praticien d'un service de santé complémentaire, à des fins de référence, 59% avaient référé des patients à des médecins offrant un tel service, et 68% avaient référé des patients à des praticiens de services complémentaires qui n'étaient pas médecins.²⁰⁰ Bien que 15% aient indiqué qu'ils offraient actuellement l'un de ces services, le niveau de connaissance d'ensemble autodéclaré, en matière de MCP, était faible : 11% ont indiqué en connaître beaucoup au sujet de l'acupuncture; 10% ont indiqué avoir le sentiment d'en connaître beaucoup au sujet de la chiropractie; et 8% ont indiqué en connaître beaucoup au sujet de l'hypnose. Seulement 8% ont répondu avoir antérieurement reçu une formation en acupuncture, et respectivement 2% et 3% en chiropractie et en hypnose; par ailleurs, 48% ont dit qu'ils souhaiteraient acquérir une formation dans au moins un de ces trois domaines de services.

Une autre enquête, effectuée en 1999 dans une faculté de médecine de l'Alberta, a révélé que 52% des étudiants de première année avaient déjà eu recours à une forme ou une autre de MCP, et que 74% de ceux-ci avaient le sentiment d'en avoir bénéficié. Tous les répondants ont exprimé l'opinion que les médecins devraient avoir une certaine connaissance des thérapies complémentaires répandues, et 84% souhaitaient plus d'éducation en la matière. Leur degré autodéclaré de connaissance des MCP était faible et généralement tiré de leur expérience personnelle ou de celle d'amis et de proches, ou d'information véhiculée dans les médias. Un cours sur les MCP était souhaité par 65% des étudiants de première année, et les auteurs de l'enquête ont recommandé qu'une éducation objective et fondée sur des données, à propos des MCP, fasse partie de l'éducation médicale de premier cycle.²⁰¹

Des recherches plus poussées ont scruté la situation actuelle des MCP dans les programmes de formation de toutes les facultés de médecine du Canada. En 1999, des chercheurs ont procédé à un sondage dans chacune des seize facultés canadiennes afin de déterminer quelle éducation y est donnée sur les médecines complémentaires et parallèles dans le programme de formation du

Une éducation objective à propos des MCP devrait faire partie de l'éducation médicale de premier cycle.

¹⁹⁹ Eisenberg, *supra*, note 157.

²⁰⁰ 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.

²⁰¹ Duggan K., Verhoef M.J., Hilsden R.J., « First-year medical students and complementary and alternative medicine: attitudes, knowledge and experiences », *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 1999, 32 : 157-160.

premier cycle. L'enquête abordait 18 thérapies complémentaires sélectionnées parmi la liste produite par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (des US National Institutes of Health) allant de l'acupuncture à la réflexologie. Voici quelques observations rapportées :

- L'acupuncture et l'homéopathie étaient les domaines de MCP les plus souvent abordés dans le matériel de formation.
- Seulement deux facultés ont indiqué donner une formation sur la pratique concrète d'une ou plusieurs thérapies complémentaires.
- Le corps enseignant des facultés de médecine canadiennes considère que l'on devrait présenter un survol conceptuel général de la médecine alternative, mais qu'il est acceptable d'aborder en bloc les diverses thérapies.

Les auteurs de l'étude ont noté le contraste avec la situation au Royaume-Uni et aux États-Unis. En 1997, une enquête auprès des facultés de médecine britanniques a constaté qu'on y donnait peu d'éducation sur les MCP, mais qu'il s'agissait à l'époque d'un domaine d'importante activité en développement de programmes.²⁰² Une enquête récente auprès de toutes les (125) facultés de médecine des États-Unis a montré que 67% d'entre elles offraient des cours distincts sur divers sujets liés aux MCP et que presque toutes les autres (30%) intégraient ces sujets dans le cadre de cours obligatoires.²⁰³

Recommandation 13. Financer le développement de matériel pour la formation des praticiens conventionnels et des MCP

Santé Canada, les ministères provinciaux de la santé et les agences de financement de la recherche sur les soins de santé devraient octroyer des fonds au développement de (a) matériel pour la formation en thérapies complémentaires/parallèles qui pourrait être intégrée au programme de formation de base des praticiens des soins de santé conventionnels; et de (b) matériel pour la formation dans des domaines élémentaires de la pratique biomédicale conventionnelle qui devrait être intégrée à la formation de base des praticiens des thérapies complémentaires/parallèles. L'élaboration de tel matériel de formation devrait impliquer les écoles/facultés et les intervenants des programmes de formation en existence (des domaines conventionnels et complémentaires/parallèles) qui ont collaboré à la mise au point de normes d'éducation/formation dans leurs domaines respectifs ainsi que des intervenants de ces domaines; et l'on devrait y tenir compte du point de vue des consommateurs.

Recommandation 14. Intégrer de l'information sur le VIH/sida dans les programmes de formation

Le matériel de formation élaboré à l'intention des praticiens des soins de santé conventionnels et complémentaires/parallèles doit contenir une éducation élémentaire sur le VIH/sida, sur les considérations particulières au VIH/sida dans la fourniture de thérapies complémentaires/parallèles et sur les interactions cliniques possiblement importantes entre des traitements

²⁰² Rampes H., Sharples F., Maragh S., Fisher P., « Introducing complementary medicine into the medical curriculum », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1997, 90 : 19-22.

²⁰³ Wetzel M.S., Eisenberg D.M., Kaptchuk T.J., « Courses involving complementary and alternative medicine at US medical schools », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(9) : 784-787.

conventionnels et des thérapies complémentaires/parallèles chez les personnes vivant avec le VIH/sida.

Recommandation 15. Intégrer une initiation aux MCP dans la formation des praticiens conventionnels

Les établissements qui forment des praticiens en soins de santé conventionnels devraient favoriser le développement, et l'intégration dans leurs programmes, d'une formation de base dans des domaines de médecines complémentaires/parallèles afin de donner à tous les fournisseurs de soins conventionnels une compréhension suffisante pour leur permettre de reconnaître le potentiel de bienfaits et d'inconvénients liés à la médecine complémentaire/parallèle, et de soigner adéquatement les patients susceptibles de faire usage ou de bénéficier de thérapies complémentaires/parallèles ou de la consultation de praticiens de ces domaines.

Recommandation 16. Intégrer une initiation à la médecine conventionnelle dans la formation des praticiens de MCP

Les établissements ou programmes de formation de praticiens en soins de santé complémentaires/parallèles devraient favoriser le développement, et l'intégration dans leurs programmes, d'une formation de base en sciences biomédicales de la santé afin de donner à tous les fournisseurs de soins complémentaires/parallèles une compréhension suffisante pour leur permettre de reconnaître le potentiel de bienfaits et d'inconvénients liés à la pratique biomédicale conventionnelle et de soigner adéquatement les patients susceptibles de faire usage ou de bénéficier de soins biomédicaux conventionnels.

Options de politiques

Compte tenu de l'état incomplet des connaissances sur les possibilités de méfaits et de bienfaits des MCP, couplé aux préoccupations liées au respect de l'autonomie, quelques possibilités générales pour les politiques devraient être examinées de plus près. Nous nous limiterons à décrire ici les aspects élémentaires de trois avenues.

Une première possibilité serait d'adopter des politiques strictes au sujet des thérapies et pratiques complémentaires/parallèles, de telle sorte qu'il ne serait pas possible de les commercialiser avant qu'il soit démontré qu'elles sont sûres et efficaces. Dans les faits, cela reviendrait à appliquer à des produits non conventionnels le système actuel d'approbation des médicaments conventionnels, et cela s'accompagnerait d'une interdiction de fourniture de certains services de MCP par des praticiens en l'absence des données nécessaires sur l'innocuité et l'efficacité. Cela constituerait un virage radical et conservateur, en comparaison avec la situation actuelle au Canada, du moins en ce qui concerne les produits de santé naturels. La question de savoir s'il s'agirait d'un changement important pour les fournisseurs de services de MCP dépendrait en partie de leur domaine de pratique et du degré auquel ces pratiques sont déjà considérées « légitimes » dans leur juridiction, et notamment abordées dans

Le but est d'assurer la qualité des pratiques en soins de santé et de favoriser la transparence du contrat fournisseur-patient.

des mesures législatives ou des mécanismes de réglementation professionnelle applicables.

Une deuxième avenue pourrait consister à n'avoir pratiquement aucune restriction ou réglementation quant à la fourniture de produits ou services de MCP. Au Royaume-Uni, par exemple, prévaut un droit reconnu en common law à l'effet que quiconque peut pratiquer la médecine, sans égard à sa formation ou à sa non-formation, tant et aussi longtemps que l'individu traité y donne un consentement éclairé.²⁰⁴ Cette approche représenterait un changement radical à la situation actuelle au Canada, pour de nombreux praticiens des soins de santé, considérant la longue tradition de la réglementation professionnelle (décrite ci-dessous). Il s'agirait d'une modeste libéralisation de la situation de la réglementation actuelle des produits de santé naturels, qui sont en grande partie non réglementés par les lois fédérales, bien qu'ils soient tout de même assujettis à certains consignes et à une supervision de Santé Canada dans certains cas.

Troisièmement, une approche plus centriste consisterait à adopter une politique plus permissive à l'égard de (certains) produits et pratiques complémentaires/parallèles, de telle sorte que leur mise en marché serait permise pour peu que les personnes vivant avec le VIH/sida soient informées de tous les risques et bienfaits pouvant s'y rattacher. Le seul recours à la provision d'information serait une approche imparfaite, que l'on pourrait améliorer par l'exigence que des tests d'innocuité et d'efficacité soient effectués, afin qu'aucune thérapie *excessivement* risquée ne soit rendue disponible. Autrement dit, une zone de tolérance de certains niveaux de risque serait établie; au-delà d'un certain seuil de risque potentiel dépassant des bénéfices incertains, un produit ou une pratique ne recevrait pas d'autorisation sans que des données sur l'innocuité et l'efficacité soient obtenues. À notre avis, cette avenue offre une approche plus équilibrée qui cherche à refléter convenablement les principes éthiques de non-malfaisance, de bienfaisance et de respect de l'autonomie.

En complément à la première ou à la troisième de ces possibilités, l'on pourrait exiger que certaines thérapies ne puissent être obtenues qu'auprès d'un praticien qui satisfait à certains critères de qualifications, en médecine conventionnelle ou complémentaire/parallèle, en quels cas l'on accroîtrait le recours à des efforts de réglementation visant à établir des normes de pratique acceptable.

Un élément crucial, quelles que soient les politiques (et spécialement en présence d'une attitude gouvernementale « non interventionniste » en matière d'approbation pré-marketing), est la fourniture d'une information de grande qualité et d'actualité, comme moyen de promouvoir l'autonomie des personnes vivant avec le VIH/sida. Une politique de protection des consommateurs devrait tendre à exiger que les fabricants/vendeurs donnent une information détaillée sur le contenu et la qualité d'un produit et devrait interdire les fausses prétentions et la publicité trompeuse. Des considérations similaires quant à la promotion et à la pratique des services de soins de santé devraient se refléter dans l'approche de politiques à l'égard des praticiens.

Cette approche devrait s'accompagner de dispositions adéquates pour protéger les consommateurs contre la publicité trompeuse. Si l'on met l'accent sur la provision d'information pour rehausser l'autonomie, une intervention réglementaire appropriée doit être mise au point pour contrer les fausses prétentions. Cela revêt une importance particulière dans le contexte des soins de santé où, tel que nous l'avons mentionné, des gens peuvent être

²⁰⁴ 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, par. 5.9. Accessible à <www.parliament.the-stationery-office.co.uk>.

vulnérables en raison de leur maladie et, par conséquent, être parfois plus facilement exploitables.

Le but est d'assurer la qualité des pratiques en soins de santé et de favoriser la transparence du contrat entre fournisseur et patient. Une approche de politiques qui favorise les choix informés et qui protège l'attente raisonnable qu'ont les gens, lorsqu'ils ont recours à un produit ou à une pratique, cherche à assurer l'autonomie dans la prise de décision. Même si l'on ne connaît pas de risque de santé important lié à l'utilisation d'une certaine thérapie, le fait de permettre aux producteurs de profiter des attentes des patients, quant aux bénéfices des MCP pour la santé, serait contraire à l'éthique.

Cette approche reconnaît qu'il existe des limites à la liberté dans le cadre des contrats, en particulier lorsque les individus sont dans une position inégale pour la négociation, mais elle met l'accent sur le renforcement du choix autonome, plutôt que de limiter indûment le choix par des mesures de protection. En vertu d'une telle politique, le renforcement de l'autonomie passe par l'assurance que l'information pertinente à la prise d'une décision informée est fournie. Cette approche est susceptible de recevoir un vaste appui parmi les personnes vivant avec le VIH/sida. Elle concorde avec l'objectif d'habiliter les personnes vivant avec le VIH/sida à contrôler leur santé et leur bien-être (l'un des facteurs qui sous-tendent l'usage de MCP par plusieurs). L'implication active de ces personnes, dans les décisions qui touchent leurs propres soins de santé, est un moyen d'exercer leur autonomie personnelle et cela mérite d'être respecté.

La justice distributive nécessite une répartition équitable des fardeaux et des bénéfices, dans la société.

La justice

Les débats sur le sens à donner à la notion de justice sont parmi les plus litigieux de l'éthique moderne. Nous parlerons ici de la justice au sens large, avec un point de mire sur des considérations d'ordre pratique. Deux facettes de la justice revêtent une importance particulière dans le contexte de l'usage de MCP parmi les personnes vivant avec le VIH/sida : la justice distributive et la justice rétributive.

La justice distributive

Considérée au sens large, la justice distributive nécessite une répartition équitable des fardeaux et des bénéfices, dans la société. Dans son application à la question des MCP, le principe est pertinent dans deux domaines : (i) la couverture des régimes d'assurance-santé et (ii) la distribution du financement pour la recherche sur les soins de santé. Puisque le point de mire du présent document porte en fait sur la réglementation appropriée des MCP, nous n'aborderons que brièvement les deux préoccupations susmentionnées.

La couverture d'assurance pour les MCP

Des chercheurs, des fournisseurs et des patients ont exprimé des préoccupations concernant l'accès aux MCP. Une limite importante à l'accès réside dans le fait que les gens doivent payer eux-mêmes le coût de plusieurs MCP plutôt que de bénéficier d'une couverture d'assurance publique ou privée, à ce chapitre – en certains cas, en dépit de l'existence d'importantes connaissances à propos des bienfaits de certaines de ces thérapies. Pour les personnes vivant avec le VIH/sida, parmi lesquelles le non-emploi ou le manque d'emploi est un problème répandu, la question du coût est encore plus problématique.

La couverture offerte par les compagnies d'assurances privées dépend en grande partie des primes que le détenteur de la police paie; on peut acheter presque toute forme de couverture de soins de santé si l'on est prêt à en payer

La justice nécessite que les personnes vivant avec le VIH/sida ne portent pas de manière disproportionnée le fardeau des dépenses de soins de santé en étant confrontées au refus de couverture de soins médicalement nécessaires dans l'assurance-santé publique.

La question cruciale est ici de déterminer dans quelle mesure les régimes publics d'assurance-santé devraient couvrir les MCP.

le prix. Plusieurs questions restent à explorer, quant à savoir si la réglementation actuelle (ou l'absence de dispositions) relativement à l'industrie des assurances privées pour les soins de santé, au Canada, respecte l'éthique, du point de vue de la justice distributive à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida; ces questions nécessitent une analyse distincte et plus détaillée. Cependant, puisqu'il n'y a aucune norme au sujet de la teneur minimale de la couverture d'assurance-santé privée, la question de la justice distributive pour les personnes vivant avec le VIH/sida qui utilisent des MCP, ou qui pourraient en bénéficier, est une question plus compliquée que ce que nous pouvons aborder dans cette section.

Dans le secteur public, en revanche, il existe (du moins en théorie) un seuil minimal pour la couverture dont bénéficient tous les citoyens admissibles et les résidents permanents; en l'essence, une norme publique est établie en droit et représente la couverture de soins de santé que les Canadiens sont disposés à acheter collectivement par le regroupement de deniers publics. La *Loi canadienne sur la santé* stipule que, afin de toucher des contributions monétaires du gouvernement fédéral, le régime d'assurance-santé de tout territoire/province doit couvrir les services « médicalement nécessaires » fournis par « les hôpitaux, les médecins ou les dentistes [...] et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé ».²⁰⁵ Un refus de couvrir de tels services dans le cadre d'un régime public d'assurance-santé contreviendrait à la *Loi canadienne sur la santé* et serait passible d'une réduction ou d'une retenue de la contribution financière fédérale à la province ou au territoire en question.

Par ailleurs, si un territoire/province désavantageait de manière disproportionnée un groupe particulier d'individus, dans l'accès à des services médicalement nécessaires, la situation pourrait donner lieu à une allégation de discrimination inconstitutionnelle, contraire aux garanties d'égalité prévues par la *Charte canadienne des droits et libertés* (art. 15), si le désavantage en l'espèce était directement ou indirectement lié à un ou plusieurs motifs de discrimination interdits dans la Charte.

Par exemple, la Cour suprême du Canada a jugé que le défaut d'une province de couvrir le coût de l'interprétation en langage signé, pour faciliter aux patients atteints de surdité l'accès aux services d'hôpitaux, constitue de la discrimination prohibée sur la base du handicap puisque cela priverait ces personnes de l'égalité d'accès avec les personnes qui entendent.²⁰⁶ La justice, de la même manière, nécessite que les personnes vivant avec le VIH/sida ne portent pas de manière disproportionnée le fardeau des dépenses de soins de santé en étant confrontées à un refus de couverture de soins médicalement nécessaires, dans l'assurance-santé publique.

La question centrale est la suivante : quels services sont « médicalement nécessaires »? Il n'y a pas de définition claire fondée sur des principes, en droit canadien, de ce que sont des services médicalement nécessaires. Cela signifie certainement plus que le strict minimum pour préserver la vie, compte tenu du registre actuel de l'assurance-santé dans chacune des juridictions. Cela inclut plusieurs interventions et thérapies qui ne sont pas essentielles à la vie mais qui sont largement considérées nécessaires pour satisfaire aux normes minimales de soins auxquelles nous nous attendons en tant que patients/consommateurs, dans la prévention et le traitement des maladies et maux. Mais ce qu'englobent les régimes publics d'assurance-santé, comme étant « médicalement nécessaire », est déterminé en grande partie, dans la pratique, par les revendications des professions médicales re-

²⁰⁵ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, ch. C-6, art. 9. Il convient de noter que les « services » sont couverts, et non les produits. Dans la pratique cela signifie qu'il n'existe pas de couverture nationale des dépenses des individus pour se procurer des médicaments (bien que l'on trouve dans certaines provinces, à divers degrés, une assurance-médicaments) ou des appareils, lorsque ces médicaments ou appareils ne sont pas fournis dans le cadre des services en milieu hospitalier.

²⁰⁶ *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 R.C.S. 624.

connues, dans la négociation avec les ministères provinciaux et territoriaux qui en paient les coûts, et est influencé par les négociations politiques entre les gouvernements provinciaux/territoriaux et le gouvernement fédéral, quant à leurs contributions respectives.²⁰⁷

La question cruciale est ici de déterminer dans quelle mesure les régimes publics d'assurance-santé devraient couvrir les MCP. Afin de justifier la dépense de fonds publics par des systèmes de santé qui couvrent les soins « médicalement nécessaires », il est inévitable que l'accès dépende au moins en partie de preuves d'efficacité. Par exemple, s'il est démontré qu'une thérapie complémentaire est efficace contre des effets de la maladie à VIH ou pour alléger des effets secondaires de thérapies anti-VIH/sida conventionnelles, il est alors possible de soutenir que les personnes vivant avec le VIH/sida devraient y avoir accès par le biais du régime public d'assurance-santé, au même titre que d'autres ont accès à un pontage coronarien et à l'anesthésie requise pour cette intervention chirurgicale, en vertu de ce régime, lorsque cela est nécessaire en raison d'une maladie du cœur. Bien qu'une efficacité éprouvée serait une condition requise pour en assurer la couverture, cela peut ne pas être suffisant vu les considérations de rapport coût/efficacité auxquelles les gouvernements sont acculés par l'augmentation des coûts des soins de santé. Cependant, sans preuves convaincantes d'un bienfait, il est difficile d'arguer que la justice distributive nécessite la couverture d'un traitement – conventionnel ou non – par l'assurance publique. Une certaine forme d'accès devrait être établie pour les thérapies complémentaires/parallèles dont on a démontré qu'elles constituent un aspect des soins de santé, au même titre que d'autres services « médicalement nécessaires » qui sont déjà couverts.

Distribution des fonds pour la recherche en soins de santé

Les observations que nous venons d'exprimer, à propos de la couverture par des régimes d'assurance-santé, mettent en relief une fois de plus le fait que la recherche est l'un des besoins les plus fondamentaux associés au domaine des MCP. Le principe de la justice distributive s'accompagne d'une autre implication pour la recherche sur les soins de santé, qui est pertinente aux MCP.

La justice distributive nécessite que les fonds pour la recherche soient distribués de telle sorte que les chances soient les plus fortes possibles que cette recherche bénéficie de manière équitable aux individus qui ont besoin de soins et de traitements. Le financement de la recherche devrait pencher en faveur des travaux sur les traitements susceptibles de répondre aux vrais besoins et désirs des patients/consommateurs. Cette méthode de recherche sélective est préférable à une approche peu méthodique qui pourrait nécessiter des ressources illimitées et conduire à un gaspillage sans pour autant porter fruit. En déterminant la meilleure utilisation des argent, on doit prendre adéquatement en considération les besoins et les souhaits des gens auxquels la recherche est supposée bénéficier en bout de ligne. Une telle distribution de ressources limitées est liée au fait qu'une distribution équitable des bénéfices devrait être guidée par le respect de l'autonomie des patients/consommateurs qui expriment et articulent leurs besoins de soins de santé (et aident du même coup à l'identification des priorités de recherche) ainsi que par un réel engagement à leur bien-être (i.e. le principe de bienfaisance).

Le principe de la justice distributive conduit à deux conclusions pertinentes à la recherche sur les soins de santé. Premièrement, un biais systématique contre la recherche sur les MCP est injuste, de la part des agences de financement de la recherche en santé (ou d'autres institutions qui ont un rôle déterminant dans la réalisation ou la facilitation de recherches sur les soins de

Sans preuves convaincantes d'un bienfait, il est difficile de soutenir que la justice distributive nécessite la couverture d'un traitement – conventionnel ou non – par l'assurance publique.

Un biais systématique contre la recherche sur les MCP est injuste, de la part des agences de financement de la recherche en santé.

²⁰⁷ Caulfield T.A., « Wishful thinking: defining "medically necessary" in Canada », *Health Law Journal*, 1996, 4 : 63-85; Flood C., Archibald T., *Legal Constraints on Privately-Financed Health Care in Canada: A Review of the Ten Provinces*, avril 2000 [en dossier].

santé, comme les hôpitaux et les universités). Le biais dans l'allocation de fonds de recherche limités devrait favoriser la tenue de recherches, conventionnelles ou non, dont on peut raisonnablement s'attendre à ce qu'elles génèrent une information susceptible d'améliorer la santé et le bien-être généraux des patients/consommateurs, plutôt que de privilégier des pratiques conventionnelles au détriment d'approches non conventionnelles. Le fait de balayer ou de marginaliser une recherche simplement parce qu'elle porte sur des thérapies non conventionnelles, et de privilégier une recherche simplement parce qu'elle coïncide avec le cadre médical conventionnel, revient à octroyer les fonds pour des motifs idéologiques plutôt que d'après une évaluation rationnelle des mérites ou lacunes d'une proposition à la lumière des données existantes et des connaissances des besoins des patients/consommateurs.

Deuxièmement, le principe de la justice distributive devrait s'appliquer également à la recherche sur les MCP utilisées dans les soins pour le VIH/sida. Nous avons identifié ci-dessus les priorités de recherche telles que les orientent les principes de non-malfaisance et de bienfaisance. Les considérations de la justice distributive renforcent la conclusion (cf recommandation 8, ci-dessus) à l'effet que l'attribution des fonds limités de recherche soit prioritaire pour des MCP lorsque l'on dispose de données préliminaires fiables et encourageantes, à propos de leur efficacité; lorsque l'on dispose de témoignages constants quant à leur efficacité; lorsque l'on a des preuves d'effets secondaires connus ou potentiellement importants (y compris en interaction avec des traitements conventionnels pour le VIH/sida; et/ou lorsque la thérapie en l'espèce est d'usage répandu parmi les personnes vivant avec le VIH/sida. Dans les cas où aucune de ces conditions n'est rencontrée, l'investissement dans des recherches coûteuses serait un mauvais usage des ressources limitées.

La justice rétributive, au sens large, demande que les gens soient dédommagés pour les préjudices qu'ils ont subis.

La justice rétributive

La justice rétributive, au sens large, demande que les gens soient dédommagés pour les préjudices qu'ils ont subis. Un facteur sous-jacent de la récente augmentation d'intérêt vis-à-vis des MCP est que des producteurs de certaines thérapies (p. ex. les préparations à base de plantes) cherchent à augmenter leur part du marché des soins de santé. Dans la même veine, certains praticiens de MCP cherchent à obtenir la reconnaissance publique de leurs pratiques. Le principe de la justice rétributive requiert que les fournisseurs de produits et de services de santé (conventionnels ou non) aient des comptes à rendre aux patients/consommateurs. Ce principe est fondamental pour le cadre juridique et les politiques de réglementation des produits et pratiques du domaine des soins de santé, comme nous en discuterons dans le prochain chapitre.

Au regard de la justice rétributive, les fabricants de produits de santé naturels doivent démontrer que leurs produits (1) satisfont à des normes de qualité, (2) sont sûrs et, si des allégations de bienfaits pour la santé y sont rattachées ou que l'on vise à les faire inclure dans la couverture d'assurance et (3) sont efficaces. Cela implique que l'État, compte tenu de sa responsabilité de protéger les intérêts du public, doit par conséquent assurer que les mécanismes appropriés soient en place pour garantir la reddition de compte par les fabricants. De même, en vertu des principes de l'éthique, les praticiens de MCP doivent démontrer l'innocuité de leurs pratiques et, si des allégations de bienfaits pour la santé y sont rattachées ou qu'ils visent à les faire inclure dans la couverture d'assurance, ils doivent faire aussi la preuve de leur efficacité.

Au centre de cette problématique résident la santé et le bien-être de ceux qui ont recours à ces thérapies. Les intervenants qui ont à cœur les meilleurs intérêts de leurs patients/clients accepteront de répondre des produits et services qu'ils offrent.²⁰⁸ Certains expriment des préoccupations légitimes (au vu de l'histoire de l'attitude de la médecine conventionnelle à l'égard des MCP et de leurs praticiens) qu'en droit, et dans la pratique, il existe ou puisse exister à ce chapitre une norme de deux poids deux mesures – qu'en somme, les exigences soient plus élevées pour les praticiens des MCP que pour les professionnels de la médecine conventionnelle. Cependant, tout praticien – d'un domaine conventionnel ou non – qui se dévoue pour le bien-être des patients devrait respecter le principe de la responsabilité et accueillir favorablement des lois et politiques faisant en sorte que les fournisseurs de produits et services aient à répondre de leurs actes.

²⁰⁸ Milbank Memorial Fund, *supra*, note 180.



Questions de droit et de politiques

Dans le chapitre précédent, nous avons appliqué quatre principes de base pour identifier et analyser les questions de politiques liées au recours aux médecines complémentaires/parallèles. Dans le présent chapitre, nous commentons, à partir de l'analyse des questions d'éthique qui précède, les cadres juridiques actuels et proposés au Canada, qui régissent ou qui influencent le recours aux MCP. Comment ces principes éthiques orientent-ils le droit et les politiques et comment devraient-ils le faire? En particulier, nous examinons les questions juridiques dans trois domaines qui ont trait aux MCP :

- 1) la réglementation des produits de santé naturels;
- 2) la réglementation directe des praticiens;
- 3) l'application des principes de common law aux praticiens.

Avant d'examiner chacune de ces questions, il faut comprendre que la compétence législative en matière de soins de santé, sous le régime constitutionnel canadien, est divisée entre le gouvernement fédéral, d'une part, et les gouvernements des provinces ou des territoires, d'autre part. En particulier, le gouvernement fédéral a compétence en matière d'homologation et de surveillance de produits comme les médicaments, les aliments, les instruments médicaux et, maintenant, la catégorie des « produits de santé naturels » qui a été créée en droit canadien. Les provinces et les territoires ont la compétence législative et la responsabilité en matière de prestation de soins de santé, ce qui comprend l'autorité d'agréer et de réglementer les praticiens de la santé et d'autres fournisseurs de services.²⁰⁹ La common law, telle qu'élaborée par les tribunaux, complète les lois édictées par les législatures fédérale et provinciales/territoriales et régit la conduite des fabricants de produits ou des praticiens de la santé, surtout en leur imputant une responsabilité en cas de

²⁰⁹ Pour une bonne vue d'ensemble, voir : Flood C.M., « The Structure and Dynamics of Canada's Health Care System », chapitre 1 dans Downie J., Caulfield T. (éd.), *supra*, note 190.

conduite négligente ou inacceptable par ailleurs. Ces trois éléments façonnent le cadre du droit et des politiques dans lequel les soins de santé complémentaires/parallèles sont fournis et utilisés. Chacun de ces éléments doit être conforme aux principes éthiques énoncés dans le chapitre précédent.

Les produits de santé naturels : lois, politiques et pratiques qui en régissent l'utilisation

Jusqu'à récemment, les produits de santé naturels étaient classés soit comme « aliments », soit comme « drogues » [médicaments] en vertu de la loi fédérale.²¹⁰ Cette désignation déterminait le degré auquel un produit était examiné avant de pouvoir être légalement vendu au Canada, de même que les sortes d'allégations qui pouvaient être faites au sujet du produit par le fabricant/vendeur et la rigueur avec laquelle l'innocuité du produit était surveillée après sa mise en marché : les drogues sont soumises à un examen beaucoup plus rigoureux que les produits alimentaires. Relativement à ce qui est maintenant appelé « produits de santé naturels », Santé Canada avait élaboré des politiques sur :

- l'utilisation d'herbes comme ingrédients non médicinaux dans la fabrication des médicaments en vente libre;²¹¹
- une sous-catégorie spéciale de « drogues » appelée « herbes médicinales traditionnelles » à laquelle seraient appliquées des normes de preuve moins rigoureuses que celles que l'on applique aux « drogues » régulières dans l'examen en vue de la vente au Canada.²¹² (Cette politique ne sera probablement plus nécessaire en raison du nouveau cadre réglementaire sur les produits de santé naturels, y compris les herbes destinées à être utilisées comme produits de santé.)

En janvier 2000, le Bureau des produits de santé naturels (BPSN) a été créé en tant que nouvel organisme réglementaire au sein de Santé Canada; cet organisme est le pendant de la direction actuellement chargée de la réglementation des médicaments pharmaceutiques. Au milieu de l'année 2000, le BPSN a réalisé un processus de consultation à l'échelle du pays, pour obtenir des commentaires sur un nouveau cadre réglementaire proposé pour régir l'homologation pour la vente au Canada d'une nouvelle catégorie juridique de « produits de santé naturels »; jusqu'à maintenant, ces produits faisaient partie soit de la catégorie des « aliments », soit de la catégorie des « drogues », une situation qui donnait souvent lieu à des résultats insatisfaisants. En mars 2001, dans le cadre de la deuxième phase de ses consultations, le BPSN a publié une ébauche de son cadre réglementaire proposé afin d'obtenir des commentaires du public jusqu'à la fin du mois de mai 2001, indiquant qu'une deuxième ébauche serait publiée à la fin de l'automne 2001 pour commentaires finaux.²¹³

Plusieurs organismes œuvrant dans le domaine du VIH/sida ont rédigé un mémoire conjoint pendant la première phase de consultation. Certains de ces commentaires ont été appliqués dans l'ébauche du cadre réglementaire proposé. Ces organismes ont souligné, comme question générale, que « la réglementation et l'étiquetage ne peuvent à eux seuls assurer l'innocuité. L'innocuité ne peut être obtenue que si les consommateurs sont bien informés et ont accès à des renseignements fiables et objectifs de la part de praticiens qui sont formés, agréés et réglementés également. » [trad.]²¹⁴ Ces organismes ont également soulevé plusieurs points relatifs à des questions particulières qu'il faudrait examiner dans la conception et la mise en œuvre d'un nouveau cadre réglementaire pour les produits de santé naturels. Certaines de ces questions et des recommandations qui les accompagnaient sont énoncées ci-dessous.

La réglementation et

l'étiquetage ne peuvent à eux seuls assurer l'innocuité. L'innocuité ne peut être obtenue que si les consommateurs ont accès à des renseignements fiables et objectifs.

²¹⁰ Loi sur les aliments et drogues, L.R.C. (1985), ch. F-27.

²¹¹ Santé Canada (Direction des médicaments, Programme des produits thérapeutiques), *politique de la Direction des médicaments sur les herbes utilisées comme ingrédients non médicinaux dans la fabrication des médicaments en vente libre pour usage humain*, 22 septembre 1995. Disponible à <www.hc-sc.gc.ca>.

²¹² Santé Canada (Direction des médicaments, Programme des produits thérapeutiques), *directive de la Direction des médicaments – Herbes médicinales traditionnelles*, 16 novembre 1995. Disponible à <www.hc-sc.gc.ca>.

²¹³ Santé Canada, Direction des produits de santé naturels, *Cadre réglementaire proposé pour les produits de santé naturels*, mars 2001; *Bâtir ensemble : Phase II dans l'élaboration du cadre réglementaire proposé pour les produits de santé naturels – Consultation publiques de la DPSN*, mars 2001 (ces deux documents sont disponibles à <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>).

²¹⁴ Lettre au BPSN en date du 30 septembre 2000 de la Société canadienne du sida, du Réseau juridique canadien VIH/sida, de la Persons with AIDS Society of British Columbia, du Réseau communautaire d'info-traitements sida, et du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements [lettre signée dans nos dossiers].

La rigueur de l'examen réglementaire doit également dépendre du risque relatif du produit et de l'importance des allégations santé liées au produit.

Homologation des produits : degré de risque et nature de l'allégation santé

Les organismes du domaine du VIH/sida s'entendent avec d'autres organismes comme l'Association médicale canadienne²¹⁵ et l'Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre (ACIMVL)²¹⁶ sur le principe fondamental selon lequel le système réglementaire des produits de santé naturels doit reposer sur le risque, tant au stade de l'examen réglementaire qu'au stade de la surveillance post-commercialisation. Par exemple, dans son mémoire au Comité permanent de la santé en 1998, l'ACIMVL a préconisé une approche souple :

Le cadre réglementaire proposé reconnaît que les produits de santé s'inscrivent dans un continuum de risque relatif. Autrement dit, les produits ne comportent pas tous le même niveau de risque et tous les produits ne nécessitent pas le même degré de surveillance. Les exigences réglementaires doivent donc être fondées sur le risque relatif du produit. [trad.]²¹⁷

Pareillement, la rigueur de l'examen réglementaire doit également dépendre en partie de l'importance des allégations santé liées au produit. Vu que les consommateurs utilisent les produits de santé naturels pour améliorer leur santé et leur bien-être, il est acceptable de permettre à un fabricant de faire des allégations quant aux bienfaits d'un produit (y compris les vitamines et les minéraux) tant que ces allégations sont fondées. Plus l'allégation est importante, plus importante doit être la preuve pour la soutenir. Autrement, seules des allégations généralisées devraient être permises. Il serait injustifiablement paternaliste, et inutilement restrictif à l'égard de l'accès des consommateurs aux produits de santé naturels, d'insister que même si aucune allégation santé n'est faite à l'égard d'un produit et que même si ce produit comporte un risque de préjudice relativement bas, le produit ne peut être homologué pour la vente au Canada. Les doubles objectifs de la protection des consommateurs et du respect de l'autonomie sont adéquatement atteints si l'on exige que l'étiquette d'un produit comporte une mention, s'il y a lieu, qu'aucune allégation santé particulière n'a été autorisée pour le produit (voir la section suivante sur les exigences en matière d'étiquetage).

Recommandation 17. Rigueur de l'examen réglementaire pré-homologation des produits de santé naturels

La rigueur de l'examen réglementaire en vue de l'homologation des produits de santé naturels avant leur mise en marché au Canada devrait être en corrélation avec a) le risque de préjudice connu ou raisonnablement prévisible du produit; et b) l'importance des allégations de bienfaits pour la santé qui sont associées au produit.

Exigences en matière d'étiquetage

À l'instar des produits pharmaceutiques, les exigences en matière d'étiquetage des produits de santé naturels sont un mécanisme juridique essentiel pour éviter que les utilisateurs subissent un préjudice et pour promouvoir leur bien-être et leur capacité de prendre des décisions éclairées sur l'utilisation des produits de santé naturels. Des normes minimales en matière

²¹⁵ Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC : Les produits de santé naturels* (mise à jour 2000). Disponible à <www.cma.ca>.

²¹⁶ L'ACIMVL est l'association nationale qui représente les fabricants, les commerçants et les distributeurs de produits de soins auto-administrés, y compris les médicaments en vente libre, les remèdes à base de plantes/les produits de santé naturels et les suppléments alimentaires. L'Association compte de grandes sociétés pharmaceutiques parmi ses membres. Pour une liste de ses membres actifs et associés, voir le site Web de l'ACIMVL (en anglais) à <www.ndmac.ca>.

²¹⁷ ACIMVL, *Proposed Regulatory Framework for Natural Health Products*, mémoire présenté au Comité permanent de la santé (en anglais), le 18 février 1998. Disponible à <www.ndmac.ca>.

d'étiquetage sont donc nécessaires en vertu des principes de la non-malveillance, de la bienfaisance et du respect de l'autonomie.

Selon un récent sondage réalisé par l'ACIMVL, les utilisateurs de produits de santé naturels obtiennent la plupart de leurs renseignements de membres de leur famille et d'amis (30%), de livres sur la santé (18%) et d'autres professionnels de la santé, d'articles imprimés et de documentation sur les produits (7%). De l'avis de l'ACIMVL, « il est donc d'autant plus important d'avoir un bon étiquetage. » [trad.]²¹⁸ Il ressort d'études réalisées par l'ACIMVL que 87% des Canadiens lisent les étiquettes de produits en vente libre.²¹⁹ En se fondant sur d'autres recherches ayant pour objet d'évaluer la compréhension des consommateurs à l'aide de divers modèles d'étiquettes, l'ACIMVL a fait plusieurs recommandations pour améliorer la lisibilité et la compréhension d'étiquettes sur les médicaments en vente libre qui pourraient facilement être appliquées à l'étiquetage des produits de santé naturels.²²⁰ (Comme l'indiquent les directives fédérales actuelles applicables aux instruments médicaux, en vertu de la loi fédérale actuelle, l'expression « étiquette » est suffisamment souple pour comprendre non seulement l'étiquette apposée à un emballage, mais tout document fourni avec le produit, par exemple les notices renfermant des renseignements sur le produit, le mode d'emploi, etc.)²²¹ L'Association médicale canadienne a également recommandé que les étiquettes sur les produits de santé naturels conseillent aux consommateurs d'informer leur fournisseur de soins de santé de leur utilisation du produit, même si ce renseignement ne semble pas pertinent à ce moment-là.²²²

Le groupe de travail susmentionné des organismes VIH/sida a identifié un certain nombre d'exigences minimales en matière d'étiquetage qui devraient faire partie du nouveau cadre réglementaire du gouvernement fédéral pour les produits de santé naturels. Les recommandations qui suivent s'inspirent de ce consensus initial.

Recommandation 18. Exigences d'étiquetage des produits de santé naturels

Le gouvernement fédéral devrait établir les exigences suivantes, quant à l'étiquetage de produits de santé naturels, comme condition d'homologation pour la vente au Canada :

- **Les étiquettes devraient être conformes à un format normalisé qui est accessible au grand public (langage clair, multilingue, imprimées en gros caractères, renseignements principaux sur l'emballage lui-même et d'autres renseignements en gros caractères dans les notices).**
- **Les étiquettes devraient indiquer les quantités de tout ce que contient le produit et il devrait y avoir des quantités minimales précisées de vitamines, de minéraux et d'autres substances dans le produit pour que celui-ci puisse être présenté ainsi pour la vente.**
- **Les étiquettes devraient indiquer si le produit est synthétique ou naturel, s'il provient de sources animales et s'il renferme des organismes génétiquement modifiés.**
- **Les étiquettes devraient comprendre le mode d'emploi, les avertissements, la dose recommandée et les interactions éventuelles avec des médicaments ou d'autres produits de santé naturels, lorsqu'elles sont connues.**
- **Les étiquettes devraient conseiller aux consommateurs**

²¹⁸ G. Harrington, Director of Public & Professional Affairs de l'ACIMVL, cité dans : Sibbald, B., « New federal office will spend millions to regulate herbal remedies, vitamins », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160 : 1355-1357.

²¹⁹ ACIMVL, « Improving label comprehension », *Pharmacy Post*, mars 1999. Disponible à <www.ndmac.ca>.

²²⁰ ACIMVL, *Technical Research Paper for Improving Label Comprehension*, 1999. Disponible à <www.ndmac.ca>.

d'informer leurs fournisseurs de soins de santé de leur utilisation du produit, même si ce renseignement ne semble pas pertinent à ce moment-là.

- Les étiquettes devraient indiquer un numéro de téléphone sans frais et un site Web pour les renseignements sur la manière dont les consommateurs peuvent signaler une réaction indésirable (lorsqu'un tel mécanisme de surveillance post-commercialisation est créé, le cas échéant).
- Dans les cas où l'emballage matériel d'un produit ne permet pas de donner les renseignements susmentionnés sur ou dans l'emballage lui-même, les vendeurs de produits de santé naturels devraient être tenus de mettre à la disposition des consommateurs, au point de vente, des monographies de produit qui renferment ces renseignements.

Surveillance post-homologation et autres mécanismes de contrôle de l'innocuité

Surveillance post-homologation par les autorités de réglementation

Un système de déclaration des événements indésirables liés à l'utilisation des produits de santé naturels permettrait aux consommateurs et aux praticiens de fournir leurs observations et leurs expériences relatives à l'utilisation de ces produits. Un tel système garantirait également aux consommateurs l'accès facile aux 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).

En vertu de la loi actuelle applicable aux « drogues », des obligations particulières incombent au titulaire d'une licence de produit de signaler à Santé Canada les événements indésirables relatifs à une drogue pour que celui-ci puisse prendre les mesures nécessaires (y compris, éventuellement, le retrait du médicament du marché) pour protéger la santé des consommateurs. Un régime de déclaration similaire a été proposé pour la surveillance post-homologation des produits de santé naturels.²²³

Toutefois, les exigences proposées pour la surveillance post-homologation soulèvent deux préoccupations qui portent toutes les deux sur l'étendue des obligations de signaler les réactions indésirables à un produit.

Déclaration de toutes les réactions indésirables graves

Premièrement, le Bureau des produits de santé naturels a proposé que les titulaires de licence de produit soient tenus, dans un délai établi (p. ex. 15 jours) de déclarer au BPSN les renseignements relatifs à toute « réaction indésirable grave » qui se produit au Canada en rapport avec leur produit particulier (par opposition à l'ingrédient médicinal qu'il renferme). Ceci comprendrait les réactions indésirables « inattendues » (définies comme étant les réactions indésirables dont la nature, la sévérité et la fréquence ne sont pas mentionnées dans les renseignements sur le risque énoncés sur l'étiquette). Toutefois, dans le cas des réactions indésirables graves qui se produisent à l'extérieur du Canada, en vertu des propositions du BPSN, le titulaire de licence d'un produit n'a qu'à déclarer les réactions indésirables « inattendues ».

²²¹ Loi sur les aliments et drogues, *supra*, note 210 à l'art. 2 (« étiquette »); Santé Canada (Bureau des matériels médicaux), *Directive concernant l'étiquetage des instruments médicaux*, articles 21 à 23 du *Règlement sur les instruments médicaux* (ébauche), disponible à <www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/guidmd.html>, p. 4.

