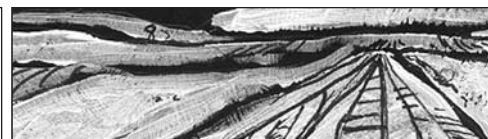


# La médicalisation croissante

Où s'en va la prévention en santé publique ?

## Saviez-vous que...



- « La consommation de médicaments prescrits est fortement liée à la perception de l'état de santé et, plus faiblement, au niveau de détresse psychologique. » (ISQ, 2000, p. 455.)
- Tous les médicaments d'ordonnance, vitamines, minéraux, analgésiques ou produits naturels, présentent des effets secondaires. Les médicaments, qu'ils soient prescrits ou non, comportent des risques pour la santé.
- Dans plusieurs régions du monde, un événement naturel comme la ménopause est perçu et vécu comme un acte de sagesse du corps et non comme une disharmonie causée par les hormones. (Voir la section "Les perceptions et les mythes sur la ménopause" et le cahier *Médecines alternatives et complémentaires*.)
- « Saviez-vous qu'un produit pharmaceutique conçu dans le but de bloquer l'ovulation a été testé presque uniquement sur des hommes ? Que des médicaments antidépresseurs ont été testés seulement sur des sujets masculins, bien que 70 % de ces produits soient prescrits aux femmes ? » (Coutts, 1995, p. 1.)
- « [...] il est important de savoir que les nouveaux médicaments lancés sur le marché n'ont pas tous la valeur qu'on voudrait leur accorder. Selon le *Patented Medicine Review Board*, sur 577 nouveaux produits analysés entre 1991 et 1997, seulement 8,7 % d'entre eux représentaient de réelles avancées en pharmacologie. » (D.E.S. Action Canada, 1999, p. 2.)
- Une équipe de recherche de Vancouver et de Sacramento a questionné 1 431 patients et patientes et 78 médecins de famille pour évaluer l'impact de la publicité des médicaments d'ordonnance dans ces deux groupes. « Bien que la publicité directe des médicaments d'ordonnance soit illégale au Canada, 90 % des patients canadiens participant à l'étude ont dit qu'ils avaient vu des publicités. » (D.E.S Action Canada, 2002, p. 1.)

## Consommation ou prescription excessive de médicaments ?

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a révélé une augmentation considérable de la consommation de médicaments, à ordonnance obligatoire ou en vente libre, chez les personnes âgées de 45 à 64 ans par rapport aux données d'une même enquête réalisée en 1992 et 1993. (ISQ 2000, p. 447.) La proportion de femmes consommant au moins un médicament, soit 63 %, est beaucoup plus élevée que celle des hommes, soit 43 %. (*Id.*, p. 448.) Cet écart n'est pas dû seulement à l'utilisation de médicaments conçus pour les femmes, tels les contraceptifs ou les hormones de remplacement : « l'analyse de la consommation de médicaments par classe révèle que l'usage est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, même pour des classes de médicaments non exclusives aux femmes », par exemple, les analgésiques, les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle ou encore les vitamines et les minéraux. (*Id.*, p. 455.)

L'*Enquête sociale et de santé 1998* soulève également la problématique de la consommation régulière de certaines classes de médicaments comme les tranquillisants, les sédatifs ou les somnifères. (*Id.*, p. 456.) Les risques pour la santé de la consommation excessive de benzodiazépines, une catégorie de médicaments, ont été

reconnus, notamment par la docteure Ruth Cooperstock et ses collègues dès les années 1970. (Cormier 2003, p. 25.) Ces tranquillisants regroupés, entre autres, sous les génériques alprazolam, diazépam ou oxazépam, sont connus respectivement sous les marques commerciales Xanax, Valium, ou Sérax. L'usage prolongé de ces tranquillisants comporte des risques de fractures de la hanche et du fémur, de troubles de la mémoire, voire de démence. (Ashton, 2002.)

Des recherches ont démontré que les médecins manquent d'objectivité au moment du diagnostic de la dépression ou de la prescription de médicaments. Devant des symptômes identiques, ils prescrivent plus facilement des tranquillisants aux femmes qu'aux hommes. (Sereni et Sereni 2002, p. 51.) Il demeure que le taux de dépression est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et ce, partout dans le monde et dans tous les milieux. (*Id.* p. 53.) Sans exclure l'existence de facteurs purement héréditaires ou biologiques (encore les hormones!), il est permis de croire que les conditions socio-économiques et les inégalités sociales pèsent lourd dans cet écart.

### **Surconsommation...**

Une réflexion s'impose sur le phénomène de la surconsommation de médicaments. Le recours aux médicaments donne à tort l'impression de bien gérer sa santé. La consommation de médicaments repose souvent sur la croyance que les pilules règlent tous les problèmes. Il est pertinent de se demander si la prescription d'un ou de plusieurs médicaments n'est pas le résultat obligatoirement attendu d'une consultation médicale réussie.

### **Et "surprescription"**

Il est intéressant de s'interroger si cette surconsommation ne cache pas en fait une "surprescription". Au moment de la prescription, les médecins tiennent-ils toujours compte du dossier de la patiente, de son histoire de vie et de ses antécédents médicaux? La prescription est-elle le fruit d'un choix vraiment éclairé? Le médicament a-t-il été éprouvé par plusieurs études cliniques financées de façon indépendante? La publicité influence-t-elle le choix de tel ou tel médicament? La patiente est-elle informée des effets secondaires possibles, des interactions avec d'autres médicaments? Est-elle informée des raisons qui motivent le choix de ce médicament plutôt que d'un autre? D'autres options aux médicaments ont-elles été envisagées? Les questions de l'alimentation et de l'activité physique, par exemple, ont-elles été abordées?

La surconsommation et la "surprescription" de médicaments entraînent des hausses constantes de coûts de l'assurance-médicaments au Québec. Au cours de l'année 2002 seulement, les coûts ont augmenté de 12 %, soit de 300 millions \$. «Le Québec est la province canadienne où l'on enregistre le plus d'ordonnances par personne.» (Chouinard, 2003.) Il s'agit aussi de la province où l'augmentation des dépenses par personne pour des médicaments d'ordonnance, entre 1985 et 2000, a été la plus importante, soit 404 %, comparativement à 300 % au Canada. (ICIS, 2003.) Un ensemble de facteurs peuvent expliquer ces hausses constantes et successives. Outre la "surprescription" et la surconsommation, il importe d'abord de se questionner sur l'approche thérapeutique qui sous-tend ce phénomène. En amont, deux acteurs importants ont leur part de responsabilité : le gouvernement canadien et l'industrie pharmaceutique.



