

BIP 2002, 8, Suppl, S1-S4 Bulletin d'Informations de Pharmacologie

Bulletin d'Informations du Service de Pharmacologie Clinique du CHU de Toulouse
Faculté de Médecine, 37, allées Jules-Guesde, BP 7202, 31073 Toulouse CEDEX 7

Centre Midi-Pyrénées de Pharmacovigilance, de Pharmacoépidémiologie et d'Informations sur le Médicament (CRPV)

Tel : 05 61 25 51 12 - Fax : 05 61 25 51 16

Mel : crpv.toulouse@cict.fr

Centre Midi-Pyrénées d'Evaluation et d'Informations sur les Pharmacodépendances (CEIP)

Tel : 05 62 26 06 90 - Fax : 05 61 25 51 16

Mel : ceip.toulouse@cict.fr

NUMERO SPECIAL DE PHARMACOLOGIE SOCIALE

L'étude du Médicament va désormais au delà de ses seuls aspects médicaux, biologiques, cliniques, pharmacodynamiques ou pharmacocinétiques pour concerner également ses relations avec la société et ses diverses composantes : ainsi se définit la Pharmacologie Sociale, nouvelle branche de la Pharmacologie.

Ce numéro spécial de BIP veut vous faire partager l'expression, les réflexions et le travail du **CPS** (" **Collectif de Pharmacologie Sociale** ") de Toulouse. Le CPS vous convie à sa 4ème rencontre annuelle du Mercredi 27 Novembre 2002 (voir annonce en page 7). Si vous souhaitez aussi participer à nos réunions de travail (4 par an), merci d'écrire au Dr Guiraud, SMIT, 9 rue du Dr Delherm, 31300 Toulouse.

Vous êtes les bienvenus ! (J.L. Montastruc)

COMPTE RENDU DE LA 3° RENCONTRE DE PHARMACOLOGIE SOCIALE, TOULOUSE LE 5/12/01 " LA MONDIALISATION DU MEDICAMENT "

Pr. Joan Ramon Laporte (Barcelone)

Cette rencontre de Pharmacologie Sociale a accueilli près de 300 participants . Voici les principales conclusions de l'orateur :

"La mondialisation favorise la création d'"oligopôles" (marchés dominés par un petit nombre de firmes) ce qui autorise une moindre concurrence, des accords entre les fabricants sur les prix des médicaments, le secret dans la recherche et une influence toujours plus grande de l'industrie pharmaceutique dans la cité et les médias.

Pour les compagnies pharmaceutiques, la mondialisation accroît l'obligation de développer des nouveaux médicaments de façon continue. Pour le médecin, elle rend ainsi plus difficile la connaissance des nouveaux médicaments (nouveaux mais "anciens" aussi). La mondialisation menace l'innovation dans les domaines de santé des pays les moins favorisés. Paradoxalement, elle limite l'accès de ces pays aux médicaments essentiels.

La mondialisation affaiblit le rôle de l'Etat dans la protection de la santé des patients les plus vulnérables. La mondialisation ne semble pas produire de transfert de technologie. Au contraire, elle détériore le savoir-faire local des pays les plus démunis. Elle peut aussi s'opposer aux exigences éthiques de la recherche clinique, surtout dans les pays émergents les moins développés. Enfin, les nouvelles technologies de l'information pourraient créer l'illusion d'un accès facile à l'information essentielle : en pratique, seule une minorité accède à la véritable connaissance sur les médicaments".

QU'EST CE QUE LA PHARMACOLOGIE SOCIALE

(J. Doubovetzky)

" Toute science doit devenir sociale " (Littré).

Ce numéro spécial du BIP est consacré à la Pharmacologie Sociale. De quoi s'agit-il? À côté de son objet purement médical ou scientifique, le médicament joue un rôle social (par exemple, la pilule a modifié les rapports homme-femme) et inversement, des facteurs sociaux influencent la perception et l'usage du médicament. La Pharmacologie Sociale est l'étude de ces interactions entre médicament et société.

La Pharmacologie Sociale peut se diviser en plusieurs grands thèmes : 1- les facteurs (autres que cliniques ou rationnels) influençant la prescription, la dispensation, la consommation et plus largement l'utilisation des médicaments ; 2- les facteurs (autres que cliniques ou rationnels) qui influent les décisions réglementaires concernant les médicaments ; 3- les effets sociaux de l'exposition aux médicaments ; 4- les interactions entre médicaments et environnement.