²²² Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC : Produits de santé naturels* (mise à jour 2000). Disponible à <www.cma.ca>. Il convient de noter qu'à la suite de préoccupations au sujet d'erreurs d'administration de médicaments par des praticiens de la santé conventionnels ayant recours à des produits pharmaceutiques, en 1999, CSA International a publié une norme facultative pour l'étiquetage et certains ont demandé au ministre fédéral de la Santé de l'adopter comme règlement qui lierait juridiquement les fabricants : Orser B., « Reducing medication errors », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000 : 162, 1150-51, avec renvoi à la norme intitulée « Labelling of drug ampoules, vials, and prefilled syringes », CAN/CSA Z264.2-99, Toronto, CSA International, 1999.

²²³ Cadre réglementaire proposé, *supra*, note 213.

Toutefois, cette limitation qui n'oblige la déclaration de réactions indésirables survenant à l'extérieur du Canada que si elles sont « inattendues » semble injustifiée. Si le titulaire de licence du produit a connaissance de réactions indésirables graves en rapport avec son produit – prévues ou « inattendues » – qui se sont produites à l'extérieur du Canada, il peut jouer un rôle utile pour aider les autorités de réglementation canadiennes dans la protection de la santé des Canadiens en avisant ces autorités de ces événements. Que la réaction indésirable se produise à l'intérieur du Canada ou à l'extérieur du Canada ne devrait pas avoir d'incidence sur le degré des obligations de déclaration : toutes les réactions indésirables graves à un produit du titulaire de licence devraient être déclarées aux autorités de réglementation canadiennes. Il n'est pas particulièrement onéreux de tenir informées les autorités de réglementation canadiennes sur les événements survenus ailleurs relativement à l'utilisation d'un produit homologué au Canada et il s'agit d'une condition raisonnable pour l'obtention d'une licence pour la vente d'un produit contre profit sur le marché canadien.

Mécanismes de déclaration pour contrôler toutes les réactions indésirables, graves ou autres

Deuxièmement, d'après la définition proposée de la « réaction indésirable grave », cette expression ne comprendrait que les réactions nocives et non intentionnelles à un produit de santé naturel qui nécessitent ou prolongent l'hospitalisation, causent une invalidité ou incapacité, ou entraînent la mort. Il s'agit d'une définition trop limitée qui ne protégerait pas suffisamment la santé des Canadiens : les événements indésirables particuliers qui ne satisfont pas à cette définition de réaction « grave » peuvent, à plus long terme, s'accumuler et avoir des effets graves. (Par exemple, dans le domaine des produits pharmaceutiques, les cas de lipodystrophie, de perte de la densité osseuse et d'autres effets secondaires graves des inhibiteurs de la protéase chez les personnes vivant avec le VIH/sida n'ont commencé à être signalés qu'après plusieurs années d'utilisation de ces produits, ce qui montre l'importance de continuer à surveiller les produits de santé après leur mise en marché.) De plus, le suivi d'une gamme plus large d'événements indésirables (plutôt que de se limiter à surveiller les événements « graves ») peut fournir d'importants renseignements sur l'utilisation sûre et efficace d'un produit de santé naturel au-delà de ce qui est nécessaire pour éviter les utilisations dangereuses les plus extrêmes qui pourraient causer une incapacité, l'hospitalisation ou la mort.

Nous proposons donc qu'un système de surveillance post-homologation soit conçu non seulement pour contrôler les événements indésirables graves, mais aussi les événements indésirables en général. Toutefois, il est important que le régime de déclaration ne soit pas submergé de déclarations d'événements bénins, ce qui nuirait à sa capacité de surveiller les événements graves et de prendre des mesures en conséquence. On pourrait notamment obliger les titulaires de licence d'un produit et les praticiens de ne déclarer que les événements indésirables « graves » (à un destinataire désigné à cette fin), tout en assurant l'accessibilité au régime de déclaration aux consommateurs et aux praticiens de la santé de manière à ce qu'ils puissent déclarer également les événements bénins. Une telle approche permettrait de recueillir à la longue plus de données sur les événements indésirables graves et bénins, tout en permettant aux autorités de réglementation fédérales de continuer à concentrer leurs ressources pour pouvoir réagir rapidement et de façon efficace aux déclarations des événements indésirables les plus graves. Le Special Nutritional Adverse Event Monitoring System (« système de surveillance des

événements indésirables causés par les produits nutritionnels spéciaux ») (SN/AEMS), administré par la Food and Drug Administration des États-Unis, est un modèle qui pourrait être suivi. Ce système reçoit des déclarations de consommateurs, de professionnels de la santé, de services de santé publique et d'autres, à propos d'événements indésirables impliquant des « compléments alimentaires » (« *dietary supplements* ») (définis largement dans la loi fédérale américaine de manière à comprendre ce que l'on nomme « produits de santé naturels » au Canada). Des déclarations peuvent être faites aux autorités de réglementation fédérales par téléphone ou par lettre, et également par Internet grâce au programme MedWatch de la FDA; le public peut consulter le système de déclaration.²²⁴

De fait, un tel régime n'est ni plus ni moins qu'un mécanisme plus officiel pour recueillir des données sur l'utilisation, l'innocuité et l'efficacité d'un produit, des données qui sont couramment appelées « savoir historique » ou « savoir traditionnel » – c'est-à-dire la base de connaissances sur un produit de santé naturel (ou une pratique, ou un système de médecine) élaborée au fil des décennies, voire des siècles, par les guérisseurs et les patients. De tels renseignements fournissent des « signaux d'avertissement » aux autorités de réglementation, sur de nouvelles préoccupations en matière de sécurité, ils informent les consommateurs et ils aident également à identifier les priorités de recherche dans le domaine de la médecine complémentaire/parallèle.

Recommandation 19. Mettre au point un système de surveillance post-homologation pour les produits de santé naturels

En consultation avec des groupes de consommateurs, les fabricants et les professionnels de la santé, le BPSN devrait établir un système de surveillance post-homologation pour recueillir les renseignements suivants sur les produits de santé naturels dont la vente est autorisée au Canada : les événements indésirables de divers degrés; les effets secondaires à court terme et les effets cumulatifs à long terme; et des données indépendantes sur l'utilisation par les consommateurs (p. ex. la prévalence et la fréquence d'utilisation, les troubles pour lesquels le produit est utilisé, etc.).

Recommandation 20. Exiger que les titulaires de licence déclarent les incidents

Les titulaires de licence pour un produit devraient être tenus par la loi de déclarer au Bureau des produits de santé naturels tout « événement indésirable grave » ayant trait à l'utilisation de leur produit homologué, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada, qu'il soit prévu ou « inattendu », dans un délai fixe (quelques jours) après avoir reçu des renseignements sur un tel événement.

Recommandation 21. Exiger que les praticiens déclarent les incidents

Les praticiens de la santé devraient être tenus par la loi de déclarer au Bureau des produits de santé naturels tout événement

²²⁴ U.S. Food and Drug Administration, Center for Food Safety and Applied Nutrition, Office of Special Nutritionals, *The Special Nutritionals Adverse Event Monitoring System* (à <www.fda.gov/medwatch>).

indésirable grave ayant trait à l'utilisation d'un produit de santé naturel (qu'il soit ou non homologué pour la vente au Canada) qui se produit au Canada ou chez un patient sous leurs soins et dont ils ont personnellement connaissance, dans un délai fixe (quelques jours) après avoir pris connaissance de ces renseignements.

Autres mécanismes de contrôle de l'innocuité

La responsabilité à l'égard du contrôle post-commercialisation de l'innocuité des médicaments n'a pas à incomber exclusivement au gouvernement. Les fabricants et les vendeurs de produits de santé peuvent faire preuve de civisme et d'un engagement à l'égard des soins de santé de qualité en ne se limitant pas à déclarer ce qui est exigé par la loi. En effet, les vendeurs plus importants peuvent faire leur propre contribution à la protection des consommateurs de leurs produits par des initiatives proactives destinées à contrôler l'utilisation et l'innocuité des produits.

Il existe déjà de bons exemples de ces initiatives au Canada et aux États-Unis. Le programme HealthWatch de Shoppers Drug Mart, l'une des chaînes de pharmacies les plus importantes au Canada, vise à fournir des renseignements aux consommateurs sur les utilisations, les contre-indications et les effets secondaires éventuels de médicaments délivrés sous ordonnance ou en vente libre, de même que sur les combinaisons de médicaments à éviter.²²⁵ La société rend également ces renseignements disponibles en ligne par son site Web. Aux États-Unis, CVS Corporation, la plus importante chaîne de pharmacies au pays, a effectué ses propres recherches qui indiquent que presque 40% des Américains qui s'auto-administrent des remèdes à base de plantes n'en informent pas leur médecin. Face à ce phénomène, la société a mis en œuvre, en janvier 2000, un programme national de « communication facultative » qui encourage les clients à remplir un formulaire qui énumère tous les produits pharmaceutiques en vente libre, vitamines, suppléments et produits à base de plantes qu'ils utilisent. La pharmacie inscrit ces renseignements dans un profil confidentiel du patient qui est ensuite utilisé pour générer un avertissement d'interaction éventuelle avec les médicaments vendus sous ordonnance qu'ils achètent et ces renseignements sont fournis aux clients. Le programme est offert dans tous les magasins et les patients peuvent également avoir accès aux renseignements pertinents par le site Web de la société (bien que les renseignements ne soient pas toujours présentés d'une façon accessible pour plusieurs consommateurs).²²⁶

S'ils comportaient des protections suffisantes de la confidentialité (p. ex. le groupement de données banalisées), ces programmes pourraient fournir une source très utile de données sur les tendances et la prévalence de l'utilisation des produits de santé naturels au Canada. Toutefois, ils pourraient être encore plus utiles si les grandes chaînes de pharmacies aidaient à la mise en œuvre d'un système informatisé pour la déclaration d'événements indésirables dans l'utilisation des médicaments (que ce soient les médicaments délivrés sous ordonnance ou les produits de santé naturels). Ce programme pourrait fournir aux pharmaciens et aux autorités de réglementation fédérales des « signaux d'alarme » quant aux effets secondaires éventuellement nocifs d'un produit, ou aux interactions de produits, qui pourraient alors faire l'objet d'enquêtes plus poussées pour protéger les consommateurs.

²²⁵ Voir la bibliothèque pharmaceutique HealthWatch à <www.shoppersdrugmart.ca/fr_CA/healthwatch/drug_index.html>.

²²⁶ « CVS first to launch program to assist customers who use herbal products » [communiqué de presse], 20 janvier 2000, <www.CVS.com>; Helwig D., « US pharmacy chain tracks customer's use of herbals », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 162 : 852.

Recommandation 22. Impliquer les pharmaciens dans la prévention et le suivi des interactions entre produits

Le Bureau des produits de santé naturels, les collèges des pharmaciens et les associations professionnelles de pharmaciens, de même que les fabricants de produits de santé naturels devraient, à partir des commentaires des groupes de consommateurs, collaborer à l'élaboration d'un protocole destiné aux pharmaciens pour encourager les patients qui achètent les médicaments délivrés sous ordonnance à déclarer volontairement les produits de santé naturels et les médicaments en vente libre qu'ils utilisent. Ces renseignements doivent être gardés confidentiels et être suivis par les pharmacies pour pouvoir identifier les interactions éventuelles entre les produits de santé naturels et les médicaments pharmaceutiques, ou entre divers produits de santé naturels, de manière à informer les consommateurs au sujet de préoccupations éventuelles quant à l'innocuité de l'utilisation d'un produit ou à l'interaction de produits et de porter ces préoccupations à l'attention de Santé Canada pour une enquête plus poussée.

Application des normes de réglementation

Des moyens de dissuasion adéquats et une application efficace du cadre réglementaire sont nécessaires si l'on veut atteindre l'objectif de protéger le public. Dans son propre rapport final, l'équipe de transition du BPSN a fait remarquer ce qui suit :

En vertu du système actuel, le taux de conformité à la réglementation est très peu élevé. Le fait qu'il soit de notoriété publique que l'exécution de la réglementation est, au mieux, sporadique et faible, explique en partie cette situation. De plus, si on constate la non-conformité d'une personne, il est très improbable que des poursuites soient entamées. Si des accusations sont portées, l'amende est minimale et plusieurs personnes considèrent qu'il s'agit de frais encourus dans la poursuite des affaires.²²⁷

Les leçons tirées de l'expérience sous le régime actuel applicable aux « médicaments » devraient orienter l'élaboration d'un cadre réglementaire amélioré pour les produits de santé naturels (et pour les médicaments). Nous avons déjà signalé qu'en vertu des principes éthiques de non-malveillance, de bienfaisance et de respect de l'autonomie, il est particulièrement inquiétant de constater qu'actuellement, la qualité des produits de santé naturels vendus aux consommateurs est souvent incertaine et peut varier énormément. Des mécanismes de contrôle de la qualité (p. ex. les bonnes pratiques de fabrication, les exigences en matière d'étiquetage normalisé, etc.) ont été identifiés ci-dessus comme des moyens d'accroître la protection et l'autonomie des consommateurs.

Cependant, les normes de qualité n'ont aucune importance à moins d'être respectées et exécutées. Il serait naïf de s'en remettre exclusivement aux fabricants de produits pour qu'ils se conforment volontairement à ces normes, surtout à la lumière d'expériences antérieures sous le régime de réglementation des médicaments, et de l'absence de normes de qualité qui prévaut actuellement sur le marché des produits de santé naturels. Il faut établir des moyens de dissuasion contre la non-conformité aux normes de

²²⁷ Un nouveau départ : Rapport final de l'équipe de transition du BPSN, mai 2000, p. 34 (disponible à <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>).

réglementation, notamment en établissant des peines appropriées dans les règlements.

Recommandation 23. Appliquer des peines adéquates en cas de manquement aux exigences réglementaires

Pour protéger les consommateurs, le gouvernement fédéral devrait veiller à ce que les peines prévues en cas de manquement aux exigences réglementaires relatives à la fabrication, à l'homologation, à l'étiquetage, à la distribution et à la vente de produits de santé naturels soient suffisamment sévères et que leur exécution soit suffisamment vigoureuse pour assurer la conformité à ces exigences.

Recouvrement des coûts

Pendant le processus de transition qui a conduit à l'établissement du BPSN, l'équipe de transition du BPSN avait suggéré que, dans la prestation des « services » à ses « clients » de l'industrie, le gouvernement, en tant qu'autorité de réglementation des produits de santé, devait élaborer son système de réglementation (y compris les droits demandés) en consultation avec l'industrie, pour veiller à ce que celle-ci ait son « mot à dire dans la conception et la prestation d'un tel service »²²⁸ et pour éviter de surcharger les demandeurs de licence de produit.

Il est clair qu'un processus trop lourd serait finalement contraire aux intérêts des consommateurs, puisqu'il créerait inutilement des obstacles à l'accès aux soins de santé. Toutefois, une mise en garde s'impose. En effet, il ne faut pas que la rigueur du processus réglementaire soit affaiblie en permettant aux titulaires/demandeurs de licences de produits d'exercer une influence considérable sur l'établissement des droits demandés pour l'analyse et l'homologation réglementaires, ou sur la conception et la mise en œuvre du régime de réglementation. Agir autrement serait préjudiciable à la santé publique et minerait la confiance du public à l'égard du régime réglementaire. En fin de compte, ce sont les consommateurs qui ingèrent, appliquent ou utilisent autrement les produits de l'industrie et qui génèrent les profits de celle-ci; c'est donc envers les consommateurs que le Bureau des produits de santé naturels a des obligations éthiques et juridiques de diligence.

Recommandation 24. Voir à ce que l'instance fédérale de réglementation soit indépendante de l'industrie

Le Bureau des produits de santé naturels doit veiller à ce que, dans la conception du système réglementaire applicable aux produits de santé naturels, l'intérêt public demeure suprême et l'emporte toujours sur les intérêts de l'industrie lorsqu'il y a conflit. Il faut mettre en place des mécanismes de protection pour assurer que le Bureau demeure pleinement indépendant de l'industrie qu'il est censé réglementer.

La réglementation des praticiens qui prodiguent des soins de santé complémentaires/parallèles

Compte tenu de la hausse remarquable de popularité dont jouissent actuellement les thérapies parallèles, il y a clairement lieu de

²²⁸ Ibid., p. 38.

s'inquiéter que la vaste majorité de ces thérapies ne soient pas réglementées sérieusement. Ce manque de réglementation entraîne deux conséquences éventuellement importantes : (1) il est difficile pour le public de faire la distinction entre les thérapies et entre les praticiens de celles-ci; et (2) la pratique non réglementée est susceptible de causer un préjudice au public.[trad.]²²⁹

Dans la section précédente, nous avons examiné des aspects particuliers de la réglementation légale directe des produits de santé naturels au Canada. Dans la présente section, nous examinons les questions liées à la réglementation directe des pratiques et des praticiens de soins de la santé complémentaires/parallèles. (La section suivante porte sur les questions soulevées par la réglementation indirecte de la pratique, par l'application des doctrines de common law.) Dans la présente section :

- 1) nous décrivons les modèles primaires pour la réglementation professionnelle légale;
- 2) nous discutons des opinions des praticiens sur la réglementation et nous identifions l'autoréglementation facultative comme une approche acceptable pour les praticiens de la médecine complémentaire/parallèle qui ne sont pas déjà réglementés par la loi en tant que professionnels de la santé;
- 3) nous discutons de la réglementation des professionnels des soins de santé conventionnels qui incorporent des thérapies complémentaires/parallèles dans leur pratique;
- 4) nous notons la situation particulière des guérisseurs autochtones traditionnels à l'égard de l'autorité de réglementation.

Mécanismes légaux de réglementation des praticiens de la santé

Le principal objet de la réglementation d'une profession de la santé est de protéger le public contre des praticiens non qualifiés ou dont la formation n'est pas adéquate. La réglementation efficace d'une thérapie permet donc au public de comprendre où chercher pour obtenir un traitement sûr de praticiens bien formés dans un environnement où ses droits sont protégés. [trad.]²³⁰

La réglementation des métiers et des professions (y compris les praticiens de la santé) relève de la responsabilité des provinces et des territoires. Toutefois, les gouvernements provinciaux/territoriaux ont, dans une large mesure, délégué la responsabilité réglementaire aux professions de la santé (reconnues) par des lois. Des organismes de réglementation professionnels (p. ex., des « collèges », « ordres », « corporations », etc.) se voient déléguer le pouvoir d'établir des normes de pratique et des codes de conduite pour leurs membres par voie de règlements et de politiques.²³¹

Il y a trois principales formes de réglementation des fournisseurs de soins de santé, énumérées ci-dessous, de la plus restrictive à la moins restrictive :

- 1) le modèle de l'autorisation d'exercer;
- 2) le modèle de l'accréditation;
- 3) le modèle de l'inscription.

Jusqu'à récemment, les deux premières formes étaient les principaux modèles adoptés au Canada; toutefois, comme nous le verrons ci-dessous, plusieurs ressorts ont réformé leurs modèles d'autorisation d'exercer (passant d'un régime de « droit exclusif d'exercice » pour chaque profession à un modèle « d'actes

²²⁹ McNamara L., Nelson E., « Regulation of Health Care Professionals », chapitre 2 dans Downie & Caulfield, *supra*, note 190, 51-81, à la p. 79.

²³⁰ United Kingdom House of Lords, *supra*, note 204, au par. 5.1

²³¹ McNamara et Nelson, *supra*, note 229, p. 69-70.

autorisés » avec des champs d'exercice qui se chevauchent). Puisque chaque province et territoire du Canada possède sa propre législation – constituée, dans plusieurs cas, de nombreux lois et règlements – régissant une variété de fournisseurs de soins de santé, il n'est pas possible de toutes les analyser dans le présent document.²³² Nous donnerons plutôt des exemples des divers modèles, au besoin, pour illustrer la portée de ces lois sur l'exercice de la médecine complémentaire/parallèle.

Autorisation d'exercer

« 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 comme de la « médecine » ou de la « dentisterie », ou tout autre service compris dans le champ d'exercice de la profession en particulier. La législation applicable définit le champ de pratique de chacune des professions réglementées avec divers degrés de spécificité (la médecine ayant généralement le champ de pratique le plus large), accordant de fait aux membres de la profession un monopole sur la prestation de ces services [...] Commet une infraction quiconque fournit des services qui sont considérés comme l'exercice de la médecine ou de l'une des autres professions réglementées sans l'autorisation d'un permis d'exercice ou une délégation d'autorité appropriée. » [trad.]²³³

De plus, 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 par la profession, par l'entremise de son organisme de réglementation.

On trouve au Québec un bon exemple du modèle de l'autorisation d'exercer. La *Loi médicale*²³⁴ renferme une définition très large de ce que constitue l'« exercice de la médecine » et empêche quiconque n'est pas médecin de s'adonner à cet exercice :

art. 31 Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain. L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections.

art. 43 Sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut poser l'un des actes décrits à l'article 31, s'il n'est pas médecin.

Ceux qui ne sont pas autorisés à exercer la profession de médecin au Québec mais qui fournissent des services compris dans cette définition très large de l'exercice de la médecine commettent théoriquement une infraction à la loi. L'exercice de la médecine complémentaire/parallèle n'est pas illégal en soi au Québec, mais seul un médecin titulaire d'un permis d'exercice et qui est soumis aux codes professionnels – ce qui limite grandement la liberté d'exercice – peut appliquer ces thérapies légalement. La définition large de l'exercice de la « médecine » précitée indique clairement « que les personnes qui ne sont pas médecins ne peuvent pratiquer ni la guérison conventionnelle, ni les formes parallèles de guérison. » [trad.]²³⁵

²³² Pour une vue d'ensemble complète et récente de l'état de la réglementation légale des divers praticiens de la santé dans le domaine de la médecine complémentaire/parallèle, voir *Canadian Overview*, supra, note 10. Ce rapport de 1999 est maintenant légèrement périmé, puisqu'il y a eu des développements depuis sa publication (p. ex. la reconnaissance, en Colombie-Britannique, des praticiens de la médecine traditionnelle chinoise et de l'acupuncture en tant que professionnels de la santé réglementés, depuis en décembre 2000). Voir également Casey J.T., *Status Report and Analysis of Health Professional Regulations in Canada*, établi pour le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial des ressources humaines en santé, mars 1999.

²³³ *Canadian Overview*, supra, note 10, p. 93.

²³⁴ L.R.Q., ch. M-9.

²³⁵ Blanc M.T., « Health and multiculturalism: an inquiry into the juridical limits of medical pluralism in Quebec », *Ottawa Law Review*, 1997-98, 29 : 335-367, aux par. 15-16 (Q.L.).

L'accréditation

En vertu d'un régime d'accréditation, l'utilisation d'un titre professionnel désigné est limitée aux praticiens qui se sont qualifiés en satisfaisant à certaines exigences de formation académique et professionnelle. D'autres praticiens peuvent fournir un service donné, mais ils ne peuvent utiliser le titre. (Pour cette raison, les régimes d'accréditation sont parfois appelés « régimes de titres réservés ».)²³⁶ L'accréditation vise donc à servir de forme d'assurance de qualité indiquant au consommateur/patient que le praticien accrédité satisfait à certaines normes minimales.

L'accréditation n'est pas aussi rigoureuse que l'autorisation d'exercer, c'est-à-dire qu'elle ne crée pas de monopole sur l'activité dans son ensemble [...] L'accréditation confère un titre qui indique au public que son titulaire possède une certaine expérience ou un niveau de scolarité. Le public demeure libre de choisir d'avoir recours à un fournisseur de services accrédité ou non accrédité, mais on lui donne plus de renseignements sur lesquels il peut s'appuyer pour faire son choix [...] Parce que l'accréditation ne limite pas le nombre de praticiens sur le marché, elle ne suscite pas les mêmes problèmes anticoncurrentiels que l'autorisation d'exercer. Toutefois, l'accréditation peut également comporter des inconvénients. Il se peut que les consommateurs ne sachent pas ce que veut dire l'accréditation et ne puissent pas prendre de décisions éclairées sur la qualification des praticiens. L'accréditation ne protège pas contre le préjudice causé par les tiers et ce régime n'atténue pas le risque de préjudice grave. En outre, il se peut que l'accréditation ne soit qu'une étape qui mène à un régime plus restrictif d'autorisation d'exercer.[trad.]²³⁷

Contrairement au régime d'autorisation d'exercer, les régimes d'accréditation ne comportent généralement pas de régime continu d'imputabilité professionnelle, par exemple des mécanismes pour les procédures disciplinaires.

Un ressort peut établir des régimes d'autorisation d'exercer et d'accréditation pour divers champs d'exercice ou groupes de praticiens. Certains professionnels (p. ex. les médecins) peuvent se voir accorder un permis d'exercice qui comporte le droit exclusif d'exercer leur profession; il est interdit d'exercer sans permis. D'autres praticiens (p. ex. les massothérapeutes) peuvent se voir accorder le droit d'utiliser un titre professionnel en particulier sous réserve de leur accréditation, mais des praticiens non accrédités pourraient quand même offrir le service.

Inscription

Le modèle de l'inscription constitue le modèle de réglementation le moins restrictif : il se contente d'obliger chaque praticien qui fournit le service à inscrire son nom et son adresse dans une sorte de registre officiel. Du point de vue strictement juridique, le modèle de l'inscription ne peut pratiquement pas être considéré comme une forme de « réglementation », puisqu'il n'impose aucune norme de formation particulière ou autres exigences de qualification, et il ne comporte aucune norme professionnelle ou mécanisme juridiquement exécutoire pour enquêter sur les praticiens qui ne satisfont pas aux normes établies et pour prendre des mesures disciplinaires à leur égard.

« Comme tels, les régimes d'inscription ne sont pas nécessairement prévus dans la législation. Un modèle d'inscription serait plutôt l'étape initiale qu'entreprendrait un organisme professionnel dans sa démarche pour obtenir

²³⁶ Il convient de noter que la situation est rendue encore plus confuse du fait que certains praticiens accrédités (« certified ») en vertu d'un régime d'accréditation ont le droit de porter le titre de praticiens « inscrits » (« registered ») (p. ex., en anglais, « registered massage therapist ») et il arrive parfois que des régimes d'accréditation soient appelés régimes « d'inscription » (« registration »). Toutefois, en plus de porter à confusion, cette appellation est inexacte, comme le montrent les commentaires qui suivent sur le modèle de l'inscription. Les praticiens accrédités doivent satisfaire à des normes précises de formation; il ne leur suffit pas d'inscrire le fait qu'ils exercent leur profession auprès d'un organisme d'inscription.

²³⁷ Priest M., « The privatization of regulation: five models of self-regulation », *Ottawa Law Review*, 1997-98, 29 : 233-302 (Q.L.), aux par. 53-54, 63.

l'accréditation et l'autorisation d'exercer, et en fin de compte, l'autoréglementation [légale]. » [trad.]²³⁸ (Dans la sous-section suivante, nous examinons la question de l'autoréglementation facultative par les praticiens des approches complémentaires/parallèles; une telle autoréglementation pourrait, à l'extérieur d'un régime légal, compléter un régime d'inscription par une réglementation privée plus substantielle des praticiens.)

**La réforme du modèle de l'autorisation d'exercer :
« les actes autorisés » et champs de pratique qui se chevauchent**

Depuis quelques années, certaines provinces ont apporté des réformes importantes à leurs régimes de réglementation qui s'inspirent plus directement (en théorie du moins) de l'objectif de la politique de protéger le public. Plutôt que de se concentrer principalement sur l'octroi de permis d'exercice des professions et l'établissement de monopoles sur des « champs de pratique » fondés sur des disciplines définies de façon très large comme la « médecine », ce nouveau modèle vise plutôt à identifier les actes ou les pratiques qui risquent de causer un préjudice aux patients et n'autorise que certains praticiens à fournir ces services ou à exécuter ces actes.

L'Ontario a été le premier ressort canadien à adopter ce nouveau modèle axé sur les « actes autorisés ». La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*²³⁹ a éliminé les permis exclusifs d'exercice et a plutôt introduit un nouveau régime qui :

- 1) décrit le champ de pratique de chacune des vingt-quatre professions de la santé réglementées, établissant les pratiques que les membres de la profession peuvent exercer;
- 2) énumère un certain nombre d'« actes autorisés » qui ne peuvent être accomplis que par les membres de professions particulières, vu que des connaissances et des compétences spécialisées sont nécessaires pour éviter les risques inacceptables pour la sécurité du public;
- 3) interdit à quiconque (y compris les professionnels de la santé agissant à l'extérieur de leur champ de pratique autorisé) de traiter ou de conseiller les gens sur des questions de santé s'il est prévisible qu'un préjudice grave pourrait en résulter;
- 4) réglemente les titres que les membres des diverses professions de la santé peuvent légalement utiliser dans la prestation de services et interdit aux praticiens non réglementés de se présenter comme qualifiés pour exercer une profession réglementée.

La loi prévoit également un mécanisme pour l'examen de demandes d'autres groupes de praticiens souhaitant être reconnus légalement comme des professionnels de la santé autoréglementés.

D'autres ressorts ont également pris des mesures – ou sont en train de le faire – pour réformer leurs régimes d'autorisation d'exercer, d'un modèle de « champ exclusif d'exercice » vers un modèle d'« actes autorisés » comportant des champs d'exercice partagés. Par exemple, à la fin de mars 2001, le Health Professions Council de la Colombie-Britannique a publié un rapport dans lequel il recommande une telle révision du régime de réglementation des professions de la santé de cette province.²⁴⁰

Les praticiens des thérapies complémentaires/parallèles devraient-ils être réglementés et, dans l'affirmative, comment?

La question de savoir si la professionnalisation de la médecine complémentaire/parallèle est souhaitable et mérite d'être appuyée

²³⁸ McNamara et Nelson, *supra*, note 229, p. 59, à la note 37.

²³⁹ *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, ch. 18. Il convient de noter que les chiropraticiens, les sage-femmes et les massothérapeutes sont des « professions de la santé réglementées » soumises à la législation sur les « actes autorisés » (et à un règlement particulier dans le cas des massothérapeutes); toutefois, les acupuncteurs ne sont pas des professionnels de la santé reconnus en Ontario et les naturopathes ne sont pas des professionnels de la santé autorisés et réglementés; ces derniers sont plutôt assujettis à un régime de « titre réservé » (c.-à-d. d'accréditation) en vertu de la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments*, L.R.O. 1990, ch. H.6.

²⁴⁰ Voir B.C. Health Professions Council, *Safe Choices: A New Model for Regulating Health Professions in British Columbia*, mars 2001 (disponible à <www.hlth.gov.bc.ca>); B.C. Ministry of Health, « Revamp of Health Professions Regulation Recommended », communiqué de presse du 26 mars 2001, <www.hlth.gov.bc.ca>.

par l'État est une question qui mérite d'être débattue davantage. Une telle mesure peut être vue comme un moyen de protéger le public ou de favoriser les intérêts des thérapeutes des approches complémentaires/parallèles. La forme sous laquelle la professionnalisation serait mise en œuvre jouerait pour beaucoup. L'issue ne dépendra pas uniquement de l'État et de la profession médicale, mais également de la position adoptée par les organismes de médecine complémentaire/parallèle eux-mêmes sur la façon la plus appropriée de se professionnaliser.[trad.]²⁴¹

Points de vue des praticiens sur la réglementation de leur pratique

Dans son récent rapport sur la médecine complémentaire/parallèle, la Chambre des Lords du Royaume-Uni a indiqué que tous les témoins qui ont comparu devant elle (y compris de nombreux praticiens d'approches complémentaires/parallèles) « considéraient important d'établir une forme quelconque de réglementation; il y avait un consensus important selon lequel la réglementation, si elle était bien traitée, comporterait plusieurs avantages pour le public et les professions. »[trad.]²⁴² En outre, elle a noté la position de la Foundation for Integrated Medicine selon laquelle la réglementation efficace des thérapies complémentaires/parallèles était au cœur du développement de plusieurs domaines de MCP.²⁴³

Cain et coll. ont fait état de conclusions semblables à partir d'entrevues en profondeur avec des praticiens canadiens qui dispensaient des thérapies complémentaires à des personnes vivant avec le VIH/sida. Il est ressorti de leur enquête bibliographique que la plupart des praticiens étaient « ambivalents à l'égard de l'intervention et de la réglementation par l'État. »[trad.] Toutefois, dans les faits, parmi les praticiens interviewés « il y avait peu d'ambivalence. Les praticiens des thérapies complémentaires que nous avons interviewés étaient généralement unanimes dans leur appui à la réglementation étatique des thérapeutes et des produits (plantes médicinales et suppléments alimentaires). »[trad.]²⁴⁴ Les praticiens interviewés par Cain et coll. estimaient que la réglementation était souhaitable pour plusieurs raisons :

- la valeur symbolique de la reconnaissance comme praticiens légitimes;
- la protection qui peut découler de cette reconnaissance, contre d'éventuelles accusations d'exercice de la médecine sans permis;
- la capacité d'établir des normes et d'exclure les praticiens non qualifiés « dont l'incompétence met en péril la santé des patients et donne une mauvaise réputation à l'ensemble de la profession » [trad.];
- une plus grande intégration au régime des soins de santé avec les avantages que cela comporte pour les patients, par exemple la facilité de diriger les patients entre les praticiens conventionnels et les praticiens d'approche complémentaire/parallèle, un meilleur accès aux services diagnostiques, de plus grandes chances d'obtenir du financement de l'État pour les services et une réduction des obstacles financiers pour les patients qui veulent avoir recours à ces thérapies.

Cain et coll. ont affirmé ce qui suit :

Nous nous attendions à entendre une critique sous-jacente de l'État et du contrôle gouvernemental [...] Pourtant, lorsque les praticiens ont parlé du rôle de l'État, c'était presque toujours

²⁴¹ Résumé de l'allocation de Saks M., « Professionalization, Politics and Alternative Medicine », dans : *Summary Report of an International Symposium on "Why People Use Complementary and Alternative Medicine: Social Science Perspectives"*, 16 au 18 avril 1998, Toronto.

²⁴² United Kingdom House of Lords, *supra*, note 204, au par. 5.2.

²⁴³ Foundation for Integrated Medicine, *Integrated Healthcare: A Way Forward for the Next Five Years?*, Londres, FIM, 1998 (disponible à <www.fimed.org>).

²⁴⁴ Cain R., Pawluch D., Gillett J., *Practitioner Perspectives on Complementary Therapy Use Among People Living with HIV*, Santé Canada, mars 1999, 17-19, 22-23.

pour dire comment ils souhaitaient que l'État réglemente leur pratique (ou, dans le cas des chiropraticiens et des naturopathes, à quel point ils étaient contents d'être réglementés). Plutôt que d'être vue comme un mécanisme par lequel la médecine occidentale pourrait contrôler et restreindre leur pratique, la réglementation par l'État était accueillie comme un élément important dans la réalisation de la reconnaissance et de la légitimité, et pour les protéger contre des accusations d'exercice illégal de la médecine. Les praticiens eux-mêmes ont mentionné le rôle important de l'État dans la surveillance et la discipline des « charlatans » parmi eux, en partie pour protéger les patients et en partie pour protéger la réputation de leur approche.

Ce sont peut-être les déclarations des guérisseurs autochtones qui ont confirmé le plus nos attentes initiales [d'ambivalence des praticiens envers la réglementation]. En effet, [ces guérisseurs] ont exprimé une critique plus sérieuse de la médecine occidentale et une méfiance à l'égard des gouvernements qui, estiment-ils, reflètent les intérêts de la culture blanche dominante au Canada. Leur façon d'aborder la guérison était fermement enracinée dans un système de croyances ou une cosmologie spirituelle/philosophique. À de nombreux égards, ils représentaient une solution de rechange plus claire, non seulement aux traitements occidentaux, mais aussi à la conception occidentale conventionnelle de ce que représentent fondamentalement la maladie et la guérison.[trad.]²⁴⁵

Il existe un large éventail d'opinions parmi les praticiens des MCP quant à la valeur de la réglementation.

Il y a un manque de recherches documentées sur les opinions des praticiens de divers champs de pratique des soins de santé complémentaires/parallèles. En outre, nous avons vu qu'il existe un large éventail d'opinions parmi les praticiens des MCP en général, à la fois dans les divers champs de pratique et à l'intérieur de champs particuliers, quant à la valeur de la réglementation. Certains praticiens ont déjà eu l'occasion de connaître les avantages et les inconvénients de la réglementation légale directe (p. ex. les chiropraticiens étant les plus généralement reconnus, dans presque toutes les provinces/territoires), alors que d'autres commencent à peine à être reconnus comme professionnels de la santé (p. ex. les acupuncteurs, les praticiens de la médecine traditionnelle chinoise, les naturopathes, les massothérapeutes).

Le modèle de l'autorisation d'exercer est-il souhaitable?

Cohen a identifié un certain nombre d'avantages et de préoccupations éventuels liés à la réglementation professionnelle suivant le modèle de l'autorisation d'exercer²⁴⁶ pour les praticiens des approches complémentaires/parallèles. Les avantages éventuels comprennent notamment ce qui suit : (1) des critères liés aux compétences minimales aident à établir la légitimité d'une profession en rassurant le public et les autorités de réglementation quant à la qualité de la pratique; (2) l'octroi de permis professionnels par un organisme indépendant aide à empêcher d'autres professionnels (p. ex. les médecins, les infirmières) de s'approprier la profession; (3) le permis d'exercice encourage et facilite le développement de la profession par des possibilités comme l'assurance, les privilèges d'hôpitaux, etc.

Toutefois, cette approche ne jouit pas de la faveur de tous les praticiens de médecine complémentaire/parallèle. Certains craignent qu'une telle approche puisse accroître, plutôt que de réduire, les restrictions portant sur l'exercice de MCP.²⁴⁷

²⁴⁵ *Ibid.*, p. 17.

²⁴⁶ Cohen, *supra*, note 198. Les observations de Cohen s'appliquent aux deux formes d'autorisation d'exercer; c'est-à-dire celle du « champ exclusif d'exercice » et la forme, plus souple, d'« actes autorisés ».

²⁴⁷ Pour un exemple canadien de ce phénomène, voir les règlements adoptés par Toronto, qui ont soulevé de nombreuses critiques des massothérapeutes de la ville; City of Toronto By-Laws nos 806-1998 et 737-1999.

De plus, certains praticiens préfèrent demeurer à l'extérieur du régime de réglementation. En effet, ils estiment que celui-ci ne convient pas à leur pratique ou qu'il est réducteur, et ils soutiennent que des modalités comme le toucher thérapeutique ne peuvent être testées au moyen d'examens écrits uniformes. Enfin, certains craignent que « le cœur et l'art de la profession ne soient perdus », puisque le permis d'exercice accroît le contrôle bureaucratique et enferme des modalités subjectives ou intuitives dans un modèle biomédical.[trad.]²⁴⁸

Les coûts financiers de la réglementation professionnelle soulèvent également des questions. En effet, ce sont les membres des professions réglementées qui assument en grande partie les coûts liés au soutien d'un organisme de réglementation qui administre le régime de formation, d'examen et d'autorisation des membres, et du maintien de l'assurance-responsabilité professionnelle. Ces coûts, dont certains peuvent être répercutés sur les consommateurs, doivent également être considérés lorsque l'on se demande si un régime de réglementation professionnelle est réalisable ou souhaitable et à quel degré il peut l'être, le cas échéant.²⁴⁹

Dans l'abstrait, il est difficile de dire si, en fin de compte, l'adoption d'un modèle de permis d'exercice professionnel accroîtrait l'accès aux approches de santé complémentaires/parallèles. Un tel modèle peut limiter l'accès du fait qu'il impose des frais supplémentaires aux praticiens qui seront répercutés dans le coût de leurs services aux patients; en revanche, il accroît les chances que ces traitements soient couverts par les régimes d'assurance publics et privés; le résultat net pourrait être un accès accru pour les patients. Il peut limiter l'accès du fait qu'il exclut de l'exercice légal ceux qui ne satisfont pas aux critères liés au permis d'exercice; mais, il améliore l'accès aux praticiens en qui les consommateurs ont confiance, c'est-à-dire ceux qui possèdent un minimum de qualifications, qui sont liés par des normes et des obligations professionnelles et qui ont une assurance-responsabilité professionnelle. Les questions les plus contentieuses consisteront à déterminer les qualifications et les normes appropriées pour l'exercice des diverses pratiques complémentaires/parallèles. En rehaussant (ou en établissant) les normes, on exclut nécessairement certains praticiens mais on assure, en théorie du moins, une qualité de service plus fiable et plus acceptable dans un plus grand nombre de cas. Il est peut-être possible d'arriver à un équilibre entre le maintien de l'accès des patients et la liberté des praticiens qualifiés, d'une part, et la protection de l'intérêt public à recevoir des services de qualité lorsqu'il veut obtenir des thérapies complémentaires/parallèles, d'autre part.

L'autoréglementation facultative comme première étape

Un modèle de réglementation légale du permis d'exercice dans un champ de pratique défini a été réalisé, dans certains ressorts, par certains praticiens qui étaient (du moins à une certaine époque) considérés comme « parallèles » ou « complémentaires ». Par exemple, l'ostéopathie est prévue (de diverses façons) dans la législation de plusieurs provinces; les chiropraticiens sont réglementés par la loi dans toutes les provinces et au Yukon (bien que le champ de pratique défini varie quelque peu d'un ressort à l'autre); les naturopathes sont réglementés par législation dans quatre provinces.²⁵⁰ Toutefois, même si les praticiens le jugeaient souhaitable, ce modèle – le plus complexe – de réglementation professionnelle prévue par la loi n'est pas nécessairement réalisable dans le cas de plusieurs praticiens de MCP, pour le

²⁴⁸ Cohen, *supra*, note 198, p. 35.

²⁴⁹ Milbank Memorial Fund, *supra*, note 180, p. 6.

²⁵⁰ *Canadian Overview*, *supra*, note 10 à s III(D).

moment, et il y aurait peut-être lieu de considérer des solutions de rechange, comme l'autoréglementation facultative.

Au fil des ans, le régime d'autoréglementation sanctionnée par l'État a été appliqué à un nombre croissant de professions de la santé. En pratique, cela veut dire que les règles régissant l'exercice de la profession et les institutions qui formulent et qui appliquent ces règles ont l'approbation de l'État et celui-ci appuie à la fois l'exécution de ces règles et les sanctions imposées en cas de manquement. Un tel régime se distingue des régimes d'autoréglementation facultative que l'on trouve parmi les fournisseurs de certains types de services de santé, où l'admission [à la pratique] et les activités sont contrôlées, et des normes sont imposées indépendamment de l'État et où l'État n'entérine pas les sanctions qu'un tel groupe indépendant peut imposer. [trad.]²⁵¹

L'autoréglementation facultative peut être la première étape menant à une éventuelle autoréglementation légale comme professionnels de la santé pour plusieurs praticiens de MCP.

L'autoréglementation facultative peut être la première étape d'un processus de professionnalisation éventuelle comportant une autoréglementation sanctionnée par la loi; ce processus peut être décrit ainsi :

Un groupe de praticiens se réunit de sa propre initiative pour relever les normes de la profession. On tente d'établir un programme universitaire de formation et des programmes de formation permanente sont offerts. On rédige un code de déontologie et l'on s'attend à ce que les membres s'y conforment. L'appartenance à l'organisme peut devenir prestigieuse et constituer un atout important dans la recherche d'un emploi. Les membres commencent à faire du lobbying pour la réglementation et l'autonomie administrative [...] « L'organisme souligne que, contrairement à d'autres occupations, ses membres agissent à partir d'un ensemble de connaissances qui a été organisé sous forme de théorie systématique et qui est enseigné dans une université.[²⁵²] L'organisme souligne également l'engagement de ses membres envers des normes élevées de compétence et de déontologie et il fait valoir ses propres efforts à cet égard. Autrement dit, il soutient qu'il est similaire aux autres groupes qui ont déjà obtenu la reconnaissance en tant que profession et qu'il se distingue d'une simple occupation. »[trad.]²⁵³

Des recommandations en ce sens ont été faites au Royaume-Uni par des praticiens de thérapies complémentaires/parallèles. En 1997, des chercheurs du Centre of Complementary Health de l'université d'Exeter ont réalisé une enquête auprès de tous les organismes de réglementation et d'inscription professionnelle dans le domaine de la médecine complémentaire/parallèle, ce qui comprenait des représentants de la vaste majorité des thérapies et des professions de la médecine complémentaire/parallèle. Les chercheurs ont conclu que la réglementation légale n'était pas une « option réaliste » pour la plupart des praticiens des approches complémentaires/parallèles dans un avenir proche, en raison d'un manque de volonté politique et des frais administratifs élevés. Toutefois, ils ont également affirmé que les praticiens de MCP

auraient besoin d'une bonne feuille de route d'autoréglementation facultative avant de passer à la réglementation légale [...] Pour la plupart des professions de MCP, l'établissement d'un régime d'autoréglementation efficace et crédible est pratique, réalisable et

²⁵¹ *Ibid.*, p. 92.

