

**La formation «Notre soupe aux cailloux» :
connaître et comprendre pour passer à l'action**

Isabelle Mimeault, responsable de la recherche,
Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)
4245 rue Laval, Montréal (Québec), H2W 2J6
mimeault@rqasf.qc.ca

**Mots-clés : Médicaments – Hormonothérapie – Biomédecine – Approches
alternatives – Féminisme - Éducation populaire**

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) a conçu une formation sur la santé des femmes au mitan. Un sondage réalisé auprès de 50 organismes et des consultations de groupes (femmes de 45-55 ans) ont montré que l'hormonothérapie et ses effets, de même que les alternatives à ce traitement préoccupent les femmes. Des entrevues individuelles avec des animatrices d'expérience ont complété la collecte des informations pratiques. La littérature scientifique sur les inconforts à la ménopause, les problèmes de santé physique ou mentale et les différentes approches adoptées en prévention ou en traitement a été examinée. Selon le discours biomédical, les femmes devraient adopter l'hormonothérapie substitutive. À l'encontre de ce discours, l'approche féministe en santé privilégie une démarche préventive plutôt que curative, et discute des enjeux sociaux et politiques de la santé de toutes les femmes.

Introduction

Depuis quelques années, les groupes de femmes reçoivent de plus en plus de demandes d'information sur la ménopause et les moyens de la vivre positivement. L'hormonothérapie et les effets de cette médication de même que les alternatives à ce traitement se situent au cœur des préoccupations d'un grand nombre de femmes. Celles-ci sont aux prises avec une surabondance d'informations, parfois contradictoires, et ne savent plus vers quelle autorité se tourner. Elles veulent *comprendre* la situation et prendre les meilleures décisions pour leur santé. De leur côté, bon nombre de groupes et

d'intervenantes ne se sentent pas outillés adéquatement pour répondre aux préoccupations des femmes.

Dans ce contexte, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)¹, qui compte 117 membres collectifs dans tout le Québec et qui coordonne un comité multidisciplinaire sur la ménopause, a conçu un projet d'éducation populaire. Nous voulons contribuer à la formation continue d'animatrices d'expérience et à la formation d'une relève d'animatrices d'activités sur la ménopause dans les organismes communautaires et les CLSC. Au préalable, une recherche a été réalisée pour mettre à jour l'information théorique et scientifique ainsi que les connaissances pratiques acquises sur le terrain. De la ménopause, nos préoccupations se sont élargies à un ensemble de questions relatives à la santé des femmes au mitan. La trousse de formation *Notre soupe aux cailloux*² propose un éventail de textes d'information et de réflexion, de même que divers exercices pratiques et outils d'animation que nos collaboratrices ont accepté de partager.

Nous présenterons d'abord le contexte et les objectifs de nos travaux ainsi que l'approche féministe de la santé des femmes et la méthodologie de recherche. Nous questionnerons ensuite les enjeux socio-économiques et politiques autour de l'information diffusée sur le médicament, notamment en ce qui concerne la santé des femmes au mitan de la vie : à qui accorde-t-on le monopole de la parole légitime (et pourquoi) ? Nous exposerons également la démarche que propose la trousse de formation, une démarche préventive et globale, plutôt que curative et spécifique. Enfin, nous serons en mesure d'élargir notre

¹ Le RQASF est un organisme multidisciplinaire de réflexion et d'action qui travaille dans une perspective féministe à l'amélioration de la santé et des conditions de vie des femmes.

² Le titre de la trousse, un peu inusité, tient son origine d'une vieille légende française (ou russe, a-t-on appris) qui raconte comment une femme, sise au milieu d'un lointain village avec un chaudron, de l'eau et quelques cailloux seulement, est parvenue à concocter une soupe aussi délicieuse que consistante grâce à la contribution des autres villageoises : l'une fournit un chou, l'autre quelques épices, une autre ajouta deux ou trois carottes... Chacune apporta ce qu'elle pouvait pour participer au projet. C'est dans cet esprit de collaboration que fut cuisiné cette formation communautaire qui a voulu rallier les savoirs sur le terrain aux savoirs scientifiques.

réflexion et de questionner nos responsabilités sociales, comme citoyennes, citoyens, et les responsabilités de l'État à cet égard.

Une formation sur la santé des femmes au mitan

D'entrée de jeu, nous pourrions nous demander pourquoi la période ménopausique est problématique au point de devoir former des intervenantes sur la question. En Amérique du Nord, 80% des femmes ressentent des malaises associés à la ménopause, pour à peine 20% en Asie (Lépine et Ruelens, 2002 : 13). Cette disparité s'expliquerait en partie par l'alimentation des Asiatiques plus riche en phyto-œstrogènes. Selon le Dr Paul Lépine, un autre facteur, d'ordre culturel, concerne la dévalorisation du vieillissement dans nos sociétés, par opposition aux sociétés asiatiques qui, traditionnellement, valorisent les aînés pour leur sagesse³.

De fait, il devient de plus en plus évident que les malaises ressentis et les maladies développées au cours de la période ménopausique ne relèvent pas uniquement de la baisse d'hormones. Ils sont aussi associés au stress, à l'alimentation, à la sédentarité, à des facteurs psychosociaux et, à la lumière des dernières recherches sur l'exposition humaine aux substances chimiques, à l'environnement. La preuve absolue en la matière n'existe pas encore, mais d'après Geet Éthier (2005 : 29-56), qui a réalisé une synthèse des dernières recherches disponibles, des liens probables entre de multiples molécules chimiques et de nombreuses maladies chroniques ont été établis, notamment le cancer, la maladie d'Alzheimer, les troubles cardiaques... Selon les statistiques de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, face aux malaises ressentis et aux maladies développées au

³ Notons d'ailleurs qu'en adoptant le mode de vie américain, une fois immigrées en Amérique du Nord, les Asiatiques rejoignent les Nord-Américaines quant aux manifestations de la ménopause (Lépine et Ruelens, 2002 : 14).

mitan de la vie, la majorité des femmes se font prescrire des médicaments et un très grand nombre recourent à l'hormonothérapie⁴.

Objectifs de la trousse et de la formation

Les objectifs de la trousse et de la formation concernent tant l'intervention auprès des femmes que l'information sur la santé des femmes. Bien que la formation s'adresse aux intervenantes plus spécifiquement, la trousse est accessible à toute personne concernée ou intéressée par la santé des femmes.