## La médicalisation des cycles de la vie des femmes

Après la Seconde Guerre mondiale, un modèle médical technico-scientifique, curatif et individualiste prend de l'ampleur en Occident ouvrant la porte à des progrès indéniables en matière de chirurgies, de greffes et de traitements du cancer, notamment. L'expansion de la biomédecine et la découverte de plusieurs médicaments allopathiques<sup>1</sup> d'importance entraînent néanmoins leur lot d'effets pervers. Alors que l'industrie pharmaceutique connaît un essor fulgurant, les cycles naturels de la vie des femmes, comme la grossesse, l'accouchement ou la ménopause, sont médicalisés et considérés graduellement comme des maladies. Cette approche s'impose comme le discours dominant, reconnu et légitime, et représente une promesse de profits quasi illimités pour les compagnies pharmaceutiques.

Réagissant à la médicalisation croissante des cycles normaux de la vie des femmes et au discours biomédical dominant, le mouvement pour la santé des femmes établit deux constats à partir des années 1970 :

- La médicalisation ne peut en aucune manière contribuer à résoudre les problèmes de la discrimination, de la violence et de la pauvreté qui affectent la santé des femmes ;
- Il est anormal de médicaliser systématiquement des phénomènes normaux de la vie des femmes, tels que la puberté, la maternité, la périnatalité, la contraception, la fécondité et la ménopause, car ils ne sont **pas des maladies**.

La médicalisation des cycles naturels de la vie des femmes apparaît comme un instrument de contrôle du corps des femmes et de leur vie.

## Les impacts de la médicalisation des cycles naturels de la vie sur les femmes

La médicalisation des cycles naturels influence les perceptions qu'ont les femmes de leur corps et de leurs problèmes de santé. Selon Maria de Koninck, le fait que l'on prescrive des contraceptifs, des hormones destinées à neutraliser le syndrome prémenstruel, des hormones favorisant la procréation à l'aide de la stimulation des ovaires et des thérapies hormonales à la ménopause renforce le discours sur la vulnérabilité des femmes. Cette définition hormonale de la féminité, selon laquelle le corps féminin est une source de problèmes et de déséquilibre, accentue l'idée que les femmes sont victimes de leurs hormones et qu'il faut constamment les maîtriser pour avoir une vie "normale". (De Koninck, 1990; Ferland, 1995, p. 17.)

*La médicalisation des cycles naturels influence les perceptions qu'ont les femmes de leur corps et de leurs problèmes de santé.*

Cette approche maintient les femmes dans un état de passivité et de dépendance par rapport au personnel professionnel de la santé. Pendant qu'elles s'en remettent aux médecins et aux médicaments pour préserver leur santé, les femmes risquent de délaissé les fondements d'une bonne hygiène de vie comme une alimentation

---

<sup>1</sup> Les médicaments allopathiques, comme les antibiotiques, les antidépresseurs et les anovulants, agissent contre les symptômes et les maladies. Pour une mise en contexte historique, voir le cahier Médecines alternatives et complémentaires.

saine et la pratique régulière d'activités physiques. (Voir la fiche *Autosanté* et les cahiers *Alimentation et Activité physique*.)

## **Le gouvernement fédéral, bien engagé sur l'autoroute de la déréglementation...**

Au Canada, la Direction générale de la protection de la santé du ministère de la Santé (DGPS), semblable à la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, s'est vu confier le mandat de contrôler l'innocuité, la qualité et l'efficacité des aliments et des médicaments ainsi que de surveiller leurs impacts environnementaux ayant des répercussions sur la santé. (Vandelac, Baraldi et Bacon, 1999.) Or, de façon graduelle et constante, depuis plusieurs années, le ministère de la Santé procède au démantèlement de la DGPS. Les objectifs de ce démantèlement, à peine cachés, sont d'accumuler d'importants surplus budgétaires et d'harmoniser la législation sur la protection de la santé avec les politiques internationales économiques et commerciales.

Cette déréglementation, réalisée très progressivement depuis une vingtaine d'années, débute sous le gouvernement de Brian Mulroney. En juillet 1998, le ministère de la Santé annonce finalement son intention de démanteler la DGPS et la loi fédérale sur la santé, dans un document intitulé *Responsabilités partagées, vision partagée, le renouvellement de la législation fédérale en matière de protection de la santé*. En bref, il s'agit de « décharger le ministère de la Santé de ses responsabilités en matière de sécurité des aliments et des drogues pour les confier à l'industrie. » (Vandelac, 1999.) Le gouvernement ne vise rien de moins que la déresponsabilisation des pouvoirs publics sur la protection de la santé. S'appuyant sur les résultats d'un projet de recherche, Louise Vandelac, professeure à l'Université du Québec à Montréal, révèle qu'au moment d'amorcer cette transition, en 1998, le processus de déréglementation est tout compte fait achevé. (Simand et al.)

Au cours des années 1990, la DGPS perd plus de la moitié de son budget global, passant de 237 millions \$ en 1993 et 1994 à 118 millions \$ en 1999 et 2000. (*Id.*) Le budget octroyé à l'examen de la sécurité des aliments passe alors de 63,1 millions \$ en 1993 et 1994 à 22,5 millions \$ en 1997 et 1998. Celui pour la sécurité des médicaments subit le même sort, passant de 69,5 millions \$ à 26,2 millions \$. Ces modifications entraînent la fermeture de plusieurs laboratoires de recherche sur les produits pharmaceutiques et la sécurité des produits alimentaires, ainsi que la dispersion et l'exode de scientifiques réputés pour leurs recherches sur la qualité ou la toxicité des médicaments et des aliments. (*Id.*)