²⁵² Toutefois, il faut se demander si la formation universitaire doit nécessairement être considérée comme une condition préalable obligatoire ou si d'autres voies de scolarité ou de formation pourraient faire l'affaire – surtout parce que peu de programmes de niveau universitaire sont offerts au Canada dans la plupart des domaines de médecine complémentaire/parallèle.

²⁵³ Priest, *supra*, note 237 au par. 64, citant Commission manitobaine de réforme du droit, *Regulating Professions and Occupations* (rapport 84), Winnipeg, Imprimeur de la Reine, 1994, aux p. 5-6.

souhaitable. Cette mesure devrait être prise sans délai. Il faut que les groupes au sein de chaque profession mettent de côté leurs différences et s'unissent autour de normes convenues en matière de formation, de compétence et de déontologie.[trad.]²⁵⁴

Après avoir entendu de nombreux témoins, le comité de la Chambre des Lords du Royaume-Uni a tiré une conclusion semblable dans son rapport de 2000 sur la médecine complémentaire et parallèle.²⁵⁵ Le comité a énoncé les caractéristiques d'un bon organisme d'autoréglementation facultative :

- il tient un registre des membres individuels ou des organismes membres;
- il établit des normes de formation et administre un régime d'accréditation pour les établissements de formation;
- il maintient la compétence professionnelle de ses membres au moyen d'un programme adéquat de formation professionnelle continue;
- il établit des codes de conduite, de déontologie et de pratique;
- il met sur pied un mécanisme de plaintes pour les membres du public;
- il établit une procédure disciplinaire accessible au public;
- il oblige ses membres à avoir une assurance-responsabilité professionnelle adéquate;
- il a la capacité de représenter l'ensemble de la profession;
- il prévoit de la représentation externe auprès de comités exécutifs pour représenter les patients ou les consommateurs et l'intérêt de la population en général.²⁵⁶

La mise en œuvre d'un régime de réglementation (qu'il soit légal ou facultatif) exige des ressources que plusieurs groupes de praticiens d'approche complémentaire/parallèle ne pourront pas nécessairement réunir pour appuyer l'infrastructure nécessaire, compte tenu des petits nombres de praticiens dans certaines disciplines (particulièrement si l'on envisage des groupes à un niveau régional ou provincial, par opposition au regroupement d'un plus grand nombre de praticiens à l'échelle du pays). En outre, les praticiens ont besoin de soutien pour s'organiser en tant que profession de manière à mettre en œuvre l'autoréglementation dans l'intérêt public.

Les participants de l'atelier national de planification tenu en janvier 2001 sur les questions liées aux thérapies complémentaires et au VIH/sida au Canada ont identifié le besoin de ce soutien sous forme de ressources concrètes, une recommandation que nous réitérons ici.

Recommandation 25. Initiatives en vue d'une autoréglementation par les praticiens de MCP non réglementés

Reconnaissant que divers domaines de pratique complémentaire/parallèle se trouvent à des étapes variables d'organisation professionnelle, les praticiens devraient s'organiser en associations de praticiens; à partir de ces associations, envisager les coûts et les avantages d'établir des normes professionnelles de qualification, de compétence continue et de pratique acceptable comme conditions d'appartenance à l'organisation; et établir un mécanisme pour assurer l'imputabilité des membres pour le soin des patients conformément à ces normes.

²⁵⁴ Kelner M., Présentation au Groupe consultatif sur les pratiques et médecines parallèles et d'appoint, Santé Canada (Division des systèmes de santé, DGPPS), *Report on Regulation and Coverage*, fondé sur *Discussion Document on Integrated Health Care* (1997, R.-U.), 7 juin 1999, aux p. 2-3, résumant : University of Exeter – Centre for Complementary Health Studies, *Professional Organisation of Complementary and Alternative Medicine in the United Kingdom*, 1997.

²⁵⁵ United Kingdom House of Lords, *supra*, note 204, par. 5.17, 5.23.

²⁵⁶ Budd S., Mills S., *Professional Organisation of Complementary and Alternative Medicine in the United Kingdom 2000: A Second Report to the Department of Health*, University of Exeter, 2000, cité dans : United Kingdom House of Lords, *supra*, note 204, au par. 5.16.

Recommandation 26. Développer un guide pour l'autoréglementation volontaire

Santé Canada devrait faciliter la création d'un groupe de travail qui comprendrait des représentants de groupes de praticiens de médecine complémentaire/parallèle nouvellement ou récemment réglementés, pour produire et distribuer un outil de travail (un guide « comment faire ») pour l'élaboration de mécanismes en vue de l'autoréglementation facultative comme profession.

Recommandation 27. Financer des recherches sur les modèles et paramètres légaux d'une réglementation des praticiens de MCP

Des organismes de financement de la recherche (organismes de financement de la recherche en santé et organismes qui financent les recherches dans d'autres disciplines), de même que Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, devraient financer des recherches qui fournissent des renseignements à jour sur :

- les opinions de personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles, de praticiens (des approches complémentaire et conventionnelle), de fabricants de produits de santé naturels, du gouvernement et d'assureurs privés, quant à la nécessité de la réglementation dans les domaines des soins de santé complémentaires/parallèles, au rôle du gouvernement dans la réglementation et aux différents modèles de réglementation des produits et des praticiens;
- un examen de la jurisprudence qui (i) évalue le traitement de la médecine complémentaire/parallèle et des praticiens qui ont recours à la médecine complémentaire/parallèle, par les organismes de réglementation professionnelle et les tribunaux; (ii) examine les obligations éthiques et juridiques qui incombent aux praticiens (des approches conventionnelle et complémentaire/parallèle) dans le recours à la médecine complémentaire/parallèle; et qui (iii) offre aux organismes communautaires qui œuvrent auprès de personnes vivant avec le VIH/sida une orientation quant aux obligations juridiques et éthiques qui régissent la prestation des services complémentaires/parallèles et des renseignements à leur sujet;
- les coûts et les avantages (financiers et autres) des divers modèles de réglementation des praticiens dans le domaine de la santé, pour orienter les décisions quant aux modèles les mieux adaptés à la réglementation des praticiens dans les divers domaines de la médecine complémentaire/parallèle (si une telle réglementation est jugée nécessaire).

La réglementation des praticiens de la médecine conventionnelle qui ont recours à la médecine complémentaire/parallèle

Dans la section précédente, nous avons examiné les sentiments exprimés par les « praticiens des approches complémentaires/parallèles », c'est-à-dire ceux

dont la pratique se limite exclusivement ou principalement à un domaine ou une discipline de médecine complémentaire/parallèle. Toutefois, le recours aux thérapies ou aux pratiques complémentaires/parallèles ne se limite pas à ces fournisseurs. Certains « praticiens conventionnels » (c'est-à-dire qui sont formés et qualifiés à l'intérieur d'un modèle biomédical conventionnel) sont des praticiens à double approche ayant une formation dans un ou plusieurs domaines de la médecine complémentaire/parallèle (qui accordent divers degrés d'importance respective à la pratique conventionnelle et à la pratique complémentaire/parallèle). D'autres praticiens, sans que l'on puisse vraiment les qualifier de praticiens à double approche, incorporent certaines thérapies complémentaires/parallèles dans leurs pratiques médicales à prédominance conventionnelle. De plus, un nombre croissant de praticiens conventionnels expriment de l'intérêt à l'égard d'une formation professionnelle améliorée portant sur les thérapies complémentaires/parallèles, soit par conviction personnelle que de telles thérapies sont ou peuvent être un aspect important d'une amélioration des soins de santé, soit parce qu'ils reconnaissent que le recours à des MCP est courant chez leurs patients et qu'ils ont besoin d'une meilleure connaissance de ces thérapies pour améliorer leur pratique.

Toutefois, les praticiens conventionnels exercent généralement leur profession dans un cadre réglementaire différent de celui de la plupart des praticiens de MCP. Les praticiens conventionnels sont soumis à des régimes de réglementation établis par la loi et mis en œuvre par un organisme de réglementation professionnelle comportant des codes professionnels et des normes d'exercice qui ont une incidence sur leur liberté de diriger leurs patients vers des praticiens exerçant des approches complémentaires/parallèles ou d'avoir recours eux-mêmes à des pratiques complémentaires/parallèles. Bien entendu, certaines disciplines « complémentaires », comme la chiropractie, sont soumises à des régimes de réglementation très similaires à ceux qui régissent les praticiens conventionnels, comme les médecins et les infirmières. Toutefois, pour les fins de notre analyse, une distinction générale peut être établie pour illustrer que les praticiens qui sont membres des professions de la santé conventionnelles réglementées sont souvent aux prises avec des considérations particulières lorsqu'ils incorporent des MCP dans l'exercice de leur profession.

Selon une entrevue réalisée récemment par le Centre for Health Studies de l'Université York :

Actuellement, six des dix provinces et un des territoires ont des déclarations officielles [par les ordres professionnels] sur l'exercice, *par des médecins*, de la médecine complémentaire/parallèle : la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec et le Yukon. Le Nouveau-Brunswick n'a pas encore adopté une politique générale à ce sujet, mais cette province souscrit à des déclarations nationales qui ont été produites et s'attaque aux questions accessoires qui surviennent en ayant recours à ses règlements sur les fautes professionnelles. Terre-Neuve est en voie d'élaborer des directives à ce sujet. Les deux autres provinces, c'est-à-dire la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, n'ont pas adopté de politiques particulières. En outre, la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC), un organisme cadre qui regroupe les divers organismes autonomes, a publié une déclaration sur les thérapies et les pratiques parallèles. Cinq des six déclarations provinciales sur

le sujet sont d'une portée générale. La sixième, celle de la Saskatchewan, et celle [du territoire] du Yukon portent spécialement sur des formes particulières de traitement parallèle. Bien que toutes ces déclarations donnent la primauté au traitement conventionnel reconnu scientifiquement, l'importance accordée à ces traitements et l'approche de réglementation varient considérablement. [trad.]²⁵⁷

Approches restrictives

La tension historique entre la profession médicale dans son ensemble et les praticiens de MCP se traduit souvent dans les politiques régissant la conduite des médecins. Par exemple, au Québec, bien que les médecins (et eux seuls, comme nous l'avons vu précédemment) puissent légalement exercer la médecine complémentaire/parallèle, ils sont liés par des politiques strictement rédigées qui empêchent la plupart d'entre eux, dans les faits, d'avoir recours à ces thérapies (ou, du moins, laissent planer la possibilité de sanctions disciplinaires professionnelles s'ils y ont recours). Comme le souligne Blanc :

les médecins qui sont titulaires d'un permis provincial valide peuvent avoir recours à des thérapies parallèles, mais sont limités par les articles 2.03.14 et 2.03.17 du Code de déontologie qui prévoient, respectivement, que les médecins doivent se conformer aux « principes scientifiques » et s'abstenir d'agir d'une manière qui contredise la « science médicale actuelle ». Les médecins québécois doivent donc refuser d'administrer une forme de traitement parallèle lorsqu'il existe des thérapies reconnues. Le médecin ne peut avoir recours à la médecine parallèle que s'il n'existe aucun traitement expressément reconnu par la science médicale actuelle. Le médecin doit alors justifier son choix de thérapies et obtenir le consentement libre et éclairé du patient conformément aux articles 11 à 25 du Code civil du Québec et à l'article 2.03.28 du Code de déontologie. Rappelons que les notions de « principes scientifiques » et de « science médicale actuelle » ne sont pas définies [...] dans le Code de déontologie. Il est donc loin d'être certain que les médecins puissent exercer librement la médecine parallèle.[trad.]²⁵⁸

La politique en vigueur en Colombie-Britannique – du moins au niveau de l'organisme de réglementation professionnelle – est similaire, à certains égards, pour ce qui est de la manière dont est considéré le recours des médecins aux thérapies complémentaires/parallèles. Le Collège des médecins et chirurgiens a établi des politiques en vertu desquelles il est très difficile pour un médecin de fournir quelque thérapie complémentaire/parallèle que ce soit à un patient sans enfreindre la politique du Collège. Bien que le consentement éclairé du patient à toute intervention soit toujours nécessaire sur le plan de la déontologie, la politique officielle du Collège prévoit que « le médecin qui respecte la déontologie [...] ne doit exposer le patient à *quelque degré de risque que ce soit* lorsqu'il administre une thérapie complémentaire ou parallèle dont les bienfaits ne sont pas prouvés ».[trad.]²⁵⁹ La directive du Collège va même jusqu'à interdire aux médecins de s'associer à des professionnels de la santé qui offrent des thérapies complémentaires/parallèles :

le médecin qui respecte la déontologie [...] ne doit pas s'associer à des praticiens d'approches parallèles qui recommandent des thérapies non éprouvées plutôt que des thérapies éprouvées, et il ne

²⁵⁷ Canadian Overview, *supra*, note 10, p. 103. Voir ce document pour avoir un aperçu de l'essentiel de chacune de ces politiques (lorsqu'elles ont été adoptées). Ces politiques comprennent : College of Physicians & Surgeons of British Columbia, *Acupuncture, Policy Manual*, chapitre A-2 (février 1997); *Complementary and Alternative Therapies, Policy Manual*, chapitre C-12 (juin 1999); *Unproven and Unconventional Treatment, Policy Manual*, chapitre U-2 (juin 1995); toutes ces politiques sont disponibles à <www.cpsbc.bc.ca>; Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, *Scientific Acceptability – Procedure Approval*, déclaration n° 153 (révisée en 1998); Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario, *Complementary Medicine: politique n° 1-00* (approuvée en novembre 1997, février 2000), disponible à <www.cpsso.on.ca>; Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, *Unproven Therapies*, déclaration n° 149 (révisée en 1999); College of Physicians & Surgeons of Alberta, *Complementary Health Care Therapy Provided by Medical Practitioners* (1996); College of Physicians & Surgeons of Saskatchewan, *Standards for Performance of Chelation Therapy (By-law 52)*; Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Professional Practice and Alternative Therapies* (juin 1994); Conseil médical du Yukon, *Acupuncture Guidelines* (6 mai 1986); Conseil médical du Yukon, *Position Statement: Chelation Therapy* (non daté); Fédération des ordres des médecins du Canada, *Considerations for the Regulation of Physicians Who Use "Complementary Therapies" by Licensing Authorities in Canada*, 3 septembre 1998.

²⁵⁸ Blanc, *supra*, note 235, aux par. 15-16.

²⁵⁹ *Policy Manual*, *supra*, note 155.

Il est trop restrictif d'imposer des mesures disciplinaires professionnelles au médecin qui accède à la volonté éclairée du patient d'avoir recours à un traitement non conventionnel.

Dans certains ressorts, on a reconnu que le recours à une thérapie non conventionnelle n'équivalait pas nécessairement à une faute professionnelle.

doit pas diriger de patients vers de tels praticiens. Le médecin qui agit de la sorte assume un degré de responsabilité à l'égard de l'issue du traitement.[trad.]²⁶⁰

On doit se demander si de telles interdictions sont vraiment dans l'intérêt supérieur des patients : en effet, elles ont pour effet de rendre les patients encore plus réticents à divulguer à leur médecin le fait qu'ils ont recours à une MCP, et elles font fi de la volonté des patients plutôt que de les aider à prendre des décisions éclairées sur leurs choix de traitement. Elles ont également pour effet d'empêcher (ou du moins d'entraver) les approches pluridisciplinaires ou « intégrées » aux soins de la santé où il y a de bonnes communications et une consultation étroite entre les médecins conventionnels et les praticiens des thérapies complémentaires/parallèles que consulte le patient.

Cette situation de deux poids deux mesures entrave le respect de l'autonomie des patients. Les thérapies conventionnelles comportent souvent des risques de préjudice importants et bien documentés, outre leurs avantages, et pourtant elles seraient considérées comme des prescriptions tout à fait indiquées. Or, le point essentiel est qu'il devrait appartenir au patient de décider quel traitement il souhaite obtenir, en se fondant sur les renseignements disponibles. Même si une thérapie en particulier ne comporte aucun avantage « prouvé », si les bienfaits et les risques ont été bien expliqués au patient et qu'après mûre réflexion, celui-ci estime que le risque en vaut la peine, il est excessif de discipliner le médecin qui choisit d'accéder à la volonté du patient. Nous ne prétendons pas que le médecin doive toujours être d'accord avec ce que demande un patient. Toutefois, la question qui se pose ici est de savoir si le médecin qui accède à cette demande, avec le consentement éclairé du patient, doit faire l'objet d'accusations de faute professionnelle et de négligence. (Il faut se rappeler que les thérapies complémentaires/parallèles n'ont pas fait l'objet de suffisamment de recherches sérieuses, et il se peut très bien qu'elles soient l'objet de préjugés institutionnels dans l'obtention du financement des recherches et dans l'évaluation des résultats à partir du modèle biomédical. Le verdict quant au caractère « éprouvé » d'un bienfait peut dépendre, en partie, de celui qui évalue la preuve.)

Le Collège de la Colombie-Britannique, tout en affirmant que le médecin qui respecte la déontologie « doit respecter l'autonomie du patient dans le choix des options de traitement disponibles », [trad.] déclare alors immédiatement ce qui suit :

Si le choix du patient de recevoir une thérapie complémentaire ou parallèle place le médecin dans une situation où il lui est impossible de s'acquitter de ses obligations déontologiques, le médecin peut mettre fin au rapport médecin-patient.[trad.]²⁶¹

Considérant que les médecins viennent alors d'être informés que leurs obligations déontologiques comprennent celle de ne pas exposer le patient à *quelque risque de préjudice que ce soit* par l'administration d'une thérapie dont les bienfaits ne sont pas prouvés et qu'ils ne doivent pas s'associer à des praticiens qui exposent les patients à de telles thérapies et ne peuvent diriger les patients vers de tels praticiens, les politiques du Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique constituent un obstacle important à l'exercice prudent et sensé de la médecine avec des patients qui se font soigner par des praticiens de thérapies complémentaires/parallèles.

²⁶⁰ Ibid.

²⁶¹ Ibid.

Approches moins restrictives

Des approches plus souples ont été préconisées ou adoptées dans certains ressorts. Dans certains cas, le Collège des médecins a déclaré que le simple fait d'avoir recours à une thérapie non conventionnelle n'était pas une preuve de faute professionnelle pour avoir omis de satisfaire à une norme de diligence acceptable. Par exemple, cette position a été adoptée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario dans l'affaire *Krop*, dans laquelle un médecin qui exerçait la « médecine environnementale » faisait face à des accusations disciplinaires (mais non à la suite de plaintes de patients). L'Ordre a soutenu que, compte tenu du mode particulier de traitement du médecin en cause, son exercice de la profession avait été inférieur aux normes et que l'Ordre ne s'en prenait pas à lui en raison de son approche non conventionnelle.²⁶² Les critiques de cette décision contestent cette allégation et, malheureusement, l'affaire n'a pas contribué à réduire la méfiance de certains praticiens et patients de MCP envers l'Ordre. Depuis la décision *Krop*, l'Ordre de l'Ontario a adopté une politique qui prévoit ce qui suit :

Lorsqu'ils traitent des patients, les médecins doivent [...] donner suffisamment d'information pour permettre aux patients de faire des choix éclairés et, lorsque le praticien a besoin d'aide ou lorsque la norme d'exercice l'exige, il doit diriger le patient vers d'autres praticiens ou consulter ces derniers. Le fait de diriger un patient, honnêtement et en l'absence de conflit d'intérêts, vers des praticiens de thérapies non conventionnelles ou complémentaires dans les cas appropriés et lorsqu'il n'y a aucun motif de croire que le patient en subira un préjudice ne devrait pas constituer une faute professionnelle.[trad.]²⁶³

En outre, la législature de l'Ontario a édicté un projet de loi d'initiative parlementaire qui clarifie qu'un médecin

ne doit être déclaré coupable d'une faute professionnelle ou d'incompétence aux termes [...] du Code des professions de la santé du seul fait qu'il pratique une thérapie non traditionnelle ou différente de l'exercice courant de la médecine, à moins qu'il n'existe des preuves démontrant que la thérapie présente un risque plus grand pour la santé du patient que l'exercice traditionnel ou courant de la profession.²⁶⁴

Cette nouvelle disposition ontarienne est presque identique à celle qui existe dans la loi albertaine depuis plusieurs années et qui, à la suite d'une modification de 1996, prévoit maintenant qu'un médecin ou un ostéopathe inscrit :

ne doit pas être déclaré coupable de faute professionnelle ou jugé incapable ou inapte à exercer la médecine ou l'ostéopathie du seul fait que le praticien inscrit emploie une thérapie non traditionnelle ou différente de l'exercice courant de la médecine, à moins que l'on ne puisse prouver que la thérapie présente un risque pour la sécurité du patient qui soit déraisonnablement plus grand que l'exercice courant de la profession. [trad.]²⁶⁵

Enfin, dans une optique diamétralement opposée à la politique adoptée par son collège des médecins et chirurgiens (énoncée ci-dessus), la province de la Colombie-Britannique a récemment adopté, au niveau législatif, une position dont la portée est encore plus grande que celles de l'Alberta et de l'Ontario.

²⁶² Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, News Release re Dr. Jozef Krop, 20 janvier 1999 (disponible à <www.cpso.on.ca>).

²⁶³ Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Policy Statement: Complementary Medicine, Policy No. 1-00, approuvé par le Conseil, février 2000 (disponible à <www.cpso.on.ca>).

²⁶⁴ Loi de 2000 modifiant la Loi sur les médecins, L.O. 2000, ch. 28, art. 1 (modifiant la Loi de 1991 sur les médecins par l'ajout de l'article 5.1 en ce sens). Ce projet de loi d'initiative parlementaire est entré en vigueur le 21 décembre 2000.

²⁶⁵ Medical Profession Act, R.S.A. 1980, ch. M-12, par. 34(3).

En effet, en avril 2001, malgré l'opposition vigoureuse du Collège des médecins et des chirurgiens de la province, la législature a adopté le projet de loi M202, un projet de loi d'initiative parlementaire qui a modifié plusieurs articles de la *Medical Practitioners Act* de la province. À la suite de ces modifications, la loi définit maintenant la « médecine complémentaire », devant l'état médical d'un patient, comme « une mesure diagnostique ou thérapeutique » [trad.] qui a) « ne serait pas habituellement utilisée [...] par la plupart des autres médecins » [trad.], b) ne présente pour le patient « aucun risque plus important » [trad.] qu'une mesure généralement utilisée par la plupart des autres médecins; et c) « a des chances raisonnables » [trad.] de soulager la souffrance ou d'améliorer la santé du patient pour ce qui est de cet état. La loi prévoit en outre que :

- un diplômé qualifié en médecine ne peut se voir refuser l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins « du seul fait qu'il appuie la médecine complémentaire ou qu'il manifeste le souhait d'avoir recours à des thérapies non traditionnelles » [trad.];
- le droit d'exercer la médecine comprend « la possibilité d'avoir recours à toute médecine complémentaire ou toute mesure diagnostique ou thérapeutique si, de l'avis du médecin, elle offre un espoir raisonnable de sauver la vie, de soulager la souffrance ou d'améliorer la santé » [trad.];
- les règlements du Collège ne doivent pas « faire déraisonnablement obstacle » [trad.] à la possibilité du médecin d'exercer la médecine complémentaire [ce qui met en question la validité de certains aspects de l'énoncé de politique du Collège];
- un comité chargé d'enquêter sur les compétences d'un médecin ne peut être constitué « pour le seul motif que le médecin exerce la médecine complémentaire ou a recours à des thérapies non conventionnelles » [trad.];
- le Collège ne peut imposer de mesure disciplinaire professionnelle à un médecin pour le seul motif que celui-ci exerce la médecine complémentaire ou a recours à des thérapies non conventionnelles.²⁶⁶

Un autre exemple d'approche plus souple nous vient du Royaume-Uni. Plutôt que de demander des interdictions contre l'utilisation de MCP par les médecins, ou contre leur participation d'une manière ou d'une autre avec des fournisseurs de telles thérapies à leurs patients, la British Medical Association a reconnu que de plus en plus de médecins conventionnels ont souvent recours à des MCP dans l'exercice de leur profession. Dans l'intérêt de la protection des patients et des consommateurs, la BMA a affirmé que « les médecins qui souhaitent pratiquer toute forme de thérapie non conventionnelle devraient suivre une formation reconnue dans le domaine, approuvée par l'organisme de réglementation approprié et ne devraient pratiquer ces thérapies qu'après avoir été agréés dans ces disciplines. » [trad.]²⁶⁷ Bien que cette politique ne puisse être mise en œuvre actuellement dans plusieurs cas (vu le manque de développement professionnalisé dans plusieurs domaines des soins de santé complémentaires/parallèles – et donc un manque de programmes et de mécanismes de formation de qualité et établis pour la réglementation professionnelle), la position de la BMA témoigne néanmoins d'une approche moins restrictive à l'égard de l'incorporation de MCP à l'exercice par les médecins conventionnels; cette approche devrait être considérée comme un meilleur équilibre entre la non-malveillance/bienfaisance et le respect de l'autonomie du patient.

²⁶⁶ *Medical Practitioners Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 285, modifiée par la *Medical Practitioners Amendment Act*, 2001, SBC 2001, ch. 16 (en vigueur le 20 avril 2001); voir les articles 1 (« médecine complémentaire »); 5(1.1); 34(1.1), 51(1.1); 60 (1.1); et 80(2). Pour connaître la position du collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, qui s'est opposé « dans les termes les plus forts » à ces modifications, voir les deux communiqués que le collège a diffusés aux médias en date du 6 avril 2001, disponibles à <www.cpsbc.bc.ca>.

Cette exigence a été établie par certains collèges au Canada également, parfois même parallèlement à des politiques plus restrictives. Par exemple, le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, dans sa politique sur l'acupuncture, a reconnu que cette thérapie pouvait jouer « un rôle valide dans le traitement de patients ayant des syndromes de douleur en particulier » [trad.], et estime que les médecins qui font l'objet d'une plainte ou d'une poursuite en justice fondée sur une allégation de faute professionnelle seront tenus de démontrer, au moyen d'une preuve documentée, qu'ils ont suivi des cours reconnus en acupuncture et qu'ils ont soit réussi l'examen de l'Institut de la Fondation d'acupuncture du Canada, soit été agréés par le programme d'acupuncture médicale de l'université d'Alberta.²⁶⁸

Recommandation 28. Examen et révision des politiques par les instances de réglementation professionnelle des médecines conventionnelles

Les collèges des médecins et chirurgiens et d'autres organismes de réglementation des professions de la santé devraient chercher à connaître les opinions de leurs membres, des praticiens des thérapies complémentaires/parallèles et surtout des patients pour savoir à quel point les directives, politiques ou codes professionnels actuels limitent les médecins dans la prestation de thérapies complémentaires/parallèles ou dans le fait de diriger un patient vers des fournisseurs de ces thérapies. Les résultats de ces consultations devraient orienter une révision éventuelle des politiques en vigueur, au besoin.

Recommandation 29. Exiger que les praticiens conventionnels reçoivent une formation adéquate avant de pratiquer une MCP

Les organismes de réglementation des professionnels de la santé conventionnels devraient établir des politiques qui obligent leurs membres désireux de pratiquer des thérapies non conventionnelles à obtenir, si possible, une formation dans le domaine pertinent en une forme qui soit approuvée par un organisme de réglementation ou une association professionnelle de praticiens qui se spécialisent dans ce domaine.

Recommandation 30. Examen législatif en vue de favoriser une intégration sécuritaire des soins de santé conventionnels et des MCP

Les ministères de la santé des provinces, en collaboration avec des associations professionnelles de praticiens conventionnels et de praticiens de thérapies complémentaires/parallèles, de même qu'avec des organismes de réglementation des professions de la santé, devraient identifier les changements législatifs ou réglementaires nécessaires pour permettre l'exercice multidisciplinaire de professions qui pourraient faciliter l'intégration des soins entre les praticiens conventionnels et les praticiens complémentaires/parallèles, pour les patients qui veulent obtenir de tels soins.

²⁶⁷ British Medical Association, *Complementary Medicine: New Approaches to Good Practice*, Oxford University Press, 1993.

²⁶⁸ College of Physicians & Surgeons of British Columbia, *Acupuncture, Policy Manual*, chapitre A-2, février 1997, disponible à <www.cpsbc.bc.ca>.

Guérisseurs autochtones

Plusieurs Autochtones n'ont même pas voulu parler de l'idée d'identifier les aînés, les guérisseurs ou les chamans traditionnels et de consigner ces renseignements par écrit. Les traditions et la culture autochtones ont connu une agression constante dans ce pays de la part de gouvernements et de chefs religieux. Les Autochtones, surtout ceux qui viennent de milieux traditionnels, ne croient pas que le Canada ait cessé de vouloir les assimiler et détruire leur culture. Toutefois, avec l'accroissement des programmes de guérison traditionnels et le recours du public aux services d'aînés, de guérisseurs et de chamans à l'extérieur des réserves, le risque d'utilisation à mauvais escient des connaissances et des pratiques de guérison traditionnelles augmente. Les fournisseurs de services autochtones disent que le temps est venu de consulter les personnes traditionnelles et de se demander s'il est approprié ou non que la collectivité autochtone officialise la reconnaissance des aînés, des guérisseurs ou des chamans traditionnels, comme pour les autres professionnels de la santé. Devrait-on le faire? Dans l'affirmative, comment peut-on le faire d'une manière qui convienne à la culture autochtone? [trad.]²⁶⁹

Comme le montre le passage précité, il y a actuellement un débat au sein des collectivités autochtones sur l'opportunité de réglementer (au sens large) les pratiques de guérison et ceux qui les fournissent. Toutefois, il existe peu de données certaines sur lesquelles on peut s'appuyer, sur cette question (pour les raisons que nous venons de mentionner, entre autres). Cependant, une des initiatives ayant trait à cette question illustre à quel point la réglementation dans le contexte des rapports entre les peuples autochtones et les gouvernements fédéral/provinciaux/territoriaux est un domaine complexe et délicat.

Consultations sur les normes professionnelles pour les travailleurs de la santé autochtones

Dix organismes autochtones nationaux et l'Association canadienne de santé publique ont entrepris un long processus de consultation pour examiner la question de l'élaboration de normes professionnelles pour les travailleurs de la santé autochtones. Il est ressorti du processus que la majorité souhaitaient véritablement des normes professionnelles quelconques pour les travailleurs de la santé autochtones, mais à la condition que ce soit les Autochtones eux-mêmes qui élaborent, mettent en œuvre et appliquent ces normes et que des ressources suffisantes soient consacrées à leur soutien. Il faut signaler toutefois que cette étude portait sur la question des normes régissant les représentants de la santé communautaire, les intervenants en toxicomanie et les travailleurs de la santé mentale; l'étude ne portait *pas* sur le recours aux pratiques de guérison traditionnelles par les Autochtones eux-mêmes ou par l'aide demandée aux guérisseurs traditionnels.²⁷⁰ En particulier :

Bien que certains participants aient exprimé un soutien sans bornes à l'établissement de normes professionnelles, beaucoup d'entre eux avaient une réaction beaucoup plus prudente. Ces derniers reconnaissaient les avantages possibles de l'établissement de telles normes tout en éprouvant une certaine crainte qu'elles n'entraînent des répercussions négatives pour les intervenants et les collectivités autochtones [...] Plusieurs participants [...] ont dit craindre que les normes leur soient imposées

²⁶⁹ Noojimawin Health Authority, *Aboriginal Traditional Healing in Ontario: Issues and Concerns*, ébauche, avril 1999, p. 2.

²⁷⁰ Association canadienne de santé publique, *Étude de la faisabilité et de l'utilité de la définition de normes professionnelles nationales pour les travailleurs de la santé autochtones: Rapport final*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, mars 1997, p. xvi, 35-38.

et qu'elles soulèvent l'opposition de certaines collectivités ou qu'elles soient tout simplement étrangères à leurs besoins et à leurs priorités [...] Les participants ont insisté sur le fait que les normes définies devront être mesurables, dynamiques et pratiques et devront en outre se fonder sur la tradition, l'expérience et les règles culturelles qui régissent la vie et le comportement des peuples autochtones [...] Les participants ont insisté encore et encore sur le fait que toute initiative de définition de normes professionnelles devra accorder suffisamment de considération aux valeurs traditionnelles autochtones. Ils ont souligné que ce sont ces valeurs qui, depuis des générations, définissent les relations, illustrent les droits et les responsabilités et démontrent que toute action entraîne une conséquence [...]

Quant à la question précise des normes professionnelles, plusieurs participants se sont prononcés en faveur de l'incorporation des approches traditionnelles à toute norme éventuelle, par exemple en faisant participer les Anciens aux activités de formation. D'autres préféraient accorder aux collectivités un temps de réflexion sur l'éthique et sur la nature des rôles des travailleurs de la santé autochtones de façon à préciser les points d'éthique, les valeurs et les principes qui les sous-tendent. C'est ainsi qu'un « code d'éthique » pourrait accompagner les normes professionnelles et devenir un outil éventuellement précieux pour la protection de la confidentialité ou le renforcement de modèles de comportement positifs [...] [Toutefois, plusieurs participants ont affirmé] que l'établissement de normes professionnelles pousserait encore la division des tâches et la spécialisation, s'éloignant d'un modèle holistique et souple de soins de santé.²⁷¹

Comme nous l'avons déjà mentionné, les guérisseurs autochtones interviewés par Cain et coll. dans leur enquête sur les praticiens travaillant avec les personnes vivant avec le VIH/sida étaient les répondants qui ont exprimé la méfiance la plus marquée envers la réglementation par l'État. Une telle méfiance n'a rien de surprenant, compte tenu du racisme historique qu'ont connu les peuples autochtones aux mains des gouvernements non autochtones au Canada – y compris la criminalisation des pratiques culturelles et spirituelles autochtones (notamment les pratiques de guérison). À plusieurs époques, ceci a traduit une politique délibérée d'assimilation des peuples autochtones. De nos jours, cette méfiance naît moins d'objectifs racistes aussi manifestes et délibérés, mais continue de traduire un conflit de valeurs culturelles.

Opposition entre les droits individuels et les pratiques traditionnelles : l'affaire *Thomas c. Norris*

Ce conflit est illustré dans l'affaire *Thomas c. Norris*.²⁷² Dans cette affaire, un tribunal de première instance de la Colombie-Britannique était saisi d'une poursuite pour voies de fait et séquestration intentée par un Autochtone contre plusieurs autres Autochtones (y compris les aînés) qui l'avaient initié contre son gré à la tradition de la Danse de l'Esprit des Salish du littoral. Il ressort des conclusions du tribunal que Thomas vivait à l'extérieur de la réserve depuis plusieurs années et ne s'identifiait pas à la culture des Salish du littoral. Sa conjointe, croyant que l'initiation guérirait son alcoolisme et réglerait leurs problèmes conjugaux, avait demandé qu'il soit initié. Thomas a été « empoigné » par le défendeur et amené de force à une longue maison de la bande indienne de Cowichan où, pendant une période de quatre jours, il a été

²⁷¹ *Ibid.*, aux p. 40-48.

²⁷² [1992] 2 C.N.L.R. 139 (C.S.C.-B.). Cette décision a également été appliquée dans *R c. Paul*, [2000] 3 C.N.L.R. 262, une affaire portant sur les droits de chasse autochtones dans laquelle la Cour supérieure du Québec a statué que les pratiques autochtones dont on savait qu'elles risquaient de causer un préjudice à autrui pouvaient être soumises aux « principes de justice fondamentale » comme l'exige la Constitution.

privé de nourriture (mais recevait de l'eau), submergé de force dans l'eau, fouetté avec des branches de cèdre et levé à bout de bras par plusieurs hommes qui enfonçaient leurs doigts dans ses flancs et le mordaient. L'ulcère dont il souffrait a été aggravé et il a été hospitalisé pour subir des traitements; le médecin traitant a témoigné qu'il souffrait de déshydratation et de multiples contusions.

Le tribunal a conclu que d'après la coutume des Salish du littoral, la collectivité avait le droit de soumettre un individu comme Thomas à la danse de l'esprit dans l'intérêt collectif. Toutefois, le tribunal a rejeté la thèse selon laquelle ce droit collectif pouvait l'emporter sur les droits individuels de Thomas : « Aucun groupe de personnes, qu'il s'agisse d'Indiens ou de non-Indiens, n'a le droit collectif de soumettre un individu à des voies de fait ou à la séquestration. » [trad.]²⁷³ Le tribunal n'a pas accepté l'argument selon lequel le fait de soumettre un individu contre son gré à la tradition de la danse de l'esprit était un « droit ancestral » protégé par l'article 35 de la Constitution. Le tribunal a condamné les défendeurs à payer des dommages-intérêts à Thomas (deux des défendeurs étaient des aînés qui avaient supervisé l'initiation). Comme l'affirme Waldram :

La Danse de l'Esprit peut facilement être mal comprise lorsqu'elle est dépouillée du contexte culturel approprié, telle qu'elle est décrite dans le jugement (comme le serait d'ailleurs toute pratique biomédicale ou service religieux européen). Une bonne compréhension de ce contexte culturel, telle qu'exprimée par les aînés, donne un point de vue très différent du processus d'initiation à la danse que M. Thomas a subi. Toutefois, comme on l'a souligné au procès, M. Thomas ne croyait pas à cet aspect de la culture des Salish du littoral, et les tribunaux ont souscrit à ces affirmations selon lesquelles l'initiation équivalait ni plus ni moins à une sorte de torture.²⁷⁴

Bien que l'affaire *Thomas c. Norris* soit le seul jugement canadien publié qui porte spécialement sur la question des pratiques de guérison autochtones traditionnelles en droit canadien, elle est d'application limitée à la plupart des situations dans lesquelles une revendication du droit au recours à des pratiques de guérison traditionnelles pourrait entrer en conflit avec la législation en vigueur pour la réglementation des praticiens de soins de santé. Il en est ainsi pour une raison très importante : dans l'affaire *Thomas c. Norris*, la pratique en question avait été administrée *sans le consentement* du « patient ». Par conséquent, comme le tribunal l'a indiqué dans son jugement, la revendication d'un droit ancestral constitutionnel de s'adonner à cette pratique a été carrément opposée au droit concurrent de l'individu de ne pas être soumis à la pratique contre son gré.

Toutefois, une telle situation serait rare puisque, à l'instar d'autres pratiques de guérison, la plupart des pratiques des guérisseurs autochtones traditionnels ne seraient dispensées qu'avec le consentement de la personne qui demande l'aide du guérisseur. Par conséquent, dans les cas où une telle pratique d'un guérisseur traditionnel serait jugée illégale en vertu d'une autre loi (p. ex. celle qui limite l'exercice d'un acte particulier à un professionnel de la santé réglementé conventionnel, comme un médecin ou une infirmière), il y aurait vraisemblablement un fondement constitutionnel beaucoup plus solide pour revendiquer le droit ancestral de s'adonner à cette pratique et d'être déchargé des obligations imposées par d'autres lois régissant les professionnels de la santé inscrits.

²⁷³ Ibid. au par. 6 du sommaire.

²⁷⁴ Waldram et coll., *supra*, note 91, p. 223.

Imputabilité des guérisseurs traditionnels

La question de l'imputabilité envers les patients soulève une question importante et délicate lorsque l'on considère la relation qui existe entre les peuples autochtones et les gouvernements non autochtones au Canada. Il est couramment admis que les médecins biomédicaux conventionnels et d'autres professionnels de la santé devraient être imputables par le biais d'organismes de réglementation officiels (p. ex. les collèges de médecins et de chirurgiens) qui obligent les praticiens à se conformer à certaines normes d'exercice de la profession qui doivent être respectées dans tous les cas.

Pourtant, la question de l'imputabilité peut être abordée un peu différemment dans le cas d'un guérisseur traditionnel dans une collectivité autochtone. En effet, on considère généralement que les guérisseurs traditionnels sont imputables envers les personnes auxquelles ils viennent en aide, mais également au Créateur, de qui ils reçoivent leurs dons, lesquels doivent être partagés s'il y a lieu.²⁷⁵ Les mécanismes ou les processus pour assurer l'imputabilité envers la collectivité ne sont pas aussi définis ou officiels que des régimes d'organismes de réglementation professionnels; toutefois, on ne peut affirmer qu'une telle imputabilité n'existe pas : elle est simplement plus diffuse et ne donne pas lieu à des réparations juridiques définies comme les poursuites pour faute professionnelle ou les procédures disciplinaires qui s'appliquent aux praticiens réglementés de la biomédecine occidentale.

Il y a des discussions en cours au sein des collectivités autochtones sur la manière de traiter les individus qui allèguent être des guérisseurs traditionnels, mais qui ne connaissent pas ou qui ne suivent pas ces enseignements.²⁷⁶ Waldram et coll. expliquent la différence avec une approche « occidentale » à la réglementation, et les questions qui suscitent de l'inquiétude dans les collectivités autochtones :

Les systèmes biomédical et autochtones traditionnels sont en conflit sur le plan des méthodes de validation des connaissances relatives à la guérison et des praticiens. Dans le cas de la biomédecine, les praticiens reçoivent une formation officielle, ils doivent réussir des examens rigoureux et doivent continuer à exercer leur profession de façon efficace sous la surveillance d'organismes d'attribution des permis et d'associations professionnelles. Le droit canadien protège le patient contre le risque d'être traité par des médecins non qualifiés et aidera les patients qui ont subi un préjudice attribuable à l'incompétence médicale. Par ailleurs, les connaissances médicales autochtones sont souvent transmises de génération en génération à des individus choisis par les guérisseurs existants. En fin de compte [...] le pouvoir de guérir vient du Créateur. Les guérisseurs dans la tradition autochtone sont validés culturellement; les membres de la collectivité les acceptent comme guérisseurs et ceux qui veulent se prévaloir des services du guérisseur respectent une méthode culturellement prescrite pour demander de l'aide. Il n'y a pas de permis et aucun organisme de réglementation. En général, les gens savent qui sont les bons guérisseurs et ils tenteront d'éviter ceux qui sont considérés comme incompetents ou réputés exercer de la « mauvaise médecine ». [trad.]

D'un point de vue purement culturel, la validation des guérisseurs autochtones est généralement efficace, quoiqu'elle comporte son lot de problèmes. Dès que nous soulevons la possibilité de rendre

²⁷⁵ Commentaire de A. Zoccole, Réseau canadien autochtone du sida, 12 février 2001.

²⁷⁶ P. ex. voir Noojimawin Health Authority, *Aboriginal Traditional Healing in Ontario: Issues and Concerns* [Draft Aboriginal traditional healing issues paper], 1999; LaBillois, V., Horn, M., « Development of Occupational Standards for Health Workers Panel », *In Touch Magazine*, 1997, 8(1), aucune page; *Étude de faisabilité et de l'utilité de la définition de normes professionnelles nationales pour les travailleurs de la santé autochtones*, supra, note 270.

la médecine autochtone plus officielle et plus facilement accessible, et de développer des programmes de collaboration, la question de la validation devient plus difficile. Il n'est pas facile pour la plupart des non-autochtones et même pour plusieurs Autochtones qui ont peu de connaissances culturelles traditionnelles, de faire la distinction entre les véritables guérisseurs traditionnels et ceux dont les connaissances sont dénuées de validation culturelle ou collective. En effet, il existe toute une industrie en expansion rapide liée aux tendances « nouvel âge » pour la promotion et la vente de médicaments et de philosophies autochtones. Cette situation est tellement grave que le Traditional Elders Circle of the Indigenous Nations of North America (cercle des aînés traditionnels des nations autochtones d'Amérique du Nord) a adopté une résolution en 1988 pour avertir que plusieurs soi-disant « chamans » n'avaient pas les connaissances et l'autorité voulues pour guérir et pour porter des objets sacrés [...] Une des questions essentielles était le recours à la médecine traditionnelle moyennant profit, administrée dans bien des cas à des clients non autochtones [...]