Tous les acteurs de la vie du médicament sont concernés. L'industrie pharmaceutique fait intervenir des facteurs économiques, mais aussi des facteurs subjectifs de perception des profits potentiels dans le développement des médicaments et leur retrait (voir dans ce numéro le texte sur la cérvastatine). Les agences sanitaires tentent d'adapter l'offre aux besoins de la population et aux ressources financières disponibles, mais elles doivent également tenir compte de la demande sociale, par des considérations réglementaires, par diverses influences (notamment celle des industriels du médicament) et par leurs propres besoins financiers (étant majoritairement financées par les redevances des laboratoires pharmaceutiques). Les pharmaciens et les prescripteurs sont influencés par leurs études initiales et continues, leur origine culturelle, et la communication des firmes pharmaceutiques (publicité, visite médicale, et indirectement avis de divers "leaders d'opinion"). Quant aux patients, leurs modes de perception et de consommation du médicament dépendent de multiples facteurs : âge, sexe, zone géographique (locale ou mondiale), statut social, niveau d'éducation, type de couverture sociale, origine ethnique ou encore religion.

La Pharmacologie Sociale s'intéresse aussi à l'influence de la justice, des enseignants (filiales générales ou spécialisées en médecine et pharmacie), des médias, des facteurs économiques ou structurels (par exemple l'organisation des agences du médicament) sur la vie du médicament. Elle se penche sur l'utilisation non médicale des médicaments (dopage, "forme", esthétique...) Elle étudie les phénomènes de mode liés au médicament et à la vogue des traitements présentés comme "miraculeux" (*sibutramine* dans l'obésité, *méthylphénidate* dans l'obéissance de l'enfant, *toxine botulique* dans le "traitement des rides, mais aussi *mélatonine*, *sildénafil*, *bupropion*, *DHEA*...). Elle examine les rapports entre médicament et travail, les variations géographiques de consommation et de perception des médicaments, les rapports entre la survenue d'effets favorables ou indésirables des médicaments et cote boursière, ou bien l'influence de la couleur et de la forme des médicaments avec leurs effets perçus ou démontrés.

En somme, la Pharmacologie Sociale est une discipline transversale, dans laquelle les pharmacologues et les médecins de toutes spécialités, y compris par exemple les médecins du travail peuvent rencontrer des économistes, des psychologues, des sociologues, des historiens, des spécialistes des médias ou de la littérature, et en tirer un enrichissement. C'est à quoi ce numéro spécial vous invite (*d'après J.L. Montastruc. La Pharmacologie Sociale : une nouvelle branche de la Pharmacologie Clinique. Thérapie, 2002, sous presse*).

CERIVASTATINE : REFLEXIONS DE PHARMACOLOGIE SOCIALE SUR SON RETRAIT

(Traduit du Butlletí Groc, 2001, 14, 13-17 par le Professeur Paul Montastruc. Reproduit avec l'autorisation du Professeur Joan Ramon Laporte, Professeur de Pharmacologie Clinique à l'Université Autonome de Barcelone, Hôpital Val d'Hebron).

En août 2001, le retrait de la cérvastatine dans le monde entier, à la suite du risque de rhabdomyolyse, suscita un fort écho dans les organes de communication. Cet épisode fut le résultat d'interactions complexes entre les aspects scientifiques, médiatiques, et administratifs sur lesquels un commentaire nous paraît opportun.

ASPECTS SCIENTIFIQUES : EFFICACITE ET EFFETS INDESIRABLES DES STATINES

Toutes les statines ne possèdent pas les mêmes preuves d'efficacité : les essais cliniques indiquent que simvastatine et pravastatine réduisent le taux de récurrence d'infarctus et la mortalité des patients des deux sexes âgés de moins de 70 ans avec des chiffres élevés de cholestérol. Les preuves d'une efficacité dans la prévention secondaire chronique de la cardiopathie ischémique manquent pour les autres statines. D'une façon analogue, pravastatine et lovastatine réduisent l'incidence de la cardiopathie ischémique en prévention primaire, mais il n'y a pas de preuve de cet effet pour les autres statines (Bull Inf Ter SCS, 1999, 11, 11). Dans le syndrome coronarien aigu, des données préliminaires suggèrent que l'atorvastatine à doses fortes peut réduire la fréquence d'accidents ischémiques (Schwartz et al, JAMA, 2001, 285, 1711).

A côté de divers effets indésirables relativement fréquents (douleurs abdominales, constipation, nausées, vomissements) et d'autres plus rares (éruptions, céphalées, vertiges, vision trouble, dysgueusie, augmentation des transaminases), toutes les statines peuvent entraîner des myopathies qui généralement se manifestent par des myalgies et de la faiblesse musculaire, avec augmentation des CPK. Plus rarement, les statines peuvent provoquer de graves rhabdomyolyses, avec myoglobulinurie et insuffisance rénale. Plusieurs mécanismes ont été proposés (Ucar et al, Drug Saf 2000, 22, 441). Dans certains cas, c'est un effet de classe pharmacologique, dose-dépendant de type A, plus fréquent aux doses élevées, survenant en association à d'autres myotoxiques (comme les fibrates) ou à des médicaments inhibant leur métabolisme (Buttletti Groc, 1999, 12, 9-11).