Une fois les organismes de l'État dépouillés de leur mandat de protection du public en matière de sécurité des aliments et des médicaments, ces responsabilités sont confiées à l'industrie pharmaceutique. L'essentiel des budgets de financement pour l'approbation des médicaments est octroyé maintenant à l'industrie pharmaceutique, qui devient le principal fournisseur du ministère de la Santé. Toutefois, les travaux d'enquête et de surveillance sur l'innocuité et la sécurité des produits pharmaceutiques et alimentaires sont considérés, par l'industrie, comme des freins à leurs objectifs de rentabilité à court terme. (*Id.*)

## **L'industrie pharmaceutique, les profits avant la santé...**

Les compagnies pharmaceutiques investissent des millions de dollars dans la promotion et la vente des médicaments et ont recours à diverses stratégies pour s'assurer les plus grandes parts du marché : études cliniques bâclées, études de marché, publicités, pressions pour l'approbation rapide des nouveaux médicaments, chimioprévention, nouveaux médicaments "recyclés", etc. Pour légitimer ses actions, l'industrie pharmaceutique



bénéficie à la fois du discours biomédical dominant, qui lui permet d'agir au nom de la science et de la santé, et de l'appui du gouvernement canadien, qui s'est départi, du moins en partie, de ses responsabilités.

### Les études cliniques financées par l'industrie

Au Canada, 43 % des dépenses pour la recherche en santé sont effectuées par les entreprises privées, c'est-à-dire principalement par l'industrie pharmaceutique. (Reynolds, 2002, p 2.) Une industrie, par ailleurs, subventionnée par l'État. (Petit, 2000.) Les compagnies pharmaceutiques utilisent ce financement pour intervenir dans les recherches cliniques portant sur les effets et l'efficacité des médicaments. (Batt, 2000; Bekelman, Li et Gross, 2003.) Les compagnies s'immiscent dans les diverses étapes des études, comme lors de la conception, du choix des sujets à l'étude, du choix des données analysées puis diffusées, ce qui en compromet gravement l'objectivité. En septembre 2001, douze des plus prestigieuses revues médicales diffusées au niveau mondial publient un éditorial commun afin de préserver la crédibilité et la fiabilité de leurs informations médicales. Pour dénoncer les pratiques non éthiques des compagnies pharmaceutiques, elles annoncent qu'aucun article ne sera publié dorénavant dans leurs pages sans présenter des garanties d'indépendance. (Davidoff *et al.* 2001.)

### Les études de marché

Dans le domaine des études de marché, les compagnies pharmaceutiques achètent les services de IMS Health, une firme qui, notamment, recueille les renseignements détaillés contenus dans les prescriptions, afin de cibler les segments de marchés négligés. (Nadeau, 2001, p. 13.) Avec l'accord de la Commission d'accès à l'information du Québec, les informations détaillées sur les prescriptions sont transmises à IMS Health par le système informatique des pharmacies ou des hôpitaux. (*Id.*) Cette compagnie analyse plus de 250 millions de transactions de données chaque année au Canada pour constituer des « bases de données sur les diagnostics, les tendances des maladies et des traitements, les courbes de prescriptions, la consommation de médicaments, le coût des soins et la dynamique du marché. » (IMS Health, 2001.)

Des médecins reçoivent alors une visite de représentants et de représentantes qui leur distribuent des dépliants informatifs et des échantillons. En ce qui concerne la publicité destinée aux médecins, l'industrie pharmaceutique profite aussi de normes plutôt laxistes et peu appliquées par Santé Canada. Selon une analyse de D.E.S. Action Canada et du Groupe de travail sur les enjeux pour les femmes de la loi fédérale sur la santé, cette publicité est souvent trompeuse, maximisant les avantages des médicaments et sous-estimant les risques de leur consommation. (D.E.S. Action Canada, 2000.)

### La publicité auprès du public

La publicité des médicaments d'ordonnance auprès des consommateurs et consommatrices est **interdite jusqu'à présent au Canada**. Pourtant, cette interdiction n'est guère respectée par les compagnies pharmaceutiques<sup>2</sup>. De plus, Santé Canada travaille à l'assouplissement de la loi. Plusieurs groupes, notamment D.E.S Action Canada,

---

<sup>2</sup> Prenons pour exemple le désormais célèbre Viagra, ou encore Alesse, un anovulant, ainsi que le Prémairine, des hormones de remplacement. Une publicité de Prémairine (Wyeth-Ayerst Canada Inc.) s'intitule : « Votre organisme vous a fourni tous les œstrogènes dont vous aviez besoin pendant 40 ans : Qu'en sera-t-il des 40 prochaines années ? »

s'opposent à cet assouplissement, puisque la **publicité sur les médicaments** accroît les **risques pour la santé de la population**. (D.E.S Action Canada, 2001.)

- La publicité ne fournit pas une information impartiale, complète et essentielle pour prendre des décisions éclairées en matière de santé, son premier objectif étant l'augmentation des ventes du produit.
- Le médicament n'est pas un produit de consommation comme un autre. Même utilisé à bon escient, il comporte des risques d'effets nocifs graves, pouvant même entraîner la mort.
- On ne doit pas aborder de la même manière une personne malade et une personne qui désire s'acheter un nouveau parfum. Une personne malade est bien souvent vulnérable et les choix qu'elle devra faire quant aux traitements offerts peuvent s'avérer extrêmement complexes.
- Ce sont presque toujours les nouveaux médicaments qui sont largement annoncés. Pourtant, et précisément parce qu'ils sont nouveaux, ce sont les produits qui comportent le plus de risques pour la santé, car ils sont moins bien connus. De plus, les nouveaux médicaments ne sont pas nécessairement plus efficaces ou plus sûrs, mais ils sont généralement plus chers.
- Les messages publicitaires de l'industrie pharmaceutique ne comportent aucune information sur la prévention, sur la promotion de la santé et sur les déterminants de la santé. Certains organismes spécialisés et des groupes communautaires se chargent de ce type d'information non centrée sur un traitement et qui tient compte de tous les facteurs en cause.

L'influence de la publicité risque de nuire à la qualité des prescriptions des médecins. En effet, une étude canado-américaine démontre que des médecins adoptent souvent une attitude ambivalente au moment de la prescription d'un nouveau médicament demandé par le ou la patiente, c'est-à-dire qu'ils ou elles prescrivent ces médicaments en dépit des réserves qu'ils éprouvent. (Mintzes, 2002, p. 279.)