Les véritables guérisseurs autochtones, ceux qui ont une validation culturelle, sont plus susceptibles de parler leur langue autochtone ou d'être, au plus [sic] bilingues. Ils sont également humbles au sujet de leurs capacités. L'on n'entendrait pas normalement un guérisseur se caractériser comme tel : il s'agit d'un statut qui lui est conféré par d'autres. Certains craignent encore les poursuites judiciaires, un héritage du passé. En outre, plusieurs exercent leurs activités sous l'effet de contraintes qui les empêchent de divulguer complètement leurs traditions médicales, par crainte de perdre leurs pouvoirs. [trad.]²⁷⁷

Toutefois, les tentatives d'« officialiser » (par une réglementation occidentale) les pratiques de soins de santé traditionnelles suscitent de vives inquiétudes. Cette question est délicate tant pour les Autochtones que pour les non-autochtones :

Apparemment, très peu d'observateurs souhaitent s'attaquer ouvertement aux aspects juridiques de l'officialisation de la médecine autochtone, peut-être parce qu'ils sont complexes et menacent directement l'intégrité des cultures autochtones elles-mêmes. Une question essentielle que soulève toute discussion sur les aspects juridiques est « La médecine autochtone est-elle efficace? », une question dont le corollaire serait « La médecine autochtone peut-elle causer du tort? », une question que personne ne semble vouloir aborder. Autre question – qui a un lien plus direct avec le cadre juridique du pays –, liée aux questions précédente : « Les guérisseurs autochtones exercent-ils la médecine sans permis? » Sur le plan constitutionnel, nous nous demanderions : « La médecine autochtone est-elle un droit ancestral au regard de l'article 35? ». Il ne sera pas facile de répondre à ces questions, mais nous croyons qu'elles doivent être abordées. [trad.]

Ces questions sont complexes et nous ne pouvons y apporter de réponse satisfaisante dans le présent document. En fait, on ne doit pas y répondre sans la participation et la direction des peuples autochtones eux-mêmes.

²⁷⁷ Waldram et coll., *supra*, note 91, aux p. 218-219.

Cependant, pour les fins de la présente discussion, on doit noter qu'il est certainement possible de reconnaître le statut distinct des peuples autochtones et des pratiques de guérison autochtones dans les lois provinciales de réglementation des praticiens de la santé, que l'on adopte un régime d'accréditation ou un modèle de permis d'exercice (soit sous sa forme de « champ exclusif d'exercice » soit sous sa forme de « actes autorisés »). Par exemple, en 1994, l'Ontario a annoncé une stratégie sur la santé et le bien-être des Autochtones dont le principe fondamental était le suivant :

les approches autochtones traditionnelles à l'égard du bien-être, y compris le recours aux ressources traditionnelles, aux guérisseurs traditionnels, aux chamans, aux sages-femmes et aux aînés, sont reconnues, respectées et protégées contre la réglementation de l'État. Ces approches améliorent la guérison et en sont un complément, au même titre que les programmes et les services offerts par le système de santé dans son ensemble. [trad.]²⁷⁸

Cette politique visant à protéger les pratiques de guérison autochtones traditionnelles contre la mainmise de l'État a été traduite dans un nouveau cadre réglementaire des professionnels de la santé mis en œuvre en Ontario la même année. En effet, la *Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) de cette province prévoit expressément qu'elle ne s'applique pas a) [aux] guérisseurs autochtones qui offrent des services traditionnels de guérisseur aux Autochtones ou aux membres d'une communauté autochtone; b) [aux] sages-femmes autochtones qui offrent des services traditionnels de sage-femme aux Autochtones ou aux membres d'une communauté autochtone.²⁷⁹ Bien qu'un guérisseur autochtone ou une sage-femme autochtone qui est membre d'un ordre professionnel soit soumis à la compétence de celui-ci, l'appartenance à l'ordre n'est pas obligatoire pour offrir des services traditionnels de guérisseur ou de sage-femme. En outre, bien que la *Loi de 1991 sur les sages-femmes* limite l'utilisation du titre de « sage-femme » aux membres de l'Ordre des sages-femmes, une Autochtone qui fournit des services traditionnels de sage-femme est exemptée de cette obligation,²⁸⁰ ce qui veut dire qu'elle n'a pas à être membre de l'Ordre pour pouvoir exercer en portant le titre de « sage-femme », et elle ne peut faire l'objet d'une enquête et de mesures disciplinaires imposées par l'Ordre en cas de plaintes du public sur la qualité des soins. Enfin, dans une disposition qui ne vise pas spécialement les peuples autochtones, mais qui a des incidences évidentes pour certains guérisseurs autochtones du moins, la LPSR prévoit qu'une personne n'enfreint pas la loi en accomplissant un « acte autorisé » si l'acte est accompli dans le cadre du « traitement d'une personne par la prière ou par d'autres moyens spirituels, conformément à la doctrine religieuse de la personne qui donne le traitement. »²⁸¹

Approches intégrées pour les Autochtones

L'intégration des pratiques de guérison conventionnelles et autochtones traditionnelles est une question qui devra être approfondie, car les Autochtones vivant avec le VIH/sida continueront d'avoir recours aux deux approches :

L'importance du pluralisme médical en tant que stratégie de traitement doit être précisée. Du point de vue du patient, ce pluralisme lui permet de prendre en charge sa propre santé par son choix de système médical et de praticien. Pareillement, l'existence de solutions de rechange sensiblement différentes permet de faire des choix si le recours à un système se révèle insatisfaisant. La compréhension culturelle de la maladie et du traitement est validée,

²⁷⁸ Ministère de la Santé de l'Ontario, *New Directions: Aboriginal Health Policy for Ontario*, Toronto, 1994, p. 15.

²⁷⁹ L.O. 1991, ch. 18, art. 35.

²⁸⁰ *Loi de 1991 sur les sages-femmes*, L.O. 1991, ch. 31, art. 8.

²⁸¹ LPSR, *supra*, note 279, à l'art. 29(1)(c).

puisque le patient peut avoir recours à la médecine autochtone tout en pouvant avoir recours aux services biomédicaux pour traiter le même problème, ou un élément de ce problème. De fait, le pluralisme médical permet au patient de garder le contrôle et de préserver le contexte culturel de la guérison. [trad.]²⁸²

Toutefois, outre le fait que les Autochtones aient recours à la fois aux guérisons traditionnelles et conventionnelles, il y a une autre raison pour laquelle ces questions doivent être abordées. L'approche évolue de plus en plus vers un contrôle des Autochtones, en tant qu'individus et collectivités, sur les fonds et les stratégies de la santé qui les concernent. La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) et le Forum national sur la santé (1998) ont tous les deux identifié la nécessité que les peuples autochtones prennent en charge leur santé et leurs services de santé, ce qui implique nécessairement leur participation à la conception, l'élaboration, la prestation et l'évaluation des services de santé dans leurs collectivités. Il en résultera notamment une nécessité de collaboration accrue entre les guérisseurs de la biomédecine et les guérisseurs autochtones :

Il est probable que diverses initiatives pour rendre la médecine autochtone plus officiellement accessible, notamment par l'élaboration de modèles de collaboration, continueront. Il vaut mieux laisser à la collectivité des Autochtones le soin de régler ces questions, puisque tout changement apporté à la situation actuelle de la médecine traditionnelle autochtone occasionnera d'autres changements culturels plus larges. Toutefois, il incombe aux praticiens et aux chercheurs de la biomédecine d'en apprendre davantage sur la médecine traditionnelle, et aux guérisseurs autochtones de surmonter leur réticence à discuter de leurs approches médicales, dans l'intérêt supérieur des malades. Le mouvement actuel vers l'autodétermination dans le domaine de la santé fournit peut-être la meilleure occasion de résoudre certaines de ces questions complexes. [trad.]²⁸³

Recommandation 31. Financer la recherche autochtone sur les pratiques et praticiens de guérison traditionnelle

Santé Canada, les ministères de la santé des provinces et les organismes de financement de la recherche en santé devraient appuyer les recherches effectuées par les Autochtones sur les questions liées aux moyens d'assurer de bonnes qualifications et pratiques par les guérisseurs traditionnels.

La responsabilité des praticiens pour faute professionnelle

En plus de la réglementation légale des praticiens (là où cette réglementation existe), tous les praticiens – réglementés ou non réglementés – sont soumis aux principes fondamentaux de la common law. Ainsi, en plus des procédures disciplinaires, la réglementation de la conduite des professionnels de la santé se fait principalement par l'effet dissuasif évident de la responsabilité civile éventuelle pour *négligence* (c'est-à-dire l'exercice d'une activité qui ne satisfait pas à la norme de conduite acceptable) ou pour

²⁸² Waldram et coll., *supra*, note 91, p. 211.

²⁸³ *Ibid.*, aux p. 226-227.

coups et blessures (pour avoir accompli un acte sans le consentement éclairé du patient), ou autres causes d'action éventuelles reconnues par la common law (p. ex. la violation de l'obligation de fiduciaire envers le patient).²⁸⁴ Dans la présente section, nous examinons les questions liées aux poursuites pour faute professionnelle dans la prestation d'approches complémentaires/parallèles, selon le schéma suivant :

- 1) Le droit qui établit les *obligations de diligence* du praticien quant à :
 - (i) l'obtention du consentement éclairé par la communication des risques et des solutions de rechange;
 - (ii) l'administration du traitement;
- 2) la détermination de la *norme de diligence* qui s'applique à l'administration des MCP pour traiter les patients, relativement à :
 - (i) les praticiens des thérapies complémentaires/parallèles;
 - (ii) les praticiens conventionnels qui intègrent des thérapies complémentaires/parallèles dans l'exercice de leur profession.

Il convient de noter que très peu de poursuites pour faute professionnelle semblent avoir été intentées contre des praticiens de la MCP au Canada, aux États-Unis ou au Royaume-Uni. Au Canada, il n'y a eu que quelques poursuites (voir ci-dessous) par des patients contre des praticiens de thérapies complémentaires/parallèles pour faute professionnelle alléguée. Au Royaume-Uni, la première affaire du genre n'a été entendue que récemment (voir ci-dessous). Même aux États-Unis, de telles affaires ne sont pas très fréquentes, compte tenu de la population de ce pays, du nombre de praticiens que l'on y trouve et de la fréquence à laquelle on y consulte des praticiens des MCP.

Les données [américaines] disponibles indiquent qu'il est plutôt rare que les praticiens de la médecine parallèle se font poursuivre, bien qu'il n'existe aucune méthode normalisée pour répertorier les demandes, et peu de recherches sur les taux de demande ont été effectuées. Dans une étude antérieure, nous avons examiné les données relatives aux demandes provenant des principaux assureurs portant sur les chiropraticiens, les acupuncteurs et les massothérapeutes – les trois groupes de médecine parallèle autorisés ayant les plus grandes parts de marché aux États-Unis – et nous avons constaté des taux de demande relativement faible. Les taux de demande contre les chiropraticiens pendant les années 1990 représentaient environ le tiers des demandes intentées contre les médecins de premier recours, alors que les taux de demande contre les massothérapeutes représentaient environ le cinquantième. Les dommages-intérêts moyens accordés aux demandeurs ayant gain de cause contre des chiropraticiens et des massothérapeutes étaient également relativement minimes, ce qui indique que des blessures moins graves étaient en cause. [trad.]²⁸⁵

Les chercheurs proposent un certain nombre d'hypothèses pour expliquer ces fréquence et gravité moindres des demandes.²⁸⁶ Premièrement, puisque les MCP ont tendance à être moins effractives, il y a moins de probabilités de blessure. Deuxièmement, la doctrine de la faute professionnelle est peut-être encore à ses débuts pour ce qui est des praticiens de la médecine parallèle. Troisièmement, plusieurs MCP mettent l'accent sur l'aspect « collaboratif »

Très peu de poursuites pour faute professionnelle semblent avoir été intentées contre des praticiens de la MCP.

²⁸⁴ Une conduite particulièrement répréhensible par un fournisseur de la santé peut également donner lieu à des accusations au criminel, par exemple des accusations de voies de fait ou de négligence criminelle causant des lésions corporelles; toutefois, nous n'abordons pas ces questions dans le présent document.

²⁸⁵ Studdert D.M., « Legal issues in the delivery of alternative medicine », *Journal of the American Medical Women's Association*, 1999, 54(4) : 173-176, à la p. 174, avec un renvoi à Studdert D.M. et coll., « Medical malpractice implications of alternative medicine », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1610-1615.

²⁸⁶ *Ibid.*, p. 174.

L'obligation de diligence du médecin envers un patient ne comprend pas seulement l'obligation de faire preuve de compétence raisonnable dans le traitement du patient, mais également celle de communiquer tous les renseignements importants sur les risques du traitement et sur les solutions de rechange à celui-ci pour obtenir le consentement éclairé du patient.

de la relation patient-fournisseur, si bien qu'il y a peut-être moins de probabilités d'avoir recours aux poursuites en justice pour régler des différends, même en cas de blessure. Enfin, comme l'a proposé Cohen,²⁸⁷ compte tenu du caractère diffus et subjectif de plusieurs pratiques de la médecine parallèle, les patients ne peuvent peut-être pas prouver que les praticiens se sont éloignés d'une norme de diligence cohérente et identifiable.

L'obligation de diligence du praticien : deux aspects

L'obligation de diligence dans la fourniture du traitement

Les principes fondamentaux relatifs à la responsabilité d'un praticien de la santé pour négligence sont bien établis en droit canadien depuis longtemps, et traduisent les principes éthiques de non-malveillance et de bienfaisance. Dans le principal arrêt canadien sur cette question, le tribunal a statué :

Si quelqu'un prétend avoir un certain degré d'habileté et de science et s'il est consulté à ce titre par ou pour un patient, il a envers le patient l'obligation de faire preuve de prudence dans l'administration du traitement [...] Il a envers le patient l'obligation d'agir avec diligence, soin, connaissance, compétence et prudence dans l'administration du traitement [...] Le droit oblige le praticien à satisfaire à une norme juste et raisonnable de diligence et de compétence. [trad.]²⁸⁸

Confirmant cet arrêt, la Cour suprême du Canada a statué que « tout médecin doit exercer son activité comme un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances » et que les spécialistes ont l'obligation de faire preuve « de l'habileté du spécialiste moyen dans son domaine ».²⁸⁹

Pour déterminer la norme de diligence professionnelle nécessaire, les tribunaux examinent la législation et la réglementation régissant ces praticiens, de même que les directives, politiques et énoncés publiés par l'organisme de réglementation de cette profession ou les associations professionnelles. Par exemple, comme nous l'avons déjà vu, en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, il existe des lois qui prévoient expressément que les médecins ne sont pas coupables de faute professionnelle ou de négligence du simple fait qu'ils ont fourni des soins non conventionnels, à moins que cette pratique ne comporte un risque plus grand pour la santé des patients que la pratique ayant cours généralement acceptée.²⁹⁰

En outre, les tribunaux admettent en preuve les avis d'experts dans ce domaine sur la question de savoir ce que le praticien possédant des connaissances et des compétences raisonnables aurait fait dans la même situation. Cependant, la Cour suprême a averti qu'une telle preuve n'est qu'une partie de l'appréciation globale : « [L]e fait qu'un professionnel ait suivi la pratique de ses pairs peut constituer une forte preuve d'une conduite raisonnable et diligente, mais ce n'est pas déterminant ».²⁹¹

L'obligation de diligence dans l'obtention du consentement éclairé

L'obligation juridique de faire preuve de diligence et de compétence raisonnables dans l'administration d'un traitement à un patient traduit les principes éthiques de non-malveillance et de bienfaisance. Toutefois, un autre aspect de l'obligation de diligence du praticien traduit également le principe du respect de l'autonomie. Comme la Cour suprême l'a affirmé le plus clairement dans ses deux arrêts-clés *Reibl c. Hughes*²⁹² et *Hopp c. Lepp*,²⁹³ l'obligation de diligence du médecin envers un patient ne comprend pas

²⁸⁷ Cohen, *supra*, note 198.

²⁸⁸ *Crits and Crits c. Sylvester*, [1956] O.R. 132, confirmé par [1956] R.C.S. 991, entérinant *Rex c. Bateman* (1925), 41 T.L.R. 557, p. 559.

²⁸⁹ *ter Neuzen c. Korn*, [1995] 3 R.C.S. 674;

Lapointe c. Chevette (répertorié *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*), 90 D.L.R. (4th) 7 (C.S.C.).

²⁹⁰ *Loi de 2000 modifiant la Loi sur les médecins*, L.O. 2000, ch. 28, art. 1; *Medical Profession Act*, R.S.A. 1980, ch. M-12, art. 34(3); *Medical Practitioners Amendment Act*, *supra*, note 266, ch. 16, art. 60(1.1).

²⁹¹ *Roberge c. Bolduc* (1991), 78 D.L.R. (4th) 666, p. 710 (C.S.C.).

²⁹² [1980] 2 R.C.S. 880.

²⁹³ [1980] 2 R.C.S. 192.

seulement l'obligation de faire preuve de compétence raisonnable dans le traitement du patient, mais également celle de communiquer tous les renseignements importants sur les risques du traitement et sur les solutions de rechange à celui-ci pour obtenir le consentement éclairé du patient. Comme l'ont expliqué Picard et Robertson,

il est maintenant bien établi que l'obligation d'informer ne se limite pas aux risques, mais s'étend aux autres renseignements importants qu'un patient raisonnable voudrait obtenir. En particulier, le patient doit être informé de toute solution de rechange au traitement proposé, de même que des risques importants liés à ces solutions de rechange.²⁹⁴

En outre, la norme relative à l'information est élevée et elle est distincte de la norme relative au traitement. Comme l'a expliqué la Cour d'appel de la Colombie-Britannique :

la norme établie par un praticien raisonnable dans le domaine a été retenue comme mesure de l'étendue de l'obligation du médecin envers le patient relativement à des questions comme le diagnostic et l'exécution du traitement ou de la chirurgie; toutefois, la norme qui permet de déterminer l'étendue de l'obligation du médecin envers le patient relativement à des questions liées [...] aux décisions relatives au traitement et à d'autres questions nécessitant la compréhension et la collaboration éclairées du patient n'est pas la norme du praticien raisonnable, déterminée par des considérations d'ordre médical seulement, mais plutôt la norme qui consiste à informer le patient de tous les risques importants et de tous les risques particuliers ou inhabituels, et de répondre complètement et franchement aux questions du patient.²⁹⁵

Comme l'a affirmé la Cour suprême dans l'arrêt *Reibl c. Hughes*, la question fondamentale est la suivante : est-ce qu'une personne raisonnable qui se trouve dans la situation du patient serait probablement allée de l'avant avec l'intervention si on lui avait dûment communiqué les renseignements voulus?²⁹⁶

Il n'y a aucune raison pour laquelle les praticiens des MCP ne devraient pas être soumis à la même obligation qui incombe aux médecins conventionnels de communiquer les risques d'un traitement proposé pour obtenir le consentement éclairé du patient. Dans l'arrêt *Forgie c. Mason*, la Cour d'appel du Nouveau-Brunswick a appliqué aux chiropraticiens le critère de consentement au traitement établi dans les arrêts *Reibl* et *Hopp*, affirmant que ces praticiens devaient être traités comme tout autre « praticien médical ». [trad.]²⁹⁷ Le principe éthique du respect de l'autonomie du patient doit lier également les praticiens de la médecine conventionnelle et les praticiens des thérapies complémentaires/parallèles.

Toutefois, jusqu'où va l'obligation d'un praticien de discuter de traitements *parallèles*? Dans ce domaine, les quelques règles de droit qui existent traduisent la primauté de la biomédecine conventionnelle. En effet, les tribunaux ont précisé qu'il n'était pas nécessaire d'informer le patient de *toute* solution parallèle disponible au traitement conventionnel. Dans l'affaire *Santos c. Traff*, un tribunal de première instance de l'Alberta a émis la mise en garde suivante :

cette caractérisation est trop large si on l'interprète littéralement et si on omet de faire le lien avec le patient raisonnable. De fait, il

Il n'y a aucune raison pour laquelle les praticiens de MCP ne devraient pas être soumis à la même obligation qui incombe aux médecins conventionnels de communiquer les risques d'un traitement proposé pour obtenir le consentement éclairé du patient. Le principe éthique du respect de l'autonomie du patient doit lier également les praticiens de la médecine conventionnelle et ceux des MCP.

²⁹⁴ Picard E.I., Robertson G.B., *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, Carswell, Toronto, 1996, p. 129-130.

²⁹⁵ *Arndt c. Smith* (1995), 6 B.C.L.R. (3d) 201, p. 212 (C.A.), confirmé par C.S.C., [1997] 2 R.C.S. 539; suivi dans *Seney c. Crooks*, 1998 A.B.C.A. 316, [1998] A.J. n° 1060 au par. 71 (Q.L.).

²⁹⁶ *Reibl c. Hughes*, *supra*, note 292; *Arndt c. Smith*, *supra*, note 295; *Barber c. Wilson* [1996] O.J. n° 2531 (Div. gén.) (Q.L.); *LH c. Sheppard*, [2000] O.J. n° 2188 (C. S. Ont.) (Q.L.).

²⁹⁷ (1986), 30 D.L.R. (4th) 548 (C.A.N.-B.), appel à la C.S.C. rejeté sans motif, appliqué dans *L.H. c. Sheppard*, *supra*, note 296.

n'existe aucune obligation d'informer le patient de l'existence de solutions de rechange marginales ou dangereuses. Le bon sens nous dit que le défaut d'informer le patient de l'existence de solutions de rechange pourrait être invoqué avec le plus de succès contre le médecin qui a recours à la solution de rechange marginale, ou à la solution de rechange qui n'est pas généralement acceptée par la profession médicale comme faisant partie de la norme de soins, et qui omet d'informer le patient de la solution de rechange reconnue par la médecine conventionnelle.[trad.]²⁹⁸

Un autre jugement albertain illustre une réticence semblable à accroître indûment l'obligation du médecin conventionnel de discuter d'options de traitement non conventionnelles; toutefois, ce jugement ne nous fournit pas beaucoup de critères, sauf pour affirmer que les solutions de rechange « marginales » n'ont pas à être considérées avec le patient. Dans l'affaire *Seney c. Crooks*,²⁹⁹ un médecin a été poursuivi par un patient pour faute professionnelle. Même si l'affaire ne portait pas sur le recours à une thérapie complémentaire/parallèle, la question en litige était la portée de l'obligation du médecin d'informer le patient des modes de traitement parallèles à celui qui était proposé, pour assurer que le patient puisse prendre une décision éclairée quant au traitement choisi. La Cour d'appel d'Alberta a affirmé clairement que « l'obligation d'informer le patient comprend l'obligation d'informer celui-ci des traitements parallèles de même que des risques du traitement ». [trad.]³⁰⁰ Toutefois, le médecin a soutenu qu'il ne fallait pas trop accroître la portée d'une telle obligation :

le fait d'accroître indûment l'obligation d'informer le patient de traitements parallèles impose à la profession médicale une responsabilité imprévisible et monumentale qui est beaucoup trop onéreuse. Par exemple, serait-il nécessaire d'informer le patient de toutes les solutions de rechange possibles, qu'elles soient ou non généralement considérées comme fiables par la profession? Chaque professionnel aurait-il à acquérir des connaissances sur les pratiques de médecine parallèle comme le traitement chiropratique ou les traitements de médecine holistique et en informer ses patients? Si le traitement appliqué se conforme à la norme locale, pourquoi le défaut d'informer le patient d'un autre traitement équivaldrait-il à de la négligence? [trad.]³⁰¹

Bien que le tribunal ait fini par débouter le médecin à la lumière des faits de l'affaire, il s'est montré sensible à cet argument :

Il s'agit là d'une question fondamentale et les arguments contre un accroissement indu de la limite sont convaincants. La portée de l'obligation d'informer doit être abordée avec prudence. Toutefois, bien que l'étendue de cette obligation soit importante, il n'est pas nécessaire d'en définir les limites en l'espèce. La procédure médicale de rechange en l'espèce n'était pas une solution de rechange marginale. Il ne s'agissait pas d'un traitement parallèle offert à l'extérieur de la spécialité de l'orthopédie ou par une autre forme de soins de santé. [trad.]³⁰²

Si on les interprète largement, ces jugements indiquent qu'un praticien conventionnel aurait peut-être l'obligation d'informer le patient de l'existence d'une thérapie parallèle non conventionnelle, pourvu que cette thérapie ne

²⁹⁸ *Santos c. Traff*, 1999 A.B.Q.B. 630, [1999] A.J. n° 931 (Q.L.) au par. 49.

²⁹⁹ 1998 A.B.C.A. 316, [1998] A.J. n° 1060 (C.A.) (Q.L.).

³⁰⁰ *Ibid.* au par. 55 (Q.L.).

³⁰¹ *Ibid.* aux par. 57-58 (Q.L.).

³⁰² *Ibid.* aux par. 60, 64 (Q.L.).

soit pas « marginale » ou « dangereuse ». Toutefois, il est sans doute hasardeux de vouloir tirer cette conclusion à partir de deux affaires seulement, surtout lorsque l'on considère qu'il y a peu de jurisprudence élaborée sur cette question. En effet, il n'y a aucun jugement publié au Canada dans lequel un professionnel de la santé conventionnel a été jugé responsable de ne pas avoir informé un patient de l'existence d'une forme de traitement non conventionnel ou parallèle. Ceci n'est guère surprenant : les thérapies non conventionnelles échapperaient, par définition, à la panoplie ordinaire de choix de traitement et, comme l'indiquent les commentaires du tribunal dans l'affaire *Seney c. Crooks*, il est probable que les tribunaux expédient assez vite l'argument selon lequel le médecin (ou autre professionnel de la biomédecine conventionnelle) a fait preuve de négligence du fait qu'il n'a pas soulevé et discuté des options qui ne font pas partie du champ de pratique ordinaire. Cette question met en évidence le besoin d'effectuer des recherches plus poussées sur l'innocuité et l'efficacité de diverses thérapies complémentaires/parallèles, pour que les praticiens (conventionnels et complémentaires) et les patients puissent prendre des décisions plus éclairées quant au traitement, à partir de renseignements adéquats sur la panoplie de traitements disponibles.

Norme de diligence relative au traitement par des MCP

Dans la section précédente nous avons identifié les principes fondamentaux de la common law régissant la pratique conventionnelle par les professionnels de la santé. Dans la présente section, nous examinons comment ces principes s'appliquent pour déterminer la norme de diligence juridique dans l'exercice de médecines complémentaires/parallèles. Nous examinons premièrement la réglementation des praticiens de thérapies complémentaires/parallèles; deuxièmement, nous examinons les normes éventuelles auxquelles les praticiens conventionnels peuvent être astreints lorsqu'ils intègrent des MCP dans l'exercice de leur profession. Comme le signale Feasby, cette discussion montre que « la médecine parallèle et le droit de la faute professionnelle ne sont pas adaptés l'un à l'autre. Les questions de ce que constitue la norme de diligence appropriée dans le contexte des thérapies parallèles et la manière de déterminer cette norme touchent au cœur de cette question. » [trad.]³⁰³

Les praticiens des MCP d'une « profession » ou d'une « école » de pratique reconnue

Un examen de la jurisprudence américaine indique que « les demandes fondées sur la faute professionnelle intentées contre des praticiens de médecines parallèles ressemblent généralement à celles intentées contre les médecins. Cette jurisprudence ne semble pas avoir donné lieu à des théories radicalement nouvelles ou différentes. » [trad.]³⁰⁴ En particulier, l'un des principes fondamentaux du droit relatif à la faute professionnelle est la règle dite « de la même école ».

La règle « de la même école »

Il est généralement admis que les praticiens de la santé ont le droit de faire évaluer leur traitement des patients à la lumière des règles et des principes qui se conforment à leur formation et aux normes établies par leurs pairs professionnels immédiats, et non par ceux d'une autre école. Cette règle ne se limite pas aux disciplines de généraliste, de spécialiste et de sous-spécialiste comprises à l'intérieur de l'exercice de la médecine conventionnelle; les tribunaux l'ont également appliquée quand il s'agissait d'évaluer la conduite d'une vaste gamme d'écoles de médecine parallèle.

³⁰³ Feasby, *supra*, note 19 au par. 2.

En règle générale, les praticiens de la santé doivent être astreints aux normes de leur propre « école » de pratique, plutôt qu'aux normes établies par une autre école.

Les normes particulières à une école se justifient de plusieurs façons. Les tribunaux ont considéré qu'il était injuste de juger un praticien défendeur à partir de normes qui ne se conforment pas à son éducation, à sa formation et à l'attente de ses pairs. En outre, lorsqu'un patient choisit un traitement donné par un praticien en particulier, ou y consent en toute connaissance de cause, il peut s'attendre aux compétences – mais doit assumer les risques – que comporte souvent cette méthode de guérison du praticien. De plus, il peut être difficile pour les tribunaux et les jurys de trancher la question de la négligence lorsque des experts de plusieurs disciplines témoignent sur diverses normes. [trad.]³⁰⁵

Il s'ensuit qu'en règle générale, pour évaluer si un praticien a satisfait ou non à la norme de diligence nécessaire, le tribunal n'admettra pas la preuve donnée par un praticien venant d'une école de pensée différente sur la méthode de traitement appropriée, mais entendra les pairs du praticien qui appartiennent à la propre école de pensée de celui-ci.

Cette règle dite « de la même école » semble également être la règle de droit au Canada. Dans les quelques affaires canadiennes pertinentes (portant toutes sur la chiropractie), les tribunaux ont adopté la même approche dans les cas de faute professionnelle alléguée commise par les praticiens de MCP que dans les cas de médecins conventionnels. Bien qu'il puisse y avoir des réserves ou des exceptions, la jurisprudence canadienne dans son ensemble indique que les praticiens de thérapies non conventionnelles seront astreints à une norme qui convient à leur discipline.

Dans un des premiers arrêts sur cette question, *Gibbons c. Harris*,³⁰⁶ qui est souvent cité dans la jurisprudence postérieure, un chiropraticien avait omis de diagnostiquer chez un enfant une pathologie qui touchait l'épine dorsale et qui causait la dégénérescence de plusieurs vertèbres, et a effectué une manipulation vertébrale qui a aggravé la pathologie. La Cour d'appel de l'Alberta a accepté la règle générale selon laquelle le traitement offert par une école de pratique ne devait pas être jugé par les praticiens d'une autre – signifiant que les avis sur la norme de diligence appropriée applicable à un chiropraticien ne devraient pas normalement être reçus en preuve d'un médecin conventionnel qui n'a pas été formé ou qui ne connaît pas la théorie et la pratique de la chiropractie.³⁰⁷ À plusieurs occasions par la suite, les tribunaux canadiens, tant en première instance qu'en appel, ont réitéré que dans le cas d'un chiropraticien qui fait l'objet d'allégations de négligence « la norme par laquelle il doit être jugé n'est pas celle de l'homme simplement raisonnable, mais la norme de ce que l'on pourrait raisonnablement s'attendre du chiropraticien ordinaire, diligent et compétent. » [trad.]³⁰⁸

Une approche similaire a été adoptée tout récemment dans une action pour négligence intentée au Royaume-Uni, dans ce qui est apparemment la première affaire dans ce pays où cette question a été examinée. Dans l'affaire *Shakoor c. Situ*,³⁰⁹ pour trancher la question de savoir si le praticien avait manqué à son obligation professionnelle de faire preuve de diligence et de compétence raisonnables dans le traitement du patient, le tribunal a examiné la question de savoir si le praticien devait être jugé à partir des normes d'un praticien raisonnablement diligent de la médecine chinoise à base de plantes, ou d'après les normes applicables aux praticiens de la médecine orthodoxe. Bien qu'il ne l'ait pas affirmé expressément, le tribunal semble avoir accepté, comme proposition générale, que le degré de

³⁰⁴ Studdert, *supra*, note 285, p. 173.

³⁰⁵ *Ibid.*, p. 174.

³⁰⁶ *Gibbons c. Harris*, [1924] 1 D.L.R. 923 (C.S. Alb. Div. app.).

³⁰⁷ *Ibid.*, p. 925.

³⁰⁸ Penner c. Theobald (1962), 35 D.L.R. (2d) 700 (C.A.), p. 704. Voir également *Shepherd c. Knight*, [1985] O.J. n° 508 (H.C.J.) (Q.L.); *Hicks c. Schwab* [1993] O.J. n° 1275 (Div. Gén.) (Q.L.) au par. 75; *Barber c. Wilson*, *supra*, note 295 aux par. 5, 8 (Q.L.); *LH c. Sheppard* *supra*, note 296.

³⁰⁹ [2000] INLR No 137 (QB) (Q.L.).

diligence devrait être celui du praticien ordinaire de la médecine traditionnelle chinoise. Toutefois, le tribunal a nuancé cette proposition en affirmant ensuite que :

lorsqu'un tribunal devait se prononcer sur la norme de diligence dont a fait preuve un praticien de la médecine parallèle, il n'était pas suffisant, dans bien des cas, voire toujours, de le juger à partir de la norme du praticien ordinaire « qui possède les compétences dans cet art particulier »; il était souvent nécessaire de tenir compte du fait que le praticien exerçait son art parallèlement à la médecine orthodoxe; et il fallait que le tribunal se demande si la norme de diligence adoptée par le praticien de la médecine parallèle tenait compte des incidences de ce fait. [trad.]³¹⁰

Les incidences de ceci peuvent varier selon le champ de compétences et l'acte ou l'omission en cause du praticien de la médecine parallèle. Toutefois, de l'avis du tribunal dans cette affaire en particulier, le fait que le praticien de médecine traditionnelle chinoise exerçait parallèlement à la médecine orthodoxe menait à un certain nombre de conclusions :

Premièrement, le praticien devait reconnaître qu'il se présentait comme compétent pour exercer à l'intérieur d'un régime de droit et de médecine qui pourrait examiner la norme de diligence dont il avait fait preuve envers le patient. Deuxièmement, lorsqu'il avait prescrit un remède qui avait été pris par le patient, il ne suffisait pas de dire que le remède était traditionnel et qu'on le croyait sans danger; le praticien avait l'obligation de veiller à ce que le remède ne soit pas réellement ou éventuellement nocif. Troisièmement, il devait reconnaître la probabilité que toute personne souffrant d'une réaction indésirable à ce remède allait fort probablement se retrouver dans un hôpital conventionnel et que l'incident allait probablement être « documenté » dans une revue médicale conventionnelle. [Par conséquent], il devait prendre des mesures pour être certain qu'il n'y avait pas eu d'effets indésirables documentés dans une telle revue concernant le remède et qui devaient avoir une incidence sur son utilisation. [trad.]³¹¹

L'approche adoptée par le tribunal dans l'affaire *Shakoor* montre que le tribunal était aux prises avec la réalité de patients qui combinent eux-mêmes diverses modalités. En outre, les conclusions du tribunal mettent également en évidence à quel point il est important que les praticiens obtiennent de l'information sur l'utilisation que font les patients d'autres thérapies, de même que le besoin d'une meilleure compréhension, par le praticien, de la manière dont les différentes formes de soins doivent être coordonnées et se compléter l'une l'autre. Enfin, l'obligation qui incombe au praticien de veiller à ce qu'un remède ne soit pas réellement ou éventuellement nocif indique clairement le besoin urgent d'effectuer des recherches plus poussées sur l'innocuité et l'efficacité des MCP.

Exceptions à la règle dite « de la même école »

La jurisprudence indique qu'il existe un certain nombre d'exceptions (mal définies) à la règle générale selon laquelle seul un expert de la même école que le praticien accusé de faute professionnelle peut donner un avis quant à la norme de pratique acceptable. Ces exceptions sont :

³¹⁰ Ibid.

³¹¹ Ibid.

- 1) lorsque le praticien d'une thérapie complémentaire/parallèle s'éloigne du champ de pratique admissible;
- 2) lorsqu'il y a « chevauchement » entre les normes en cause des écoles de pratique respectives;
- 3) lorsque la faute professionnelle alléguée a trait au diagnostic, par opposition au traitement; ou
- 4) lorsqu'il n'y a aucune école de pratique cohérente.

Pratique en dehors du champ admis : Lorsque les praticiens de MCP accusés de faute professionnelle pratiquent à l'intérieur des limites acceptées d'un champ particulier, les tribunaux sont plus susceptibles de les juger suivant les normes établies pour les praticiens compétents dans leur domaine. Toutefois, les praticiens (conventionnels ou non conventionnels) qui se hasardent à l'extérieur du champ de pratique légalement permis (lorsque la législation du ressort renferme de telles limites), ou généralement accepté par leurs pairs, ont peu de chances de bénéficier d'une telle déférence, puisqu'ils ne peuvent valablement prétendre posséder de compétences ou de formation particulières dans ce domaine. Dans ces cas, les praticiens qui se hasardent dans un champ de pratique réservé aux professionnels d'une autre école ou possédant des qualifications considérablement différentes, seront vraisemblablement jugés à la lumière de cette école, et il y a donc plus de chances que le tribunal juge qu'ils ont agi de façon négligente en ne satisfaisant pas aux normes de cette école.

Chevauchement : Aux États-Unis, les tribunaux ont jugé que lorsqu'il y avait chevauchement ou convergence des compétences de deux écoles, un expert d'une école différente de celle du praticien accusé de faute professionnelle pouvait témoigner quant à la norme de pratique appropriée. Par exemple, dans l'arrêt-clé *Rosenberg c. Cahill*,³¹² un chiropraticien n'avait pas reconnu des tumeurs sur une radiographie et avait prescrit un régime de manipulation. Le patient a intenté une poursuite, alléguant que le mauvais diagnostic avait eu pour effet de retarder l'obtention du bon diagnostic et d'un traitement. Le chiropraticien a soutenu que le patient ne pouvait faire témoigner un médecin quant à la norme de diligence appropriée dont on pouvait s'attendre chez les chiropraticiens. Toutefois, la Cour suprême du New Jersey a reconnu qu'il fallait faire une exception à la règle de « la même école » : le tribunal a jugé que le chevauchement des deux professions dans l'utilisation des radiographies et le diagnostic de pathologies nécessitant un traitement médical conventionnel suffisait pour qu'un médecin témoigne sur la diligence dont le chiropraticien aurait dû faire preuve.

Distinction entre le diagnostic et le traitement : L'examen par Feasby de la jurisprudence canadienne indique que les tribunaux canadiens n'ont pas considéré cette exception du « chevauchement » (toutefois, il affirme que cette exception pourrait être reconnue dans les cas où la profession médicale se voit accorder une compétence à l'égard de certaines thérapies parallèles, par exemple le cas des ostéopathes qui sont surveillés en Alberta par le Collège des médecins et des chirurgiens.)³¹³ Toutefois, il émet l'hypothèse que cette exception du « chevauchement » ne sera peut-être pas adoptée en droit canadien, puisque certains tribunaux ont déjà fait la distinction entre la diligence adéquate dans le *diagnostic* et la diligence adéquate dans le *traitement*, et que cette distinction peut avoir un effet semblable à celui de la règle du « chevauchement » de la jurisprudence américaine.

³¹² *Rosenberg c. Cahill*, 492 A 2d 271 (N.J. 1985).

³¹³ Feasby, *supra*, note 19 au par. 36.

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, dans le premier arrêt canadien portant sur la norme de diligence dont devait faire preuve un praticien de médecine « parallèle », *Gibbons c. Harris* (1924), la Cour d'appel de l'Alberta a affirmé la règle générale dite « de la même école ». Toutefois, le tribunal a ajouté une limite importante à cette règle. De l'avis du tribunal, une telle règle ne s'appliquait qu'au *traitement*, et non au *diagnostic* :

Pour cette question, il y a une distinction évidente entre le diagnostic et le traitement. Le diagnostic est le processus qui consiste à découvrir la nature physique exacte du trouble. Sur ce point, il ne saurait être question de différentes écoles de pensée [...] [Le chiropraticien défendeur] prétend qu'il a fait preuve de compétence et de diligence raisonnables dans le traitement donné conformément aux méthodes de son école et que les praticiens d'autres écoles ne peuvent être appelés comme témoins pour montrer que son traitement était erroné. Cependant, il est certain que cette règle ne peut s'appliquer que lorsque le diagnostic était correct. Si le diagnostic était erroné en raison du manque coupable de compétence et de diligence, il est difficile de voir comment le défendeur peut encore affirmer que son traitement était raisonnablement compétent et diligent. [trad.]³¹⁴

Cette approche a été entérinée dans l'affaire plus récente (1996) de *Barber c. Wilson* (précitée également), dans laquelle un tribunal de première instance de l'Ontario a statué ce qui suit :

L'avocat du défendeur a soutenu que je ne devais pas m'appuyer sur la preuve du [médecin spécialisé dans la médecine physique et la réadaptation], puisqu'il n'est pas un expert dans le domaine de la chiropractie et ne peut donc pas se prononcer sur la question de savoir si les défendeurs ont satisfait à la norme du chiropraticien raisonnable dans leur manière de traiter le demandeur. Dans cette situation, je conclus que les principes énoncés dans l'arrêt *Gibbons c. Harris* [...] sont applicables, c'est-à-dire que la preuve [du médecin] n'était pas un avis sur la norme de diligence en chiropractie, mais plutôt un avis plus général que tout professionnel de la santé doit faire preuve de prudence avant de manipuler l'épine dorsale du demandeur, compte tenu de ce dont il se plaignait à l'époque. [trad.]³¹⁵

Pourtant, il existe également un arrêt d'une cour d'appel qui rejette directement une telle distinction traitement/diagnostic lorsqu'il s'agit de décider quels experts peuvent témoigner quant aux normes de diligence. Dans l'affaire *Penner c. Theobald* (1962), la Cour d'appel du Manitoba était saisie d'une poursuite pour faute professionnelle contre un chiropraticien, et le tribunal a directement traité la question de la norme appropriée à appliquer à l'étape du diagnostic :

il convient de noter que les types de diagnostic peuvent varier suivant les divers systèmes de soins de santé; le type de diagnostic est naturellement fondé sur les principes fondamentaux de chaque système en particulier. C'est pourquoi le diagnostic d'un médecin, d'un ostéopathe ou d'un chiropraticien peut varier à certains égards; toutefois, la nécessité de certains types de diagnostic ou, comme les chiropraticiens préfèrent l'appeler, d'analyse, ne fait

³¹⁴ *Supra*, note 306, p. 925, 929 (C.S. Alb., Div. app.).

³¹⁵ *Supra*, note 296, aux par. 5, 8.

aucun doute, à mon avis [...] La seule question à examiner en l'espèce est de savoir si le diagnostic ou l'analyse effectué par le défendeur à l'égard du demandeur était suffisant à la lumière des normes de la chiropractie [...] Ce qui importe [...] est de savoir si la personne qui pose le diagnostic réussit à déterminer la source et la nature de la maladie ou de la blessure dont souffre le patient. Ce faisant, un praticien se conforme naturellement, comme il se doit, aux méthodes qui caractérisent l'école de soins de santé dont il est membre; par conséquent, c'est à la lumière des méthodes et des pratiques qui caractérisent son école qu'il doit être jugé pour trancher la question de savoir s'il a ou non été négligent dans son diagnostic.[trad.]³¹⁶

Le raisonnement suivi dans l'arrêt *Penner c. Theobald* est certainement plus respectueux des diverses écoles de pensée; il reconnaît que les systèmes de pratique de santé ne diffèrent pas qu'au stade du *traitement*, mais dans certains cas, fonctionnent à l'intérieur de paradigmes et de conceptions de la maladie entièrement différents, ce qui a des incidences inévitables sur le *diagnostic* de la maladie également. Cette approche témoigne d'un parti pris beaucoup moins prononcé en faveur de la médecine biomédicale dominante que l'approche adoptée dans les affaires *Gibbons* et *Barber*.