Quant à l'intervention⁵, nous voulons d'abord renforcer la capacité des intervenantes à identifier, comprendre et répondre aux besoins des femmes. Pour ce faire, la trousse propose des outils d'animation et d'intervention. Nous désirons également faire connaître différentes initiatives et ressources en rapport avec la ménopause de façon à collectiviser les réflexions, les expertises et les approches et enfin, nous visons à former des agentes multiplicatrices de cette approche.

Quant à l'information⁶, nos objectifs sont d'assurer la circulation d'analyses et de réflexions critiques sur les enjeux de la ménopause dans le contexte plus global du mitan de la vie, de fournir une information vulgarisée sur différentes réalités concernant la ménopause et de présenter des sources de référence permettant d'approfondir les éléments du contenu de la trousse.

⁴ Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ISQ 2000 : 448), 76% des femmes de 45-64 ans consommaient au moins un médicament contre 55% des hommes du même groupe d'âge ; 36% des femmes âgées de 45-64 ans et 16% des femmes de 65 ans et plus utilisaient l'HTS (*Id.* : 243). Notons que 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 » (*Id.* : 455).

⁵ Les deux premiers chapitres de la trousse sont destinés aux intervenantes, en particulier. Le premier traite du mitan de la vie, des besoins des femmes et des mythes sur la ménopause et le second s'intéresse aux défis que rencontrent les animatrices et les organismes dans l'organisation d'activités sur la ménopause.

⁶ Le troisième chapitre de la trousse se consacre en particulier à ces objectifs. Il est composé de quatre « cahiers » qui réunissent des informations approfondies sur l'alimentation, l'activité physique, l'hormonothérapie et les médecines alternatives et complémentaires, et de quatorze « fiches » présentant

Approche féministe en santé des femmes

Que signifie une approche féministe en santé des femmes ? Entendons-nous sur le fait que le féminisme est multiforme et peut varier notamment selon les contextes historiques et les pays. Le féminisme est un humanisme; il vise l'accès à l'égalité pour les femmes et le respect de leurs droits, notamment en matière de santé. Ces droits incluent le droit à la santé⁷ et le droit au consentement éclairé. Le consentement éclairé se définit comme le droit à l'information sur sa santé, par exemple concernant sa ménopause, et le droit de connaître toutes les options de traitements possibles en cas de maladie ou de manifestations indésirables.

L'approche féministe en santé des femmes diffère de l'approche médicale dominante sur plusieurs plans. D'abord, quant à la définition de la santé : alors que pour la biomédecine (approche classique, «conventionnelle» ou officielle), la santé représente un «répit temporaire de la maladie» (FMSQ, 1998), l'analyse féministe définit la «santé comme étant l'harmonie entre l'état intérieur (psychologique, intellectuel, émotif), l'état physique et l'environnement (social, économique et politique)» (RQASF, 1999 : 9). Cette définition élargie de la santé trouve maintenant des échos auprès des organisations internationales telle l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de même qu'auprès des gouvernements, notamment celui du Québec, dans l'article 1 de la Loi sur la santé et les services sociaux.

L'approche féministe de la santé est globale ou holiste en ce sens qu'elle tient compte, dans ses analyses, des facteurs sociaux qui influencent la santé, considérés comme des «déterminants de la santé». C'est donc une approche axée sur la *prévention* et qui ne privilégie pas les solutions pharmacologiques. C'est également une approche ouverte aux

l'essentiel de l'information sur un sujet précis tel que les bouffées de chaleur, l'ostéoporose, le stress, la sexualité...

⁷ Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, le droit à la santé signifie «le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint» (*Observation générale no 14*, Doc. N.U., E/C.12/2004/4 (2000), cité dans Bosset, *et al.*, 2003 : 26.

médecines alternatives et complémentaires. Ce qui ne signifie pas un rejet en bloc de la médecine officielle mais plutôt une adhésion à l'idéal de la médecine intégrée⁸.

L'approche féministe, enfin, dénonce les mythes, les stéréotypes et les discriminations fondés tant sur le sexe, l'appartenance ethnoculturelle ou nationale, et la couleur, que sur l'orientation sexuelle, la condition sociale, ou tout autre critère de marginalisation.

Méthodologie: différentes étapes

Le volet recherche du projet de formation a été jalonné de plusieurs étapes. Nous avons d'abord réalisé un **sondage** auprès d'une cinquantaine d'organismes qui interviennent à travers le Québec auprès des femmes au milieu de la vie, dans le but de connaître leurs besoins et champs d'intérêts pour la formation. Nous avons ensuite procédé à des **consultations de groupe avec des femmes de 45 à 55 ans** de trois régions différentes (Montréal, Côte-Nord, Lanaudière), pour connaître leurs besoins et identifier les meilleures moyens d'y répondre. Enfin, **huit rencontres individuelles avec des animatrices et intervenantes d'expérience** ont permis de mettre en commun leurs connaissances acquises sur le terrain.

La mise à jour des connaissances théoriques s'est poursuivie tout au long du processus de recherche, sur plusieurs sujets tels que les inconforts et malaises reliés à la ménopause, les problèmes de santé susceptibles de se présenter au cours de cette période, de même que sur différentes approches médicales ou alternatives adoptées en prévention ou en traitement.

⁸ Selon Snyderman et Weil (2002), la médecine intégrée veut combiner le meilleur de la médecine officielle ou classique et des approches thérapeutiques alternatives ou complémentaires pour lesquelles nous disposons de preuves scientifiques et de garanties relatives à leur sécurité. Ce que les féministes retiennent, en particulier, de la médecine intégrée, est qu'elle doit viser l'amélioration globale de la santé d'une personne et accorder un rôle fondamental à la relation thérapeutique.

Connaître et comprendre les enjeux

L'un des enjeux centraux en matière de santé concerne l'information, le savoir. Qui détient le pouvoir sur le savoir reconnu comme étant vrai, légitime ? Convenons avec Jean-Claude St-Onge (2004) et plusieurs autres auteurs⁹ que l'industrie pharmaceutique contrôle ou essaie de contrôler une bonne partie de ce savoir. En conséquence, les événements naturels de la vie des femmes tels que la grossesse, l'accouchement ou la ménopause sont médicalisés, ce qui explique que les médecins ne sont pas autorisés à pratiquer une médecine intégrée, selon une approche globale de la santé. Pour saisir cette situation ainsi que les enjeux globaux qui la sous-tendent, nous examinerons d'abord dans quel contexte historique s'est imposé le discours biomédical dominant, pour ensuite éclairer, en prenant la «crise»¹⁰ de l'hormonothérapie pour exemple, les tactiques de l'industrie pharmaceutique pour maximiser ses profits.