La publicité sur les nouveaux médicaments se présente souvent sous la forme d'une information neutre dans les médias. Selon un rapport de recherche du Centre canadien de politiques alternatives (CCPA), les journaux canadiens communiquent des renseignements incomplets sur les nouveaux médicaments. (Cassels *et al.*, 2003.) Dans la majorité des articles des vingt quotidiens examinés dans cette étude, les journalistes accentuent les bienfaits des médicaments sans en détailler les risques potentiels. Les contre-indications ne sont mentionnées que dans 4 % des articles et la source de financement des études cliniques est mentionnée dans moins de 3 % des cas. (CCPA, 2003 ; Cassels *et al.*, 2003.) Selon la même étude, l'information indépendante n'est pas toujours accessible aux journalistes. Le CCPA espère que ce rapport les outillera pour améliorer la qualité des articles sur les nouveaux médicaments. (CCPA, 2003.)

### **L'approbation rapide des nouveaux médicaments**

Aujourd'hui, la tendance principale consiste à réduire les critères d'évaluation concernant les nouveaux médicaments. C'est, à tout le moins, ce que réclame activement l'ICH (International Conference on Harmonisation of Technical Requirements), un organisme créé en 1990. L'ICH est issu de trois associations de compagnies pharmaceutiques représentant 80 % du marché mondial aux États-Unis, dans l'Union européenne et au Japon, ainsi que des agences gouvernementales de ces pays. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Santé Canada y participent sans droit de vote. (APSF, 2002, p. 2.) L'ICH souhaite harmoniser les normes d'approbation des nouveaux médicaments et en accélérer le processus. L'approbation rapide des nouveaux médicaments risque de



compromettre la sécurité du public, de gonfler les coûts et de faire baisser la vente de médicaments reconnus pour leur absence de nocivité. (*Id.* p. 4-5.)

Les résultats de certaines études appellent pourtant à une plus grande vigilance et non à une réduction des critères d'évaluation : « Les chercheurs ont estimé que les médicaments sont à l'origine de 75 000 à 100 000 décès par an aux États-Unis. En conséquence, les réactions indésirables aux médicaments se classeraient entre le quatrième et le sixième rang des causes principales de décès. » (D.E.S Action Canada, 1999, p. 2.) Au Canada, la consommation de médicaments serait responsable d'environ 10 000 mortalités chaque année. La publication de ces cas extrêmes a cependant pour effet de masquer tous les effets secondaires indésirables possibles. Les médicaments sont parfois mal prescrits, inappropriés ou mal utilisés. De plus, les effets indésirables des nouveaux médicaments mis sur le marché sont plutôt méconnus.

- Avant leur mise en marché, les médicaments sont testés sur 2 000 à 3 000 personnes, ce qui représente un échantillon limité puisque les réactions indésirables graves touchent moins d'une personne sur 800. Ces tests ont peu de chance de faire ressortir les effets indésirables possibles avant la mise en marché. Mais, ces effets indésirables deviendront évidents lorsque ces médicaments seront utilisés par des milliers voire des millions de personnes.
- L'ICH veut aussi simplifier l'ensemble du processus en éliminant certains tests de "carcinogénicité" des médicaments. Ces tests sont pratiqués sur les rongeurs et déterminent les risques de développer un cancer. En éliminant ces tests, on expose les humains à un risque de cancer non déterminé.
- L'ICH souhaite également diminuer de 12 à 9 mois la période d'évaluation de la toxicité d'un médicament sur des animaux non rongeurs. (APSF, 2002, p. 8.)
- L'ICH désire diminuer le nombre d'essais sur des humains ainsi que le nombre de participants aux essais. (*Id.*, p. 7-8.)
- L'ICH ne garantit absolument pas la présence de femmes participant aux études, bien que le Canada et les États-Unis aient déjà adopté des lignes directrices en cette matière. (*Id.*, p. 5.) Les femmes continueront donc à utiliser des médicaments uniquement testés sur des hommes.
- Après la mise en marché d'un nouveau médicament, il existe un système de pharmacovigilance qui vise à repérer les effets indésirables liés à sa consommation. Toutefois, ce système s'appuie sur un rapport rédigé **sur une base volontaire** soit par les personnes directement atteintes, soit par les médecins, les pharmaciens et les pharmaciennes ou les infirmières. Rien n'oblige ces personnes à communiquer les effets indésirables et comme cette procédure est compliquée, peu d'effets sont rapportés.
- Au Canada, les décisions concernant la mise en marché d'un nouveau produit pharmaceutique sont prises à huis clos entre la Direction générale de la protection de la santé et la compagnie concernée. Pour des raisons de confidentialité commerciale, ni la population ni les médecins n'ont accès aux rapports d'évaluation.

### La chimioprévention : une pratique risquée

La chimioprévention consiste à donner des médicaments à des personnes en santé dans le but de prévenir des maladies. Selon D.E.S. Action Canada, cette pratique représente une menace plutôt qu'un bienfait puisqu'elle vient brouiller les frontières entre la **médecine** et la **santé publique**. Alors que la médecine doit **traiter** les



maladies, la santé publique est censée **prévenir** les maladies par l'approvisionnement en eau potable, des mesures contre la pollution de l'air et la pollution par le bruit, des mesures d'hygiène alimentaire, des conditions saines de logements et la santé et la sécurité au travail. (Batt, 2002.) **La prévention de maladies par la médication, qui est loin d'avoir fait ses preuves, risque de mettre en péril le modèle de prévention de la santé publique et d'induire plus de laxisme quant aux enjeux environnementaux, c'est-à-dire les risques provenant de la nourriture, de l'eau contaminée, de l'air pollué, des radiations et des risques chimiques.**

L'hormonothérapie représente un exemple éloquent du caractère commercial et quasi idéologique de la chimioprévention. Jusqu'à tout récemment, les hormones de remplacement ont été recommandées pour prévenir notamment les maladies du cœur, et ce, malgré l'absence de données scientifiques rigoureuses et complètes établissant le bien-fondé de cette pratique. (Batt, 2002, p. 3.) Les autorités ont conclu, d'une manière hâtive, aux vertus préventives de l'hormonothérapie. Au cours des années 1990, les résultats de plusieurs petites recherches ont remis en question cette assertion. Puis, en juillet 2002, une vaste étude du WHI, largement médiatisée, a conduit les autorités médicales à admettre que les hormones de remplacement n'avaient aucune incidence dans la prévention des risques de maladies cardiovasculaires. Ces études indiquent au contraire qu'elle peut en accroître le risque. Sur l'épineux sujet de l'hormonothérapie, il est donc conseillé de bien se renseigner, car les risques et les effets secondaires de cette médication peuvent l'emporter sur ses avantages. (Voir le cahier *Hormonothérapie*.) Il existe d'autres options pour traiter, par exemple, les bouffées de chaleur. (Voir le cahier *Médecines alternatives et complémentaires*.)