Compte tenu de ce conflit en jurisprudence canadienne, l'exception du « chevauchement » adoptée en droit américain pourrait encore être incorporée en droit canadien comme une approche plus rationnelle et sensée. Cette approche permettrait le chevauchement des normes dans le diagnostic et le traitement, dans les cas où le système complémentaire/parallèle de pratique partage avec la biomédecine conventionnelle un degré fondamental de conception commune quant aux mécanismes de la maladie et de la blessure chez l'être humain, ou des techniques pour évaluer l'état du patient. Par exemple, les chiropraticiens et les ostéopathes partagent avec les médecins conventionnels les mêmes notions fondamentales d'anatomie dans leur conception de la maladie et utilisent parfois des techniques diagnostiques similaires (p. ex. les radiographies). Toutefois, l'approche reconnaîtrait également que, dans les cas où le cadre explicatif ou les techniques de diagnostic et de traitement d'une pratique traditionnelle sont fondamentalement parallèles aux notions de la biomédecine quant à la maladie ou aux blessures – p. ex, un déséquilibre du *qi* –, il serait illogique de s'attendre à ce que le praticien de la médecine traditionnelle chinoise soit tenu de satisfaire aux mêmes normes de diagnostic que les médecins conventionnels. Une telle approche de « chevauchement » refléterait donc mieux le pluralisme médical et l'autonomie des patients dans leur choix de systèmes de soins de santé, sachant que les divers systèmes aborderont de façon différente le diagnostic et le traitement.

Aucune norme cohérente de diligence : Comme l'a souligné Cohen, « il est souvent difficile de déterminer exactement quels protocoles ou procédures sont compris dans la norme de diligence applicable à la médecine complémentaire et parallèle. À l'extérieur de la biomédecine, les normes de diligence sont plus fluides, puisque les traitements impliquent des écoles de pensées et de techniques qui varient énormément et des méthodes très particulières ou non normalisées. Plusieurs traitements (la massothérapie, par exemple) s'appuient autant sur les facultés intuitives ou subjectives du four-nisseur, que sur des pratiques uniformes et professionnellement prescrites [...] [Toutefois], même si leurs normes de diligence ne sont pas l'objet

³¹⁶ *Penner c. Theobald*, *supra*, note 308, p. 706, 708.

d'ententes aussi officielles, certaines professions ont établi des directives de pratique qui pourraient servir de fondement à l'établissement de normes de diligence dans les actions pour faute professionnelle. » [trad.]³¹⁷

Toutefois, il se peut que les praticiens de certaines thérapies complémentaires/parallèles ne soient pas reconnus comme faisant partie d'une « profession », en partie parce que de telles normes de diligence n'ont pas été identifiées. Dans le cadre de son examen des droits américain et canadien, Feasby affirme :

il y a trois indices qui caractérisent une profession de la santé : (1) la reconnaissance légale; (2) une éducation spécialisée; (3) un traitement sensiblement différent. À certains égards, la reconnaissance légale est un indicateur anormal, puisqu'il peut être considéré comme la reconnaissance législative du fait que les critères (2) et (3) ont été remplis. Si le premier critère (la reconnaissance légale) est rempli, dans la plupart des cas, le tribunal jugera que l'école de médecine était, de fait, une profession, sans pousser l'enquête plus loin. Toutefois, s'il n'y a pas de reconnaissance légale, je prétends qu'un tribunal pourrait quand même conclure qu'une école de médecine parallèle était, de fait, une profession, vu qu'elle est caractérisée à la fois par une éducation spécialisée et un traitement sensiblement différent. [trad.]³¹⁸

Dans les cas où il n'existe aucune profession reconnaissable, il ne sera pas possible d'identifier une norme de diligence professionnelle. Dans de tels cas, les tribunaux saisis de poursuites pour faute professionnelle intentées contre un praticien qui fournit un traitement non conventionnel n'auront d'autre choix que d'appliquer les principes fondamentaux du droit de la négligence – c'est-à-dire les mêmes normes qui seraient appliquées à n'importe qui. Il n'y aura aucune norme professionnelle à laquelle le praticien pourra être astreint; par ailleurs, aucune déférence particulière ne sera accordée aux explications « professionnelles » des praticiens de leur conduite comme étant orientée par leur école de pensée ayant trait au diagnostic et au traitement de la maladie.

La norme de diligence applicable au professionnel conventionnel qui a recours à une MCP

Dans la section qui précède, nous avons conclu que les praticiens des thérapies complémentaires/parallèles sont, en règle générale, astreints à une norme de diligence qui convient à leur profession, leur école ou leur discipline. Toutefois, il est probable que la situation juridique des praticiens conventionnels (p. ex. les médecins) qui ont recours à une MCP soit quelque peu différente. Après tout, comme nous l'avons vu précédemment, ils sont déjà autorisés à exercer leur profession à l'intérieur d'un cadre réglementaire biomédical, ils sont liés par des politiques et des directives établies par leur organisme de réglementation professionnel et l'on s'attend à ce qu'ils exercent leur profession de la santé conformément au modèle biomédical de diagnostic et de traitement de la maladie.³¹⁹

Lorsqu'elles existent, ces lignes directrices, politiques et directives sur l'exercice de la profession établies par les associations professionnelles et les organismes de réglementation professionnels jouent un rôle essentiel dans la détermination de la norme de diligence de common law à laquelle les tribunaux astreindront les praticiens. Toutefois, la question juridique de savoir quelle norme doit être appliquée n'est pas résolue pour autant. Il y a trois normes possibles de diligence auxquelles les « doubles praticiens » peuvent être astreints.³²⁰

³¹⁷ Cohen, *supra*, note 198, p. 45.

³¹⁸ Feasby, *supra*, note 19 au par. 26. Par exemple, dans l'affaire *Penner c. Theobald*, *supra*, note 308, le tribunal a affirmé que la chiropractie était un système ou une école de santé reconnu au Manitoba, en raison de la Loi sur la chiropratie provinciale.

³¹⁹ *Canadian Overview*, *supra*, note 10 pour un examen des politiques relatives aux thérapies complémentaires/parallèles qui ont été adoptées par certains organismes comme les collèges de médecins et de chirurgiens.

Lorsqu'ils sont saisis de poursuites pour faute professionnelle, il est peu probable que les tribunaux considèrent que les doubles praticiens sont en quelque sorte « privés » des connaissances médicales qu'ils possèdent ou sont censés posséder.

Norme de la médecine parallèle

L'une des possibilités serait d'astreindre le médecin aux normes établies par les praticiens de MCP qui dispensent régulièrement la thérapie en question. Cette solution est logique si l'on veut assurer la diligence dont fait preuve le praticien dans l'utilisation ou l'application de la thérapie, puisque ce sont les autres praticiens réguliers de cette école qui sont les mieux placés pour évaluer si le praticien a agi avec le degré de compétence et de diligence nécessaire pour cette pratique. Toutefois, comme le fait remarquer Studdert :

Cette approche n'est pas logique dans toutes les situations. Une allégation relativement fréquente dans les demandes intentées contre les praticiens de la médecine parallèle est de ne pas avoir dirigé les patients qui ont besoin de traitement médical vers une forme appropriée de traitement médical conventionnel; dans d'autres poursuites, il est allégué que le recours aux thérapies parallèles peut éliminer ou réduire les chances du patient de mieux se rétablir par des traitements conventionnels. Lorsque ce type d'allégation est portée contre les doubles praticiens, l'application de normes de la médecine parallèle est problématique. Il est peu probable que les tribunaux considèrent que les doubles praticiens sont en quelque sorte « privés » des connaissances médicales qu'ils possèdent ou qu'ils sont raisonnablement censés posséder. Ainsi, bien que les arguments en faveur de l'application des normes de la médecine parallèle puissent avoir une certaine force dans les affaires où l'on allègue que les médecins ont été négligents dans l'administration de techniques étrangères à la médecine, il est probable qu'une norme de soins médicale correspond mieux à l'obligation qui incombe aux doubles praticiens dans des situations cliniques qui impliquent à la fois une connaissance de la médecine parallèle et une connaissance de la médecine conventionnelle.[trad.]³²¹

Même si elle avait pour objet une procédure disciplinaire professionnelle et non une poursuite intentée par un patient pour faute professionnelle, la célèbre affaire *Krop*, en Ontario, a semblé, en apparence du moins, adopter une approche qui consistait à astreindre le médecin conventionnel qui pratiquait la « médecine environnementale » à la norme du praticien raisonnablement compétent dans ce domaine. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a bien pris soin de préciser que *Krop* n'avait pas été reconnu coupable de pratiquer la médecine « environnementale » ou complémentaire, et que ni l'une ni l'autre n'est interdite par la loi ontarienne ou les règlements de l'Ordre.³²²

L'Ordre a plutôt reconnu *Krop* coupable de faute professionnelle pour avoir omis de satisfaire à une norme de pratique professionnelle dans les soins prodigués à six patients (dont aucun n'avait porté plainte à l'Ordre), parce que ses méthodes s'éloignaient considérablement de celles de la majorité des praticiens qu'il avait assignés à témoigner pour sa défense en tant qu'expert dans ce domaine. Le comité de discipline de l'Ordre a émis une réprimande et a imposé un certain nombre de conditions à l'inscription de *Krop* au tableau de l'Ordre des médecins, y compris l'obligation de se conformer aux recommandations du rapport du comité ad hoc de l'Ordre sur la médecine complémentaire; de donner aux patients suffisamment de renseignements pour faire des choix éclairés, y compris l'obligation de ne

³²⁰ Studdert, *supra*, note 285.

³²¹ *Ibid.*, p. 175.

³²² Communiqué de presse de l'OMCO, *supra*, note 262.

pas donner de renseignements ou d'avis erronés avant d'accomplir certains actes diagnostiques ou thérapeutiques; et d'informer les patients sur les options de traitement habituelles et conventionnelles (de même que leurs risques, leurs avantages et leur efficacité, conformément aux connaissances actuelles).³²³ (Krop a demandé le contrôle judiciaire de la décision de l'Ordre en se fondant sur des motifs d'ordre technique liés à la composition du tribunal disciplinaire, mais il a été débouté.³²⁴)

Norme de la pratique mixte

Une deuxième possibilité serait que, dans l'esprit de la règle dite « de la même école », les tribunaux saisis d'allégations de faute professionnelle contre des doubles praticiens ayant trait à l'utilisation de MCP demandent les opinions d'experts d'autres doubles praticiens, c'est-à-dire d'autres praticiens conventionnels qui incorporent des thérapies non conventionnelles dans leur exercice de la médecine pour tenter de déterminer la norme professionnelle appropriée. Toutefois, cette solution peut se révéler difficile à appliquer en pratique compte tenu a) du nombre limité (quoique croissant) de praticiens conventionnels qui pratiquent la médecine « intégrative » et b) du fait que « le tribunal peut néanmoins avoir de la difficulté à déceler une norme de diligence cohérente – c'est-à-dire une norme qui soit distincte en quelque sorte de la médecine conventionnelle ou parallèle – à partir de laquelle il pourra juger la conduite du défendeur. » [trad.]³²⁵

Norme médicale conventionnelle

Enfin, l'issue la plus probable serait que le tribunal astreigne le double praticien à une norme de diligence professionnelle strictement formulée par des médecins conventionnels. Cette solution pose un problème particulier pour l'intégration des thérapies complémentaires/parallèles dans la pratique médicale conventionnelle : à moins d'y avoir une législation expresse au contraire (comme celle qui existe en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, par exemple), le praticien pourrait être jugé négligent du seul fait d'avoir utilisé une thérapie non conventionnelle, puisque ce faisant, par définition, il ne satisfait pas à la norme de diligence généralement acceptée par les praticiens conventionnels. Ce problème a été mis en évidence dans l'arrêt récent d'un tribunal de première instance de l'État de New York dans l'affaire *Charell c. Gonzales* :

La norme pour prouver la négligence dans une affaire de faute professionnelle est de déterminer si le traitement s'éloigne des normes médicales acceptées [...] Apparemment, aucun praticien de la médecine parallèle ne pourrait avoir gain de cause sur une telle question, puisque l'expression « non conventionnel » peut très bien obliger le tribunal à conclure que le médecin qui exerce une telle médecine s'éloigne des normes médicales « acceptées ». Cette situation crée effectivement un problème pour ces médecins et il se peut que la seule solution soit de faire en sorte que le patient signe un formulaire de consentement complet renfermant les renseignements appropriés quant aux risques en cause. [trad.]³²⁶

En proposant cette solution, le tribunal saisi de l'affaire *Charell* s'est appuyé sur les deux arrêts *Revici* déjà mentionnés, dans lesquels un tribunal d'appel des États-Unis a affirmé le droit des patients de choisir les traitements qu'ils voulaient subir – pourvu qu'ils soient pleinement informés des risques liés à un traitement non conventionnel en particulier, y compris le risque lié au fait qu'ils renoncent à un traitement conventionnel.³²⁷

Il est plus probable que le tribunal astreigne le double praticien à une norme de diligence professionnelle strictement formulée par des médecins conventionnels.

³²³ OMCO, *Discipline Committee Decisions – Case Summaries*: Dr. Jozef Krop, 1^{er} janvier 2000. Disponible à <www.cpso.on.ca>.

³²⁴ *Krop c. College of Physicians and Surgeons of Ontario*, [1997] O.J. No 1950 (C. div.) (Q.L.).

³²⁵ *Ibid.*

³²⁶ *Charell c. Gonzales*, *supra*, note 197.

³²⁷ *Schneider c. Revici*, *supra*, note 195; *Boyle c. Revici*, *supra*, note 196.

Une autre affaire disciplinaire (et non de responsabilité civile pour faute professionnelle) en Ontario montre comment un médecin conventionnel qui a recours à des thérapies non conventionnelles peut être astreint à la norme de diligence professionnelle à laquelle doit satisfaire le médecin conventionnel, sans aller jusqu'à juger que le recours à un traitement non conventionnel est négligent en soi. Dans l'affaire *Ravikovich*, le médecin intime faisait l'objet d'accusations de faute professionnelle pour ne pas avoir satisfait à la norme de pratique de la profession en employant des pratiques diagnostiques et thérapeutiques n'ayant aucune validité scientifique ou médicale. Il a également été accusé d'incompétence pour avoir fait preuve d'un manque de connaissances, de compétences ou de jugement, ou de ne pas avoir tenu compte du bien-être de ses patients, du fait qu'il avait utilisé des injections d'histamine à des fins de diagnostic et de traitement. Enfin, il a été accusé de faute professionnelle pour avoir fait de fausses déclarations concernant un remède ou un traitement, à savoir que les injections d'histamine pouvaient être utilisées pour le diagnostic et à des fins thérapeutiques pour diverses pathologies alors que l'efficacité de ce traitement n'est pas prouvée.

Le Comité de discipline de l'Ordre a réaffirmé le principe (reconnu en droit ontarien) selon lequel l'utilisation ou la recommandation de traitements non conventionnels n'est pas en soi une preuve de capacité clinique déficiente.³²⁸ Toutefois, le Comité a également jugé que :

il y a certaines obligations que le médecin doit accepter s'il emploie un médicament pour un nouveau traitement ou un traitement non conventionnel. L'innocuité du médicament doit être éprouvée. Le médecin doit consigner de façon suffisamment détaillée l'état clinique du patient et les changements de son état, positifs et négatifs, produits par le médicament. Le médecin doit avoir connaissance de toutes les publications pertinentes ayant trait au problème clinique et au traitement proposé. [trad.]³²⁹

Le Comité de discipline du Collège a reconnu *Ravikovich* coupable de faute professionnelle; il lui a servi une réprimande, il a imposé des restrictions à sa pratique et a suspendu son permis pour trois mois. L'appel de *Ravikovich* aux tribunaux a été rejeté.³³⁰

L'importance du consentement éclairé

Le droit relatif à la question de la faute professionnelle et des normes professionnelles de traitement demeure incertain – particulièrement pour ce qui est des praticiens de la médecine conventionnelle qui incorporent l'utilisation de thérapies complémentaires/parallèles à l'exercice de leur profession. Toutefois, pendant que le droit tente d'atteindre le bon équilibre entre la protection des patients et la garantie de la liberté de choix, il y a au moins un impératif déontologique qui doit lier les praticiens de toutes les écoles et tous les domaines et qui fournit une certaine orientation pour une pratique saine (et légale). Le principe du respect de l'autonomie personnelle oblige certainement tous les praticiens, comme obligation déontologique et juridique, de veiller à ce que « leurs patients soient pleinement informés sur toutes les thérapies qu'ils choisissent de recevoir, de même que sur tout traitement auquel ils peuvent renoncer en raison de leurs décisions. En outre, les doubles praticiens doivent tenir à jour leurs connaissances sur la preuve disponible de l'innocuité et de l'efficacité de diverses thérapies parallèles. » [trad.]³³¹

³²⁸ Rég. O 52/95, prise en application de la Loi de 1991 sur les médecins.

³²⁹ Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *Discipline Committee Decisions: Dr Felix Ravikovich* (non daté), <www.cpso.on.ca/drravikovich.htm>. Publié dans OMCO, *Member's Dialogue*, janvier 1996 : affaire n° 4.

³³⁰ *Ravikovich c. College of Physicians and Surgeons of Ontario*, demande d'autorisation d'en appeler rejetée [1997] O.J. No 1625 (C.A.) (Q.L.).

³³¹ Studdert, *supra*, note 285, p. 176.



Conclusion

L'on ne doit pas tolérer que le conflit entre des médecines parallèles vienne s'ajouter aux souffrances des patients. La bonne médecine est indivisible [...] Il faut tenter de réunir tout ce qui est bénéfique [...] Nous avons besoin de nouvelles connaissances, mais nous devons également utiliser efficacement les connaissances que nous avons déjà. [trad.]³³²

Comme il est dit dans le passage qui précède, ce qui sous-tend l'exercice de la bonne médecine est la poursuite du bien-être du patient. Dans le présent document, nous avons examiné les incidences de cet impératif d'exercer la bonne médecine, en identifiant et en appliquant les principes clés auxquels on a souvent recours en bioéthique, et en analysant trois aspects essentiels du cadre juridique régissant les médecines complémentaires/parallèles au Canada. Trois thèmes sont ressortis à plusieurs reprises de cette analyse.

Premièrement, il y a un besoin criant de poursuivre et d'approfondir les **recherches** sur les thérapies complémentaires/parallèles. Ce besoin a été identifié à maintes reprises comme un élément fondamental pour assurer l'accès éclairé à une panoplie de traitements sûrs et efficaces – du point de vue du consommateur/patient qui a besoin de renseignements pour prendre des décisions sur ses soins de santé; du point de vue des praticiens – tant des thérapies conventionnelles que des thérapies complémentaires/parallèles – qui ont besoin de ces renseignements pour améliorer la qualité de leur pratique et conseiller les patients; et du point de vue des autorités de réglementation qui ont besoin de ces renseignements pour élaborer un cadre réglementaire qui assure un équilibre entre l'intérêt de la protection du consommateur/patient et l'intérêt de la liberté du consommateur/patient quant au choix de soins de santé.

À partir du besoin de recherches plus poussées, le deuxième thème est le besoin d'améliorer l'**éducation et la formation** des praticiens de la santé

³³² Wall P.D., « Introduction », dans Wall P.D., Melzak R. (éd.), *Textbook of Pain*, 1989, cité par l'Association of Complementary Physicians of British Columbia, *Consensus Paper on Complementary Medicine*, novembre 1999, <www.ccmadoctors.ca/acp_consensus.htm>.

CONCLUSION

comme condition préalable essentielle à l'élaboration de modèles et d'approches relatifs aux soins de la santé qui reconnaissent les bienfaits et les inconvénients de la biomédecine conventionnelle et d'une panoplie de thérapies complémentaires/parallèles. Pour prendre des décisions éclairées, les patients doivent s'appuyer non seulement sur les données disponibles, mais également sur les conseils de praticiens qui ont la formation, les connaissances et les valeurs éthiques voulues et dont l'obligation suprême est de maximiser le bien-être du patient et de minimiser les torts qu'il peut subir, sans être entravés par les préjugés ou l'idéologie, et avec un esprit critique mais ouvert.

Enfin – et ce, pour faciliter la réalisation des deux premiers objectifs – le troisième thème est le besoin d'une **réglementation** qui crée le bon équilibre entre les divers impératifs éthiques, c'est-à-dire maximiser le bien-être du patient, respecter son autonomie dans la prise de décisions relatives aux soins de santé et le protéger contre les préjudices, être équitable dans l'affectation des ressources et assurer l'imputabilité des fournisseurs de soins de santé.

Bien que nous n'ayons pu, dans le présent document, traiter exhaustivement de toutes les questions de droit et d'éthique liées aux soins de la santé complémentaires/parallèles et au VIH/sida, au Canada, nous souhaitons que cette étude nous aide à poursuivre ces thèmes de recherche, d'éducation et de réglementation appropriés pour veiller à ce que les fournisseurs des produits et des pratiques dispensent des thérapies sûres et efficaces à des patients bien informés.



Sommaire des recommandations

Recommandation 1. Définir et comprendre le secteur des soins de santé complémentaires/parallèles

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Bureau des produits de santé naturels (BPSN), de même que d'autres organismes de financement de la recherche devraient subventionner d'autres études, pour clarifier les définitions appropriées et les caractéristiques essentielles des « soins de santé complémentaires/parallèles » et pour élaborer un cadre conceptuel approprié – pour l'organisation de la vaste gamme de thérapies et de pratiques qui entrent dans cette catégorie – qui puisse guider les consommateurs, les dispensateurs et les organismes de réglementation.

Recommandation 2. Principaux domaines pour la recherche sur les MCP et le VIH/sida

Les organismes de financement de la recherche (c'est-à-dire les organismes de financement de la recherche en santé et les organismes qui financent la recherche dans d'autres disciplines), de même que Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, devraient subventionner des recherches qui procurent des renseignements à jour sur :

- (1) Le recours à des thérapies complémentaires/parallèles par des personnes vivant avec le VIH/sida,
 - (i) les tendances et la prévalence du recours à des médecines

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

- complémentaires/parallèles chez les personnes vivant avec le VIH/sida;
- (ii) les thérapies qui sont utilisées le plus couramment par les personnes vivant avec le VIH/sida, comment elles sont utilisées et pour quels fins ou états pathologiques, et les motifs qui amènent les utilisateurs à choisir certaines thérapies, y compris l'ensemble des croyances qu'ont les personnes vivant avec le VIH/sida quant aux avantages et aux inconvénients de thérapies conventionnelles et complémentaires/parallèles;
 - (iii) les types de thérapies complémentaires/parallèles couramment utilisées avec la médecine conventionnelle, et les raisons de combiner les approches de traitement;
 - (iv) l'efficacité (réelle et perçue) des diverses thérapies complémentaires/parallèles et la satisfaction des utilisateurs à leur égard;
 - (v) les profils des personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles, y compris les variations par catégorie de région, d'âge, de sexe, d'antécédents socio-économiques, raciaux/ethniques et de maladie/invalidité/état de santé;
 - (vi) l'identification de caractéristiques, de tendances ou de besoins particuliers qui pourraient exister dans des sous-populations particulières qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles dans le cadre des soins pour le VIH/sida; par exemple : les autochtones (y compris le recours à la médecine occidentale conventionnelle et les pratiques de guérison traditionnelles); les femmes; les hommes gais; les utilisateurs de drogue; diverses communautés ethnoculturelles; les personnes à faible revenu; les détenus (dont l'accès à diverses thérapies est souvent limité), etc.;
- (2) Les renseignements aux consommateurs et les connaissances de ceux-ci,
- (i) les sources de renseignements sur les produits et les thérapies complémentaires/parallèles qu'utilisent des personnes vivant avec le VIH/sida, et leur degré de satisfaction à l'égard de ces sources;
 - (ii) l'exactitude, l'intégralité et l'accessibilité des sources de renseignements sur les traitements relatifs aux thérapies complémentaires/parallèles pour les personnes vivant avec le VIH/sida, y compris des sources comme les organismes de diffusion de renseignements sur les traitements pour le VIH/sida, les clubs de consommateurs, les sites Web, les feuillets et les brochures d'information disponibles auprès d'organismes communautaires, aux bureaux de praticiens ou chez des vendeurs de produits de santé naturels;
 - (iii) comment les personnes vivant avec le VIH/sida préféreraient obtenir des renseignements sur les thérapies complé-

mentaires/parallèles, les obstacles qui les empêchent d'obtenir les renseignements qu'elles veulent et dont elles ont besoin pour faire des choix de traitement éclairés, et des mécanismes réalisables pour rendre accessibles des renseignements fiables;

- (iv) le type de renseignements qu'utilisent et que veulent obtenir les personnes vivant avec le VIH/sida pour prendre des décisions sur leurs soins de santé, et leur niveau de confiance envers diverses sources (par exemple, les recommandations données par des praticiens de thérapies conventionnelles ou complémentaires/parallèles, la famille, les amis ou les connaissances; les étiquettes et les monographies de produit; le matériel promotionnel produit par des fabricants ou des praticiens; les associations professionnelles; les organismes communautaires; les sites Web; la littérature médicale ou autres);
- (3) L'accès aux thérapies complémentaires/parallèles,
- (i) où, comment et de quelles sources les personnes vivant avec le VIH/sida ont accès aux thérapies complémentaires; et les obstacles qui les empêchent d'y avoir accès;
 - (ii) l'interface entre le recours aux thérapies complémentaires/parallèles et le système de santé conventionnel, y compris la mesure dans laquelle les patients sont renvoyés à des praticiens de thérapies complémentaires/parallèles par des praticiens conventionnels et vice-versa, de même que les attitudes des praticiens de thérapies conventionnelles envers les praticiens de thérapies complémentaires/parallèles et vice-versa;
 - (iii) les sommes que les personnes vivant avec le VIH/sida dépensent pour des thérapies complémentaires/parallèles, et pour quelles sortes de thérapies;
 - (iv) les opinions des personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles, ainsi que des praticiens (de thérapies complémentaires et conventionnelles), des gouvernements et des assureurs privés, relativement à la couverture des diverses sortes de thérapies complémentaires/parallèles en vertu des régimes d'assurance-santé privés et publics.

Recommandation 3. Principes et protocoles pour la recherche dans les communautés autochtones et avec elles

Les recherches avec les communautés autochtones et au sein de celles-ci doivent respecter les principes de la propriété, du contrôle et de l'accès à l'égard des méthodes et des résultats de recherche. Des protections juridiques adéquates et susceptibles d'être appliquées pour la propriété intellectuelle des communautés autochtones (y compris la connaissance de pratiques traditionnelles de guérison) doivent être garanties dans la conception de telles recherches. Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et les représentants des

communautés autochtones doivent veiller à ce que des protocoles soient élaborés pour régir la réalisation de recherches sur la santé, avec les communautés autochtones et au sein de celles-ci, et qu'ils soient approuvés par les communautés en question avant d'amorcer de telles recherches.

Recommandation 4. Les praticiens conventionnels devraient interroger leurs patients sur leur usage de MCP

Les politiques ou les directives sur les pratiques professionnelles ayant trait aux thérapies complémentaires/parallèles élaborées par les organismes de réglementation des professionnels de la santé (p. ex., les collèges des médecins et des chirurgiens) doivent indiquer à leurs membres de s'informer sur le recours de leurs patients à la médecine complémentaire/parallèle. Les praticiens individuels doivent consciemment faire l'effort de s'informer sur le recours qu'ont leurs patients aux thérapies complémentaires/parallèles.

Recommandation 5. Les praticiens de MCP devraient interroger leurs patients sur leur usage d'autres MCP et de traitements conventionnels

Les associations de praticiens qui œuvrent dans le domaine des soins de santé complémentaires/parallèles doivent encourager leurs membres à s'informer sur le recours de leurs patients à d'autres thérapies complémentaires/parallèles et aux traitements de médecine conventionnelle. Les praticiens individuels doivent consciemment faire l'effort de s'informer sur ce recours.

Recommandation 6. Un programme de recherche sur les MCP et le VIH/sida

Les Instituts canadiens de recherche en santé, le Bureau des produits de santé naturels, d'autres agences de financement de la recherche sur les soins de santé ainsi que Santé Canada devraient participer (ou continuer de participer) à l'élaboration, à la mise en œuvre et au financement d'un programme pour la recherche sur l'innocuité et l'efficacité des médecines complémentaires/parallèles, dans le cadre des soins de santé pour le VIH/sida (tant par des produits naturels que par d'autres moyens). Les démarches d'élaboration et de mise en œuvre d'un tel programme devraient impliquer activement des personnes vivant avec le VIH/sida en tant que patients/utilisateurs, des intervenants au service de ces personnes (y compris des fournisseurs de soins conventionnels et complémentaires/parallèles) ainsi que des responsables gouvernementaux dont les mandats sont pertinents à ce dossier (p. ex. le BPSN lorsqu'il s'agit de produits de santé naturels).

Recommandation 7. Soutien d'un Centre d'excellence en recherche sur les MCP

Santé Canada, les ministères provinciaux de la santé, les Instituts canadiens de recherche en santé, le Bureau des produits de santé naturels et les agences qui financent la recherche sur les soins de santé

devraient examiner de plus près la possibilité de développer et de soutenir un institut « virtuel » ou un centre d'excellence en recherche sur les soins de santé complémentaires/parallèles (pour la recherche à propos de produits naturels et d'autres approches complémentaires/parallèles).

Recommandation 8. Priorités de la recherche sur les MCP et le VIH/sida

Dans le financement de recherches en matière de médecines complémentaires/parallèles, les agences de financement de la recherche sur les soins de santé devraient accorder priorité aux recherches sur l'innocuité et l'efficacité des thérapies complémentaires/parallèles au sujet desquelles il existe :

- (a) des indications préliminaires encourageantes quant à l'efficacité;
- (b) des indications anecdotiques constantes quant à l'efficacité;
- (c) des indications d'un usage répandu parmi les personnes vivant avec le VIH/sida; et/ou
- (d) des indications d'effets nocifs, connus ou potentiels, notamment lorsque utilisés en conjonction avec des traitements conventionnels pour le VIH/sida.

Recommandation 9. Noyau d'experts pour l'examen des propositions de recherche

Les agences de financement de la recherche sur les soins de santé devraient créer un noyau d'experts individuels adéquatement formés dans divers domaines de thérapies complémentaires/parallèles, qui pourraient faire bénéficier de leur expertise les panels ou comités mandatés d'examiner les demandes de financement pour des recherches.

Recommandation 10. Développement des compétences en recherche parmi les praticiens de MCP

Santé Canada, les ministères provinciaux de la santé et les agences qui financent la recherche sur les soins de santé devraient octroyer des fonds pour le développement des compétences en recherche, parmi les praticiens des thérapies complémentaires/parallèles, afin de générer des recherches plus abondantes et de meilleure qualité, quant à l'innocuité et à l'efficacité de thérapies complémentaires/parallèles; et les écoles et les initiatives de formation en matière de médecines complémentaires/parallèles devraient intégrer dans leurs programmes l'acquisition de ces compétences en recherche.

Recommandation 11. Recherche communautaire sur les MCP

Santé Canada et les agences qui financent la recherche sur les soins de santé devraient voir à ce qu'au moins une partie des fonds qu'ils consacrent à la recherche sur les thérapies complémentaires/parallèles pour le VIH/sida soit octroyée à des projets de recherche communautaire. Puisque les thérapies complémentaires/parallèles les plus courantes (ou les informations à leur sujet) sont possiblement utilisées par

une part importante de personnes vivant avec le VIH/sida par l'entremise d'organismes communautaires, cette voie de recherche pourrait convenir particulièrement à la recherche dans au moins certains des domaines susmentionnés. De plus, une telle approche permet de contourner la résistance qui persiste, dans les milieux plus institutionnalisés, à l'idée d'effectuer des recherches sur les médecines complémentaires/parallèles. Cette approche va aussi dans le sens d'une philosophie axée sur une implication active des patients/utilisateurs dans les décisions de soins et traitements communes à plusieurs individus séropositifs et aux utilisateurs de médecines complémentaires/parallèles, en général.

Recommandation 12. Stimuler l'intérêt des chercheurs sur le VIH à l'endroit de la recherche sur les MCP

L'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV) et des organisations similaires, aux paliers régional ou provincial, devraient stimuler l'intérêt de leurs membres à l'égard de la recherche sur les thérapies complémentaires/parallèles en tant que composante des soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Recommandation 13. Financer le développement de matériel pour la formation des praticiens conventionnels et des MCP

Santé Canada, les ministères provinciaux de la santé et les agences de financement de la recherche sur les soins de santé devraient octroyer des fonds au développement de (a) matériel pour la formation en thérapies complémentaires/parallèles qui pourrait être intégrée au programme de formation de base des praticiens des soins de santé conventionnels; et de (b) matériel pour la formation dans des domaines élémentaires de la pratique biomédicale conventionnelle qui devrait être intégrée à la formation de base des praticiens des thérapies complémentaires/parallèles. L'élaboration de tel matériel de formation devrait impliquer les écoles/facultés et les intervenants des programmes de formation en existence (des domaines conventionnels et complémentaires/parallèles) qui ont collaboré à la mise au point de normes d'éducation/formation dans leurs domaines respectifs ainsi que des intervenants de ces domaines; et l'on devrait y tenir compte du point de vue des consommateurs.

Recommandation 14. Intégrer de l'information sur le VIH/sida dans les programmes de formation

Le matériel de formation élaboré à l'intention des praticiens des soins de santé conventionnels et complémentaires/parallèles doit contenir une éducation élémentaire sur le VIH/sida, sur les considérations particulières au VIH/sida dans la fourniture de thérapies complémentaires/parallèles et sur les interactions cliniques possiblement importantes entre des traitements conventionnels et des thérapies complémentaires/parallèles chez les personnes vivant avec le VIH/sida.

Recommandation 15. Intégrer une initiation aux MCP dans la formation des praticiens conventionnels

Les établissements qui forment des praticiens en soins de santé conventionnels devraient favoriser le développement, et l'intégration dans leurs programmes, d'une formation de base dans des domaines de médecines complémentaires/parallèles afin de donner à tous les fournisseurs de soins conventionnels une compréhension suffisante pour leur permettre de reconnaître le potentiel de bienfaits et d'inconvénients liés à la médecine complémentaire/parallèle, et de soigner adéquatement les patients susceptibles de faire usage ou de bénéficier de thérapies complémentaires/parallèles ou de la consultation de praticiens de ces domaines.

Recommandation 16. Intégrer une initiation à la médecine conventionnelle dans la formation des praticiens de MCP

Les établissements ou programmes de formation de praticiens en soins de santé complémentaires/parallèles devraient favoriser le développement, et l'intégration dans leurs programmes, d'une formation de base en sciences biomédicales de la santé afin de donner à tous les fournisseurs de soins complémentaires/parallèles une compréhension suffisante pour leur permettre de reconnaître le potentiel de bienfaits et d'inconvénients liés à la pratique biomédicale conventionnelle et de soigner adéquatement les patients susceptibles de faire usage ou de bénéficier de soins biomédicaux conventionnels.

Recommandation 17. Rigueur de l'examen réglementaire pré-homologation des produits de santé naturels

La rigueur de l'examen réglementaire en vue de l'homologation des produits de santé naturels avant leur mise en marché au Canada devrait être en corrélation avec a) le risque de préjudice connu ou raisonnablement prévisible du produit; et b) l'importance des allégations de bienfaits pour la santé qui sont associées au produit.

Recommandation 18. Exigences d'étiquetage des produits de santé naturels

Le gouvernement fédéral devrait établir les exigences suivantes, quant à l'étiquetage de produits de santé naturels, comme condition d'homologation pour la vente au Canada :

- Les étiquettes devraient être conformes à un format normalisé qui est accessible au grand public (langage clair, multilingue, imprimées en gros caractères, renseignements principaux sur l'emballage lui-même et d'autres renseignements en gros caractères dans les notices).
- Les étiquettes devraient indiquer les quantités de tout ce que contient le produit et il devrait y avoir des quantités minimales précises de vitamines, de minéraux et d'autres substances dans le produit pour que celui-ci puisse être présenté ainsi pour la vente.
- Les étiquettes devraient indiquer si le produit est synthétique ou naturel, s'il provient de sources animales et s'il renferme des organismes génétiquement modifiés.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

- Les étiquettes devraient comprendre le mode d'emploi, les avertissements, la dose recommandée et les interactions éventuelles avec des médicaments ou d'autres produits de santé naturels, lorsqu'elles sont connues.
- Les étiquettes devraient conseiller aux consommateurs d'informer leurs fournisseurs de soins de santé de leur utilisation du produit, même si ce renseignement ne semble pas pertinent à ce moment-là.
- Les étiquettes devraient indiquer un numéro de téléphone sans frais et un site Web pour les renseignements sur la manière dont les consommateurs peuvent signaler une réaction indésirable (lorsqu'un tel mécanisme de surveillance post-commercialisation est créé, le cas échéant).
- Dans les cas où l'emballage matériel d'un produit ne permet pas de donner les renseignements susmentionnés sur ou dans l'emballage lui-même, les vendeurs de produits de santé naturels devraient être tenus de mettre à la disposition des consommateurs, au point de vente, des monographies de produit qui renferment ces renseignements.

Recommandation 19. Mettre au point un système de surveillance post-homologation pour les produits de santé naturels

En consultation avec des groupes de consommateurs, les fabricants et les professionnels de la santé, le BPSN devrait établir un système de surveillance post-homologation pour recueillir les renseignements suivants sur les produits de santé naturels dont la vente est autorisée au Canada : les événements indésirables de divers degrés; les effets secondaires à court terme et les effets cumulatifs à long terme; et des données indépendantes sur l'utilisation par les consommateurs (p. ex. la prévalence et la fréquence d'utilisation, les troubles pour lesquels le produit est utilisé, etc.).

Recommandation 20. Exiger que les titulaires de licence déclarent les incidents

Les titulaires de licence pour un produit devraient être tenus par la loi de déclarer au Bureau des produits de santé naturels *tout* « événement indésirable grave » ayant trait à l'utilisation de leur produit homologué, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada, qu'il soit prévu ou « inattendu », dans un délai fixe (quelques jours) après avoir reçu des renseignements sur un tel événement.

Recommandation 21. Exiger que les praticiens déclarent les incidents

Les praticiens de la santé devraient être tenus par la loi de déclarer au Bureau des produits de santé naturels tout événement indésirable grave ayant trait à l'utilisation d'un produit de santé naturel (qu'il soit ou non homologué pour la vente au Canada) qui se produit au Canada ou chez un patient sous leurs soins et dont ils ont personnellement connaissance, dans un délai fixe (quelques jours) après avoir pris connaissance de ces renseignements.

Recommandation 22. Impliquer les pharmaciens dans la prévention et le suivi des interactions entre produits

Le Bureau des produits de santé naturels, les collèges des pharmaciens et les associations professionnelles de pharmaciens, de même que les fabricants de produits de santé naturels devraient, à partir des commentaires des groupes de consommateurs, collaborer à l'élaboration d'un protocole destiné aux pharmaciens pour encourager les patients qui achètent les médicaments délivrés sous ordonnance à déclarer volontairement les produits de santé naturels et les médicaments en vente libre qu'ils utilisent. Ces renseignements doivent être gardés confidentiels et être suivis par les pharmaciens pour pouvoir identifier les interactions éventuelles entre les produits de santé naturels et les médicaments pharmaceutiques, ou entre divers produits de santé naturels, de manière à informer les consommateurs au sujet de préoccupations éventuelles quant à l'innocuité de l'utilisation d'un produit ou à l'interaction de produits et de porter ces préoccupations à l'attention de Santé Canada pour une enquête plus poussée.

Recommandation 23. Appliquer des peines adéquates en cas de manquement aux exigences réglementaires

Pour protéger les consommateurs, le gouvernement fédéral devrait veiller à ce que les peines prévues en cas de manquement aux exigences réglementaires relatives à la fabrication, à l'homologation, à l'étiquetage, à la distribution et à la vente de produits de santé naturels soient suffisamment sévères et que leur exécution soit suffisamment vigoureuse pour assurer la conformité à ces exigences.

Recommandation 24. Voir à ce que l'instance fédérale de réglementation soit indépendante de l'industrie

Le Bureau des produits de santé naturels doit veiller à ce que, dans la conception du système réglementaire applicable aux produits de santé naturels, l'intérêt public demeure suprême et l'emporte toujours sur les intérêts de l'industrie lorsqu'il y a conflit. Il faut mettre en place des mécanismes de protection pour assurer que le Bureau demeure pleinement indépendant de l'industrie qu'il est censé réglementer.

Recommandation 25. Initiatives en vue d'une autoréglementation par les praticiens de MCP non réglementés

Reconnaissant que divers domaines de pratique complémentaire/parallèle se trouvent à des étapes variables d'organisation professionnelle, les praticiens devraient s'organiser en associations de praticiens; à partir de ces associations, envisager les coûts et les avantages d'établir des normes professionnelles de qualification, de compétence continue et de pratique acceptable comme conditions d'appartenance à l'organisation; et établir un mécanisme pour assurer l'imputabilité des membres pour le soin des patients conformément à ces normes.

Recommandation 26. Développer un guide pour l'autoréglementation volontaire

Santé Canada devrait faciliter la création d'un groupe de travail qui comprendrait des représentants de groupes de praticiens de médecine complémentaire/parallèle nouvellement ou récemment réglementés, pour produire et distribuer un outil de travail (un guide « comment faire ») pour l'élaboration de mécanismes en vue de l'autoréglementation facultative comme profession.

Recommandation 27. Financer des recherches sur les modèles et paramètres légaux d'une réglementation des praticiens de MCP

Des organismes de financement de la recherche (organismes de financement de la recherche en santé et organismes qui financent les recherches dans d'autres disciplines), de même que Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, devraient financer des recherches qui fournissent des renseignements à jour sur :

- les opinions de personnes vivant avec le VIH/sida qui ont recours à des thérapies complémentaires/parallèles, de praticiens (des approches complémentaire et conventionnelle), de fabricants de produits de santé naturels, du gouvernement et d'assureurs privés, quant à la nécessité de la réglementation dans les domaines des soins de santé complémentaires/parallèles, au rôle du gouvernement dans la réglementation et aux différents modèles de réglementation des produits et des praticiens;
- un examen de la jurisprudence qui (i) évalue le traitement de la médecine complémentaire/parallèle et des praticiens qui ont recours à la médecine complémentaire/parallèle, par les organismes de réglementation professionnelle et les tribunaux; (ii) examine les obligations éthiques et juridiques qui incombent aux praticiens (des approches conventionnelle et complémentaire/parallèle) dans le recours à la médecine complémentaire/parallèle; et qui (iii) offre aux organismes communautaires qui œuvrent auprès de personnes vivant avec le VIH/sida une orientation quant aux obligations juridiques et éthiques qui régissent la prestation des services complémentaires/parallèles et des renseignements à leur sujet;
- les coûts et les avantages (financiers et autres) des divers modèles de réglementation des praticiens dans le domaine de la santé, pour orienter les décisions quant aux modèles les mieux adaptés à la réglementation des praticiens dans les divers domaines de la médecine complémentaire/parallèle (si une telle réglementation est jugée nécessaire).

Recommandation 28. Examen et révision des politiques par les instances de réglementation professionnelle des médecines conventionnelles

Les collèges des médecins et chirurgiens et d'autres organismes de réglementation des professions de la santé devraient chercher à

connaître les opinions de leurs membres, des praticiens des thérapies complémentaires/parallèles et surtout des patients pour savoir à quel point les directives, politiques ou codes professionnels actuels limitent les médecins dans la prestation de thérapies complémentaires/parallèles ou dans le fait de diriger un patient vers des fournisseurs de ces thérapies. Les résultats de ces consultations devraient orienter une révision éventuelle des politiques en vigueur, au besoin.

Recommandation 29. Exiger que les praticiens conventionnels reçoivent une formation adéquate avant de pratiquer une MCP

Les organismes de réglementation des professionnels de la santé conventionnels devraient établir des politiques qui obligent leurs membres désireux de pratiquer des thérapies non conventionnelles à obtenir, si possible, une formation dans le domaine pertinent en une forme qui soit approuvée par un organisme de réglementation ou une association professionnelle de praticiens qui se spécialisent dans ce domaine.