En avril 2001, le Centre Andalou de Pharmacovigilance présenta à l'Agence Espagnole du Médicament un rapport sur les notifications reçues par le Système Espagnol de Pharmacovigilance. On trouvait une proportion de rhabdomyolyses imputables plus élevées avec la cérivastatine qu'avec les autres statines. Quelques jours plus tard, dans une note d'information, l'Agence Espagnole du Médicament déconseillait l'usage concomitant de cerivastatine et de gemfibrozil en raison du risque plus élevé de rhabdomyolyse lié à cette association. A la suite de diverses communications, réunions et rapports entre les autorités de régulation de l'Union Européenne, le 2 juillet 2001 fut communiquée en urgence, la modification des conditions d'utilisation de la cérivastatine, concernant la dose et le risque lié à l'association avec divers médicaments. Finalement, le 8 août, sous l'influence probable de la FDA Américaine, Bayer retira la cérivastatine du marché mondial.

En Espagne, jusqu'au mois d'août 2001, on avait enregistré 82 cas de rhabdomyolyse, imputables à la cérivastatine, dont 6 mortels : 60 % de ces patients recevaient aussi du gemfibrozil. La FDA avait reçu notification de 31 morts aux USA pour rhabdomyolyse grave liée à l'utilisation de cérivastatine à forte dose dans la majorité des cas (et chez 12 sujets en association avec le gemfibrozil) (aux USA, le gemfibrozil est commercialisé à la présentation de 0.8 mg, le double du maximum recommandé en Europe) (Charatan, BMJ, 2001, 323, 359).

ASPECTS COMMERCIAUX ET ADMINISTRATIFS : COMPETITION SANS INNOVATION

En Espagne, la cérivastatine a été commercialisée en 1998, alors que 5 statines étaient déjà disponibles : simvastatine, pravastatine, lovastatine, fluvastatine et atorvastatine. Bien qu'il n'ait pas été démontré que l'atorvastatine et la cérivastatine réduisaient la mortalité cardiovasculaire et l'incidence de l'infarctus, les ventes de ces statines augmentèrent de façon spectaculaire (Siles Gutierrez et al, Rev Esp Salud Publica, 2001, 75, 129). Ce succès commercial de la cérivastatine et de l'atorvastatine se fondait sur le fait que ces médicaments entraînaient une baisse de la cholestérolémie plus que les autres statines.

Cependant, les données disponibles ne permettent pas de savoir jusqu'à quel point une plus forte réduction relative du taux du cholestérol améliore davantage le pronostic, ni jusqu'à quel point il faut réduire la cholestérolémie. Le " marché du cholestérol " remue des milliers de millions de dollars. Mais pour obtenir un taux significatif à la baisse, quelques fabricants ont " tiré sur la corde " : c'est dire qu'il ont commercialisé leur médicament à dose comparativement élevée pour provoquer un effet plus accusé sur les chiffres du cholestérol, mais avec, en contrepartie, un accroissement des effets indésirables.

La responsabilité de cette situation irrationnelle incombe aussi au système et aux méthodes de régulation des médicaments. Dans l'Union Européenne, les critères en vue de l'autorisation des médicaments sont la qualité, la sécurité, l'efficacité. Ces critères ne sont pas pris en compte par comparaison avec des médicaments déjà disponibles, de sorte qu'un médicament " me-too - moi-aussi" peut être autorisé bien qu'il finisse par être moins efficace et moins sûr que ses homologues déjà disponibles. On n'exige pas d'études comparatives avec d'autres médicaments, ni d'analyse de variables cliniques pertinentes. Et comment peut-on enrichir la recherche sans comparaison directe entre des alternatives thérapeutiques ? Les directives de la Conférence Internationale pour l'Harmonisation de l'année 2000, recommandant la comparaison des médicaments nouveaux avec des médicaments actifs déjà connus (plus qu'avec un placebo), ont entraîné une forte opposition de l'industrie pharmaceutique (Garratini et Bertele, Lancet, 2001, 358, 64).

ASPECTS MÉDIATIQUES : LE TRISTE RÔLE DE QUELQUES " EXPERTS "

Le processus de retrait a été entouré de polémique et de confusion. Ce n'est pas la première fois que des professionnels (Professeurs d'Université, Chefs de Services hospitaliers, Présidents ou ex-Présidents de Sociétés Scientifiques, etc.) apparaissent et se comportent comme des " experts " disposés à répéter les messages habituels des fabricants de médicaments. Durant les mois de juillet et août 2001, nous avons pu lire des messages comme ceux reproduits dans l'encadré ci-joint. Depuis ce retrait, l'Agence Espagnole du Médicament recommandait aux patients qui consultaient, de solliciter le changement de médicament. Mais comment recommander de demander ce remplacement à quelqu'un qui n'a pas été informé ? Parallèlement, quand le laboratoire lui-même insistait pour affirmer que son médicament contre le cholestérol était sûr.