Pour augmenter ses profits, l'industrie pharmaceutique travaille activement à transformer des facteurs de risques en maladie, ce qu'on appelle dans des écrits, le "marché de la peur", ou *marketing of fear*. (Moynihan, Heath et Henry, 2002.) L'ostéoporose, par exemple, entraîne un risque accru de fracture, mais n'est pas une maladie en soi. (Voir la fiche *Ostéoporose*.) On assiste ainsi à une commercialisation de la maladie dont la peur constitue le fer de lance.

**Prescrire à des femmes en santé des médicaments à titre préventif est risqué, coûteux, et surtout douteux quant à l'efficacité réelle.**

*Pour augmenter ses profits, l'industrie pharmaceutique travaille activement à transformer des facteurs de risques en maladie, ce qu'on appelle dans des écrits, le "marché de la peur", ou marketing of fear.*

### **Ces médicaments nouveaux ou recyclés**

« [...] moins de 9 % des nouveaux médicaments approuvés au Canada de 1991 à 1997 furent considérés comme une réelle percée pharmacologique selon les critères du Bureau de révision des médicaments brevetés. La plupart des produits ont été développés pour des raisons commerciales sans qu'ils soient plus sécuritaires ou plus efficaces que les médicaments existants. » (APSF, 2002, p. 11.)

Aucune norme et aucun règlement n'obligent les compagnies pharmaceutiques à combler les besoins en médicaments, par exemple des médicaments pour lutter contre des maladies tropicales, ni à se pencher sur les besoins de la population. (APSF, 2002, p. 11-12.) De plus, aucune règle ne contraint les compagnies à fournir la preuve que les nouveaux médicaments sont plus efficaces ou plus sécuritaires que les médicaments existants. (*Id.* p. 11.)



## Pourquoi réglementer

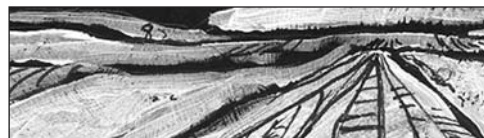
Plusieurs organismes pour la santé des femmes sont inquiets des modifications en cours et de la proposition de Santé Canada visant l'assouplissement de la loi sur la réglementation des médicaments et des instruments médicaux. Ces groupes exigent plutôt des normes plus rigoureuses que celles préconisées en ce moment par Santé Canada, et ce, pour plusieurs raisons.

- Les femmes sont les principales utilisatrices des services de santé et le nombre de prescriptions de médicaments est plus élevé pour les femmes que pour les hommes.
- Dans l'histoire de la recherche pharmaceutique, les médicaments ont surtout été testés sur des hommes. Au Canada, de nombreux médicaments, utilisés par des femmes, n'ont été testés que sur des hommes. Plusieurs raisons justifient cette pratique : une crainte des effets des médicaments sur le fœtus si une femme devient enceinte pendant le processus de recherche ; une crainte que les fluctuations hormonales du cycle menstruel ne viennent fausser les résultats des recherches ; un coût plus élevé des recherches en raison de ces aléas. En outre, plus un médicament est mis en marché rapidement, plus il sera rentable. Or, les recherches incluant des femmes peuvent ralentir ce processus de mise en marché. Les compagnies pharmaceutiques n'y voient donc que des désavantages.
- « Il n'y a aucune audience publique ni consultation lors de l'approbation d'un nouveau médicament au Canada. Ainsi, ni les organismes canadiens qui représentent les femmes, ni les femmes atteintes d'une maladie ou d'un problème de santé particulier ne peuvent se faire entendre auprès de la Direction générale de la protection de la santé, lors de l'étude d'un produit destiné uniquement aux femmes. » (D.E.S Action Canada, 2002.)
- Les femmes ont été les principales victimes de plusieurs désastres occasionnés par certains médicaments ou instruments médicaux comme la thalidomide, les implants mammaires et autres. Pour éviter que cela ne se reproduise, il faut exiger des mesures plus strictes, et non un allègement des contrôles.
- Les femmes, responsables en grande majorité des soins de santé à la maison, deviennent la cible des publicités pour une très grande variété de médicaments destinés à tous les membres de la famille.

Un nombre croissant de médecins et de revues médicales sérieuses, sans oublier les thérapeutes des médecines alternatives et complémentaires, s'inquiètent de la médicalisation croissante des étapes normales de l'existence, de l'emprise de l'industrie pharmaceutique sur notre système de santé et du silence complice des gouvernements.

Il est recommandé de bien s'informer! (Voir aux pages suivantes la "Bibliographie" et les références des "Organismes et sites Internet".)

## Références



### BIBLIOGRAPHIE

ACTION POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES FEMMES (APSF). (2002). *Qui en profite ? : l'harmonisation internationale de la réglementation des nouveaux médicaments*. [Montréal ?] : Action pour la santé des femmes; D.E.S. Action Canada, 15 p. (Protéger notre santé : les nouveaux défis).

ASHTON, C.H. (2002) «Chapter 1 : The benzodiazepines : what they do in the body». Dans *Benzodiazepines: how they work and how to withdraw*. University of Newcastle (England) : Neurosciences Division of Psychiatry [en ligne] [Réf. du 15 mars 2004].

Disponible sur Internet: <http://www.benzo.org.uk/manual/bzcha01.htm>

BARALDI, R. (1997). «Subventions provenant de l'industrie pharmaceutique : l'argent n'a pas d'odeur». *D.E.S. Action Canada*, No 51 (été), p. 1-5. [en ligne]. [Réf. du 17 mars 2004].