Recommandation 30. Examen législatif en vue de favoriser une intégration sécuritaire des soins de santé conventionnels et des MCP

Les ministères de la santé des provinces, en collaboration avec des associations professionnelles de praticiens conventionnels et de praticiens de thérapies complémentaires/parallèles, de même qu'avec des organismes de réglementation des professions de la santé, devraient identifier les changements législatifs ou réglementaires nécessaires pour permettre l'exercice multidisciplinaire de professions qui pourraient faciliter l'intégration des soins entre les praticiens conventionnels et les praticiens complémentaires/parallèles, pour les patients qui veulent obtenir de tels soins.

Recommandation 31. Financer la recherche autochtone sur les pratiques et praticiens de guérison traditionnelle

Santé Canada, les ministères de la santé des provinces et les organismes de financement de la recherche en santé devraient appuyer les recherches effectuées par les autochtones sur les questions liées aux moyens d'assurer de bonnes qualifications et pratiques par les guérisseurs traditionnels.



Annexe A

Utilisation de médecines complémentaires ou alternatives

Pour des données sur l'utilisation de MCP au Canada, voir les pages 13 à 17 du document principal. La présente annexe fournit des données issues d'un échantillonnage d'autres pays.

États-Unis

Deux études américaines fréquemment citées (d'Eisenberg et coll.) rapportent des données similaires à celles du Canada, quant à la prévalence du recours à des médecines complémentaires/parallèles. Dans la première (1993), Eisenberg et coll. ont observé que :

- si l'on exclut la prière et l'exercice physique (puisque l'on ne visite pas un praticien pour ces choses), 34% des répondants avaient utilisé au moins une MCP pendant les 12 mois précédents;
- parmi les répondants qui ont indiqué faire usage de médecines complémentaires et/ou parallèles, 64% ont dit le faire sans visiter un praticien du domaine. De plus, 89% des répondants utilisaient des MCP sans que cela leur ait été recommandé par leur médecin conventionnel; 72% de ceux qui utilisaient des MCP n'en avaient pas informé leur médecin conventionnel; et

- peut-être étonnamment, le nombre estimé de visites à des fournisseurs de MCP (425 millions) dépassait largement le nombre de visites à des praticiens de la médecine conventionnelle (388 millions) pendant l'année de l'étude.³³³

L'étude de suivi (1998) d'Eisenberg et coll. a révélé une importante augmentation du recours à des MCP (toujours en excluant la prière et l'exercice physique).

- Faits les plus marquants observés dans cette étude : 42% des répondants ont indiqué avoir fait usage de médecines complémentaires et/ou parallèles pendant l'année à l'étude (comparativement à 34% dans l'étude précédente); et le nombre total de visites à des fournisseurs de MCP avait augmenté de 47%, attestant de la hausse ininterrompue de popularité des MCP dans la population générale.³³⁴
- Faits semblables à ceux de la situation au Canada : les techniques de relaxation (16,3%), les thérapies à base de plantes (12,1%), le massage (11,1%) et la chiropractie (11%) étaient parmi les MCP les plus utilisées.³³⁵

Les plus récentes données d'une initiative de recherche à grande échelle, aux États-Unis, ont été publiées en mai 2000 par *Consumer Reports*, qui rapportait les chiffres issus d'une enquête à laquelle ont répondu 46 000 de ses lecteurs. Les répondants ont livré des renseignements sur leur usage de MCP pendant les deux années précédant le sondage.³³⁶

- Près de 35% des répondants avaient eu recours à des mégavitamines et d'autres suppléments nutritionnels; à des massages en profondeur; à des manipulations chiropratiques et d'acupression; et à des traitements esprit/corps comme la méditation et la relaxation thérapeutique. Certains ont reçu ces traitements de leur médecin régulier, et d'autres auprès de praticiens parallèles. Près de la moitié ont essayé de leur propre chef de nouvelles thérapies – la plupart à base de plantes.
- En général (58%), les répondants avaient recours à des traitements conventionnels – plutôt que complémentaires. Cependant, les lecteurs ont indiqué que 25% des problèmes étaient traités à la fois par des thérapies conventionnelles et complémentaires. Seulement 9% avaient recours uniquement à des thérapies parallèles. Les autres problèmes étaient traités essentiellement par des médicaments en vente libre ou des changements à leurs habitudes de vie (exercice et diète).
- Les 35% des lecteurs qui ont utilisé des moyens de rechange cherchaient principalement un soulagement de symptôme dérangeants qui n'avaient pas été résolus par des traitements conventionnels. Ceux qui indiquaient être aux prises avec une douleur grave ou un grand stress étaient plus enclins à essayer des alternatives.
- Pour la plupart des maladies, la majorité des répondants qui ont essayé des moyens de rechange les ont trouvés utiles ou très utiles. Mais certaines alternatives très populaires – la mélatonine contre l'insomnie, le chou palmiste (*saw palmetto*) pour les problèmes de prostate, les aimants contre la douleur – ont obtenu des notes d'appréciation faibles. Pour presque toutes les maladies, les lecteurs ont affirmé qu'ils avaient obtenu les meilleurs résultats en prenant des médicaments d'ordonnance, ou en ayant une intervention chirurgicale lorsque cela était recommandé. Même parmi les personnes qui avaient essayé des thérapies à base de plantes, les médicaments d'ordonnance ont reçu de meilleures notes pour toutes les maladies abordées.

³³³ 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.

³³⁴ 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.

³³⁵ *Ibid.*, à la p. 1572.

³³⁶ « The mainstreaming of alternative medicine », *Consumer Reports*, mai 2000 : 17-25, aux p. 17-18.

- Lorsque les lecteurs se sentaient suffisamment à l'aise de mettre leur médecin au courant de leurs choix alternatifs (ce qui était le cas pour 60% des répondants), la plupart des médecins exprimaient une approbation (55%) ou une attitude de neutralité (40%), d'après l'impression qu'en ont eu les patients. Seulement 5% des médecins ont dit à leur patient qu'ils désapprouvaient sa décision.
- Près d'un lecteur sur quatre qui a fait l'essai d'une alternative se l'était vu recommander par un médecin ou une infirmière. Plus de la moitié de ces recommandations portaient sur des thérapies à base de plantes et d'autres suppléments, en particulier pour des problèmes d'arthrite et de prostate.

De récentes études effectuées aux É.-U. ont remis en question la croyance populaire d'après laquelle le recours à des MCP serait limité parmi les populations pauvres ou mal servies. En 2000, Wolsko et coll. ont signalé les résultats d'un sondage administré à 93% des patients consécutifs (536 individus) rencontrés pendant une période de cinq jours en décembre 1998, dans trois cliniques de médecine générale à Denver (Colorado), dont chacune dessert un segment socio-économiquement distinct de la population régionale. On demandait aux répondants de compléter eux-mêmes un bref questionnaire portant sur cinq des modalités que des études précédentes avaient qualifié de communément utilisées : l'acupuncture, la chiropractie, les médicaments à base de plantes ou suppléments vitaminiques/nutritionnels, la méditation/relaxation, et le massage. Deux conclusions principales ont été énoncées par les auteurs de l'étude :

Premièrement, le recours et l'intérêt dans un éventuel recours à des praticiens de médecine parallèle ne variaient pas grandement entre les trois diverses populations de patients. Ces populations cliniques se composaient de groupes socioéconomiques clairement divergents en termes de race, d'assurances et de revenu annuel auto-déclaré. Nous n'avons pas constaté de relation entre le revenu annuel et l'usage de médecines complémentaires, dans l'analyse à variables multiples. D'autres études récentes appuient nos observations [références omises] [...] Prises dans l'ensemble, nos observations et celles d'autres auteurs mettent clairement en relief le fait que le recours à des médecines complémentaires/parallèles n'est confiné à aucun groupe socioéconomique bien circonscrit. [trad.]³³⁷

Un second constat important de notre étude est qu'une piètre impression de son propre état de santé constitue un important facteur prédictif indépendant pour le recours à un fournisseur de thérapie parallèle. Nous avons observé que les utilisateurs de MCP étaient deux fois plus susceptibles que les autres d'estimer que leur santé n'était pas bonne. [...] Ensemble, nos conclusions et celles d'autres chercheurs concourent à appuyer la thèse qu'un mauvais état de santé est un autre facteur prédictif indépendant pour l'utilisation de médecines parallèles. [trad.]³³⁸

La remise en question, par Wolsko, d'hypothèses liées au statut socioéconomique des utilisateurs de MCP découle peut-être d'une étude publiée en 1998 qui examinait l'utilisation de MCP parmi plus de 96% des jeunes recevant des soins d'un programme de clinique de rue pour les jeunes sans-

³³⁷ Wolsko P. et coll., « Alternative/complementary medicine: wider usage than generally appreciated », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2000, 6(4) : 321-326, aux p. 324-325.

³³⁸ *Ibid.*, à la p. 325.

abri à Seattle et Washington. Dans cette étude, Breuner et coll. concluaient que :

- plus de 70% des jeunes utilisaient des MCP;
- la référence à des MCP venait le plus souvent d'amis (52,7%);
- la raison invoquée le plus souvent pour faire usage de MCP était qu'il s'agissait de moyens « naturels » (43,9%);
- la plupart (87,3%) de ceux qui utilisaient des MCP croyaient que cela les avait aidés « dans une certaine mesure » ou « beaucoup » [trad.]; et
- leur choix pour la visite à un fournisseur, en cas de maladie, allait à 51,7% vers un médecin, en comparaison avec 36,9% pour un fournisseur de MCP, alors que 11,4% se soigneraient eux-mêmes.³³⁹

Breuner et coll. ont conclu que les soins de MCP sont fréquemment utilisés et acceptés par les jeunes sans-abri (ou du moins le segment de cette population qui visite une clinique de santé) et ont suggéré que l'intégration de MCP dans les services des centres de santé allopathiques [i.e. conventionnels] pourrait servir de facteur susceptible d'inciter les jeunes à utiliser les services de santé grand public.

Australie

En 1996, des chercheurs australiens ont rapporté les résultats d'une étude auprès de 3 000 répondants (de 15 ans et plus) quant à l'utilisation de MCP et le recours à des praticiens de ces domaines par des habitants de l'Australie méridionale. Ils ont notamment constaté que :

- 48,5% des répondants avaient utilisé au moins une *thérapie* parallèle pendant l'année précédente et que les femmes utilisaient un nombre considérablement plus élevé de thérapies que les hommes. L'utilisation de thérapies était la plus prononcée parmi les 15 à 34 ans, les gens de statut socioéconomique plus élevé, ceux qui avaient un niveau plus élevé d'éducation ainsi que les gens au revenu familial plus élevé; et que,
- par ailleurs, 20% avaient visité au moins un *fournisseur* de soins de santé parallèles pendant l'année précédente – sans disparité importante à ce chapitre entre hommes et femmes, bien que le recours à ces praticiens était plus prononcé chez les groupes d'âge jeunes, les Australiens de naissance, les individus qui avaient un emploi et ceux qui avaient un revenu plus élevé.³⁴⁰

En 1994, une étude de plus petite taille (auprès de 325 patients ayant visité l'unité d'urgence d'un hôpital universitaire) a produit « des résultats remarquablement semblables dans une population à prédominance blanche de classe moyenne ».³⁴¹ Les chercheurs ont noté que « le taux d'utilisation élevé parmi des populations généralement "saines" ne pouvait pas être attribué au désespoir d'avoir une maladie incurable ni à la confiance en des remèdes traditionnels par des groupes ethniques ».³⁴² Ils ont rapporté que seulement 35% des utilisateurs avaient informé leur médecin soignant d'une quelconque utilisation de MCP; ils ont observé que les principales raisons offertes par les patients étaient celles que le médecin rejeterait ces thérapies, et le sentiment que le patient est « en charge » de sa propre santé. Une étude publiée en 1998 a montré que les Australiens consomment autant de médicaments « non traditionnels » et de vitamines et minéraux que de médicaments d'ordonnance.³⁴³ Par ailleurs, des études sur les attitudes des médecins généralistes australiens à l'égard des thérapies complémentaires ont permis de constater que plus de 80% avaient référé des patients à des praticiens de MCP, et que près de la

³³⁹ Breuner C.C., Barry P.J., Kemper K.J., « Alternative medicine use by homeless youth », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1998, 152 : 1071-1075.

³⁴⁰ MacLennan A.H., Wilson D.H., Taylor A.W., « Prevalence and cost of alternative medicine in Australia », *Lancet*, 1996, 37 : 569-573; analysée dans York University Centre for Health Studies, *Canadian Overview*, aux p. 257, 260. Voir aussi Shenfield G.M., Atkin P.A., Kristofferson S.S., « Alternative medicine: an expanding health industry », *Medical Journal of Australia*, 1997, 166 : 516; Drew A.K., Myers S.P., « Safety issues in herbal medicine: implications for the health professions », *Medical Journal of Australia*, 1997, 166 : 538.

³⁴¹ Shenfield et coll., *supra*, note 8, avec renvoi à Kristofferson S.S., Atkin P.A., Shenfield G.M., « Uptake of alternative medicine » [lettre], *Lancet*, 1996, 347 : 972.

³⁴² Shenfield et coll., *supra*, note 8.

³⁴³ Pirotta M.V. et coll., « Complementary therapies: have they become accepted in general practice? », *Medical Journal of Australia*, 2000, 172 : 105-109, à la p. 105, avec renvoi à Australian Bureau of Statistics, *Australian Social Trends 1998*, Canberra, ABS, 1998 (No de catalogue 4102.0).

moitié étaient ouverts à y avoir recours eux-mêmes; de plus, 93% des répondants [médecins généralistes] étaient d'avis que les programmes de formation médicale de premier cycle devraient inclure de l'éducation sur les thérapies complémentaires; et l'on observait un appui marqué à l'idée que le régime public d'assurance médicale couvre certaines thérapies en particulier (acupuncture, hypnose, méditation et chiropractie).³⁴⁴ En 1999, des chercheurs ont conclu que l'acupuncture était devenue un choix de pratique complémentaire bien établi parmi les Australiens – et que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de soumettre des requêtes au régime public d'assurance santé pour des frais encourus pour des traitements d'acupuncture.³⁴⁵

Royaume-Uni

Le Comité de la science et de la technologie de la Chambre des Lords du Royaume-Uni a récemment publié un rapport détaillé sur les médecines complémentaires et alternatives, qui comprend un aperçu à jour des « données plutôt limitées » [trad.] de l'usage de MCP au R.-U. et qui conclut que la tendance est élevée et à la hausse.³⁴⁶ Une étude effectuée auprès des instances professionnelles de MCP du R.-U. a avancé que jusqu'à 5 millions de patients avaient consulté un praticien de MCP pendant l'année précédente.³⁴⁷ En 1999, une enquête téléphonique de la BBC [British Broadcasting Corporation] auprès de 1 204 adultes sélectionnés au hasard a observé que 20% des répondants avaient eu recours à une MCP pendant l'année précédente. De ceux-là, 34% avaient pris des médicaments à base de plantes, 21% avaient utilisé l'aromathérapie, 17% avaient pris des médicaments homéopathiques et 14% avaient reçu des soins d'acupuncture ou d'acupression. L'extrapolation de ces résultats a conduit à estimer que les individus du R.-U. dépensent environ 1,6 million de livres sterling par année en médecines complémentaires/alternatives.³⁴⁸

Autres pays d'Europe

En 1994, Fisher et Ward ont préparé un aperçu des recherches ayant été effectuées dans divers pays européens à propos de l'utilisation de MCP.³⁴⁹ Ils ont rapporté que, dans les pays où il était possible de tirer des statistiques, entre 20% et 50% de la population avait utilisé des MCP et que la popularité de ces moyens était en hausse rapide. Ils ont noté qu'environ 60% de la population des Pays-Bas et de la Belgique était prête à payer des primes supplémentaires pour inclure des médecines complémentaires à leur régime d'assurance santé, et que 74% de la population britannique était favorable à ce que ces frais soient couverts par le National Health Service. En 1999, des chercheurs italiens ont noté que les tendances nationales démontraient qu'un nombre croissant de patients avaient recours à des médicaments n'appartenant pas à la médecine occidentale conventionnelle.³⁵⁰

³⁴⁴ Ibid.

³⁴⁵ Easthope G. et coll., « Acupuncture in Australian general practice: patient characteristics », *Medical Journal of Australia*, 1999, 170 : 259-262.

³⁴⁶ 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, disponible à <www.parliament.the-stationery-office.co.uk>.

³⁴⁷ 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.

³⁴⁸ Ernst E., White A., « The BBC survey of complementary medicine use in the UK », *Complementary Therapies in Medicine*, 2000, 8 : 32-36.

³⁴⁹ Fisher P., Ward A., « Complementary medicine in Europe », *British Medical Journal*, 1994, 309 : 107-111.

³⁵⁰ Menniti-Ippolito F., De Mei B., [Les caractéristiques de l'utilisation et du degré d'utilisation de médecines non conventionnelles], *Annali dell'Istituto Superiore Sanità*, 1999, 35(4) : 489-497. [article en italien]



Annexe B

Utilisation de médecines complémentaires ou parallèles par des personnes vivant avec le VIH/sida – Sommaire d'études canadiennes et d'autres pays

TABLEAU I

Aperçu des études canadiennes sur l'utilisation de MCP parmi les personnes vivant avec le VIH/sida

Auteur (et année)	Échantillon	Prévalence générale de l'utilisation de MCP	MCP les plus populaires	Commentaires
Ministère de la Santé de l'Ontario (1995) ³⁵¹	s/o	s/o	s/o	Travailleurs communautaires du domaine du sida et médecins pour le VIH ont indiqué une augmentation de l'usage de médecines complémentaires parmi leurs clients/patients. L'augmentation semblait plus marquée parmi ceux qui vivaient dans de grandes régions urbaines.

³⁵¹ Ministère de la Santé de l'Ontario, « Complementary therapies in HIV », *HIV Update*, 1995, 2(3) : 9-10.

ANNEXE B

TABLEAU I (suite)

Auteur (et année)	Échantillon	Prévalence générale de l'utilisation de MCP	MCP les plus populaires	Commentaires
Initiative de recherche communautaire de Toronto et Société canadienne du sida (1995) ³⁵²	200 (185 hommes et 15 femmes, à Toronto)	78,5%	Suppléments nutritionnels et autres (85%) Thérapies physiques (59%) Médicaments à base de plantes (55%) Thérapies esprit/corps (46%)	En moyenne, répondants plus satisfaits par chaque catégorie de MCP que par les médicaments conventionnels. Les thérapies physiques recevaient la plus haute cote de satisfaction générale (4,27 sur 5). Plus de 90% des répondants ont qualifié de positive ou très positive leur expérience du massage suédois, de la chiropractie, de l'exercice physique, du massage shiatsu et de l'approche par la diète ou la nutrition. Les répondants ont donné une cote de satisfaction générale de 3,75 sur 5 aux médicaments à base de plantes. Moins de 10% ont indiqué avoir eu une expérience négative avec des médicaments à base de plantes. Dans l'ensemble, aucune thérapie utilisée seule n'a été associée à des effets identifiables sur les facteurs mesurant la qualité de vie ou sur la gravité de symptômes.
Meneilly et coll. (1996) ³⁵³	62 femmes fréquentant une clinique pour le VIH (98% caucasiennes, âge moyen de plus de 35 ans)	42%	Remèdes à base de plantes (38%) Vitamines et minéraux (29%) Techniques de relaxation et massage (9%) Acupuncture (2%)	« En comparaison avec des études antérieures auprès d'hommes homosexuels démographiquement semblables, les femmes vivant avec le VIH sont plus susceptibles d'avoir recours à une vaste gamme de remèdes à base de plantes et moins susceptibles d'utiliser l'acupuncture. [...] Les femmes séropositives semblent avoir un profil différent des hommes en matière d'utilisation de thérapies alternatives. » [trad.]
Ostrow et coll. (1997) ³⁵⁴	657 PVVIH/sida prestataires du régime provincial de couverture de médicaments anti-VIH en Colombie-Britannique	39%	Suppléments nutritionnels (30%) Herbes et autres thérapies médicinales (22%) Thérapies du toucher (22%) Techniques de relaxation mentale (20%)	L'utilisation de thérapies complémentaires était associée à un plus bas âge, un revenu > 7 300\$ US, une souffrance physique plus importante et une éducation universitaire.
suite et coll. (1998) ³⁵⁵	387 PVVIH/sida recrutées par le biais de la Base de données d'observation de l'Ontario sur le VIH (HOOD)	77%	Suppléments nutritionnels	Les participants utilisaient en moyenne quatre MCP. Les dépenses moyennes déclarées étaient de 53\$ par mois par PVVIH/sida, pour une somme annuelle estimée de 639\$ par personne.

³⁵² Initiative de recherche communautaire de Toronto et Société canadienne du sida, « The Complementary Therapies Project: HIV Treatment Survey Project Report », IRCT et SCS, 1995.

³⁵³ Meneilly G.P., Carr R., Brown L., « Alternative Therapy Use in HIV Positive Women » [présentation par affiche], XI^e Conférence internationale sur le sida, Vancouver (1996), abrégé Mo.B.301.

³⁵⁴ Ostrow M.J. et coll., « Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15 : 115-120.

³⁵⁵ McMurphy D., Leeb K., Millson P., « The Utilization and Cost of Complementary Therapies in the Province of Ontario », HIV Ontario Observational Database, 1998. À noter que ces chiffres ainsi que ceux rapportés dans les deux rangées suivantes (Leeb et coll. 1998, et Millson 1999) sont tous dérivés de la même étude, bien qu'en apparence à des étapes différentes du déroulement de la recherche. L'information de l'étude signée Millson (1999) constitue les données finales de l'étude.

ANNEXE B

TABLEAU I (suite)

Auteur (et année)	Échantillon	Prévalence générale de l'utilisation de MCP	MCP les plus populaires	Commentaires
McMurphy (suite)				Les dépenses annuelles totales des PVVIH/sida qui ont recours à des soins en Ontario ont été estimées à 5,1 millions \$ par an pour des MCP. Les dépenses semblent suivre une hausse avec l'âge, l'éducation et le revenu; seul le revenu était un facteur prédictif indépendant pour le niveau de dépenses.
Leeb et coll. (1998) ³⁵⁶	PVVIH/sida ayant des données inscrites dans la Base de données d'observation de l'Ontario sur le VIH	81 % à un moment donné 73,6 % au moment de l'étude	Suppléments nutritionnels (61,7%) Thérapies physiques (33,5%) Plantes médicinales (21,6%) Thérapies esprit/corps (17,9%)	La moitié des répondants qui ont indiqué faire usage de MCP ont déclaré en utiliser deux ou plus; un quart a indiqué avoir recours à plus de six thérapies.
Waring et coll. (1998) ³⁵⁷	96 patients de la clinique du Toronto Hospital (88 % d'hommes gais)	88 % au moment de l'étude 63 % par le passé également	Multivitamines Marijuana Chiropractie	86 % prenaient un produit vitaminique ou plus. 60 % prenaient un produit à base de plantes ou plus. 35 % consultaient un praticien de MCP. Santé générale et bien-être étaient les raisons les plus fréquentes de l'usage de MCP (37 %), alors que les motifs les plus souvent invoqués par le passé étaient l'amélioration des fonctions immunitaires et la prévention de la progression du VIH (32 %). 43 % ont coté leurs MCP comme étant « très efficaces ». 60 % dépensaient moins de \$100/mois pour des MCP, et 15 % dépensaient plus que ce montant.
Millson et coll. (1999) ³⁵⁸	386 PVVIH/sida recrutées par le biais de la Base de données d'observation de l'Ontario sur le VIH	Environ 75 %		La moitié des PVVIH/sida utilisant des MCP ont indiqué en utiliser deux ou plus; un quart a indiqué utiliser plus de 6 thérapies. Les utilisateurs de MCP ont indiqué dépenser en moyenne 85\$ par mois (1 016\$ par an). Dans l'ensemble, estimé des dépenses annuelles des PVVIH/sida en Ontario pour des MCP : 5,5\$ millions.

³⁵⁶ Leeb K. et coll., « An HIV/AIDS Population-based Report on Complementary Therapy Use », manuscrit inédit, HOOD Project, Toronto, Ontario, cité dans Pawluch D., Cain R., Gillett J., *Approaches to Complementary Therapies: Diverse Perspectives Among People with HIV/AIDS*, Santé Canada, mars 1998.

³⁵⁷ Waring V., Tseng A., Salit I.E., « Complementary Therapy (CT): Changes in patterns of use among HIV clinic patients », XII^e Conférence internationale sur le sida, Genève (1998), abrégé No 42379.

³⁵⁸ Millson P., McMurphy D., Leeb K., « Complementary Therapies: A HOOD Report on the Cost of HIV in Ontario », *HIV Health Evaluation Update*, juin 1999.

TABLEAU I (suite)

Auteur (et année)	Échantillon	Prévalence générale de l'utilisation de MCP	MCP les plus populaires	Commentaires
Heath et coll. (1999) ³⁵⁹	PVVIH/sida prestataires du régime provincial de couverture des médicaments anti-VIH en Colombie-Britannique	s/o	s/o	Un questionnaire annuel a révélé une augmentation, pendant quatre ans, dans l'utilisation de chacune de ces catégories de MCP : augmentation de 50% de l'usage de suppléments nutritionnels; augmentation de 32% de l'utilisation de préparations médicinales et à base de plantes; augmentation de 27% du recours aux thérapies du toucher; augmentation de 23% de la pratique de la relaxation. L'utilisation de thérapies complémentaires parmi les PVVIH/sida en C.-B. a doublé, entre 1995 et 1998.
Kendall et coll. (2000) ³⁶⁰	979 PVVIH/sida recevant des antirétroviraux par le biais du programme d'assurance médicaments de la C.-B.	s/o	11,6% faisaient de la méditation	
Braitstein (2000) ³⁶¹	977 PVVIH/sida recevant des antirétroviraux par le biais du programme d'assurance médicaments de la C.-B.	s/o	14,7% ont indiqué faire usage de marijuana à des fins médicinales	
Braitstein (2000) ³⁶²	1008 PVVIH/sida recevant des antirétroviraux par le biais du programme d'assurance médicaments de la C.-B.	42,1%	s/o	
Furler (2000) ³⁶³	49 PVVIH/sida recrutées par le biais de la Base de données d'observation de l'Ontario sur le VIH	96% des femmes 67% des hommes	<u>Femmes</u> Thérapies esprit/corps (86%) Thérapies à base de plantes (56%) Suppléments (43%) Massage (43%) Chiropractie (39%) Aromathérapie (39%) <u>Hommes</u> Thérapies esprit/corps (88%) Thérapies à base de plantes (25%) Massage (25%)	« L'utilisation de MCP parmi les personnes vivant avec le VIH est relativement répandue; une proportion plus importante des femmes a recours à des thérapies alternatives, indépendamment de leur utilisation de médicaments d'ordonnance et de leur revenu, éducation ou situation d'emploi. » [trad.]

³⁵⁹ Heath K.V., Gatarick N., Yip B. et coll., « Complementary therapy use in a province-wide HIV/AIDS drug treatment programme », 8^e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH (CCARV), Victoria (1999), abrégé C335.

³⁶⁰ Kendall T.R. et coll., « Mind and body: Sociodemographic and clinical characteristics of HIV+ individuals using meditation as a complementary therapy while on antiretrovirals in British Columbia, Canada », présentation par affiche, 9^e CCARV, Montréal (2000), abrégé 233P.

³⁶¹ Braitstein P., « Mary-Jane and her patients: Socio-demographic and clinical characteristics of HIV+ individuals using medicinal marijuana and antiretrovirals in British Columbia, Canada », exposé oral, 9^e CCARV, Montréal (2000), abrégé 315.

³⁶² Braitstein P. et coll., « Information seeking and health care utilization patterns among people living with HIV/AIDS who currently use both antiretrovirals and complementary therapies in British Columbia, Canada », présentation par affiche, 9^e CCARV, Montréal (2000), abrégé 338P.

³⁶³ Furler M. et coll., « Patient reported complementary and alternative medicine (CAM) use - An interim assessment of drug utilization patterns for patients attending Ontario HIV outpatient clinics », présentation par affiche, 9^e CCARV, Montréal (2000), abrégé 340P.

TABLEAU I (suite)

Auteur (et année)	Échantillon	Prévalence générale de l'utilisation de MCP	MCP les plus populaires	Commentaires
Jalbert (2000) ³⁶⁴	330	s/o	Vitamines (34%) Suppléments (16%) Produits homéopathiques (3%)	
			Commentaires	
Furler (2000b) ³⁶⁵	70 (40 hommes, 30 femmes) recrutés par le biais de 9 cliniques externes pour le VIH dans 7 villes de l'Ontario	> 90% (femmes) 80% (hommes)	Dans chaque catégorie de MCP examinée, les femmes séropositives utilisaient de telles thérapies en plus grande proportion que les hommes séropositifs.	
Furler (2001) ³⁶⁶	70 (40 hommes, 30 femmes) recrutés par le biais de 9 cliniques externes pour le VIH dans 7 villes de l'Ontario	93% des femmes 70% des hommes	Les chercheurs ont noté une tendance à la hausse dans le nombre de thérapies déclarées par les femmes. Seulement 37% des patients utilisant des MCP avaient dit à leur médecin pour le VIH quels moyens complémentaires ils utilisaient; cette proportion ne variait pas grandement entre les hommes et les femmes. Parmi les 55% de cas où le médecin n'était pas au courant de l'utilisation de MCP par son patient, la raison était à 96% que le médecin n'avait pas interrogé son patient à ce sujet.	
Kendall (2001) ³⁶⁷	49 personnes séropositives participant à des discussions de groupe	100% (l'étude a sélectionné des PVVIH ayant confirmé leur utilisation de MCP)	Environ la moitié des répondants prenaient des antirétroviraux au moment de l'étude; l'autre moitié, non. La moitié des participants avaient déjà pris des MCP avant de recevoir un diagnostic d'infection à VIH. Le nombre médian de méthodes complémentaires ou alternatives utilisées était de 6; la médiane du nombre déjà utilisé était de 10 MCP. 67% étaient des hommes, 33% étaient des femmes; 92% avaient une éducation de niveau secondaire ou post-secondaire; 71% étaient d'ascendance caucasienne, 17% étaient autochtones, 3% étaient hispaniques et 3% ont déclaré une origine ethnique autre. Raisons d'utiliser des MCP (de la plus fréquente à la moins fréquente): améliorer le niveau d'énergie (93%); exercer un plus grand contrôle sur sa santé (86%); « J'ai un sentiment positif en utilisant des MCP » (86%); rehausser la réponse immunitaire (79%); prévenir les infections (74%); gérer les effets secondaires de médicaments (60%); réduire la charge virale (58%); « Les MCP ne me feront pas de tort » (49%).	
Kamyab et coll. (2001) ³⁶⁸	68 patients séropositifs consécutifs, à une clinique pour l'immuno-déficience à Saskatoon, en 1996; et 58 patients (plutôt que l'objectif de 100) en 2001.	En 1996 : 78% En 2001 : 32,75%	Entre 1996 et 2001 : le pourcentage de patients autochtones a augmenté (de 15% à 24%) et le pourcentage de patientes (de 23,5% à 34,5%); le niveau revenu et le nombre moyen d'années de scolarité ont diminué. Les données montrent, entre 1996 et 2001 : une diminution de l'usage de MCP (de 62,5% à 44%) et une hausse de l'usage d'antirétroviraux (de 72% à 78%). La confiance moyenne a diminué, à propos de la capacité que des MCP ralentissent la progression de l'infection à VIH, tandis que la confiance à l'égard des thérapies médicales conventionnelles a augmenté.	

³⁶⁴ Jalbert Y. et coll., « Adherence to HIV antiretroviral therapy among people living with AIDS in Québec » (août 2000), communication avec M. Hendricks, COCQ-sida, en date du 14 février 2001 [consignée].

³⁶⁵ Furler S. et coll., « Gender Differences in the Drug Utilization Patterns of HIV Infected Outpatients: An Interim Analysis », voir exposé oral et *Summary of Proceedings: Towards Equity in HIV Health Care for Vulnerable Populations*, Ontario HIV Treatment Network Research Day, 27 novembre 2000, Toronto, Ontario, disponible à <www.ohtn.on.ca>.

³⁶⁶ Furler M. et coll., « Physician awareness of complementary and alternative medicine use », 10e CCARV (Toronto, 2001), abrégé 363P, rapporté dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl. B) : 72B.

³⁶⁷ Kendall T., « Optimal Environments for Integrated Care: Complementary and Alternative Medicine in HIV Management in British Columbia », British Columbia Persons with AIDS Society, mars 2001. [Un sommaire existe, sous le titre « Des environnements optimaux pour des soins intégrés : la médecine complémentaire et alternative dans la gestion du VIH en Colombie-Britannique ».]

³⁶⁸ Kamyab M. et coll., « Changes in use of complementary and alternative therapy (CAT) among HIV+ patients in Saskatchewan », 10e CCARV (Toronto, 2001), abrégé 292P, rapporté dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl. B) : 51B-52B.

ANNEXE B

TABLEAU I (suite)

Auteur (et année)	Échantillon	Prévalence générale de l'utilisation de MCP	Commentaires
Kendall (2001) ³⁶⁹	Enquête auprès de 1009 individus inscrits au programme provincial d'assurance-médicaments, à laquelle s'ajoutaient des entrevues qualitatives avec 36 personnes séropositives utilisant des MCP et fréquentant 3 cliniques urbaines et 5 cabinets de médecins de famille en milieu rural.	43,3%	Le fait d'avoir une coinfection à hépatite B était associé à l'utilisation de MCP. L'utilisation de MCP était associée à un revenu plus élevé; à une auto-identification des rapports sexuels entre hommes en tant que voie par laquelle on a contracté le VIH; ainsi qu'au fait de ne pas utiliser présentement de drogue par injection. Ni la coinfection à VIH/hépatite, ni l'usage de MCP n'étaient associés au fait de cesser de prendre des antirétroviraux. Raisons d'utiliser des MCP : améliorer la fonction immunitaire (VIH+ seulement : 76,3%; coinfection : 66,8%); diminuer la charge virale (VIH+ seulement : 28,7%; coinfection : 24,6%); gérer les effets secondaires de médicaments conventionnels (VIH+ seulement : 45,6%; coinfection : 42,3%); suppléments diététique (VIH+ seulement : 72,6%; coinfection : 70,1%); plus grand contrôle sur sa santé (VIH+ seulement : 57,9%; coinfection : 55,6%); prévenir les infections (VIH+ seulement : 33,8%; coinfection : 35,3%); augmenter l'énergie (VIH+ seulement : 72,6%; coinfection : 69,5%).

³⁶⁹ Kendall T et coll., « HIV/Hepatitis co-infection and the use of complementary and alternative medicine in British Columbia », 10e CCARV (Toronto, 2001), abrégé 364P, rapporté dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl. B) : 72B-73B.

TABLEAU 2³⁷⁰

*Aperçu des études (hors Canada) sur l'utilisation de médecines complémentaires et/ou parallèles
parmi les personnes vivant avec le VIH/sida*

Auteur (et année)	Échantillon	MCP les plus populaires	Prévalence générale de l'utilisation de MCP	Commentaires
Barton (1989)	190	Massage (20%)	38%	Des bienfaits ont été attribués à 81% des traitements utilisés.
Hand (1989)	50	Acupuncture (30%)	36%	Tous les utilisateurs de MCP considéraient que cela avait une valeur.
Cohen (1990)	172	Acupuncture (40%)	73%	s/o
Greenblatt (1991)	197	s/o	29%	s/o
Rowlands (1991)	79	Vitamines (46%) Remèdes à base de plantes (16%)	56%	72% ressentait une amélioration.
Kassler (1991)	114	s/o	22% (seulement des produits à base de plantes)	s/o
Stine (1993)	s/o	30-60%	s/o	s/o
Anderson (1993, É.-U.)	184 personnes recrutées par le biais de 3 clini- ques pour le VIH dans la région de Philadelphie (É.-U.)	Immunostimulants (83%) Diètes (42%)* Vitamines (30%)* Guérison tradition- nelle (39%)* Imagerie (41%)* Travail du corps (41%)*	40%	Sur une échelle de 1 (meilleur) à 5 (pire), la cote d'ensemble attribuée aux MCP pour l'efficacité a été de 1,67. Des répondants, 10% s'attendaient à ce que des traitements non conventionnels soient un remède contre l'infection à VIH; 36% s'attendaient à ce que ces traitements retardent l'apparition de symptômes.
Wolffers (1994, Pays-Bas)	206	Vitamines (51%) Psychothérapies (46%)* Homéopathie (40%)*	30.6% utilisaient des médecines parallè- les; 24% avaient uti- lisé des MCP avant d'être diagnostiqués séropositifs au VIH; 27% avaient com- mencé cela après le diagnostic de VIH; 13% ont commencé après le début du dé- clin du taux de cel- lules CD4+.	37% se sentaient mieux à cause de leur utilisation de MCP; 34% trouvaient qu'ils amélioraient leur résistance. La moitié des patients utilisaient des MCP avec l'appui de leur médecin de famille.
Langewitz (1994, Suisse)	100	Homéopathie (22%) Vitamines (13%)	56% utilisaient des thérapies parallèles et/ou une psycho- thérapie.	L'allègement de symptômes était légè- rement plus marqué qu'avec des médica- ments conventionnels.
Barton (1994)	159	Massage (42%) Traitements nutrition- nels (39%)	44%	La majorité des traitements à l'étude a été considérée bénéfique.
Nokes (1995, É.-U.)	145	Vitamines Relaxation	100%	s/o
Singh (1996, É.-U.)	56 PVVIH/sida dans une clinique pour le VIH à Pittsburgh (É.-U.)	s/o	30%	Pas d'effet bénéfique des thérapies non conventionnelles sur le taux de cellules CD4+, la progression de la maladie, ni la mortalité, en comparaison avec les mê- mes variables chez des patients recevant seulement une thérapie conventionnelle.

ANNEXE B

TABLEAU 2 (suite)

Auteur (et année)	Échantillon	MCP les plus populaires	Prévalence générale de l'utilisation de MCP	Commentaires
Brauchli (1996)	129 PVVIH/sida, par le biais d'un hôpital et d'organismes du domaine du sida, en Suisse	Approches utilisées par > 25% des répondants : vitamines, diètes spéciales, suppléments alimentaires, exercice physique, méditation, phytothérapie, homéopathie, psychothérapie.	> 80%	47% des répondants prenaient aussi des médicaments antirétroviraux ou une/des prophylaxie(s) contre des infections opportunistes, ou les deux.
Suarez (1996, É.-U.)	76 PVVIH/sida hispaniques, à une clinique VIH de quartier populaire d'un centre-ville au New Jersey (58 hommes, 18 femmes)		2/3 avaient recours à des méthodes de guérison « folkloriques » (spiritualisme et/ou Santería)	Les principaux résultats visés incluaient le soulagement physique, le soulagement spirituel et la protection contre des « forces du mal ». Neuf des répondants espéraient y trouver un remède contre l'infection à VIH.
Fairfield (1998)	180 patients séropositifs au VIH	s/o	68%	s/o
Smith (1999, É.-U.)	Analyse des données tirées de 7 887 entrevues avec des PVVIH/sida dans le cadre d'une étude plus large sur les coûts et l'utilisation des services en matière de VIH	s/o	s/o	Les Américains d'origine africaine sont moins susceptibles d'utiliser des médicaments en vente libre, des vitamines et des préparations à base de plantes, en comparaison avec les blancs non hispaniques. Les personnes ayant fréquenté un collège étaient plus susceptibles d'utiliser des vitamines et des remèdes à base de plantes.
Greene (1999, É.-U.)	Analyse des données publiées dans des revues soumises à l'examen de pairs, Re : 1 016 PVVIH/sida dans l'étude AMCOA.	Exercice aérobique (64%) Prière (56%) Massage (54%) Acupuncture (48%) Méditation (46%)	s/o	s/o
Knippels (2000, Pays-Bas)	70 hommes gais vivant avec le VIH	s/o	71%	Utilisateur typique : patient ayant des symptômes, peu ou pas de douleur, actif dans la réaction/adaptation à ses problèmes spécifiques liés à la maladie.
Sparber (2000, É.-U.)	99 PVVIH/sida participant à des essais cliniques aux NIH	Imagerie Fortes doses de vitamines Prise de poids Massage Relaxation Base de plantes Spirituel Acupuncture	91 % avaient utilisé au moins une MCP, à un moment ou un autre.	84 % avaient utilisé au moins une MCP après leur diagnostic d'infection à VIH (en moyenne, juste un peu moins de 5 MCP); ce pourcentage est une augmentation importante du taux mesuré avant diagnostic. Taux élevé d'accord avec l'association des MCP aux variables suivantes : se sentir mieux (98,1%), amélioration de la réaction/adaptation (100%), sentiment de contrôle (88,5%) et amélioration des résultats de traitement (94,2%). 61 % ont affirmé que les MCP étaient aussi efficaces ou plus efficaces qu'un traitement conventionnel. 53 % s'étaient fait demander par leur médecin s'ils utilisaient des thérapies d'appoint.

ANNEXE B

TABLEAU 2 (suite)

Auteur (et année)	Échantillon	MCP les plus populaires	Prévalence générale de l'utilisation de MCP	Commentaires
de Visser (2000, Australie)	925 hommes et femmes vivant avec le VIH en Australie	s/o	56%	Le choix de suivre des thérapies allopathiques et/ou alternatives était lié à la progression de la maladie et aux attitudes à l'égard de ces thérapies. Plusieurs utilisateurs de MCP considéraient que ces dernières avaient le potentiel d'alléger les effets secondaires des médicaments antirétroviraux.
Southwell (2001)	324	Suppléments nutritionnels	82%	59% des utilisateurs de MCP en ont informé leur médecin, mais ce renseignement a été consigné par le médecin au dossier du patient dans seulement 13% des cas.
Duggan (2001)	191 patients séropositifs fréquentant une [des] clinique[s]	Exercice « Changements d'habitudes de vie » Suppléments nutritionnels Counselling Remèdes à base de plantes Mégavitamines Thérapie par la prière	67% à un moment donné 40% au moment de l'étude	74% prennent aussi un inhibiteur de la protéase. 15% suivent un régime médicamenteux conçu pour « épargner » le recours aux inhibiteurs de la protéase. 11% n'utilisaient aucun antirétroviral. < 50% ont indiqué que leur médecin était au courant de leur utilisation de MCP. 29% ont indiqué avoir reçu de l'information sur des MCP de la part d'un médecin ou autre professionnel de soins de la santé. 70% de ceux qui prenaient des MCP indiquaient sentir une amélioration à leur qualité de vie.

* Les pourcentages concernent la proportion de répondants utilisateurs de MCP qui ont indiqué faire usage du traitement en l'espèce; tous les autres chiffres concernent le nombre total de répondants à l'étude; s/o = sans objet, dans certains cas simplement par absence de données. Voir la bibliographie pour les renseignements bibliographiques complets à propos des études résumées dans ce tableau.

³⁷⁰ Adaptation (et mise à jour) de Ernst E., « Complementary AIDS therapies: the good, the bad and the ugly », *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8 : 281-285.



Annexe C

Poursuites canadiennes pour prestation non auto- risée de soins de la santé – Un aperçu chronologique

Dans l'affaire *Lesage* de 1943,³⁷¹ un chiropraticien du Québec a été accusé d'exercice illégal de la médecine. Le tribunal a statué que les ajustements et les manipulations de la colonne vertébrale exécutés par un chiropraticien pour faire retrouver la santé à un patient constituaient le traitement d'une maladie au sens de la *Loi médicale* (en vigueur à l'époque). Le tribunal a cité un jugement antérieur (qui portait, par coïncidence, le même nom) dans lequel le chiropraticien accusé avait été reconnu coupable d'« atteinte aux droits et privilèges accordés exclusivement à la profession médicale » [trad.]³⁷² ne laissant planer aucun doute quant à l'étendue du monopole des médecins à l'égard de l'exercice de la profession médicale. En outre, dans une autre affaire, le tribunal avait également établi que l'exercice de la chiropractie constituait un exercice de la médecine :

Que personne autre que des médecins, c'est-à-dire des docteurs en médecine, ne peut exercer la médecine. Qu'exercer la médecine, c'est faire état de soigner les malades par un traitement quelconque. Que les consultations, les avis, l'administration de médicaments, l'usage de procédés physiques ou mécaniques ou autres constituent le traitement des maladies. [...] Mais le défendeur plaide que le chiropraticien n'entend point exercer la

³⁷¹ *Collège des médecins et chirurgiens c. Lesage* (1943), 80 C.C.C. 139, [1943] R.L. 363 (QL) (Cour des sessions de la paix, Québec).