Industries et maladies chroniques

«L'absence de santé est devenue rentable», avait constaté l'écologiste et professeur à l'Université Laval Michel Jurdant, il y a près de vingt ans. Mais «rentable pour qui?», avait-il ajouté (Jurdant, 1988 : 251).

Depuis les cinquante dernières années, le génie chimique a créé 150 000 substances dont l'innocuité n'a pas été clairement établie. Les industriels se rangent derrière l'idée que ces substances se retrouvent en quantité minime dans l'organisme. C'est oublier que la nocivité d'une substance donnée ne dépend pas seulement de sa concentration dans l'organisme mais des effets synergiques et cumulatifs d'un très grand nombre de

⁹ Voir, par exemple, les travaux suivants : APSF (2002) ; Baraldi (1997) ; Batt (2000 ; 2001 ; 2002) ; Cassels *et al.* (2003) ; Chernomas et Donner (2004) ; Davidoff *et al.* (2001) ; Gilbody, Wilson et Watt (2005) ; Jurdant (1988) ; Justin *et al.*, 2003 ; Lépine et Ruelens (2002) ; Mintzes *et al.* (2002) ; Mintzes et Baraldi (2000) ; Moynihan, Heath et Henry (2002) ; Moynihan et Smith (2002) ; Reynolds (2002) ; Sackett (2002) ; Vandelac, Baraldi et Bacon (1999) ; www.worstpills.org

¹⁰ La «crise de l'hormonothérapie» réfère à l'interruption, en 2002, d'une étude qui avait débuté en 1997 auprès de 16 000 Américaines, la *Women'Health Initiative* (WHI), en raison des risques de maladies cardiovasculaires et de cancer du sein associés au œstrogénostatifs.

substances (Geet Éthier, 2005 : 37-39 ; Brunel, 2005). Ces produits sont massivement utilisés dans l'agriculture industrielle ainsi que dans la fabrication de la plupart des produits transformés tels les matériaux de construction, les produits d'entretien, les plastiques, les cosmétiques, etc. et se retrouvent dans l'air que nous respirons, dans l'eau et les aliments que nous consommons.

Les études prouvent que des centaines de ces produits circulent aujourd'hui dans nos corps, ce que des auteurs appellent la «soupe chimique corporelle» (Geet Éthier, 2005 : 29). Les recherches s'accumulent, prouvant les liens entre ces substances et les 70% de décès maintenant attribuables aux maladies chroniques telles que les cancers, les maladies respiratoires et les maladies cardiovasculaires dans nos sociétés industrielles (Geet Éthier, 2005 : 20). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 80% des cancers sont attribuables à des facteurs exogènes ou environnementaux et seulement 20% sont d'origine génétique. Ce qui signifie que 80% des cancers pourraient être prévenus (Chernomas et Donner, 2004 : 9). Pourtant, la recherche se concentre encore sur les aspects génétiques du cancer plutôt que sur la prévention primaire. Il est opportun de se questionner sur les liens entre le mode de vie occidental, dont résulte une exposition permanente aux substances chimiques, et les troubles associés à la ménopause.

Durant toutes les années où se développait l'approche biomédicale de la santé et où les industries chimiques et pharmaceutiques connaissaient un essor fulgurant, les cycles normaux de la vie des femmes, dont la ménopause, ont été graduellement médicalisés, c'est-à-dire considérés comme des maladies. La biomédecine ne s'est pas intéressée à identifier les causes ni à prévenir les maladies, elle a cherché des médicaments générateurs de profits. Selon Robert Chernomas, professeur d'économie à l'Université du Manitoba, la médecine officielle fut financée et soutenue par les industriels et les institutions représentant leurs intérêts en supposant qu'elle pourrait résoudre les

problèmes médicaux sans rien changer au système en place, axé sur le développement¹¹ et la croissance des profits des grandes corporations (Chernomas, 1999 : 14). Aujourd'hui, la société civile se retrouve prise dans le cercle vicieux du laisser faire néolibéral, qu'appliquent les gouvernements avec, en amont, les pratiques des industries agroalimentaire et chimique à la source de problèmes de santé qui, en aval, sont pris en charge par l'industrie pharmaceutique, occultant les vraies causes.

Les dessous de la «crise de l'hormonothérapie substitutive» (HTS)

Le discours biomédical dominant, grandement alimenté par l'industrie pharmaceutique, définit la ménopause comme une défaillance ovarienne, une carence œstrogénique, voire un trouble physique, et non comme une étape naturelle du processus de vieillissement (RQASF, 2004 : 2-3). Pour «corriger» cette baisse d'hormones, les médecins ont été incités à prescrire l'hormonothérapie substitutive (HTS) aux femmes comme solution à leurs problèmes de santé actuels et futurs. L'HTS a été présentée comme une fontaine de jouvence, la promesse d'être «à jamais féminine» et a été considérée comme «normale et bienfaisante» (St-Onge, 2004 : 145-146 ; RQASF, 2004 : 3.5.4, p. 3).

Pourtant, pendant toutes ces années, alors que des femmes se voyaient prescrire cette médication pour le reste de leur vie, l'HTS, objet de controverses, n'a jamais fait l'unanimité. En effet, c'est à partir d'études douteuses et incomplètes que des vertus préventives avaient été reconnues à cette médication. Ces conclusions étaient beaucoup trop hâtives et manquaient sérieusement de rigueur (Lépine et Ruelens, 2002 ; St-Onge, 2004 ; Yusuf et Anand, 2002 : 357). Pendant de nombreuses années, les risques encourus par les femmes ont été minimisés par les compagnies pharmaceutiques. En 2002, une vaste étude américaine, la *Women'Health Initiative* (WHI), a été interrompue parce que

¹¹ Selon Serge Latouche, professeur émérite d'économie à l'Université de Paris-Sud (Orsay), la mondialisation actuelle met en lumière les paradoxes du développement, «ce que le développement a été et que nous n'avons jamais voulu voir» (Latouche, 2004 : 25). Il définit «le développement réellement existant» en ces termes : «une entreprise visant à transformer les rapports des hommes entre eux et avec la nature en marchandises. Il s'agit d'exploiter, de mettre en valeur, de tirer profit des ressources naturelles et humaines» (*Id.* : 28-29).

les risques de maladies cardiovasculaires et de cancer du sein l'emportaient sur les bienfaits pour les participantes à l'étude. Ce fut la «crise».