Disponible sur Internet : <http://www.web.net/~desact/francais/public/company.html>

BATT, S. (2000). «La recherche universitaire médicale est-elles à vendre ? : résumé de l'éditorial de Marcia Angell publié dans le New England Journal of Medicine, mai 2000». *Bulletin D.E.S. Action Canada*. No 62 (été), p. 1-6.

BATT, S. (2001) . «Prévenir par des pilules et traiter les risques : l'oubli du «sens commun» dans les nouvelles politiques canadiennes en santé publique». *Bulletin D.E.S. Action Canada*, No 64 (hiver) [en ligne]. [Réf. du 18 mars 2004].

Disponible sur Internet : <http://www.web.net/~desact/francais/public/prevenir.htm>

BATT, S. (2002). *La prévention de la maladie : les médicaments sont-ils la solution ?* [Montréal ?] : Action pour la santé des femmes; *D.E.S. Action Canada*, 11 p. (Protéger notre santé : les nouveaux défis).

BEKELMAN, J.E, LI, Y., GROSS, C.P. (2003). «Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research». *JAMA*. Vol. 289. no 4 (January), p.454-465.

Résumé disponible sur Internet : <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/289/4/454>

BRETON, G. (2002). «Le coût des médicaments : le profit élevé est le symptôme d'un monopole». *L'aut'journal*. No 209 (mai), p. 3.

CASSELS *et al.* (2003). *Drugs in the news : how well do Canadian newspapers report the good, the bad and the ugly of new prescription drugs ?* Ottawa: Canadian Center for Policy Alternatives, 44 p.

Disponible sur Internet : [http://www.policyalternatives.ca/bc/drugs/drugs\\_in\\_news.pdf](http://www.policyalternatives.ca/bc/drugs/drugs_in_news.pdf)

CENTRE CANADIEN DE POLITIQUES ALTERNATIVES (CCPA) (2003). «Les journaux font l'éloge des bienfaits des nouveaux médicaments mais passent les risques sous silence : les médicaments d'ordonnance : les consommateurs n'ont pas toute l'information». *Le Réseau canadien pour la santé des femmes*. Résumé de rapport. Nos 2-3 (printemps-automne), p. 11-13.

Disponible sur Internet: <http://www.cwhn.ca/network-reseau/6-23f/6-23pg5.html>

CHOUINARD, T. (2003). «Assurance-médicament : deux assurés sur trois paieront plus cher». *Le Devoir.com* [en ligne]. [Réf du 15 mars 2004]

Disponible sur Internet : <http://www.ledevoir.com/2003/06/12/29714.html>

CORMIER, R.A. (2003). «La prescription excessive de benzodiazépines». *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes*. Vol. 3, no 2 , p.25.

COUTTS, J. (1995) «L'évaluation des médicaments : le biais de la recherche pharmaceutique : les sujets sont principalement masculins». *Bulletin D.E.S. Action Canada*. Nos 41-42, (hiver-printemps), p. 1-4.

DAVIDOFF, F. *et al.* (2001). «Sponsorship, authorship and accountability». *The New England Journal of Medicine*. Vol. 345, no 11 (Sept.13), p. 825-827.

- DE KONINCK, M. (1990). « L'autonomie des femmes : quelques réflexions-bilan sur un objectif ». *Santé mentale au Québec*. Vol. 15, no 1.
- D.E.S. ACTION CANADA. (2002). « Une étude Canado-américaine démontre que les soins aux patients sont influencés par la publicité des médicaments ». *Bulletin D.E.S. Action Canada*. No 67, (hiver-printemps).  
Disponible sur Internet : <http://www.web.net/~desact/francais/whatsn/1new.htm>
- D.E.S. ACTION Canada (1999). « 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* [en ligne]. [Réf. du 15 mars 2004].  
Disponible sur Internet : <http://www.web.net/~desact/francais/public/medicam.htm>
- DORION, F. et al. [2002]. *Gestion autonome de la médication de l'âme : mon guide personnel*. Montréal : Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), 84 p.
- FERLAND, I. (1995). *Femmes et psychiatrie ou contrôle social et médicalisation de la souffrance des femmes*. Sous la supervision de David Cohen. 134 p. Thèse de maîtrise en Service social, Université de Montréal
- GENDRON, C. (2001a). « La ménopause : les dessous de la médicalisation ». *Une véritable amie : pour les femmes dans la force de l'âge*. Vol. XVII, no 9 (février), p. 1-4 ; 6.
- GENDRON, C. (2001b). « La ménopause : les dessous de la médicalisation ; 2e partie. ». *Une véritable amie : pour les femmes dans la force de l'âge*. Vol. XVII, no 10 (mars), p. 1-3
- IMS HEALTH. (2002). « Tout sur IMS au Canada : l'histoire de l'IMS ». *IMS Health Canada* [en ligne]. [Réf. du 17 juin 2002].  
Disponible sur Internet : [http://www.imshealthcanada.com/htmfr/2\\_1.htm](http://www.imshealthcanada.com/htmfr/2_1.htm)
- IMS HEALTH. (2001). « Information : savoir, pouvoir ». *IMS Health* [en ligne]. [Réf. du 22 mars 2004].  
Disponible sur Internet : [http://www.imshealthcanada.com/htmfr/pdf/2\\_0.pdf](http://www.imshealthcanada.com/htmfr/pdf/2_0.pdf)
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ [ICIS] (2003). *Dépenses en médicaments au Canada de 1985 à 2002*. [Ottawa] : ICIS, 137 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2000). *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, 642 p. (Collection la santé et le bien-être).
- LÉPINE, P., RUELENS, D. (2002). *La ménopause : aux hormones ou au naturel ? : une approche intégrée*. Outremont : Quebecor, 170 p.  
Ce livre est une source d'informations importante et pertinente sur les risques et les bienfaits de l'hormonothérapie. Il comporte également une deuxième partie qui présente certaines alternatives à ce traitement.
- MC ILROY, A. (2003). « High anxiety ». *Globe and Mail*. September 20.
- MINTZES, B. et al. (2002). « Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patient's request on prescribing decisions : to site cross sectional survey ». *British Medical Journal (BMJ)*. Vol. 324 (Feb), p.278-279.
- MINTZES, B., BARALDI, R. (2000). « Publicité directe des médicaments d'ordonnance : lorsque la prévention des risques n'est plus une priorité ». *D.E.S. Action Canada* [en ligne]. [Réf. du 18 mars 2004].  
Disponible sur Internet: [http://www.whp-apsf.ca/fr/documents/pdmo\\_pr.html](http://www.whp-apsf.ca/fr/documents/pdmo_pr.html)
- MOYNIHAN, R., SMITH, R. (2002). « Too much medicine ? » *British Medical Journal (BMJ)* [en ligne]. No. 324, (avril) p.859-860 [Réf. du 15 avril 2002].  
Disponible sur Internet :  
[http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7342/859?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=too+much+medicine&searchid=1079622639110\\_10825&stored\\_search=&FIRSTINDEX=0&volume=324&issue=7342](http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7342/859?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=too+much+medicine&searchid=1079622639110_10825&stored_search=&FIRSTINDEX=0&volume=324&issue=7342)
- MOYNIHAN, R., HEATH, I., HENRY, D. (2002). « Selling sickness : the pharmaceutical industry and disease mongering ». *British Medical Journal (BMJ)* [en ligne]. No. 324, (avril) p.886-891 [Réf. du 18 mars 2004].  
Disponible sur Internet :  
[http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7342/886?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&andorex-acttitle=and&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1079623011186\\_11046&stored\\_search=&FIRSTIN-](http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7342/886?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&andorex-acttitle=and&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1079623011186_11046&stored_search=&FIRSTIN-)