³⁷² *Collège des médecins et chirurgiens c. Hébert* (1936), 65 C.C.C. 285 à la p. 288, [1936] 2 D.L.R. 729, 74 C.S. Qué. 1.

médecine, qu'il ne l'exerce point, parce que ses traitements ne sont pas acceptés par les docteurs en médecine. L'argument ne me paraît pas fondé : la loi défend à toute personne de soigner sans être docteur en médecine, peu importe l'excellence de ses médicaments, la valeur de ses procédés, l'étendue de sa science – or le chiropraticien soigne, donc, il enfreint la loi.³⁷³

Selon le tribunal, si l'on acceptait l'argument selon lequel le prévenu n'exerçait pas la médecine parce que les médecins ne reconnaissent pas comme légitime le traitement, cela signifierait que « le traitement même le plus nocif pour les personnes malades ne serait pas défendu, parce que ce traitement serait étranger à la science médicale; ce serait ignorer le but de la loi médicale, qui fut édictée pour protéger la santé publique. »³⁷⁴

Quelques années plus tard, un autre tribunal du Québec a adopté la même approche. Dans l'affaire *Hurtubise*,³⁷⁵ le chiropraticien accusé d'avoir exercé illégalement la médecine a plaidé que le fait d'administrer des traitements de massage n'équivalait pas à l'exercice de la médecine. Le tribunal a statué qu'en vertu de la *Loi médicale*, les traitements de massage administrés après consultation et diagnostic étaient des « traitements médicaux »; l'exercice de la médecine ne se limite pas aux méthodes de traitement habituelles (p. ex. les médicaments ou la chirurgie) mais, pour les fins de l'application de la loi, les interdictions d'exercice s'étendent à toute forme de traitement, y compris les manipulations de la colonne vertébrale, et toute forme de traitement médical est interdite à moins d'être administrée par un médecin ou sous la direction de celui-ci.

Une approche sensiblement différente a été adoptée en Ontario trente ans plus tard. Dans l'affaire *Gaulin*,³⁷⁶ un acupuncteur a été accusé en vertu de la loi ontarienne d'avoir « exercé la médecine » sans permis et d'avoir illégalement utilisé le titre de « docteur ». Il a été acquitté et l'acquiescement a été maintenu en appel. Citant un arrêt de la Cour suprême du Canada qui avait statué que la création des monopoles professionnels devait être interprétée de manière restrictive,³⁷⁷ la Cour d'appel a statué :

Même si la médecine considérée dans son sens le plus large, c'est-à-dire comme une science qui s'intéresse à la santé humaine, comprend l'acupuncture, si l'on définit la médecine comme le traitement des maladies au moyen de médicaments, l'acupuncture est donc une discipline tout à fait différente. Lorsqu'une loi crée un monopole professionnel, ses dispositions doivent être interprétées restrictivement de manière à permettre tout acte qui n'est pas clairement interdit. Les méthodes de diagnostic et de traitement de l'acupuncteur sont radicalement différentes de celles du médecin et elles ne sont pas comprises dans la définition restrictive donnée au mot « médecine » par la jurisprudence. En outre, le conseil que donne l'acupuncteur à ses patients, c'est-à-dire de manger et de boire avec modération, de se reposer suffisamment et de faire de l'exercice, ne peut en lui-même être qualifié de conseil médical. [...] [Q]uant à l'accusation [d'utiliser illégalement le titre de « docteur »] le prévenu s'est simplement présenté comme praticien de la médecine chinoise. Il n'a pas prétendu être un médecin habilité ou diplômé d'une faculté de médecine reconnue, et il a expressément affirmé à ses patients qu'il n'avait pas ce statut. [La loi] n'interdit l'utilisation du titre de « docteur » que lorsqu'il amène le public à croire que son titulaire est autorisé en vertu de [la loi].³⁷⁸

³⁷³ Collège des médecins et chirurgiens c. Lesage (1933), 71 C.S. Qué., 338, confirmé par [1936] 3 D.L.R. 71, 65 C.C.C. 392, 60 B.R. Qué. 1.

³⁷⁴ Lesage (1943), à la p. 149.

³⁷⁵ Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec c. Hurtubise, [1948] C.C.S. 886, [1948] R.L. 26 (Cour des sessions de la paix).

³⁷⁶ R. c. Gaulin (1982), 35 O.R. (2d) 195 (Cour de comté).

³⁷⁷ *Pauze c. Gauvin*, [1954] R.C.S. 15. Cet arrêt a été réaffirmé par la Cour suprême dans l'affaire *Laporte c. Collège des pharmaciens du Québec* (1974), [1976] 1 R.C.S. 101.

En statuant que l'acupuncture n'était pas de la médecine, le tribunal a également noté que cette discipline n'était pas enseignée dans les facultés de médecine et que le régime public d'assurance-maladie ne remboursait pas les frais d'acupuncture.

Dans l'affaire **Sandhar**,³⁷⁹ le prévenu a été accusé d'avoir illégalement exercé la médecine en exploitant une clinique d'homéopathie à Edmonton. Bien qu'il fût acquitté au procès, l'acquittement a été infirmé en appel. Le premier tribunal d'appel a jugé inutile de décider si l'homéopathie constituait oui ou non l'exercice de la médecine, en notant plutôt que la loi énonçait des actes qui ne pouvaient être posés que par des médecins et que Sandhar avait posé un « diagnostic » et avait « prescrit » un traitement contrairement à la loi. Dans l'appel subséquent, la Cour d'appel de l'Alberta a noté que même en vertu d'une interprétation stricte d'une loi créant un monopole professionnel, conformément à ce qu'avait statué la Cour suprême,³⁸⁰ il était clair que les actes posés par Sandhar étaient réservés aux médecins.

Dans l'affaire **Cheung**,³⁸¹ le Collège des médecins et des chirurgiens a demandé au tribunal de délivrer une ordonnance enjoignant à Cheung de cesser d'utiliser le titre de « docteur ». Cheung a plaidé qu'il se présentait comme docteur de médecine traditionnelle chinoise et spécialiste en acupuncture, et non pas comme docteur en médecine. En vertu de la *Loi sur les sciences de la santé*³⁸² alors en vigueur en Ontario, commettait une infraction quiconque, n'étant pas médecin, utilisait un titre ou une description qui laissait entendre qu'il était médecin. Le tribunal a accueilli la demande du Collège et a ordonné à Cheung de cesser d'utiliser le titre de « docteur ».

Dans l'affaire **Kish**,³⁸³ un couple exerçant ce que le tribunal estimait être de la « phytothérapie » et qui combinait le spiritualisme à certaines prescriptions alimentaires, avait prescrit un régime de vitamines, de minéraux et de peroxyde d'hydrogène à un patient chez qui l'on avait diagnostiqué un cancer terminal du poumon. Le tribunal a conclu que cela revenait à « traiter » le patient, ce que seuls pouvaient faire des médecins qualifiés en vertu de la *Medical Profession Act*. La Cour a encore une fois rejeté l'argument voulant que parce que les médecins habilités ne pouvaient pas entreprendre ce type de traitement, il ne constituait donc pas l'exercice de la médecine, si bien qu'il n'était pas réservé aux seuls médecins habilités. En vertu de la loi alors en vigueur, une personne « exerce » la médecine si elle « prescrit ou administre un traitement pour la prévention, le soulagement ou la guérison d'une maladie, d'un trouble, d'une difformité, d'un défaut ou d'une blessure chez un être humain » (art. 77) [trad.].

Dans l'affaire **Lamontagne**,³⁸⁴ une homéopathe montréalaise a été reconnue coupable d'avoir illégalement exercé la médecine. Elle a contesté la disposition de la *Loi médicale* du Québec³⁸⁵ qui interdit à quiconque autre qu'un médecin de faire un diagnostic et un traitement, plaidant que ce monopole privait les patients d'un accès au traitement homéopathique, en particulier parce que le code professionnel applicable aux médecins les empêche d'exercer leur profession d'une manière qui soit contraire à la « science médicale actuelle » (Code de déontologie, art. 2.03.17). Elle a soutenu que la loi avait pour effet de violer des droits constitutionnels garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés* – en particulier, le droit à la liberté de conscience (art. 2(a)) et les droits à la liberté et à la sécurité de la personne (art. 7). Elle a également plaidé que cette disposition violait la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec – en particulier le droit à la liberté de conscience (article 1), le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne (article 3) et le droit à la vie privée (article 5).

³⁷⁸ *Gaulin, supra*, note 376 dans le sommaire.

« Disons d'abord que l'acupuncteur soigne d'une façon totalement différente du médecin licencié et la quasi totalité des médecins ignore l'acupuncture. Celle-ci n'apparaît aucunement au tableau des matières enseignées dans nos différentes facultés de médecine, les seuls cours étant donné (sic) par la Fondation [Acupuncture Foundation of Canada]. Troisièmement, le diagnostic médical ne ressemble en rien à celui d'un acupuncteur. Aussi, le conseil de l'acupuncteur de manger et de boire en modération, de se reposer, et de faire de l'exercice ne peut en soi être qualifié de conseil médical [...] Ajoutons que notre plan d'assurance santé ne rembourse aucune dépense encourue pour l'acupuncture. »

³⁷⁹ (1988), 86 A.R. 241, [1987] A.J. No 149 (Q.B.) (Q.L.), confirmé par [1988] A.J. No 20 (C.A.) (Q.L.).

³⁸⁰ *Pauze c. Gauvin*, [1954] R.C.S. 15; *Laporte c. Collège des pharmaciens du Québec*, [1976] 1 R.C.S. 101.

³⁸¹ *College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Cheung*, [1992] O.J. No 2421 (Div. gén.) (Q.L.).

³⁸² L.R.O. 1980, ch. 196, art. 67(2).

³⁸³ *R. c. Kish* (1993), 12 Alta L.R. (3d) 185 (C.P.), 143 A.R. 65, [1993] A.J. No 1559 (Q.L.).

³⁸⁴ *Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Lamontagne*, [1998] A.Q. No 692 (C.A.) (Q.L.).

³⁸⁵ L.R.Q., ch. C-26.

En première instance, le tribunal a déclaré de façon éloquente que les chartes canadienne et québécoise accordaient une protection constitutionnelle au droit de faire des choix quant aux soins de santé, sans ingérence de l'État. Pourtant, le tribunal a rejeté l'allégation de Lamontagne selon laquelle il y avait eu atteinte au droit à la sécurité de la personne, pour des motifs d'ordre purement technique, affirmant que parce qu'il y avait 200 médecins au Québec qui exerçaient l'homéopathie, le tribunal jugeait non fondé, eu égard aux faits, son allégation voulant que la loi limite l'accès au patient à cette forme de traitement. Le tribunal a également rejeté, sans analyse, l'argument selon lequel il y avait eu atteinte au droit à la liberté; le tribunal s'est contenté d'affirmer que le fait de limiter la pratique de l'homéopathie aux médecins était raisonnable à la lumière de l'objectif de la protection du public. Deux appels n'ont pas donné lieu à une analyse plus substantielle de ces questions par les tribunaux; en fin de compte, la Cour d'appel du Québec s'est contentée de réitérer les conclusions des tribunaux de première instance. Malheureusement, la Cour suprême du Canada a également refusé d'entendre les arguments constitutionnels.³⁸⁶

³⁸⁶ [1998] C.S.C.R. n° 217 (Q.L.). Un auteur a souligné que ces arguments fondés sur la Charte devraient être appuyés par un appel fondé sur la clause du multiculturalisme (art. 27) de la Charte; Blanc M.T., « Health and Multiculturalism: An Inquiry into the Juridical Limits of Medical Pluralism in Quebec », *Ottawa Law Review*, 1997-98, 29 : 335-367.



Annexe D

Participant-e-s à l'atelier et autres commentateurs

Plusieurs personnes ont fourni des commentaires à propos de versions antérieures de ce document et certaines d'entre elles ont participé à un atelier de discussion de ces questions. Leurs affiliations sont indiquées ci-dessous à titre informatif uniquement. Les points de vue exprimés dans le document ne sont pas nécessairement ceux des participants à l'atelier ou des autres commentateurs.

Rona Achilles	Consultante indépendante en matière de politiques de santé
Reeta Bhatia	Santé Canada
Heather Boon	University of Toronto, Faculty of Medicine (Department of Health Administration)
Evan Collins	Conseil ministériel sur le VIH/sida; AIDS Committee of Toronto; Toronto Western Hospital
Robert Crouch	University of Virginia, Department of Philosophy
Elizabeth Czyziw	Consultante
Jessica Daniels	Société canadienne du sida
Richard Elliott	Réseau juridique canadien VIH/sida
Barbara Findlay	Tzu Chi Institute for Complementary and Alternative Medicine, Vancouver

ANNEXE D

Michael Hendricks	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida
David Hoe	Santé Canada
Sean Hosein	Réseau communautaire d'info-traitements sida
Ralf Jürgens	Réseau juridique canadien VIH/sida
Laurette Lévy	Voices of Positive Women
Trudo Lemmens	University of Toronto, Faculty of Law and Joint Centre for Bioethics
Nora Morcos	Canadian Complementary Medicine Association, Association of Complementary Physicians of British Columbia
Bob Mills	Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements
Devan Nambiar	Canadian AIDS Treatment Information Exchange; St Michael's Hospital, Toronto
Denis O'Hara	Canadian College of Naturopathic Medicine
Alita Sauvé	2-Spirited People of the 1st Nations, Toronto
Joan Simpson	Santé Canada
Michael Smith	Santé Canada
Art Zoccole	Réseau canadien autochtone sur le sida



Bibliographie

Jurisprudence

Canada

Arndt c. Smith (1995), 6 B.C.L.R. (3d) 201, (C.A.), confirmé par C.S.C., [1997] 2 R.C.S. 539.

Barber c. Wilson [1996] O.J. n° 2531 (Div. gén.) (Q.L.).

Collège des médecins et chirurgiens c. Hébert (1936), 65 C.C.C. 285, [1936] 2 D.L.R. 729, 74 C.S. Qué. 1.

Collège des médecins et chirurgiens c. Lesage (1933), 71 C.S. Qué., 338, confirmé par [1936] 3 D.L.R. 71 ; 65 C.C.C. 392 ; 60 B.R. Qué. 1.

Collège des médecins et chirurgiens c. Lesage (1943), 80 C.C.C. 139, [1943] R.L. 363 (QL) (Cour des sessions de la paix, Québec).

Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec c. Hurtubise, [1948] C.S. 886; [1948] R.L. 26 (Cour des sessions de la paix, Qué.).

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Cheung, [1992] O.J. n° 2421 (Div. gén.) (Q.L.).

Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Lamontagne, (26 janvier 1994), Montréal 500-27-016575-914 (C.Q.), confirmé par (répertoire *Lamontagne Corporation professionnelle des médecins du Québec*) (28 mars 1995), Montréal 500-36-000042-948, J.E. 95-1015 (C.S.), confirmé par [1998] A.Q. No 692 (Q.L.), autorisation d'en appeler refusée, [1998] A.C.S.C. 217.

Crits and Crits c. Sylvester, [1956] O.R. 132, confirmé par [1956] R.C.S. 991.

BIBLIOGRAPHIE

- Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 R.C.S. 624.
- Forgie c. Mason*, (1986), 30 D.L.R. (4th) 548 (C.A.N.-B.), pourvoi à la C.S.C. rejeté sans motif.
- Gibbons c. Harris*, [1924] 1 D.L.R. 923 (C.S. Alb. Div. app.).
- Hicks c. Schwab* [1993] O.J. n° 1275 (Div. Gén.) (Q.L.).
- Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192.
- Krop c. College of Physicians and Surgeons of Ontario*, [1997] O.J. n° 1950 (Div. gén.) (Q.L.), rejetant l'appel de *Re Krop*, [1998] O.C.P.S.D. n° 6 (Ont. College Physicians and Surgeons Discipline Committee) (Q.L.).
- Lapointe c. Chevette*, [1992] 1 R.C.S. 351; 90 D.L.R. (4th) 7 (répertorié *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*).
- Laporte c. Collège des pharmaciens du Québec* (1974), [1976] 1 R.C.S. 101; 23 C.C.C. (2d) 44.
- LH c. Sheppard*, [2000] O.J. n° 2188 (S.C.J.) (Q.L.).
- Mason c. Forgie*, (1986), 30 D.L.R. (4th) 548; 73 N.B.R. (2d) 193; 38 C.C.L.T. 171; [1986] N.B.J. No 104 (Q.L.) (C.A.).
- Pauze c. Gauvin*, [1954] R.C.S. 15.
- Penner c. Theobald* (1962), 35 D.L.R. (2d) 700 (C.A. Man.).
- R c. Gaulin* (1982), 35 O.R. (2d) 195 (Cour de comté), confirmant 18 août 1980 (C.P.).
- R c. Kish* (1993), 12 Alta L.R. (3d) 185; 143 A.R. 65; [1993] A.J. No 559 (C.P.) (Q.L.).
- R c. Paul*, [2000] 3 C.N.L.R. 262 (C.S. Qué.).
- R c Sandhar*, (1988), 86 A.R. 241; [1987] A.J. n° 149 (Q.B.) (Q.L.); appel rejeté [1988] A.J. No 20 (C.A.) (Q.L.).
- Ravikovich c. College of Physicians and Surgeons of Ontario*, [1997] O.J. No 1625 (C.A.) (Q.L.), rejetant l'appel de *Re Ravikovich*, [1995] O.C.P.S.D. n° 16 (Ont. College Physicians & Surgeons Discipline Committee) (Q.L.).
- Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880.
- Roberge c. Bolduc* (1991), 78 D.L.R. (4th) 666 (C.S.C.).
- Santos c. Traff*, 1999 A.B.Q.B. 630; [1999] A.J. n° 931 (Q.L.).
- Seney c. Crooks*, 1998 A.B.C.A. 316; [1998] A.J. n° 1060 (C.A.) (Q.L.).
- Shepherd c. Knight*, [1985] O.J. n° 508 (H.C.J.) (Q.L.).
- ter Neuzen c. Korn*, [1995] 3 R.C.S. 674; 127 D.L.R. (4th) 577.
- Thomas c. Norris*, [1992] 2 C.N.L.R. 139 (C.S.C.-B.).

Autres juridictions

Royaume-Uni

Shakoor v Situ, [2000] 4 All ER 181; [2000] INLR No 137 (QB) (QL).

États-Unis

Boyle v Revici, 961 F.2d 1060 (2nd Cir 1992); [1992] CA2-QL-476 (QL).

BIBLIOGRAPHIE

Charrell v Gonzales, 660 NYS.2d 665 (1997, Sup Ct), affirmed [1998] NY-QL 3146 (App Div) (QL).

Rosenberg v Cahill, 492 A 2d 271 (NJ 1985).

Schneider v Revici, 817 F.2d 987 (2nd Cir 1987); [1987] CA2-QL 414 (QL).

United States v Rutherford, 442 US 544; 99 SCt 2470; 61 LEd 2^d 68 (1979).

Rapports, articles, études et énoncés de politiques

Abrams D. et coll., « Short-Term Safety of Cannabinoids in HIV Patients », 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (Chicago 2001), abrégé 744.

Abrams D.I., « Alternative therapies in HIV infection », *AIDS*, 1990, 4 : 1179-1187.

Abrams D.I., « Dealing with alternative therapies for HIV », dans Sande M.E., Volberding P.A. (éd.), *The Medical Management of AIDS*, 5^e édition, Philadelphie, W.B. Saunders Company, 1997.

Abrams D.I., Steinberg C., « Complementary Therapies in HIV Disease », dans International AIDS Society, *Improving the Management of HIV Disease*, sept. 1996, 4(3). <www.ama-assn.org>

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>

Achilles R., *Définition des approches complémentaires et parallèles en santé : vision d'ensemble*, rapport préparé à l'intention de Santé Canada, 10 avril 2000.

American Medical Association, *Cultural Competence Compendium* (section V : « Complementary and Spiritual Practice »), AMA, 1999. <www.ama-assn.org>

American Preventive Medical Association, *National Plan to Advance Integrated Health Care* (ébauche pour discussion), mars 1999. <www.apma.net/federalaffairs-natplan-text.htm>

Anastasi J.K., « Complementary medicine and HIV: the research dilemma », *CRIA [Community Research Initiative on AIDS] Update*, 1999, 8(3). <www.thebody.com>

Anderson W. et coll., « Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS », *AIDS*, 1993, 7 : 561-566.

Anderson W., O'Connor B.B., MacGregor R.R., Schwartz J.S., « Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS », *AIDS*, 1993, 7 : 561-566.

Angell M. et Kassirer J., « Alternative Medicine – The Risks of Untested and Unregulated Remedies », *New England Journal of Medicine*, 1998, 339 : 839-841.

Ang-Lee M.K. et coll., « Herbal medicines and perioperative care », *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286 : 208-216.

Angus Reid Group, « Use and Danger of Alternative Medicines and Practice : Parts I and II », 1998, sondage de consommateurs effectué par CTV/Angus Reid Group en août 1997.

BIBLIOGRAPHIE

- Annas G.J., « Faith (healing), hope and charity at the FDA: the politics of AIDS drug trials », *Villanova Law Review*, 1989, 34 : 771-797.
- Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre (ACIMVL), *NDMAC Consumer Profile : The Nonprescription Drug User*, non daté. <www.ndmac.ca>
- ACIMVL, « Improving label comprehension », *Pharmacy Post*, mars 1999. <www.ndmac.ca>
- ACIMVL, *Proposed Regulatory Framework for Natural Health Products*, mémoire présenté au Comité permanent de la santé (en anglais), le 18 février 1998. <www.ndmac.ca>
- ACIMVL, « Seeking Information About Our Health », *Pharmacy Post*, août 1998, disponible en ligne <www.ndmac.ca>
- ACIMVL, *Technical Research Paper for Improving Label Comprehension*, 1999. <www.ndmac.ca>
- Association canadienne de naturopathie, *Guide to the Ethical Conduct of Naturopathic Doctors*, mai 1994. <www.naturopathicassoc.ca>
- Association canadienne de naturopathie, *Standards of Practice*, 1999. <www.naturopathicassoc.ca>
- Association canadienne de santé publique, *Étude de la faisabilité et de l'utilité de la définition de normes professionnelles nationales pour les travailleurs de la santé autochtones: Rapport final*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, mars 1997.
- Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC : Les produits de santé naturels* (mise à jour 2000). Disponible <www.cma.ca>
- Association of Complementary Physicians of British Columbia, *Consensus Paper on Complementary Medicine*, novembre 1999, <www.ccmadoc-tors.ca/acp_consensus.htm>
- Association of Complementary Physicians of British Columbia, *Submission to the Health Professions Council of BC*, 27 mai 1999.
- Astin J.A., « Why patients use alternative medicine: results of a national study », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279 : 1548-1553.
- Astin J.A., Marie A., Pelletier K.R., « A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians », *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 : 2303-310.
- Australian Bureau of Statistics, *Australian Social Trends 1998*, Canberra, ABS, 1998 (No de catalogue 4102.0).
- Avants S.K. et coll., « A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence », *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160(15) : 2305-2312.
- Barnes J. et coll., « Articles on Complementary Medicine in the Mainstream Medical Literature : An Investigation of MEDLINE, 1966 through 1996 », *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159(15) : 1721-1725.
- Bartlett J.G., Finkbeiner A.K., « Medical Treatments: The Range of Available Therapies », dans *The Guide to Living with HIV Infection*, 4^e éd., Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1998.
- Barton S.E. et coll., « Alternative treatments for HIV infection » *British Medical Journal*, 1989, 298 : 1519-20.

BIBLIOGRAPHIE

- Barton S.E., et coll., « Complementary therapies used by people with HIV infection », *AIDS*, 1994, 8 : 561.
- Bates B.R., Kissinger P. et Bessinger R.E., « Complementary therapy use among HIV-infected patients », *AIDS Patient Care and STDs*, 1996, 10 : 32-36.
- Bates D.W., « Drugs and adverse drug reactions – how worried should we be? », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279 : 1216-1217.
- Beauchamp T.L. et Childress J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, quatrième édition, New York, Oxford University Press, 1994.
- Benson K., Hartz A., « A comparison of observational studies and randomized, controlled clinical trials », *New England Journal of Medicine*, 2000, 342 : 1878-1886.
- Berman B.M., « Complementary medicine and medical education », *British Medical Journal*, 2001, 322 : 121-122.
- Best A. et Balon J., « Design for a Canadian Office for Complementary and Alternative Health Care : A White Paper for the Interim Governing Committee of the Canadian Institutes of Health Research », 20 décembre 1999.
- Beyerstein B.L., « Alternative Medicine : Where's the Evidence? », *La revue canadienne de santé publique*, 1997, 88(3) : 149-50.
- Bibliothèque pharmaceutique HealthWatch à <www.shoppersdrug-mart.ca/fr_CA/healthwatch/drug_index.html>
- Biermann J.S. et coll., « Evaluation of cancer information on the Internet », *Cancer*, 1999, 86 : 381-390.
- Blais R., Maiga A., Aboubacar A., « How different are users and non-users of alternative medicine? », *Revue canadienne de santé publique*, 1997, 88 : 159-162.
- Blanc M.T., « Health and Multiculturalism: An Inquiry into the Juridical Limits of Medical Pluralism in Quebec », *Ottawa Law Review*, 1997-98, 29 : 335-367.
- Bodeker G., « Lessons on integration from the developing world's experience », *British Medical Journal*, 2001, 322 : 164-167.
- Boozang K.M., « Western medicine opens the door to alternative medicine », *American Journal of Law & Medicine*, 1998, 24 : 185-212.
- Bourgeault L., « Physicians' attitudes towards patients' use of alternative cancer therapies », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1995, 153 : 29-35.
- Brahams D., « Standard of care for alternative medicine », *Lancet*, 2000, 356 : 1422.
- Braitstein P., « Mary-Jane and her patients: Socio-demographic and clinical characteristics of HIV+ individuals using medicinal marijuana and antiretrovirals in British Columbia, Canada », exposé oral, 9^e CCARV, Montréal (2000), abrégé 315.
- Braitstein P. et coll., « Information seeking and health care utilization patterns among people living with HIV/AIDS who currently use both antiretrovirals and complementary therapies in British Columbia », présentation par affiche, 9^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, Montréal (2000), abrégé 338P.

BIBLIOGRAPHIE

- Brascoupé S. et Endemann K. (auteurs), Cassidy M. et Langford J. (éds), *Propriétés intellectuelle et autochtone : Document de travail*, Industrie Canada, automne 1999. <www.inac.gc.ca>).
- Brauchli P. et coll., « Use of complementary medical therapies in HIV/AIDS in Switzerland », *Schweiz Med Wochenschr*, 1996, 126(3) : 1297-305. [en allemand]
- Breuner C.C., Barry P.J., Kemper K.J., « Alternative medicine use by homeless youth », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1998, 152 : 1071-1075.
- British Columbia Health Professions Council, *Safe Choices: A New Model for Regulating Health Professions in British Columbia*, mars 2001 <www.hlth.gov.bc.ca>.
- British Columbia Ministry of Health, « Revamp of Health Professions Regulation Recommended », communiqué de presse du 26 mars 2001, <www.hlth.gov.bc.ca>
- British Medical Association, *Complementary Medicine: New Approaches to Good Practice*, Oxford University Press, 1993.
- Bruhn J.G., « Therapeutic value of hope », *Southern Medical Journal*, 1984, 77 : 215-219.
- Buckman R., Lewith G., « What does homoeopathy do – and how? », *British Medical Journal*, 1994, 309 : 103-106.
- Budd S., Mills S., *Professional Organisation of Complementary and Alternative Medicine in the United Kingdom 2000: A Second Report to the Department of Health*, University of Exeter, 2000.
- Budzinski J.W. et coll., « Effect of Commercial Herbal Extracts and Tinctures on Cytochrome P450 3A4 Drug Metabolism », 9^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida (Montréal, 2000) [affiche], abrégé 145P, reportage paru dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2000, 11 (supp B), 23B.
- Buiatti E. et coll., « Results from a historical survey of the survival of cancer patients given Di Bella Multitherapy », *Cancer*, 1999, 86 : 2143-2149.
- Burack J.H. et coll., « Pilot randomized controlled trial of Chinese herbal treatment for HIV-associated symptoms », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996, 12 : 386-393.
- Burstein H.J. et coll., « Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer », *New England Journal of Medicine*, 1999, 340 : 1733-1739.
- Buske L., « Higher earners seek more alternative care », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, 157 : 996.
- Buske L., « Looking for an alternative », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 161(4) : 363.
- Cain R., Pawluch D., Gillett J., *Practitioner Perspectives on Complementary Therapy Use Among People Living with HIV*, Santé Canada, mars 1999, 17-19, 22-23.
- Calabresi P., « Medical alternatives to alternative medicine », *Cancer*, 1999, 86 : 1887-1889.
- Campion E.W., « Why unconventional medicine? », *New England Journal of Medicine*, 1993, 328 : 282-283.

BIBLIOGRAPHIE

- Capen K., « Courts, licensing bodies turning their attention to alternative therapies », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, 156(9) : 1307-1308.
- Carpenter C.C.J. et coll., « Antiretroviral therapy in adults – updated recommendations of the International AIDS Society–USA Panel », *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283 : 381-390.
- Carwein V.L. et Sabo C.E., « The use of alternative therapies for HIV infection : implications for patient care », *AIDS Patient Care and STDs*, 1997, 11 : 79-85.
- Casey J., Picherack F., *La réglementation des approches conventionnelles, complémentaires et parallèles en santé : vision d'ensemble*, document préparé à l'intention de Santé Canada, à paraître 2001.
- Casey J.T., *Status Report and Analysis of Health Professional Regulations in Canada*, établi pour le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial des ressources humaines en santé, mars 1999.
- Cassileth B.R., « Alternative and complementary medicine – separating the wheat from the chaff », *Cancer*, 1999, 86 : 1900-1902.
- Cassileth B.R., « The social implications of questionable cancer therapies », *Cancer*, 1989, 63 : 1247-1250.
- Cassileth B.R. et coll., « Contemporary unorthodox treatments in cancer medicine », *Annals of Internal Medicine*, 1984, 101 : 105-112.
- Caulfield T.A., « Wishful thinking: defining “medically necessary” in Canada », *Health Law Journal*, 1996, 4 : 63-85.
- Chakraborty J. et coll., « Use of complementary and alternative medicine (CAM) in an HIV-positive population », 13^e Conférence internationale sur le sida (Durban 2000), abrégé ThPeB5063.
- Christie G., « Aboriginal rights, Aboriginal culture, and protection », *Osgoode Hall Law Journal*, 1998, 36 : 447-484 (QL).
- Chrubasik S. et coll., « Zum Wirkstoffgehalt in Arzneimitteln aus *Hapargophytum procumbens* », *Forsch Komplementärmed*, 1996, 3 : 57-63.
- Clark P.A., « The ethics of alternative medicine therapies », *Journal of Public Health Policy*, 2000, 21(4) : 447-470.
- Cohen C.J. et coll., « Prevalence of non-conventional medical treatments in HIV-infected patients: implications for primary care », *Clinical Research*, 1990, 38 : 692A.
- Cohen M.H., « A Fixed Star in Health Care Reform: The Emerging Paradigm of Holistic Healing », *Arizona State Law Journal*, 1995, 27 : 79.
<cpmcnet.columbia.edu/dept/rosenthal/legal/cohen.fixedstar.text1.html>
- Cohen M.H., *Complementary and Alternative Medicine: Legal Boundaries and Regulatory Perspectives*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1998.
- Cohen M.H., « Holistic health care: including alternative and complementary medicine in insurance and regulatory schemes », *Arizona Law Review*, 1996, 38 : 83.
- Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, *Scientific Acceptability – Procedure Approval*, déclaration n° 153 (révisée en 1998).
- Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, *Unproven Therapies*, déclaration n° 149 (révisée en 1999).
- College of Physicians & Surgeons of Alberta, *Complementary Health Care Therapy Provided by Medical Practitioners* (1996).

BIBLIOGRAPHIE

- College of Physicians & Surgeons of British Columbia, *Acupuncture, Policy Manual*, chapitre A-2, février 1997. <www.cpsbc.bc.ca>
- College of Physicians & Surgeons of British Columbia, « Complementary and Alternative Therapies », *Policy Manual Chapter C-12*, juin 1999. <www.cpsbc.bc.ca>
- College of Physicians & Surgeons of British Columbia, *Unproven and Unconventional Treatment. Policy Manual*, chapitre U-2, juin 1995. <www.cpsbc.bc.ca>
- College of Physicians & Surgeons of Saskatchewan, *Standards for Performance of Chelation Therapy* (By-law 52).
- Comité permanent de la santé, *Les produits de santé naturels : Une nouvelle vision*, Ottawa, novembre 1998. <www.parl.gc.ca>
- Commission manitobaine de réforme du droit, *Regulating Professions and Occupations* (rapport 84), Winnipeg, Imprimeur de la Reine, 1994.
- Commission royale sur les peuples autochtones, *Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, À l'aube d'un rapprochement*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1996.
- « Complementary medicine: time for critical engagement » [éditorial], *Lancet*, 2000, 356 : 2023.
- Concato J. et coll., « Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs », *New England Journal of Medicine*, 2000, 342 : 1887-1892.
- Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *A Pilot Test to Determine the Most Effective Methods of Collecting Information in a Post-Approval Surveillance System of Anti-HIV Treatments*, décembre 1999.
- Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Professional Practice and Alternative Therapies* (juin 1994).
- Curt G.A., Katterhagen G., Mahaney F.X. Jr., « Immunoaugmentative therapy: a primer on the perils of unproved treatments », *Journal of the American Medical Association*, 1986, 255 : 505-507.
- Danielson K.J., Stewart D.E., Lippert G.P., « Unconventional cancer remedies », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1988, 138 : 1005-1011.
- de Bruyn T., *Rapport d'étape: questions de politiques associées aux approches complémentaires et parallèles en santé*. Rapport préparé à l'intention de Santé Canada, 31 mars 2000.
- Delbanco T.L., « Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective », *Annals of Internal Medicine*, 1992, 116 : 414-418.
- Delbanco T.L., « Bitter herbs: mainstream, magic, and menace », *Annals of Internal Medicine*, 1994, 121 : 803-804.
- de Maat M.M.R. et coll., « Drug interaction between St John's wort and nevirapine », *AIDS*, 2001, 15(3) : 420-421.
- de Moore G.M., Hennessy N.P., « Do patients regard alternative medicine in HIV as curative? », *Medical Journal of Australia*, 1998, 168 : 93.
- De Smet P.A.G.M., « Health risks of herbal remedies », *Drug Safety*, 1995, 13 : 81-93.
- de Visser R. et coll., « Alternative or complementary: nonallopathic therapies for HIV/AIDS », *Journal of Alternative Therapies in Health & Medicine*, 2000, 6 : 44-52.

BIBLIOGRAPHIE

- DiPaola R.S. et coll., « Clinical and biological activity of an estrogenic herbal combination (PC-SPES) in prostate cancer », *New England Journal of Medicine*, 1998, 339 : 785-791.
- « La Direction des produits de santé naturels : un peu de scepticisme naturel » (éditorial), *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001 : 164(5) : 613, à <<http://www.cma.ca/cmaj/vol-164/issue-5/0615.htm>>
- Dixon J., *Catastrophic Rights: Experimental Drugs & AIDS*, Vancouver, New Star Books, 1990.
- Drew A.K., Myers S.P., « Safety issues in herbal medicine: implications for the health professions », *Medical Journal of Australia*, 1997, 166 : 538.
- Druss B.G., Rosenheck R.A., « Association between use of unconventional therapies and conventional medical service », *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282(7) : 651-656.
- Druss B.G., Rosenheck R.A., « Use of practitioner-based complementary therapies by persons reporting mental conditions in the United States », *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57 : 708-714.
- Duggan J. et coll., « Use of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients » *AIDS Patient Care STDs*, 2001, 15 : 159-167.
- Duggan K., Verhoef M.J., Hilsden R.J., « First-year medical students and complementary and alternative medicine: attitudes, knowledge and experiences », *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 1999, 32 : 157-160.
- Easthope G. et coll., « Acupuncture in Australian general practice: patient characteristics », *Medical Journal of Australia*, 1999, 170 : 259-262.
- Edgar H., Rothman D.J., « New rules for new drugs: the challenge of AIDS to the regulatory process », *The Milbank Quarterly*, 1990, 68(Suppl 1) : 111-142.
- Eisenberg D.M., « Advising patients who seek alternative medical therapies », *Annals of Internal Medicine*, 1997, 127 : 61-69.
- 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.
- 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.
- Elash A., « Move into hospital sector another sign of complementary medicine's growing popularity », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, 157 : 1589.
- Elliott C., *Bioethics, Culture and Identity : A Philosophical Disease*, New York, Routledge, 1999.
- Elliott R., « Test du VIH et traitements d'enfants », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) : 1, 3-9.
- Ernst E., « Adverse effects of herbal drugs in dermatology », *British Journal of Dermatology*, 2000, 143(5) : 923-9.
- Ernst E., « Complementary AIDS therapies: the good, the bad and the ugly », *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8 : 281-285.
- Ernst E., « Complementary medicine – is it effective and safe? », *Drug Information Journal*, 1999, 33 : 291-295.

BIBLIOGRAPHIE

- Ernst E., « Complementary therapies for depression : An overview », *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55(11) : 1026-1032.
- Ernst E., « The ethics of complementary medicine », *Journal of Medical Ethics*, 1996, 22 : 197-198.
- Ernst E., « Harmless herbs? A review of the recent literature », *American Journal of Medicine*, 1998, 104 : 170-178.
- Ernst E., « Herbal medicines : where is the evidence? », *British Medical Journal*, 2000, 321 : 395-396.
- Ernst E., « Prevalence of use of complementary/alternative medicine : a systematic review », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2000, 78(2) : 252-7.
- Ernst E., « The role of complementary and alternative medicine », *British Medical Journal*, 2000, 321 : 1133-1135.
- Ernst E., Abbot N.C., « Research priorities in complementary medicine » [lettre], *British Medical Journal*, 1996, 312 : 1481-1482.
- Ernst E., Armstrong N.C., White A.R., Pittler M.H., « Research is needed to determine how to integrate complementary medicine into the NHS » [lettre], *British Medical Journal*, 1998, 317 : 1654.
- Ernst E., Cassileth B.R., « The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review », *Cancer*, 1998, 83 : 777-782.
- Ernst E., Fugh-Berman A., « Complementary and alternative medicine needs an evidence base before regulation », *Western Journal of Medicine*, 1999, 171 : 149-150.
- Ernst E., Resch K.L., White A.R., « Complementary medicine – what physicians think of it: a meta-analysis », *Archives of Internal Medicine*, 1995, 155 : 2405-2408.
- Ernst E., White A., « The BBC survey of complementary medicine use in the UK », *Complementary Therapies in Medicine*, 2000, 8 : 32-36.
- Ernst E., White A.R., « Acupuncture may be associated with serious adverse events » [lettre], *British Medical Journal*, 2000, 320 : 513.
- Ernst E. et coll., « Complementary medicine – a definition », *British Journal of General Practice*, 1995, 45 : 506.
- Eskinazi D., « Homeopathy re-revisited – is homeopathy compatible with biomedical observations? », *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159 : 1981-1987.
- Evans D., Ives Health President Arrested on HIV Fraud Charges, Bloomberg, 5 avril 2001.
- Ezzy D., « Illness narratives : time, hope and HIV », *Social Sciences & Medicine*, 2000, 50 : 605-617.
- 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 : 2257-226.
- Fawzi W.W., Hunter D.J., « Vitamins in HIV disease progression and vertical transmission », *Epidemiology*, 1998 : 457.
- Fogelman I. et coll., pour l'AIDS Clinical Trial Group (ACTG), « Prevalence and patterns of use of concomitant medications among participants in three multicenter human immunodeficiency virus type I clinical trials », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7 : 1057-1063.

BIBLIOGRAPHIE

- Food and Drug Administration [US FDA] Center for Drug Evaluation and Research, *FDA Public Health Advisory : Risk of Drug Interactions with St John's Wort and Indinavir and Other Drugs*, 10 février 2000. <www.fda.gov/cder/drug/advisory/stjwort.htm>
- Food and Drug Administration [US FDA] Center for Food Safety and Applied Nutrition, Office of Special Nutritionals, *The Special Nutritionals Adverse Event Monitoring System* (à <www.fda.gov/medwatch>).
- Food and Drug Administration [US FDA], *DA takes action against firm marketing unapproved drugs : Talk paper*, 10 décembre 1999 (à <www.fda.gov>).
- Food and Drug Administration [US FDA], State AIDS Health Fraud Task Forces – Evaluating Medical Therapies, *News update : Ozone Generator Sentencing. Office of Special Health Issues*, avril 1999. (www.fda.gov/oashi/aids/eval.html, consulté le 5 avril 2001).
- Feasby C., « Determining Standard of Care in Alternative Contexts », *Health Law Journal*, 1997, 5 : 45-65 au par. 14 (QL).
- Fédération des ordres des médecins du Canada, *Considerations for the Regulation of Physicians Who Use "Complementary Therapies" by Licensing Authorities in Canada*, 3 septembre 1998.
- Fisher P., Ward A., « Complementary medicine in Europe », *British Medical Journal*, 1994, 309 : 107-111.
- Flood C., Archibald T., *Legal Constraints on Privately-Financed Health Care in Canada: A Review of the Ten Provinces*, avril 2000 [en dossier].
- Flood C.M., « The Structure and Dynamics of Canada's Health Care System », chapitre 1 dans Downie J., Caulfield T. (éd.), *supra*, note 190.
- Forum national sur la santé, « Le besoin d'un institut de santé pour les autochtones au Canada », dans *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier* – rapports de synthèse et documents de référence – rapport final (vol. II), février 1997. <www.nfh.hc-sc.gc.ca>
- Foster B.C. et coll., « Effects of Chinese Herbal Products on Cytochrome P-450 Drug Metabolism », 9^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida (Montréal, 2000) [affiche], abrégé 144P, reportage paru dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2000, 11 (supp B), 23B.
- Foundation for Integrated Medicine, *Integrated Healthcare: A Way Forward for the Next Five Years?*, Londres, FIM, 1998. <www.fimed.org>
- Foundation for Integrated Medicine, *Meeting the Challenge - Life After the Lords' report: Summary report of conference held 29 January 2001*, Londres, FIM, 2001. <www.fimed.org>
- Foundation for Integrated Medicine, *Towards a National Strategy for Research and Development in Complementary and Alternative Medicine*, Londres, FIM, 2001. <www.fimed.org>
- 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.
- Freedman B., « Equipoise and the ethics of clinical research », *New England Journal of Medicine*, 1987, 317 : 141-145.
- Freedman B., McGill/Boston Research Group, *Nonvalidated therapies and HIV disease*, Hastings Center Report, 1989, 19 : 14-20.
- Fugh-Berman A., « Herb-drug interactions », *Lancet*, 2000, 355 : 134-138.