Cette «crise» de l'hormonothérapie révèle les tactiques de l'industrie pour accroître ses profits (avec, précisons-le, l'autorisation de Santé Canada¹²). Citons, à titre d'exemples, les études cliniques financées ou manipulées par les compagnies, la publicité auprès du public, les visites d'«information» auprès des médecins, la manipulation des médias... (CCPA, 2003 ; Davidoff *et al.*, 2001 ; D.E.S. Action Canada, 2002 ; RQASF, 2004 : 3.1.2 ; St-Onge, 2004).

Une stratégie importante des pharmaceutiques pour conquérir de nouveaux marchés, nous y avons référé avec l'hormonothérapie, s'appelle la chimioprévention, c'est-à-dire le fait de donner des médicaments à des personnes en santé pour prévenir des maladies. La chimioprévention s'articule le plus souvent à la médicalisation des événements normaux de la vie, comme nous l'avons mentionné au sujet de la ménopause. Depuis les années 1980, l'ostéoporose, qui est un facteur de risque de fractures dû au vieillissement, a été transformé en maladie en bonne et due forme (Garnier, 2003 : 227 ; Moynihan, Heath et Henry, 2002 ; Ouellet, 1998) et des caractéristiques personnelles ou aspects de la vie, tels que la timidité et le désir sexuel, sont déjà médicalisés ou en voie de l'être¹³.

Les enjeux que nous venons d'examiner nous conduisent vers des questions plus radicales, à savoir si les médicaments sont au service de notre santé et si la médecine, telle que généralement pratiquée, est réellement au service de notre santé. Au-delà de l'existence essentielle de plusieurs médicaments utiles (anticoagulants, trithérapie, par exemple), nous sommes d'accord avec Michel Jurdant, pour dire que la médecine «rend

¹² Voir : Vandelac, Baraldi et Bacon, 1999 ; RQASF, 2004 : 3.1.2 ; St-Onge, 2004 : 138-139. Voir, également, sur la question du financement public des compagnies pharmaceutiques : Petit, 2000 ; Gerth et Gay Stolberg, 2000.

¹³ St-Onge rapporte qu'entre 1987 et 1994, 77 nouvelles maladies mentales ont été introduites dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (St-Onge, 2004 : 143). Voir également Cassels, 2003 ; McIlroy, 2003 ; Moynihan, Heath et Henry, 2002 ; Ouellet, 1998.

malade» pour trois principales raisons : d'abord parce que la médecine ne s'attaque pas aux causes de la maladie ; ensuite parce qu'on a «médicalisé la santé» comme le disait Ivan Illich, au point où les gens ne croient pas en leur capacité d'autoguérison par une saine hygiène de vie ; et enfin parce que l'interventionnisme médical entraîne des maladies iatrogéniques¹⁴ (pensons aux erreurs de médication et aux effets secondaires de médicaments, par exemple) (Jurdant, 1988 : 253-255). Ces éléments réaffirment, selon nous, la pertinence, pour respecter les besoins et les droits non seulement des femmes au mitan de leur vie, mais de tout le public, d'une *approche alternative de la maladie et de la santé*.

Passer à l'action

En accord avec l'approche féministe de la santé, la trousse *Notre soupe aux cailloux* vient combler un vide en incitant les intervenantes et les femmes à se poser des questions, à développer leur sens critique et leur vigilance et à se positionner face à ce qui leur est proposé pour leur santé. À partir de ce document de près de 400 pages, les intervenantes ou les animatrices peuvent bâtir sur mesure leurs activités sur la ménopause selon leur contexte organisationnel ou les besoins des femmes à qui elles s'adressent.

Lors de la tournée de formations, l'année dernière, des intervenantes de dix régions du Québec ont participé aux ateliers (114 participantes, 8 ateliers). Jusqu'à présent, la formation et la trousse reçoivent un accueil très favorable qui dépasse le milieu communautaire pour maintenant gagner le réseau public de la santé. Toutefois, nos ressources limitées nous obligent à restreindre la promotion de la formation.

L'approche proposée peut susciter des débats et confronter, parfois, des idées reçues. Même si la définition globale de la santé est de plus en plus admise en théorie, comme

¹⁴ Du grec *iatros*, médecin ; *génés*, engendrée : maladie provoquée par le médecin ou un procédé

nous l'avons évoqué au début de cet exposé, il en va autrement de la *pratique*, c'est-à-dire de l'approche thérapeutique privilégiée. Afin de préserver ses profits, l'industrie pharmaceutique opère une résistance tenace à une conception alternative de l'intervention en santé qui, malgré tout, commence à se tailler une place auprès de plusieurs médecins et au sein de certaines institutions. En voici deux exemples.

Selon le Dr Paul Lépine, l'hormonothérapie ne peut être bénéfique qu'à un nombre restreint de femmes (Lépine et Ruelens, 2002 : 20). La ménopause étant une étape naturelle dans la vie des femmes, et non une maladie à traiter, il faut «soutenir le corps dans cette période de transition» (*Id.* : 21). Selon ce médecin, qui pratique également l'ostéopathie et l'homéopathie, l'expérience clinique démontre que plusieurs alternatives à la médication peuvent aider les femmes à vivre cette étape plus agréablement. Il mentionne : «des modifications alimentaires et des habitudes de vie, une meilleure gestion du stress, de l'exercice, des méthodes de relaxation ou de méditation, des suppléments alimentaires et vitaminiques, des minéraux et des oligoéléments, de la massothérapie, de l'acupuncture et de l'homéopathie» (*Id.* : 21-22).

La Société des gynécologues et obstétriciens du Canada (SOGC), toujours favorable à l'hormonothérapie substitutive, a modifié quant à elle le «Consensus canadien sur la ménopause et l'ostéoporose» en 2001. Les approches dites complémentaires y ont effectué une percée. La SOGC insiste sur les changements dans les habitudes de vie : adopter un mode de vie sain, s'adonner à une activité physique régulière, avoir une alimentation équilibrée et y ajouter un apport supplémentaire de vitamines et minéraux. Elle conseille également d'abandonner la cigarette et de réduire son stress. L'organisme ajoute que des «préparations à base de certaines plantes [...] offrent des solutions de rechange au traitement à court terme de symptômes particuliers» (SOGC, 2001 : 7).

thérapeutique.