DEX=0&sortspec=relevance&volume=324&firstpage=886&resourcetype=1,2,3,4

NADEAU, G. (2001). « Protection des renseignements personnels : les prescriptions, scrutées par beaucoup de monde ». *Direction informatique*. Vol. 14, no 8 (août), p.13.

PETIT, M. (2000). « Financement public des activités de recherche et de développement des compagnies pharmaceutiques : où est l'intérêt public ? » *D.E.S. Action Canada* [en ligne]. [Réf. du 15 mars 2004].  
Disponible sur Internet : <http://www.web.net/~desact/francais/public/financem.htm>

REYNOLDS, E. (2002). « Financement et recherche médicale : mainmise de l'industrie et risques pour le public ». *Bulletin D.E.S. Action Canada*. No. 68, p. 2-4.

SACKETT, D.L. (2002). « Hormone replacement therapy : the arrogance of preventive medicine ». *Canadian Medical Association Journal*. [en ligne]. Vol. 167, no 4 (August). [Réf. du 18 mars 2004]  
Disponible sur Internet : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/167/4/363>

SERENI C. et SERENI, D. (2002). *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*. Paris : Odile Jacob, 198 p.

SERVAN-SCHREIBER, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Paris : Robert Laffont, 301 p. (Réponses).

SIMAND, S. et al. (1999) *Ensuring Women's Voices are Heard in Health Protection Legislation (Health Systems and Health Policy Research)*. Toronto : Centre d'excellence en santé des femmes ; Université York.

VANDELAC, L., BARALDI, R., BACON, M.-H. (1999). « Quand l'État confie la « protection » de la santé aux entreprises ». *Éthique publique*. Vol.1, 18 p.  
Disponible sur Internet : <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/whp/quand-etat.pdf>

## ORGANISMES ET SITES INTERNET

### Action pour la protection de la santé des femmes (APSF)

<http://www.whp-apsf.ca/fr/>

### Association médicale canadienne

<http://www.amc.ca/cma/common/start.do?lang=1&skin=130>

Une source d'information indépendante des compagnies pharmaceutiques, selon le rapport du Centre canadien de politiques alternatives. (Cassels et al., 2003, p. 37.)

### Conseil du médicament (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec)

<http://www.cdm.gouv.qc.ca/fr/>

### D.E.S Action Canada et D.E.S Action Québec

Téléphone : (514) 482-3204

Sans frais : 1-800-482-1DES

Site Internet : <http://www.web.net/~desact/>

D.E.S Action Canada est un Groupe particulièrement préoccupé par la médicalisation excessive de la vie des femmes. Il offre la publication de dépliants, une liste de référence de gynécologues et urologues à travers le Canada, ainsi qu'un centre de documentation.

### Drug and Therapeutics Bulletin

<http://www.dtb.org.uk/dtb/index.html>

Une source d'information indépendante des compagnies pharmaceutiques, selon le rapport du Centre canadien de politiques alternatives. (Cassels et al., 2003, p.37.)

### The Health Research Group

<http://www.citizen.org/hrg/>

Une source d'information indépendante des compagnies pharmaceutiques, selon le rapport du Centre canadien de politiques alternatives. (Cassels et al., 2003, p. 37.)



**IMS Health Canada**

[www.imshealthcanada.com](http://www.imshealthcanada.com)

**Therapeutics Letter**

<http://www.ti.ubc.ca/pages/letter.html>

Une source d'information indépendante des compagnies pharmaceutiques, selon le rapport du Centre canadien de politiques alternatives. (Cassels et al., 2003, p. 37.)

**Worst Pills, Best Pills**

<http://www.worstpills.org/>

Une source d'information indépendante des compagnies pharmaceutiques, selon le rapport du Centre canadien de politiques alternatives. (Cassels et al., 2003, p. 37.)



### La prise de médicaments dans ma vie : où en suis-je ?

Comprimés, sirops, pompes nasales, timbres, onguents, suppléments, vitamines... La liste des médicaments consommés peut être longue. Et pourtant, les médicaments ne sont pas des produits de consommation comme les autres. S'ils peuvent sauver une vie, ils risquent également de jouer de vilains tours. Il vaut mieux être bien informée afin de s'assurer de ne prendre que ce qui est bon et nécessaire pour sa santé.

Dans un contexte de surmédicalisation des phénomènes normaux de la vie, la "surprescription" et la surconsommation de médicaments semblent devenir de plus en plus courantes, voire banales. Comment s'assurer d'en faire une consommation adéquate ? En posant les bonnes questions, en faisant un bilan de sa situation et, au besoin, en faisant du ménage dans ses dossiers et ses médicaments.