BIBLIOGRAPHIE

- Fulder S.J., Munro R.E., « Complementary medicine in the United Kingdom: patients, practitioners, and consultations », *Lancet*, 1985, ii : 542-545.
- Fuller R.C., *Alternative Medicine and American Religious Life*, New York, Oxford University Press, 1989.
- Furin J.J., « You have to be your own doctor : sociocultural influences on alternative therapy use among gay men with AIDS in West Hollywood », *Medical Anthropology Quarterly*, 1997, 11 : 498-504.
- Furler M. et coll., « Gender Differences in the Drug Utilization Patterns of HIV Infected Outpatients: An Interim Analysis », voir exposé oral et *Summary of Proceedings: Towards Equity in HIV Health Care for Vulnerable Populations*, Ontario HIV Treatment Network Research Day, 27 novembre 2000, Toronto, Ontario. <www.ohtn.on.ca>
- Furler M. et coll., « Patient reported complementary and alternative medicine (CAM) use – An interim assessment of drug utilization patterns for patients attending Ontario HIV outpatient clinics, présentation par affiche », 9^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida (Montréal, 2000), abrégé 340P.
- Furler M. et coll., « Physician awareness of complementary and alternative medicine use », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida (Toronto, 2001), abrégé 363P, rapporté dans le *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Supp B) : 72B
- Gevitz N., « Three Perspectives on Unorthodox Medicine », dans Gevitz N. (éd.), *Other Healers: Unorthodox Medicine in America*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1988.
- Glymour C., Stalker D., « Engineers, cranks, physicians, magicians », *New England Journal of Medicine*, 1983, 308 : 960-964.
- Gilmour J., « Minors », dans Downie J., Caulfield T. (éd.), *Canadian Health Law and Policy*, Toronto, Butterworths, 1999.
- Gold J.L., Laxer D.A., Rochon P.A., « Herbal Remedies : A Critical Perspective », *Annales du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada*, 2000, 33(8). <rcpsc.medical.org>
- Goldstein M.S. et coll., « Holistic physicians and family practitioners: similarities, differences and implications for health policy », *Social Sciences and Medicine*, 1988, 26 : 853-861.
- 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.
- Gulick R.M. et coll. for the AIDS Clinical Trial Group 150 and 258 Protocol Teams, « Phase I studies of hypericin, the active compound in St. John's Wort, as an antiretroviral agent in HIV-infected adults », *Annals of Internal Medicine*, 1999, 130 : 510-514.
- Hammerschlag R.J., « Methodological and ethical issues in clinical trials of acupuncture », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1998, 4(2) : 159-171.
- Heath K.V., Gatarick N., Yip B. et coll., « Complementary therapy use in a province-wide HIV/AIDS drug treatment programme », 8^e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH (CCARV), Victoria (1999), abrégé C335.
- Goodwin J.S., Tangum M.R., « Battling quackery: attitudes about micronutrient supplements in American academic medicine », *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 : 2187-2191.

BIBLIOGRAPHIE

- Gort E.H., Coburn D., « Naturopathy in Canada: changing relationships to medicine, chiropractic and the state », *Social Sciences and Medicine*, 1988, 26 : 1061.
- Gray C., « Growing popularity of complementary medicine leads to national organization for MDs », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, 157 : 186-188.
- Gray C., « Huge court fight may be in offing as Ontario college considers penalty for maverick MD », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160 : 877-879.
- Gray C., « Ontario's kinder, gentler college tries to leave old-boys' image behind », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998, 159(7) : 834-836.
- Greenblatt R.M. et coll., « Polypharmacy among patients attending an AIDS clinic: utilization of prescribed, unorthodox, and investigational treatments », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1991, 4 : 136-143.
- Greiner K.A., « The ethics of using alternative therapies in HIV/AIDS », *AIDS Patient Care*, 1995, 9 : 175-181.
- Haigh R., « Reconstructing Paradise: Canada's health care system, alternative medicine and the Charter of Rights », *Health Law Journal*, 1999, 7 : 141-191.
- Hand R., « Alternative therapies used by patients with AIDS », *New England Journal of Medicine*, 1989, 320 : 672-673.
- Heath K.V., Gatarick N., Yip B. et coll., « Complementary therapy use in a province-wide HIV/AIDS drug treatment programme », 8^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, Victoria (1999), abrégé C335.
- Helwig D., « US pharmacy chain tracks customer's use of herbals », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 162 : 852.
- Huxtable R.J., « The myth of beneficent nature : the risks of herbal preparations », *Annals of Internal Medicine*, 1992, 117 : 165-166.
- Initiative de recherche communautaire de Toronto et Société canadienne du sida, « The Complementary Therapies Project: HIV Treatment Survey Project Report », IRCT et SCS, 1995.
- Jacobson J.S. et coll., « Research on complementary therapies for cancer: issues and methodological considerations », *Journal of the American Medical Women's Association*, 1999, 54(4) : 177-181.
- Jalbert Y. et coll., *Je suis fidèle... mais j'oublie! – Fidélité thérapeutique aux antirétroviraux, résultats finaux d'une enquête québécoise* (août 2000), Montréal, COCQ-sida.
- Jalbert et coll., *PVVIH : Utilisation des traitements alternatifs et complémentaires (TAC) au Québec*, Montréal, COCQ-sida 2001.
- Hirschtick R.E., Dyrda S.E., Peterson L.C., « Death from an unconventional therapy for AIDS », *Annals of Internal Medicine*, 1994, 120 : 694.
- Hoey J., « The arrogance of science and the pitfalls of hope » [éditorial], *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998, 159 : 803-804.
- Jonas W.B., « Alternative medicine – learning from the past, examining the present, advancing to the future », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1616-1618.

BIBLIOGRAPHIE

- Josefek K.J., « Alternative medicine's roadmap to mainstream », *American Journal of Law & Medicine*, 2000, 26(2/3) : 295-310.
- Kaegi E., « Canadian Cancer Society. A patient's guide to choosing unconventional therapies », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998, 158 : 1161-1165.
- Kahn J.P., Mastroianni A.C., Sugarman J. (éd.), *Beyond Consent: Seeking Justice in Research*, New York, Oxford University Press, 1998.
- Kamyab M. et coll., « Changes in use of complementary and alternative (CAT) among HIV+ patients in Saskatchewan », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, Toronto (2001), abrégé 292P, rapporté dans *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Supp B) : 51B-52B.
- Kao L.S., « Complementary and alternative medicine (CAM) and managed health-care: setting and agenda », *American Journal of Chinese Medicine*, 1998, 26 : 231-249.
- Kaptchuk T.J., Eisenberg D.M., « Chiropractic : origins, controversies, and contributions », *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 : 2215-2224.
- Kaptchuk T.J., Eisenberg D.M., « The Persuasive Appeal of Alternative Medicine », *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129 : 1061-1065.
- Kass N.E. et coll. et le Multicenter AIDS Cohort Study, « Changes in employment, insurance, and income in relation to HIV status and disease progression », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7 : 86-91.
- Kassler W.J., Blanc P. et Greenblatt R., « The use of medicinal herbs by human immunodeficiency virus-infected patients », *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151 : 2281-2288.
- Katz D.L., « Conventional medical care and unconventional therapies » [lettre à la rédaction], *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(1) : 56.
- Kelner M., Présentation au Groupe consultatif sur les pratiques et médecines parallèles et d'appoint, Santé Canada (Division des systèmes de santé, DGPPS), *Report on Regulation and Coverage*, fondé sur *Discussion Document on Integrated Health Care* (1997, R.-U.), 7 juin 1999.
- Kelner M., Wellman B. (éd.), *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*, Harwood Academic Publishers, 2000.
- Kendall T., *Optimal Environments for Integrated Care: Complementary and Alternative Medicine in HIV Management in British Columbia*, Vancouver, British Columbia Persons with AIDS Society, mars 2001.
- Kendall T., Braitstein B., « Physician-patient communication about complementary and alternative medicine in HIV/AIDS management in British Columbia », 10^e CCARV (Toronto, 2001), abrégé 364P, rapporté dans le *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B) : 97B.
- Kendall T. et coll., « HIV/Hepatitis co-infection and the use of complementary and alternative medicine in British Columbia », 10^e CCARV (Toronto, 2001), abrégé 364P, rapporté dans le *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B) : 72B-73B.
- Kendall T. et coll., « Mind and body: Sociodemographic and clinical characteristics of HIV+ individuals using meditation as a complementary therapy while on antiretrovirals in British Columbia, Canada », présentation par affiche, 9^e CCARV, Montréal (2000), abrégé 233P.

BIBLIOGRAPHIE

- Ketting L., *Indigenous Traditional Medicine and HIV/AIDS: A Literature Review*, préparé pour la Direction générale des services médicaux, Santé Canada, août 1996.
- Kleijnen J., Knipschild P., ter Riet G., « Clinical trials of homoeopathy », *British Medical Journal*, 1991, 302 : 316-323.
- Knippels H.M., Weiss J.J., « Use of alternative medicine in a sample of HIV-positive gay men: an exploratory study of prevalence and user characteristics », *AIDS Care*, 2000, 12(4) : 435-446.
- Ko R., « Adverse reactions to watch for in patients using herbal remedies », *Western Journal of Medicine*, 1999, 171 : 181-186.
- Kohn L., Corrigan J. et Donaldson M. (éds), Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, *To Err is Human : Building a Safer Health System*, Washington, D.C., National Academy Press, 1999.
- Kosel B. et coll., « The Pharmacokinetic (PK) Effects of Marijuana (THC) on Nelfinavir (NFV) and Indinavir (IDV) », 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, (Chicago, 2001) abrégé 745.
- Kristoffersen S.S., Atkin P.A., Shenfield G.M., « Uptake of alternative medicine » [lettre], *Lancet*, 1996, 347 : 972.
- LaBillois, V., Horn, M., « Development of Occupational Standards for Health Workers Panel », *In Touch Magazine*, 1997, 8(1), aucune page.
- Langewitz W. et coll., « The integration of alternative treatment modalities in HIV infection – the patient's perspective », *Journal of Psychosomatic Research*, 1994, 38 : 687-693.
- Larrey D. et coll., « Hepatitis after germander (*Teucrium chamaedrys*) administration: another instance of herbal medicine hepatotoxicity », *Annals of Internal Medicine*, 1992, 117 : 129-132.
- 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.
- Lazarou J., Pomeranz B.H. et Corey P.N., « Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279 : 1200-1205.
- Leeb K. et coll., « An HIV/AIDS Population-based Report on Complementary Therapy Use », manuscrit inédit, HOOD Project, Toronto, Ontario.
- Lemmens T., « Accès aux médicaments de recherche », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1997, 3(2/3) : 1, 43-46.
- 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.
- Lerner I.J., « The whys of cancer quackery », *Cancer*, 1984, 53 : 815-819.
- Lesho E.P., « An overview of osteopathic medicine », *Archives of Family Medicine*, 1999, 8 : 477-484.
- Levin J.S. et coll., « Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine: a methodological manifesto », *Medical Care*, 1997, 35(11) : 1079-1094.
- Lidot T., HIV Director, San Diego American Indian Health Center, « HIV/AIDS Services Integrated with Native Traditional Medicine for Urban vs Reservation Native Populations : What's the Difference? », 11^e Conférence internationale sur le sida (Vancouver, 1996) abrégé Th.D.5127.

BIBLIOGRAPHIE

- Linde K., « How to evaluate the effectiveness of complementary therapies », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2000, 6(3) : 253-256.
- Linde K. et coll., « Impact of study quality on outcome in placebo-controlled trials of homeopathy », *Journal of Clinical Epidemiology*, 1999, 52 : 631-636.
- MacIntyre R.C., Holzemer W.L., Phillipek M., « Complementary and alternative medicine and HIV/AIDS – Part 1: issues and context », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 1997, 8(2) : 23-31.
- Maciura J.A., « Restrictions on use of the title “doctor”: *College of Physicians and Surgeons v Cheung* », *Health Law in Canada*, 1993, 14 : 46.
- MacLennan A.H., Wilson D.H., Taylor A.W., « Prevalence and cost of alternative medicine in Australia », *Lancet*, 1996, 37 : 569-573.
- « The mainstreaming of alternative medicine », *Consumer Reports*, mai 2000 : 17-25. Disponible, moyennant des frais, à <www.ConsumerReports.org>
- Manfredi R., Chiodo F., « The effects of alternative treatments for HIV disease on recommended pharmacological regimens », *International Journal of Antimicrobial Agents*, 2000, 13 : 281-285.
- Mar C., Bent S., « An evidence-based review of the 10 most commonly used herbs », *Western Journal of Medicine*, 1999, 171 : 168-171.
- Margolin A., Avants S.K., Kleber H.D., « Investigating alternative therapies in randomized controlled trials », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1626-1628.
- Massagli M.P. et coll., « Correlates of employment after AIDS Diagnosis in the Boston Health Study », *American Journal of Public Health*, 1994, 84 : 1976-1981.
- McAmmond D. & Associates, *Facilitating the Integration of Complementary Therapies into HIV Care and Treatment: Current Status and Ideas for Action*, document préparé pour Santé Canada, octobre 2000 [ébauche].
- McCabe E., « Ozone therapies for AIDS », *AIDS Patient Care*, 1992 : 254-255.
- McKee J., « Holistic health and the critique of Western medicine », *Social Sciences and Medicine*, 1988, 26 : 775-784.
- McKnight I. et Scott M., « HIV and complementary medicine », *Medical Journal of Australia*, 1996, 165 : 143-145.
- McLeod A. et Peterson T., *Care and Treatment of Aboriginal People with HIV/AIDS : Summary Report*, Manitoba Aboriginal AIDS Task Force, 1993.
- McMurphy D., Leeb K., Millson P., « The Utilization and Cost of Complementary Therapies in the Province of Ontario », HIV Ontario Observational Database, 1998.
- McNamara L., Nelson E., « Regulation of Health Care Professionals », chapitre 2 dans Downie & Caulfield, *supra*, note 190, 51-81.
- Medical Practitioners Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 285, modifiée par la *Medical Practitioners Amendment Act*, 2001, SBC 2001, ch. 16 (en vigueur le 20 avril 2001).
- Meneilly G.P., Carr R. et Brown L., « Alternative Therapy Use in HIV Positive Women [affiche], XI^e Conférence internationale sur le sida (Vancouver, juillet 1996), abrégé Mo.B.301.

BIBLIOGRAPHIE

- Meneilly G.P., Carr R., Brown L., « Alternative Therapy Use in HIV Positive Women » [présentation par affiche], XI^e Conférence internationale sur le sida, Vancouver (1996), abrégé Mo.B.301.
- Menniti-Ippolito F., De Mei B. [Les caractéristiques de l'utilisation et les niveaux d'utilisation de médicaments non conventionnels.] *Annali dell'Istituto Superiore Sanità*, 1999, 35(4) : 489-97. [en italien]
- Milbank Memorial Fund, *Enhancing the Accountability of Alternative Medicine*, New York, Milbank Memorial Fund, 1998.
- Millar W.J., « Use of alternative health care practitioners by Canadians », *La revue canadienne de santé publique*, 1997, 88(3) : 154-158.
- Miller L.G., « Herbal medicinals : selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interactions », *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 : 2200-2211.
- 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.
- Millson P., McMurchy D. et Leeb K., « Complementary Therapies : A HOOD Report on the Cost of HIV in Ontario », *HIV Health Evaluation Update*, juin 1999.
- Minnesota Department of Health – Commissioner of Health, *Complementary Medicine: Final Report to the Legislature*, janvier 1998.
- Ministère de la Santé de l'Ontario, « Complementary therapies in HIV », *HIV Update*, 1995, 2(3) : 9-10.
- Ministère de la Santé de l'Ontario, *New Directions: Aboriginal Health Policy for Ontario*, Toronto, 1994.
- Mintzes B., « Les médicaments prennent-ils notre santé à cœur? Évaluer les risques inhérents aux médicaments après leur mise en marché : une priorité », D.E.S. Action Canada, mars 1999 (<http://www.web.net/~desact/francais/legisl/4safe.html>).
- Moulds R.F.W., McNeil J.J., « Herbal preparations – to regulate or not to regulate », *Medical Journal of Australia*, 1988, 149 : 572-574.
- Murray R.H., Rubel A.J., « Physician and healers – unwitting partners in health care », *New England Journal of Medicine*, 1998, 326 : 61-64.
- 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), *Major Domains of Complementary and Alternative Medicine* (feuillet de renseignements). <nccam.nih.gov>
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (US NIH), *Expanding Horizons of Healthcare : Five-Year Strategic Plan, 2001-2005*, 2000. <www.nccam.nih.gov>
- National Indian & Inuit Community Health Representatives Organization, *Coping with HIV/AIDS in Aboriginal Communities: A 1998 Resource Manual*, NICCHRO, 1998.
- National Institutes of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, *Fact Sheet*, mai 1999.
- National Institutes of Health, *Acupuncture, Consensus Statements*, 1997, 15(5) : 1-34. <odp.od.nih.gov> [Également résumé dans « Acupuncture », *Journal of the American Medical Association*, 1999, 280 : 1518-1524.]

BIBLIOGRAPHIE

- National Institutes of Health, *Alternative Medicine: Expanding Medical Horizons*, Washington (DC), Government Printing Office, 1994.
- National Institutes of Health – Office of Alternative Medicine (Practice and Policy Guidelines Panel), « Clinical practice guidelines in complementary and alternative medicine: an analysis of opportunities and obstacles », *Archives of Family Medicine*, 1997, 6 : 149-154.
- Nijar, G., *In Defence of Local Community Knowledge and Biodiversity*, Third World Network, 1996.
- Nokes K.M., Kendrew J., Longo M., « Alternative/complementary therapies used by persons with HIV disease », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 1995, 6(4) : 19-24.
- Noojimawin Health Authority, *Aboriginal Traditional Healing in Ontario: Issues and Concerns*, ébauche, avril 1999.
- Noojimawin Health Authority, *Aboriginal Traditional Healing in Ontario: Issues and Concerns* [Draft Aboriginal traditional healing issues paper], 1999.
- Northcott H.C., « Alternative Health Care in Canada », dans Singh Bolaria B. et Dickinson H.D. (éds), *Health, Illness and Health Care in Canada* (2^e édition), Toronto, Harcourt Brace & Company, 1994.
- O'Connor B.B., *Healing Traditions : Alternative Medicine and the Health Professions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1995.
- Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, Washington, DC, Government Printing Office, 1990.
- O'Neill A., « Danger and safety in medicines », *Social Sciences and Medicine*, 1994, 38 : 497-507.
- Onstott M., « Green Alert! », *POZ* [magazine], septembre 2000, 73-75.
- Ontario Aboriginal Patient Advocacy Initiative, *OAPAI Manual*, 1999.
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, « CPSO Committee Says "There is No Alternative to Good Medicine" », communiqué de presse, Toronto, 22 septembre 1997. <www.cpsso.on.ca>
- Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario, *Complementary Medicine: politique n° 1-00* (approuvée en novembre 1997, février 2000). <www.cpsso.on.ca>
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *Discipline Committee Decisions – Case Summaries: Dr. Jozef Krop*, 1^{er} janvier 2000. <www.cpsso.on.ca>
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *News Release re Dr. Jozef Krop*, 20 janvier 1999. <www.cpsso.on.ca>
- Organisation mondiale de la santé, *Traditional Medicine: Fact Sheet No 134*, septembre 1996. <www.who.int/intf-fs/en/fact134.html>
- Organisation mondiale de la santé, *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine* (WHO/EDm/TRM/2000.1), Genève, 2000.
- Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire, *Faire face au VIH/sida dans les communautés autochtones : Guide de ressources* 1998, ONRIISC, 1998.
- Orser B., « Reducing medication errors », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000 : 162, 1150-51.

BIBLIOGRAPHIE

- Ostrow M.J. et coll., « Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15 : 115-120.
- Oszoy 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.
- Owen D.K., Lewith G., Stephens C.R., « Can doctors respond to patients' increasing interest in complementary and alternative medicine? », *British Medical Journal*, 2001, 322 : 154-158.
- Papp L., « Drink maker wins case: charges dropped in dispute over label claims », *Toronto Star*, 21 janvier 2000.
- Papp L., « Herbal drink maker faces false advertising charges », *Toronto Star*, 19 janvier 2000.
- Papp L., « Special Report – Blind Trust : An Investigation Into Alternative Medicine », *Toronto Star*, 15 janvier 2000 (A1, A14-A15; 16 janvier 2000 (A1, etc.); 17 janvier 2000; 22 janvier 2000 (A1, A14-A15); 23 janvier 2000. Disponible (moyennant des frais) aux archives à <www.torstar.com>
- Patel M.S., « Evaluation of holistic medicine », *Social Sciences and Medicine*, 1987, 24 : 169-175.
- Pawluch D., Cain R. et Gillett J., *Approaches to Complementary Therapies : Diverse Perspectives Among People with HIV/AIDS*, Santé Canada, mars 1998.
- Pawluch D., Cain R., Gillett J., « Lay constructions of HIV and complementary therapy use », *Social Science and Medicine*, 2000, 51(2) : 251-64.
- Pelletier K.R. et coll., « Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care, insurance carriers, and hospital providers », *American Journal of Health Promotion*, 1997, 12(2) : 112-22.
- Perharic L. et coll., « Toxicological problems resulting from exposure to traditional remedies and food supplements », *Drug Safety*, 1994, 11 : 284-294.
- Pert C.B. et coll., « Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network », *Journal of Immunology*, 1985, 135 : 820-826.
- Peuker E.T. et coll., « Traumatic complications of acupuncture: therapists need to know human anatomy », *Archives of Family Medicine*, 1999, 8 : 553-558.
- Phillips K.D., Skelton W.D., « Effects of individualized acupuncture on sleep quality in HIVdisease », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2001, 12(1) : 27-39.
- Picard E.I., Robertson G.B., *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, Carswell, Toronto, 1996.
- Picherack F., Casey J.T., *The Regulation of Complementary and Alternative Health Care Practitioners: Policy Considerations*, préparé pour Santé Canada (Division des systèmes de santé), 12 décembre 2000.
- Pirotta M.V. et coll., « Complementary therapies: have they become accepted in general practice? », *Medical Journal of Australia*, 2000, 172 : 105-109.

BIBLIOGRAPHIE

- Piscitelli S.C. et coll., « Garlic Supplements Decrease Saquinavir Plasma Concentrations », 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, (Chicago, 2001), abrégé 743.
- Piscitelli S.C. et coll., « Indinavir concentrations and St John's wort », *Lancet*, 2000, 355 : 547-548.
- 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>>
- Powers M., « Theories of Justice in the Context of Research », dans Kahn J.P., Mastroianni A.C., Sugarman J. (éd.), *Beyond Consent: Seeking Justice in Research*, New York, Oxford University Press, 1998, 147-165.
- Priest M., « The privatization of regulation: five models of self-regulation », *Ottawa Law Review*, 1997-98, 29 : 233-302 (Q.L.), aux par. 53-54, 63.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa : A literature review*, Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, Genève, septembre 2000. <www.unaids.org>
- Radner D., Radner M., « Holistic Methodology and Pseudoscience », dans Stalker D., Glymour C. (éd.), *Examining Holistic Medicine*, Buffalo, Prometheus Books, 1989.
- Rampes H., Sharples F., Maragh S., Fisher P., « Introducing complementary medicine into the medical curriculum », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1997, 90 : 19-22.
- Ramsay C., Walker M. et Alexander J., *Alternative Medicine in Canada : Use and Public Attitude*, 1999. <www.fraserinstitute.ca/publications/pps/21>
- Rees L., Weil A., « Integrated medicine: imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine » [éditorial], *British Medical Journal*, 2001, 322 : 119-120.
- Reilly D. et coll., « Is evidence for homeopathy reproducible? », *Lancet*, 1994, 344 : 1601-1606.
- Report of the Ad Hoc Committee on Complementary Medicine to the Council of the College of Physicians and Surgeons of Ontario*, CPSO, Toronto, 1997.
- Resch K.L., Ernst E., « Research Methodologies in Complementary Medicine: Making Sure it Works », dans Ernst E. (éd.), *Complementary Medicine: An Objective Appraisal*, Butterworth-Heinemann, 1998.
- Resch K.L., Ernst E., Garrow J., « A randomized controlled study of reviewer bias against an unconventional therapy », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2000, 93 : 164-167.
- Réseau canadien d'info-traitements sida, feuillets d'information sur certaines médecines complémentaires/parallèles. <<http://www.catie.ca/feuillets.nsf>>
- Réseau canadien d'info-traitements sida, *Un guide pratique des plantes médicinales pour les personnes vivant avec le VIH*, Toronto, 2000.
<www.catie.ca>
- Réseau canadien d'info-traitements sida, *Un guide pratique des thérapies complémentaires pour les personnes vivant avec le VIH*, Toronto, 1999.
<www.catie.ca>
- Rights & Democracy/Indigenous Women's Continental Network, *Protecting Indigenous Women's Intellectual Property*, non daté (à <www.ichrdd.ca>).

BIBLIOGRAPHIE

- Robinson G., Millson P. et coll., « Utilization of complementary therapies by people living with HIV/AIDS (PHAs) in Ontario » [abrégé], 7^e CCARV (1998).
- Rotblatt M.D., « Herbal medicine: a practical guide to safety and quality assurance », *Western Journal of Medicine*, 1999, 171 : 172-175.
- Rowlands C., Powderley W.B., « The use of alternative therapies by HIV positive patients », *Missouri Medicine*, 1991, 88 : 807-811.
- 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.
- Saks M., « Professionalization, Politics and Alternative Medicine » [allocation], dans *Summary Report of an International Symposium on "Why People Use Complementary and Alternative Medicine: Social Science Perspectives"*, 16 au 18 avril 1998, Toronto.
- Sacks R., « Completing the whole: toward an integrated system of healthcare », *Body Positive* septembre 1999, XII(9). <www.thebody.com>
- Sacks R., « Integrative medicine: the nuts and bolts. Complementary and alternative medicine conference: Part III », *Body Positive*, mars 2000, XIII (3). <www.thebody.com>
- Sacks R., « Issues in integrative medicine. Complementary and alternative medicine conference: Part I », *Body Positive*, décembre 1999, XII(12). <www.thebody.com>
- Sacks R., « Watchword: Advocate! Complementary and alternative medicine conference: Part II », *Body Positive*, janv./fév. 2000, XIII(1/2). <www.thebody.com>
- Sale D.M., « Overview of Legislative Developments Concerning Alternative Health Care in the United States », Fetzer Institute. <www.healthy.net/public/legal-lg/regulations/fetzer.htm>
- Santé Canada (Bureau des matériels médicaux), *Directive concernant l'étiquetage des instruments médicaux*, articles 21 à 23 du *Règlement sur les instruments médicaux* (ébauche). <www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/guidmd.html>
- Santé Canada (Bureau des produits de santé naturels) et Instituts de recherche en santé du Canada, *Demandes de propositions et Principales possibilités*, 2000. <www.cihr.ca>
- Santé Canada (Bureau des produits de santé naturels), *Bâtir ensemble : Phase II dans l'élaboration du cadre réglementaire proposé pour les produits de santé naturels, consultation publique du BPSN*, mars 2001. <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>
- Santé Canada (Bureau des produits de santé naturels), *Produits de santé naturels, Conférence d'établissement des priorités de recherche*, 6-8 novembre 1999. <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>
- Santé Canada (Bureau des produits de santé naturels), *Un cadre de réglementation proposé – vos idées?*, *Manuel de consultation 2000 du BPSN*. <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>
- Santé Canada (Direction des médicaments, Programme des produits thérapeutiques), *politique de la Direction des médicaments sur les herbes utilisées comme ingrédients non médicinaux dans la fabrication des médicaments en vente libre pour usage humain*, 22 septembre 1995. <www.hc-sc.gc.ca>

BIBLIOGRAPHIE

- Santé Canada (Direction générale de la protection de la santé – Programme des produits thérapeutiques et Direction des aliments), *Produits nutraceutiques/aliments fonctionnels et les allégations relatives aux effets sur la santé liées aux aliments*, 2 novembre 1998. <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/ffn/nutra_pol_f.html>
- Santé Canada (Direction générale de la protection de la santé, Division des systèmes de santé), *Rapport d'atelier*, Groupe consultatif sur les thérapies et pratiques complémentaires et alternatives, Atelier exploratoire, 25-26 janvier 1999.
- 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 (Groupe consultatif sur les produits naturels), *Rapport final du groupe consultatif sur les produits naturels : Cadre de réglementation des produits de santé naturels*, mai 1998. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/herbals.html>>
- Santé Canada (Groupe de travail sur les approches complémentaires et parallèles en santé), *Vers un système intégratif de santé*, juillet 2000.
- Santé Canada (Programme des produits thérapeutiques), *Directive de la direction des médicaments – Herbes médicinales traditionnelles*, 1995. <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/guides/herbal/thm-guid_f.html>
- Santé Canada, *Avis, Interaction médicamenteuse potentiellement dangereuse entre le millepertuis et des médicaments d'ordonnance*, 7 avril 2000. <www.hc-sc.gc.ca>
- Santé Canada, Bureau des produits de santé naturels, *Cadre réglementaire proposé pour les produits de santé naturels*, mars 2001. <www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp>
- Santé Canada, *Highlights from July 21, 1998 Health Canada Internal Consultation on Complementary and Alternative Therapies – Health System Issues* (22 pages).
- Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance au 31 décembre 1998*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, avril 1999.
- Santé Canada, *Mise en garde contre l'utilisation de remèdes traditionnels chinois contenant de la tricosanthine et indiqués pour les enfants*, 28 février 2001. <www.hc-sc.gc.ca>
- Santé Canada, *Réponse du gouvernement au Comité permanent de la santé*, mars 1999. <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp/govresponse_f.html>
- Savas D., Angus Reid Group, *Information on Consumer Utilization: An Overview. Presentation to the Advisory Group on Complementary and Alternative Practices and Therapies*, Health Systems Division, HPPB, Health Canada, 5-6 December 1999.
- Shenfield G.M., Atkin P.A., Kristofferson S.S., « Alternative medicine: an expanding health industry », *Medical Journal of Australia*, 1997, 166 : 516.
- 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.
- Shlay J.C. et coll. for the Terry Beirn Community Programs for Clinical Research on AIDS, « Acupuncture and amitriptyline for pain due to HIV-rela-

BIBLIOGRAPHIE

- ted peripheral neuropathy », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1590-1595.
- Sibbald B., « New federal office will spend millions to regulate herbal remedies, vitamins », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160 : 1355-1357.
- Sibbald B., « Regulations for new natural health products in place by year's end? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, 164(5) : 679.
- Singh N. et coll., « Determinants of nontraditional therapy use in patients with HIV infection », *Archives of Internal Medicine*, 1996, 156 : 197-201.
- Slifman N.R. et coll., « Contamination of botanical dietary supplements by *Digitalis Lanata* », *New England Journal of Medicine*, 1998, 339 : 806-811.
- Smith I., « Commissioning complementary medicine » [éditorial], *British Medical Journal*, 1995, 310 : 1151-1152 [références omises].
- Smith S.R., Boyd E.L., Kirking D.M., « Nonprescription and alternative medication use by individuals with HIV disease », *Annals of Pharmacotherapy*, 1999, 33(3) : 204-300.
- So J., « Utilization of alternative therapies by the Canadian population : A preliminary study » dans Muldoon J. (éd.), *Taking Charge of Health : Exploring Alternative Health Care*, acte d'une conférence commanditée par Trent University, Sir Sandford Fleming College & the Haliburton, Kawartha and Pine Ridge District Health Council.
- Société canadienne du sida, *Complementary Therapies : Revisioning the Regulatory Framework: A brief submitted to the Standing Committee on Health*, mars 1998.
- Société canadienne du sida, *Modèles de présentation [sic] de thérapies complémentaires* [Complementary Therapy Program Delivery Models], mai 1999.
- Société canadienne du sida, Réseau juridique canadien VIH/sida, Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, Réseau communautaire d'info-traitements sida, British Columbia Persons with AIDS Society, *Submission to Office of Natural Health Products regarding proposed regulatory framework*, 30 septembre 2000.
- Southwell H. et coll., « Use of Alternative Therapy among HIV-infected Patients at an Urban Tertiary Centre », 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (Chicago, 2001), abrégé 497.
- Sparber A. et coll., « Use of complementary medicine by adult patients participating in HIV/AIDS clinical trials », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2000, 6(5) : 415-22.
- Stine G., *Acquired Immune Deficiency Syndrome: Biological, Medical, Social and Legal Issues*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1993.
- Stone J., « Regulating complementary medicine: should aim for standards not status » [éditorial], *British Medical Journal*, 1996, 312 : 1492-1493.
- Stone J., Matthews J., *Complementary Medicine and the Law*, Oxford, Oxford University Press, 1996.
- Studdert D.M. et coll., « Medical malpractice implications of alternative medicine », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1610-1615.

BIBLIOGRAPHIE

- Studdert D.M., « Legal issues in the delivery of alternative medicine », *Journal of the American Medical Women's Association*, 1999, 54(4) : 173-176.
- Suarez M., Raffaelli M., O'Leary A., « Use of folk healing practices by HIV-infected Hispanics living in the United States » *AIDS Care*, 1996, 8(6) : 683-690.
- Sugarman J., Burk L., « Physicians' ethical obligations regarding alternative medicine » *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1623-1625.
- Summary Report of an International Symposium: Why People Use Complementary and Alternative Medicine: Social Science Perspectives*, University of Toronto, 16-18 avril 1998.
- Sutherland L.R., Verhoef M.J., « Alternative medicine consultations by patients attending a multidisciplinary HIV clinic », *AIDS Patient Care*, 1995, 9 : 106-110.
- Tannock I.F., Warr D.G., « Unconventional therapies for cancer: a refuge from the rules of evidence? » [lettre], *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998, 159 : 801-802.
- [Australia] Therapeutic Goods Administration, Department of Health and Aged Care, *Guidelines for Levels and Kinds of Evidence to Support Claims for Therapeutic Goods – Draft for consultation*, 14 novembre 2000. <www.health.gov.au/tga/docs/pdf/tgaccevi.pdf>
- Towards Integrative Care Report from a National Strategic Planning Meeting on Complementary Therapies and HIV/AIDS. 12-13 January 2001, Montréal*, rapport préparé par I. Grubb et C. McClure, mars 2001.
- Traversa G. et coll. pour le groupe d'étude italien des essais de la multithérapie Di Bella, « The unconventional Di Bella cancer treatment – a reflection on the Italian experience », *Cancer*, 1999, 86 : 1903-1911.
- Truant T., McKenzie M., « Discussing complementary therapies : There's more than efficacy to consider », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160 : 351-352.
- 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>
- United States, Alternative Medicine : Expanding Medical Horizons – A Report to the National Institutes of Health on Alternative Medical Systems and Practices in the United States* (1992).
- US Department of Health and Human Services, *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents*, 5 février 2001. <<http://www.hivatis.org>>
- Vanderhoef S., Gray W. (éd.), *Nashine Ginwenimawazawin – Constant Care, 2-Spirited People of the 1st Nations*, mars 1998.
- Verhoef M., LaValley W., « Integrating complementary medicine and health care services into practice », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1995, 153 : 45-49.
- Verhoef M.J., Russell M.L. et Love E.J., « Alternative medicine use in rural Alberta », *La revue canadienne de santé publique*, 1994, 83(3) : 308-309.
- Vickers A., « Methodological issues in complementary and alternative medicine research: a personal reflection on 10 years of debate in the United Kingdom », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1996, 2(4) : 515-524.

BIBLIOGRAPHIE

- Vickers A., « Recent advances : complementary medicine », *British Medical Journal*, 2000, 321 : 683-686.
- Vickers A., « Regulating complementary medicine: Researchers into complementary therapy do not have to “sacrifice their therapeutic integrity” » [lettre], *British Medical Journal*, 1996, 313 : 882.
- Vickers A. et coll., « How should we research unconventional therapies? A Panel Report from the Conference on Complementary and Alternative medicine Research Methodology, National Institutes of Health », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1997, 13 : 111-121.
- Waldram J.B., Herring D.A. et Young T.K., *Aboriginal Health in Canada : Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*, University of Toronto Press, Toronto, 1998.
- Waring V., Tseng A., Salit I.E., « Complementary Therapy (CT): Changes in patterns of use among HIV clinic patients », XII^e Conférence internationale sur le sida, Genève (1998), abrégé No 42379.
- Weintraub M.I., « Legal implications of practicing alternative medicine » [lettre], *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18) : 1698-1699.
- Wellesley Central Hospital, Toronto, Ontario, *A Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease*, 1998.
- Wertheimer A., *Exploitation*, Princeton, Princeton University Press, 1996.
- Wetzel M.S., Eisenberg D.M., Kaptchuk T.J., « Courses involving complementary and alternative medicine at US medical schools », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(9) : 784-787.
- White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, *WHCCAMP News*, avec renvoi au Presidential Executive Order 13147, 7 mars 2000. <www.whccamp.hhs.gov> [consulté le 7 janvier 2001]
- Wikler D., « Holistic Medicine: Concepts of Personal Responsibility for Health », dans Stalker D. et C Glymour (éd.), *Examining Holistic Medicine*, Buffalo, Prometheus Books, 1989.
- Winslow L.C. et Kroll D.J., « Herbs as medicines », *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 : 2192-2199.
- Wolffers I., de Moree S., « Use of alternative treatments by HIV-positive and AIDS patients in the Netherlands », *Ned Tijdschr Geneesk*, 1994, 138(6) : 307-10. [en néerlandais]
- Wolsko P. et coll., « Alternative/complementary medicine: wider usage than generally appreciated », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2000, 6(4) : 321-326.
- Wong A.H.C., Smith M., Boon H.S., « Herbal Remedies in Psychiatric Practice », *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55(11) : 1033-1044.
- Woolf G.M. et coll., « Acute hepatitis associated with the Chinese herbal product Jin Bu Huan », *Annals of Internal Medicine*, 1994, 121 : 729-735.
- Wynia M.K., Eisenberg D.M. et Wilson I.B., « Physician-patient communication about complementary and alternative medical therapies : a survey of physicians caring for patients with human immunodeficiency virus infection », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1999, 5 : 447-456.

York University Centre for Health Studies, *Complementary and Alternative Health Practices and Therapies : A Canadian Overview*, août 1999.

Zink T., Chaffin J., « Herbal “health” products: what family physicians need to know », *American Family Physician*, 1998, 58 : 1133-1140.

Zollman C., Vickers A., « ABC of Complementary Medicine », *British Medical Journal*, 1999, 319 : 693-696.

Liens Internet

British Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA)
(Complementary and Alternative Therapies Project, Programme d'info-traitements)

<www.bcpwa.org>

CAMline

<<http://camline.org>>

Le site CAMline a été lancé récemment; il renferme une base de données sur les médecines complémentaires/parallèles (MCP), qui se veut une ressource pour guider les professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne, aider à l'élaboration de politiques de santé efficaces et habiliter les consommateurs à prendre des décisions éclairées quant à leur santé. On y trouve de l'information sur un éventail de produits de santé naturels, de MCP et de problèmes de santé; une liste de protocoles et de directives d'institutions, identifiés comme « meilleures pratiques » dans le domaine des MCP; ainsi qu'un dispositif permettant de signaler une réaction indésirable à une MCP et d'effectuer une recherche parmi les cas rapportés. CAMline est le fruit d'un partenariat entre l'Ontario College of Family Physicians, le département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto, la division ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, le Michener Institute for Applied Health Sciences et le Friends of Alternative and Complementary Therapies Society.

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.

Canadian College of Naturopathic Medicine

<www.ccnm.edu>

Établissement d'éducation sans but lucratif « qui tient lieu de collège à la profession de naturopathe, au Canada, et qui est voué à l'excellence de l'éducation, de la pratique clinique et de la recherche en matière de naturopathie ». Le site Web contient un catalogue des ressources du centre de documentation du Collège.

Centre for Complementary Health Studies, University of Exeter

<www.ex.ac.uk/chs>

Site Web qui contient des renseignements au sujet des cours, de la recherche et du personnel du Centre, ainsi que 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* (<www.ex.ac.uk/FACT/index.htm>).

BIBLIOGRAPHIE

Cochrane Collaboration

<www.cochrane.dk>

Organisme international sans but lucratif qui prône la nécessité d'un examen systématique des preuves scientifiques. Sa mission consiste à préparer, maintenir et disséminer des examens systématiques et à jour relatifs à des essais cliniques randomisés dans tous les secteurs des soins de santé. Des équipes de terrain travaillent avec plusieurs groupes de recherche, classés selon leur spécialité, pour mener ces examens systématiques. On a créé un volet Médecine complémentaire en 1996 (**<www.compmed.ummc.umaryland.edu>**), qui a donné naissance au Cochrane Registry of Randomized Controlled Trials in Complementary Medicine [Répertoire Cochrane des essais randomisés dans le domaine de la médecine complémentaire].

Combined Health Information Database (CHID)

<<http://chid.nih.gov>>

Issue d'une collaboration entre des agences fédérales américaines, cette base de données regroupe des informations relatives à la santé et à la maladie conservées dans diverses bases de données du Gouvernement des États-Unis. Elle renferme des dossiers variés au sujet des MCP, qui ont été compilés par le centre de documentation du NCCAM et qui se sont pas accessibles autrement au public.

Direct Access Alternative Information Resources

<www.daair.org>

EMBASE (Excerpta Medica database)

<www3.healthgate.com/>

Cette base de données (produite par Elsevier Science) répertorie plus de 2 500 périodiques internationaux, dont certains portent sur les MCP.

FACT – Friends of Alternative and Complementary Therapies Society

<www.thefacts.org>

Organisme communautaire sans but lucratif qui compte plus de 300 membres, y compris des consommateurs, des médecins, des infirmiers, des praticiens de MCP et des chercheurs. La FACT croit en la démocratisation de l'information sur la santé, par la promotion de renseignements crédibles et utiles sur des pratiques de santé variées, au sein de cultures diverses. L'organisme s'intéresse particulièrement à la manière d'intégrer les MCP et la médecine conventionnelle. Il vise l'éducation de ses membres et du public ainsi que l'échange d'information avec autrui.

Foundation for the Advancement of Innovative Medicine

<www.faim.org/states.htm>

Organisme sans but lucratif fondé en 1991 par des consommateurs du domaine de la santé « afin de rehausser la sensibilisation du public à des options de traitements sûrs et efficaces ». Le site Web offre des mises à jour régulières sur les lois de divers États américains, en ce qui concerne l'accès des patients aux MCP, et des nouvelles sur des initiatives de défense des droits et intérêts pour améliorer l'accès aux « médecines novatrices », aux États-Unis.

BIBLIOGRAPHIE

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.

National Center for Complementary & Alternative Medicine (NCCAM)

(auparavant Office of Alternative Medicine, 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).

Research Council on Complementary Medicine

<www.rccm.org.uk/>

Organisme de charité du Royaume-Uni qui « mène, promeut et favorise une recherche rigoureuse en médecine complémentaire, afin d'encourager des pratiques sûres et efficaces ainsi que l'amélioration des soins offerts aux patients ». 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) et le Consumer Health Information Service (Toronto Public Library).

Réseau canadien d'info-traitements sida

<www.catie.ca>

CATIE est un organisme national à but non lucratif, voué à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) au Canada. Il offre de l'information sur les traitements à l'intention des PVVIH/sida, de leurs familles, de leurs soignants et d'organismes de lutte contre le sida, par le biais d'un site Web complet, de listes électroniques de discussion, de publications et d'une ligne sans frais et bilingue. 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.

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.

BIBLIOGRAPHIE

Santé Canada (Direction des produits de santé naturels)
<www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp/>

Tzu-Chi Institute for Complementary and Alternative Medicine
<www.tzu-chi.bc.ca>

Ce site Web contient des liens vers les sites d'associations professionnelles du domaine des MCP.

[US] Food and Drug Administration
<www.fda.org>

Ce site donne accès au document *Guide to Choosing Medical Treatments* (accessible à <www.fda.gov/oashi/aids/fdaguide.html>) et à des liens vers le programme MedWatch de la FDA (<www.fda.gov/medwatch>) pour signaler des réactions indésirables – y compris un lien vers le Special Nutritional Adverse Event Monitoring System (SN/AEMS) (<<http://vm.cfsan.fda.gov>>).

United Kingdom House of Lords
<www.parliament.the-stationery-office.co.uk>

Ce site Web donne accès au rapport *Complementary and Alternative Medicine* du House of Lords Science and Technology Committee, qui présente un aperçu des MCP au Royaume-Uni, y compris un tour d'horizon des aspects d'ordre juridique/de politiques.

White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy
<www.whccamp.hhs.gov>

Au cours de l'année, ce site Web présentera de l'information sur le travail de la commission mandatée par le Président des États-Unis d'étudier et de rendre compte des questions de politiques relatives aux MCP (on attend un rapport d'ici mars 2002).