Modifier nos habitudes de vie

La trousse *Notre soupe aux cailloux* accorde une place privilégiée à l'alimentation et à l'activité physique, qui représentent les mesures individuelles les plus efficaces pour améliorer et maintenir sa santé (RQASF, 2004 : 3.5.1 ; 3.5.2). Le cahier sur l'alimentation, s'appuyant sur les dernières études disponibles, explique d'abord les principes d'une saine alimentation, sans oublier de discuter des enjeux politiques sous-jacents à la réglementation en la matière. Il fournit aussi des trucs et astuces, en lien ou non avec la ménopause, ainsi que des moyens pour passer à l'action. Nous insistons également sur l'activité physique, telle une simple marche quotidienne de 20 minutes. Selon des études sérieuses et de plus en plus nombreuses, l'activité physique procure très rapidement des bienfaits qui surpassent en efficacité de nombreuses interventions axées sur les médicaments, qui sont souvent coûteux et parfois risqués pour la santé (Cassel, 2002; OMS, 2003; Servan-Shreiber, 2003).

L'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs publié, en 2003, un important rapport sur les liens entre, d'une part, la prévention des maladies chroniques et, d'autre part, l'activité physique régulière et une saine alimentation (OMS, 2003). Un nombre croissant de médecins et d'experts médicaux abondent dans le même sens, font la promotion d'une approche préventive, et remettent en question la surmédicalisation de la vie.

Clairement, un consensus se dégage autour de la modification de ses habitudes de vie pour mieux vivre sa ménopause autant que pour la prévention des maladies chroniques. Toutefois, étant donné les liens établis entre le niveau de scolarité et le revenu d'une part, et la pratique de l'activité physique et l'adoption de saines habitudes alimentaires d'autre part, nous sommes conscientes que ces deux moyens ne sont pas également accessibles, à toutes les femmes, comme à toute la population.

La pauvreté représente le déterminant le plus fondamental de la santé (FNUP, 2004 ; Robichaud *et al.*, 1994 ; SCF, 2004). La bonne santé des populations japonaise, danoise,

finlandaise, suédoise et norvégienne apparaît d'ailleurs attribuable aux faibles écarts socio-économiques entre les différents groupes dans ces pays (Boutin, 2005 : 26). Doit-on s'étonner du fait que ces pays investissent dans les soins de santé une part beaucoup plus faible de leur PNB que ne le font le Canada et les Etats-Unis ?¹⁵. Une démarche réellement préventive doit mettre à l'avant-plan la réduction des inégalités socio-économiques.

Outre l'adoption d'un mode de vie sain, notre trousse de formation accorde une place privilégiée aux médecines alternatives et complémentaires (MAC), dites approches non conventionnelles. C'est pourquoi nous prôtons leur reconnaissance et leur réglementation. À la lumière de l'expérience européenne, cette avenue serait des plus pertinentes pour améliorer l'efficacité¹⁶ de notre système de soins de santé.

Reconnaître et réglementer les médecines alternatives et complémentaires

À la suite du rapport de la Women's Health Initiative (WHI) sur l'hormonothérapie prescrite aux femmes postménopausées en 2002, la SOGC a modifié à nouveau ses recommandations (SOGC, 2002). Elle conseille aux médecins de «faire preuve d'une meilleure connaissance des thérapies complémentaires pour en arriver à une considération éclairée des options de traitement» (SOGC, 2002 : 801). D'après l'information diffusée dans son site Internet, seuls les massages, l'acupuncture et certaines préparations botaniques éprouvées font partie des alternatives envisagées par la SOGC.

Malgré ce début d'ouverture aux alternatives à la médication, ni les documents de la SOGC ni son site Internet ne mentionnent l'homéopathie, bien que cette thérapeutique soit peu coûteuse et sécuritaire, et qu'elle ait fait ses preuves : l'homéopathie est intégrée

¹⁵ Japon : 8,5% du PNB ; Suède : 9,2% ; Canada : 10,9% ; et Etats-Unis : 14,7% (Choinière, 2005 : 33).

¹⁶ Selon le médecin Antoine Boivin, participant au Rendez-vous stratégique de l'Institut du Nouveau Monde (INM) sur la santé tenu à l'hiver et au printemps 2005, «une intervention efficace est une intervention qui a un impact sur la santé globale de l'individu (mortalité, qualité de vie, sentiment d'être en santé, diminution de la douleur, etc.)» (Venne, 2005 : 90).

formellement au système de santé de plusieurs pays, tels le Brésil, l'Inde, le Mexique, et elle est reconnue officiellement dans tous les États de la Communauté européenne depuis 1992. L'homéopathie représente bien sûr la figure emblématique sinon l'exemple extrême de la difficile reconnaissance des médecines alternatives et complémentaires au Québec.

Comme les autres MAC, l'homéopathie ne cherche pas à guérir une maladie. Elle s'intéresse à la personne malade. On ne trouve donc pas de «recette» en homéopathie, ni de traitement univoque contre une maladie ou un problème de santé spécifique.

Les deux principes de base de l'homéopathie, la loi de la similitude (qui a donné son nom à cette approche) et le procédé des doses infinitésimales suscitent la controverse et le scepticisme dans les milieux biomédicaux. L'immunologie n'est pas encore parvenue à expliquer comment fonctionnent les remèdes homéopathiques mais des confirmations existent concernant l'activité de très hautes dilutions homéopathiques, c'est-à-dire ne contenant plus de molécules de la substance originale (Belon *et al.*, 1999 ; Sainte-Laudy et Belon, 1996 ; 1997).

À propos de l'efficacité de l'homéopathie¹⁷ et des autres MAC, la polémique fait toujours rage. Il s'agit, selon nous, d'un faux débat. Effectivement, la prise en compte de l'ensemble des facteurs physiques, émotifs et sociaux propres à l'approche holistique rend difficile le découpage analytique et l'évaluation de diverses variables précises propres aux études cliniques en double insu. La pertinence même des études de ce type, pour évaluer l'efficacité des MAC, peut être remise en question (Charlton, 2002).