#### Les bienfaits recherchés

Les médicaments que je consomme en ce moment contribuent-ils à améliorer ma qualité de vie ? Quels sont leurs effets, positifs ou négatifs :

- sur mon corps ? \_\_\_\_\_
- sur mon esprit ? \_\_\_\_\_
- sur mes activités (loisirs, travail, etc.) ? \_\_\_\_\_

Est-ce qu'ils répondent bien à mes attentes ?

Est-ce que mon ou ma médecin les considère comme adaptés à mon état de santé ?

#### Je désire et j'ai le droit d'être mieux informée !

Est-ce que je sais exactement dans quel but tel médicament m'est prescrit ?

M'a-t-on expliqué son action ? Quand le prendre ? Comment ?

M'a-t-on informée des effets secondaires possibles, des interactions avec d'autres médicaments, suppléments ou aliments comme l'alcool ou la caféine ?

Depuis combien de temps est-ce que je prends ce médicament ?

Pendant quelle période devrais-je continuer à le prendre ?

M'a-t-on indiqué les éléments à observer ?

Est-ce que je note mes observations depuis que je prends ce médicament ?

Est-il prévu que ma condition soit réévaluée afin d'ajuster, s'il y a lieu, ma médication ? Si oui, quelle personne compétente fera cette réévaluation ? À quel intervalle ? Sinon, pourquoi ?

Si j'éprouve certains malaises ou des difficultés, est-ce que je peux joindre rapidement mon ou ma médecin ou mon pharmacien ou ma pharmacienne ? Sinon, quelle serait la personne-ressource à contacter ?



Ai-je entrepris certains changements dans mes habitudes de vie ayant un effet favorable ou défavorable sur ma santé ?

Quelles sont les ressources que je consulte habituellement pour obtenir de l'information concernant mes médicaments ? (Médecin, pharmacien ou pharmacienne, service Info-santé du CLSC, feuillets d'information, site Internet, personnes proches, etc.) Mes sources sont-elles suffisantes et fiables ?

### Je désire passer à l'action !

Quelques idées de pistes d'action...	Oui	À faire
J'ai un ou une médecin de famille, qui possède un dossier détaillé de mon état de santé, qui connaît mon histoire médicale, mes traitements et mes médicaments actuels. Le risque d'erreur s'en trouve ainsi réduit.		
J'ai recensé le nombre de cliniques où j'ai un dossier médical et j'ai résumé l'essentiel des informations qui s'y trouvent dans un carnet personnel de santé. Je peux ainsi plus facilement informer le personnel professionnel de la santé que je consulte.		
J'ai une liste et les coordonnées du personnel professionnel me suivant pour un problème précis de santé, par exemple une gynécologue.		
Je fais le ménage de ma pharmacie au moins une fois par année. Les médicaments qui sont expirés et mal conservés, ceux n'étant plus dans leur contenant original ou dont l'étiquette n'est plus lisible sont remis à un pharmacien ou à une pharmacienne pour une élimination sécuritaire et écologique.		
J'ai une liste de tous les médicaments que je consomme, prescrits ou sans ordonnance. Pour chacun, j'ai noté le nom, la posologie comme le nombre de comprimés par jour, et le dosage comme la quantité de médicaments par comprimé. Par exemple, 10 MG CO signifie 10 milligrammes (MG) par comprimé (CO).		
J'ai une liste de questions à poser à mon ou ma médecin ou à ma pharmacienne ou mon pharmacien concernant la prise de tel médicament.		
Je fais faire mon bilan de santé complet périodiquement, soit une fois par année.		
Lorsque je songe à réduire ou à cesser le recours à un médicament, j'en discute avec mon ou ma médecin ou avec mon pharmacien ou ma pharmacienne.		

Autre action que j'aimerais poser :



Les médicaments auront toujours leur utilité. Toutefois, prévoir et maintenir une bonne hygiène de vie demeurent encore les meilleures façons de préserver sa santé. Tenter de réduire ou de mieux gérer son stress, se reposer suffisamment, bien s'alimenter, être la plus active possible sont d'excellentes manières de prévenir divers problèmes de santé.

## Que faire si je veux diminuer ma consommation de médicaments ?

Si vous souhaitez réduire votre consommation de médicaments (analgésiques, tranquillisants, etc.) ou cesser l'usage de certains d'entre eux (hormones, somnifères, etc.), il est suggéré d'en parler d'abord à votre médecin. Une professionnelle ou un professionnel de la santé, de même qu'un ou une thérapeute en médecines alternatives et complémentaires peuvent aussi prodiguer des conseils stratégiques et du réconfort, et éventuellement vous proposer des alternatives. Sur cette question, voir les cahiers *Alimentation, Activité physique, Hormonothérapie, Médecines alternatives et complémentaires* ainsi que les fiches *Autosanté* et *Stress*.

## La gestion autonome de la médication de l'âme : un guide pour celle qui s'interroge sur la place et les effets de sa médication dans sa vie.

**Vous aimeriez réduire ou arrêter votre médication de l'âme...** Comme les antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, neuroleptiques ou antipsychotiques, antiparkinsoniens, anxiolytiques, ou tranquillisants et somnifères.

*Mon guide personnel* est un outil conçu à l'intention des personnes qui désirent entreprendre une réflexion sur l'impact de la médication de l'âme sur leur vie en vue d'en arriver à une qualité de vie plus satisfaisante. Ce guide se veut un outil de cheminement personnel tenant compte de la réalité et du vécu de la personne concernée. (Voir la fiche *Détresse psychologique*.)

Pour obtenir de l'information sur ce guide, contacter le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec au (514) 523-7919 ou l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec au (514) 523-3443.

**Mise en garde :** Certains médicaments prescrits peuvent vous sauver la vie ! Plusieurs problèmes de santé nécessitent une médication et un suivi médical (maladies cardiaques, diabète, etc.). Les médecines alternatives et complémentaires contribuent dans certains cas à diminuer les effets secondaires de certains médicaments. Il est possible éventuellement d'utiliser simultanément des traitements conventionnels et complémentaires ou de passer sans heurts d'une thérapie à une autre. Pour traiter des maladies fonctionnelles plutôt qu'organiques, il existe des alternatives efficaces aux médicaments prescrits. Toutefois, il demeure tout aussi important de bien se renseigner. (Voir le cahier *Médecines alternatives et complémentaires*.)