¹⁷ Un nombre croissant d'études prouvent que les résultats de l'homéopathie ne sont pas dus à un effet placebo (par exemple : Jacobs *et al.*, 2000 ; Oberbaum *et al.*, 2005 ; Riley *et al.*, 2001 ; Taylor *et al.*, 2000) alors que d'autres soutiennent le contraire (par exemple : Lewith *et al.*, 2003 ; White *et al.*, 2003) et certaines autres ne parviennent pas à trancher la question (Cucherat *et al.*, 2000 ; Shang *et al.*, 2005). Selon Gardner (1999 : 140), des dizaines de remèdes homéopathiques peuvent être utilisés avec succès à la ménopause, surtout si la femme est suivie par un ou une homéopathe d'expérience.

Et, s'agit-il d'une coïncidence ? Au moment où les scandales éclatent et que les poursuites vont bon train, à la suite d'effets secondaires graves de médicaments allopathiques, les études alléguant l'inefficacité de produits de santé naturels (PSN) ou de MAC fusent en abondance, publiées dans des périodiques de renom¹⁸ avec force diffusion dans nos quotidiens. À ce jour, la plus déterminante des preuves se situe peut-être encore dans la pratique clinique de milliers de médecins homéopathes, d'acupuncteurs et autres thérapeutes «alternatifs» dans le monde.

Les MAC doivent être reconnues et réglementées parce que la population, surtout des femmes, les utilisent. Selon Jean-Yves Dionne¹⁹, pharmacien, une majorité de personnes «prennent à la fois des médicaments et des produits de santé naturelle [sic], mais ils n'osent pas en parler à leur médecin de peur, avec raison, de se faire ridiculiser» (Ruby, 2005). De plus, des «renseignements inexacts et biaisés circulent au sujet des interactions entre les [PSN] et les médicaments, tant au sein de la communauté scientifique qu'auprès des consommateurs» (*Id.*).

Les médecins sont peu outillés pour discuter, avec les femmes, des interactions possibles entre les produits naturels et les médicaments, qu'ils soient prescrits, ou non (Ruby, 2005). Les médecins ne sont pas formés pour proposer quelque alternative à la médication dans le cadre de leurs consultations et nourrissent souvent des préjugés négatifs à cet égard. Dans ce contexte, il faut questionner le respect du droit des femmes à un consentement éclairé, dans la mesure où tout le système médical, économique et social est conçu pour privilégier une seule approche.

¹⁸ En juillet 2005, l'échinacée dans le *New England Journal of Medicine (NEJM)* et l'acupuncture dans le *British Medical Journal (BMJ)* et, en août 2005, l'homéopathie dans *The Lancet* (Shang *et al.*). Selon les professionnels qui ont commenté ces études dans le site Internet www.passeportsante.net, l'échinacée n'avait pas été prescrite au bon dosage ; des assureurs ont partiellement financé l'étude sur l'acupuncture ; et les conclusions présentées dans l'éditorial du *Lancet* sur l'homéopathie ne reproduisent pas fidèlement les résultats de l'étude, mais plutôt les opinions de la rédaction...

¹⁹ Conférencier lors du colloque intitulé «Nouvelles règles du jeu : Les produits de santé naturels» (PSN), qui s'est tenu à Montréal les 6 et 7 juin 2005. Ce colloque a réuni différents secteurs impliqués dans ce dossier : industrie des PSN, médecine, pharmacie, chercheurs, protection des consommateurs. Voir le site PasseportSanté.net.

Réglementer les MAC et encadrer très étroitement l'industrie pharmaceutique de même que l'industrie des produits de santé naturels représenteraient certainement une amélioration de notre système de soins qui serait en mesure de répondre plus adéquatement aux besoins des femmes.

Conclusion : agir sur les causes avec les bons remèdes

Nous avons présenté quelques enjeux sous-jacents à la formation «Notre soupe aux cailloux» sur la santé des femmes au mitan de la vie et des pistes d'action qui puissent rallier à la fois les dernières études sur la santé et les besoins exprimés par les femmes. Cet exposé est bien sûr un survol.

De façon nécessairement incomplète et rapide, nous avons vu comment une vision restrictive de la santé s'est imposée et a été reconnue comme seule légitime, scientifique et fiable et comment toute autre approche thérapeutique que celle reconnue a été et demeure jugée comme étant farfelue et sans fondement (RQASF, 2004 : 3.5.3 p. 3).

Il existe des moyens simples de vivre harmonieusement la ménopause, qui n'est pas une maladie. L'ensemble des possibilités médicales et alternatives devrait être proposé aux femmes, en tenant compte de leur état de santé, de leurs antécédents familiaux, de leur situation et de leurs habitudes de vie. Ce qui n'exclut pas de façon absolue la prescription d'hormones pour une courte période, pour une minorité de femmes, dans des cas précis ou particuliers, et dans la mesure où leurs priorités et leurs valeurs soient respectées (Lépine et Ruelens, 2002 : 22). Ce constat renvoie à la nécessité, pour les médecins, de s'ouvrir à une vision alternative de la santé et d'intégrer à leur pratique le fait de référer, au besoin, à des thérapeutes des MAC.

Nous avons évoqué, au début de cet exposé, le droit des femmes au consentement éclairé. Cette notion suppose une relation thérapeutique axée sur l'ouverture, le respect mutuel et l'échange d'information. Les femmes ont le droit de poser des questions à un personnel professionnel de la santé apte à y répondre. Les femmes doivent à leur tour s'informer et dans certains cas remettre en question leur rapport au médicament : croient-elles qu'une pilule aux effets «magiques» puisse leur éviter de se prendre en main et de revoir leur hygiène de vie ? Des changements aussi profonds dans les mentalités, dans les habitudes de vie et dans l'approche préconisée en santé ne sauraient s'envisager sans une réflexion élargie sur les responsabilités des différents acteurs sociaux en présence, s'arrimant à des actions concertées.

Alors que le coût des médicaments est d'ores et déjà un problème criant pour les pays les plus pauvres, il risque de devenir un sérieux problème pour toute la surface de la terre d'ici les dix ou vingt prochaines années. Cette situation verra l'accentuation des inégalités de santé (Velásquez, 2003). Il n'est pas normal de confier notre santé à des corporations qui visent à faire des profits au détriment de la santé de la population.

Pour améliorer la santé publique, il faut replacer l'État face à ses responsabilités. L'État doit se situer au-dessus des pratiques commerciales douteuses, surtout pas les endosser et idéalement les réfréner. Comme l'a conclu, au printemps 2005, le Rendez-vous stratégique de l'Institut du Nouveau Monde (INM) sur la santé, la question n'est pas d'ajouter des sommes importantes au budget de la santé²⁰, au contraire, mais plutôt de modifier ce à quoi l'argent est attribué, en faveur d'une approche préventive de la santé : réduire la pauvreté, protéger notre environnement, favoriser un mode de vie sain, encadrer les industries, et reconnaître et réglementer les MAC.

En terminant, j'aimerais remercier le GEIRSO de m'avoir invitée à faire cette présentation aujourd'hui. Merci pour votre attention.

²⁰ Plusieurs analyses vont en ce sens, par exemple : Mintzes et Lexchin 2005 ; Poirier, 2005.

Références

ACTION POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES FEMMES (APSF). (2002). *Qui en profite ? : l'harmonisation internationale de la réglementation des nouveaux médicaments*. Action pour la santé des femmes, D.E.S. Action Canada, 15 p. (Protéger notre santé : les nouveaux défis). <http://www.whp-apsf.ca/fr/>

BARALDI, R. (1997). « Subventions provenant de l'industrie pharmaceutique : l'argent n'a pas d'odeur ». D.E.S. Action Canada, 51 : 1-5. [28 août 2005]. <http://www.web.net/~desact/francais/public/company.html>

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

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*, 64 [29 août 2005]. <http://www.web.net/~desact/francais/public/prevenir.htm>

BATT, S. (2000). « La recherche universitaire médicale est-elle 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*, 62 : 1-6.

BELON P, *et al.* (1999). « Inhibition of human basophil degranulation by successive histamine dilutions: results of a European multi-centre trial ». *Inflammation Research*, 48 Suppl 1 : S17-8.

BOSSET, P. *et al.* (2003) *Après 25 ans : la Charte québécoise des droits et libertés : Vol 1 : bilan et recommandations*. [Québec] : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. 135 p.

BOUTIN, V. (2005). « La santé, une responsabilité individuelle ou collective? Le rôle de l'État : prévenir ou guérir? » Dans Venne, M. (dir.) *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*. Montréal : Fides et Institut du nouveau Monde (Supplément de l'annuaire du Québec) : 14-28.

BRUNEL, A. (2005). « L'épidémie de cancers : le symptôme d'une société non durable », *Le Devoir*. 3 mai.

CASSEL, C.K. (2002). « Use it or lose it : activity may be the best treatment for aging ». *JAMA*, 288 (18): 2223-5.

CASSELS, A. (2003). «Peddling paranoia», *New Internationalist*, 362 (nov.). [28 août 2005] www.newint.org/issue362/peddling.htm

CASSELS, A. *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. [28 août 2005] 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. 2-3 : 11-13. <http://www.cwhn.ca/network-reseau/6-23f/6-23pg5.html>

CHARLTON, B.G. (2002). «Editorial : Randomized trials in alternative medicine». *QJM*, 95 : 643-645. <http://qjmed.oxfordjournals.org/cgi/content/full/95/10/643>

CHERNOMAS, R. (1999). *The Social and Economic Causes of Disease*. Ottawa : Canadian Centre for Policy alternatives, 21 p. [27 août 2005] <http://www.policyalternatives.ca/index.cfm?call=FBA87762&act=main>

CHERNOMAS, R., DONNER, L. (2004). *The Cancer Epidemic as a Social Event*. Ottawa : Canadian Centre for Policy alternatives, 25 p. [27 août 2005] <http://www.policyalternatives.ca/index.cfm?call=FBA87762&act=main>

CHOINIÈRE, R. (2005). «Les dépenses de santé et l'état de santé : comparaison du Québec avec le reste du monde». Dans Venne, M. (dir.) *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*. Montréal : Fides et Institut du nouveau Monde (Supplément de l'annuaire du Québec) : 32-38.

CUCHERAT, M. *et al.* (2000). «Evidence of clinical efficacy of homeopathy : a meta-analysis of clinical trials». *European Journal of Clinical Pharmacology*, 56 (1) : 27-33. Résumé [27 août 2005] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10853874&dopt=Abstract

DAVIDOFF, F. *et al.* (2001). « Sponsorship, authorship and accountability ». *The New England Journal of Medicine*, 345 (11) : 825-827.

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*, 67. <http://www.web.net/~desact/francais/whatsn/1new.htm>

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ) (1998). Mémoire déposé aux audiences publiques de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (FNUP) (2004). *État de la population mondiale 2004 : le consensus du Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*. New York : UNFPA, 124 p. Rapport : www.unfpa.org/swp/2004/pdf/fr_swp04.pdf
Résumé : www.unfpa.org/swp/2004/pdf/summary_fre.pdf

GARDNER, C. (1999). «Ease through menopause with homeopathic and herbal medicine». *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 14 (3) : 139-143.

GARNIER, C. (2003). «Chaîne du médicament : construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative». Dans J. J. LÉVY *et al.* *Enjeux psychosociaux de la santé*. Sainte-Foy (Qué.) : Presses de l'Université du Québec. (Santé et Société) : 221-234.

GEET ÉTHIER, M. (2005). *Zéro toxique : pourquoi et comment se protéger*. Montréal : Éditions du Trécarré, 291 p.

GERTH, J., GAY STOLBERG, S. (2000). « Medicine Merchants: Drug Companies Profit From Research Supported by Taxpayers », *The New York Times*, 23 avril. [25 août] http://partners.nytimes.com/library/national/science/health/042300hth-drugs.html?Partner=AltaVista&RefId=LmY_WEFnnnn-FNly_W

GILBODY, S., WILSON, P. et WATT, I. (2005). «Benefits and harms of direct to consumer advertising: a systematic review». *Qual Saf Health Care* (Aug.),14 (4) : 246-50.

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).

JACOBS, J. *et al.* (2000) «Homeopathic treatment of acute childhood diarrhea: results from a clinical trial in Nepal ». *Journal Alternative and Complementary Medicine*, 6 (2) : 131-139. Résumé [28 août 2005] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10784270&dopt=Abstract

JURDANT, M. (1988). *Le défi écologiste*. Montréal : Les Éditions du Boréal. (Boréal Compact), 432 p.

JUSTIN, E. *et al.* (2003). « Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research ». *JAMA*, 289 : 454-465. Résumé [27 août 2005] : <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/289/4/454>

LATOUCHE, S. (2004). *Survivre au développement : de la décolonisation de l'imaginaire économique à la construction d'une société alternative*. Paris : Éditions Mille et une nuits. (Les petits livres no 55), 128 p.

LÉPINE, P. et RUELENS, D. (2002). *La ménopause : aux hormones ou au naturel? : une approche intégrée*. Montréal : Les Éditions Québecor. (Collection Santé).

LEWITH, GT, *et al.* (2002). «Use of ultramolecular potencies of allergen to treat asthmatic people allergic to house dust mite: double blind randomised controlled clinical trial». 324 (7336) : 520-523. [6 sept. 2005] <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7336/520>

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)*, 324 : 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* [18 mars 2005]. http://www.whp-apsf.ca/fr/documents/pdmo_pr.html

MINTZES, B., LEXCHIN, J. (2005). «Do higher drug cost lead to better health ?». *Can J Clin Pharmacol.*, 12 (1) : 22-27.

MOYNIHAN, R., SMITH, R. (2002). « Too much medicine? » *British Medical Journal (BMJ)*, 324 : 859-860 [28 août 2005]. 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)*, 324 : 886-891 [28 août 2005]. http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7342/886?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1079623011186_11046&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=324&firstpage=886&resourcetype=1,2,3,4

OBERBAUM, M. *et al.* (2005). «The effect of the homeopathic remedies *Arnica montana* and *Bellis perennis* on mild postpartum bleeding--a randomized, double-blind, placebo-controlled study--preliminary results». *Complement Ther Med.*, 13 (2) : 87-90. Résumé [28 août 2005]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16036165&query_hl=48

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases : report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Genève : OMS, 149 p. (Who Technical Report Serie ; 916) [31 août 2005]
<http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr20/fr/>

OUELLET, J. (1998). « L'ostéoporose est-elle une maladie de la ménopause? » *D.E.S. Action Canada*, 55 [25 août 2005].
<http://www.web.net/~desact/francais/public/osteo.html>

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* [15 août 2005].
<http://www.web.net/~desact/francais/public/financem.htm>

POIRIER, A. (2005). «La santé est la priorité, mais pour qui ?», *Le Devoir*, 6 mai.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (2004). *Notre soupe aux cailloux. Une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan*. Montréal : RQASF. (environ 400 pages).

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (1999). *Cadre de référence : la santé des femmes au Québec*. Montréal : RQASF, 31 p.
http://www.rqasf.qc.ca/publications/cr_sommaire.html

REYNOLDS, E. (2002). « Financement et recherche médicale : mainmise de l'industrie et risques pour le public ». *Bulletin D.E.S. Action Canada*, 68: 2-4.

RILEY, D. *et al.* (2001). «Homeopathy and conventional medicine : an outcomes study comparing effectiveness in a primary care setting ». *Journal Alternative Complementary Medicine*, 7 (2) : 149-159. Résumé [31 août 2005]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11327521&dopt=Abstract

ROBICHAUD, J.-B., *et al.* (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*. Boucherville : Gaëtan Morin ; [Québec] : Comité de la santé mentale du Québec, 247 p.

RUBY, F. (2005). «Interactions PSN et médicaments: le débat fait rage». [25 août 2005]
<http://www.passeportsante.net/fr/actualites/nouvelles/fiche.aspx?doc=2005060602>

SACKETT, D.L. (2002). «Hormone replacement therapy : the arrogance of preventive medicine». *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 167 (4) [25 août 2005]
<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/167/4/363>

SAINTE-LAUDY J, BELON, P. (1997). «Application of flow cytometry to the analysis of the immunosuppressive effect of histamine dilutions on human basophil activation: effect of cimetidine», *Inflamm Res.*, 46 (Suppl 1) : S 27-28.

SAINTE-LAUDY J, BELON, P. (1996). «Analysis of immunosuppressive activity of serial dilutions of histamine on human basophil activation by flow cytometry». *Inflamm Res.*, 45 (Suppl 1) : S33-34.

SECRETARIAT À LA CONDITION FÉMININE (SCF) (2004). *L'avenir des Québécoises : les suites des consultations de mars 2003*. Québec : Gouvernement, 153 p.

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

SHANG, A. *et al.* (2005). «Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy». *The Lancet*, 366 (9487) : 726-32. Résumé [25 août 2005] :
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16125589&query_hl=46

SNYDERMAN, R. WEIL, A.T. (2002). «Integrative medicine: bringing medicine back to its roots». *Archives of Internal Medicine*. 162 (4) : 395-397.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC) (2002). «Consensus canadien sur la ménopause et l'ostéoporose : Appendice : Révisions des recommandations». *Journal des obstétriciens et gynécologues du Canada*, 24 (10) : 793-802.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC) (2001). «Consensus canadien sur la ménopause et l'ostéoporose : Approches complémentaires». *Journal des obstétriciens et gynécologues du Canada*, 23 (12) : 1231-1242.

ST-ONGE, J.- C. (2004). *L'envers de la pilule : les dessous de l'industrie pharmaceutique*. Montréal : Écosociété, 232 p.

- TAYLOR, M.A. *et al.* (2000). «Randomised controlled trial of homoeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series». *BMJ*, 321 (7259) : 471-476. [25 août 2005]
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=10948025>
- VANDELAC, L., BARALDI, R., BACON, M.-H. (1999). « Quand l'État confie la « protection » de la santé aux entreprises ». *Éthique publique*, 1, 18 p.
<http://www.cewh-cesf.ca/PDF/whp/quand-etat.pdf>
- VELÁSQUEZ, G. (2003). «Le profit contre la santé : Hold-up sur le médicament», *Le monde diplomatique*. Août : 1, 26-27. <http://www.monde-diplomatique.fr/imprimer/10226/b072b0606a>
- VENNE, M. (dir.) (2005). *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*. Montréal : Fides et Institut du nouveau Monde. (Supplément de l'annuaire du Québec), 95 p.
- WHITE, A. *et al.* (2003).«Individualised homeopathy as an adjunct in the treatment of childhood asthma: a randomised placebo controlled trial.» *Thorax*. 58 (4) : 317-21. [25 août 2005] <http://thorax.bmjournals.com/cgi/content/full/58/4/317>
- YUSUF, S., ANAND, S. (2002). «Hormone replacement therapy : a time for pause». *Journal de l'association médicale canadienne (CMAJ)*, 167 : 357-359.
<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/167/4/357>