Alarme injustifiée selon les " experts "

" Nous ne savons pas si les quatre morts et les 56 réactions ont été provoquées par le médicament ou par la maladie elle-même " (Correo Farmaceutico, 23-29/7/2001).

" C'est un médicament assez nouveau, mais très étudié. Il est bien. Il possède beaucoup d'avantages. Il faut uniquement surveiller la dose et ne pas le prescrire avec d'autres médicaments " (La Vanguardia, 9/8/2001)

" Il existe un risque d'effets indésirables mais un contrôle correct du patient, avec analyses sanguines, permet d'écarter ces risques " (La Vanguardia, 9/8/2001).

REFLEXIONS FINALES

Il semble que la dose de cérvastatine recommandée était proportionnellement plus élevée que celle des autres statines. Ce fait explique l'effet plus profond sur les chiffres du cholestérol, par comparaison avec les autres statines, mais implique aussi un accroissement du risque d'effets fâcheux imputables à la dose, comme la myopathie et la rhabdomyolyse. De fait, le cas du triazolam (réactions neuro-psychiatriques) (Buttll Groc, 1991, 4, 13), du fénotérol (crises graves et accroissement de la mortalité dans l'asthme) (Wong et al, Lancet, 1990, 336, 1396), du piroxicam (hémorragies gastro-intestinales) (Laporte et al, Lancet, 1991, 387, 85) restent des exemples similaires de ces Nièmes membres de groupes pharmacologiques commercialisés à doses excessivement fortes. Dans tous les cas, il semble que le mobile de ces excès soit surtout la concurrence commerciale jointe au manque d'attention portée par les autorités régulatrices au rapport entre la dose et les effets bénéfiques et les effets indésirables. Comme avec d'autres médicaments " moi-aussi - me-too ", nous nous demandons s'il existait un seul patient qui nécessitait la cérvastatine lorsqu'elle a été commercialisée. Le Nième membre d'un groupe pharmacologique comme celui-ci ne devrait pas être commercialisé sans preuve de quelque type de supériorité réelle, en terme de prévention de la morbidité et de mortalité par comparaison avec ses prédécesseurs. De plus, des essais cliniques et d'autres études comparatives avec les médicaments déjà disponibles dans les mêmes indications s'avèrent nécessaires. Commentant ces questions, les auteurs d'un article récemment publié dans le Lancet suggèrent que " l'accroissement du pouvoir de l'industrie pharmaceutique nécessite un équilibre compensateur garantissant que les médicaments soient

bénéfiques pour les patients et pas seulement un commerce profitable ou juteux ” (Garatini et Bertele, Lancet, 2001, 358, 64).

Quand on estime qu’une statine doit être prescrite pour la prévention de la cardiopathie ischémique, il est préférable d’en choisir une qui réduit la mortalité et l’incidence de l’infarctus, comme la pravastatine, la lovastatine ou la simvastatine. Mais il faut aussi prendre en compte le fait que les études concernant les statines sont conduites dans des populations avec une génétique, un régime et un climat différents. Ces études sont aussi menées dans des pays où la contribution des dyslipidémies au risque cardiovasculaire est plus importante (Kuulasmaa et al, Lancet, 2000, 355, 675). Ainsi, avec les mêmes taux de cholestérol, dans les pays anglo-saxons, le risque est plus élevé que dans les pays méditerranéens (la différence est encore plus accentuée en Espagne) (Verschuren et al, JAMA, 1995, 274, 131). Etant donné que la majorité des tables de risque et de recommandations de traitement procèdent de pays anglo-saxons et qu’il n’existe pas de données concernant les populations latines, leur application dans notre milieu latin peut comporter une surestimation du risque et par conséquent une conduite “ thérapeutique ” interventionniste à l’excès.

Au cours des dix dernières années en Espagne, la consommation d’hypolipémiants et surtout de statines a augmenté de façon constante et notable (Siles Gutierrez et al, Rev Esp Salud Publica, 2001, 75, 129). Bien qu’il existe une grande variabilité internationale dans le schéma de prescription des hypolipémiants, diverses études suggèrent que les patients traités par ces médicaments ne sont pas ceux qui pouvaient en bénéficier le plus, et qu’ils ne recevaient pas les doses recommandées (Freely et al, Clin Pharmacol Ther, 2000, 67, 438). Il ne faut pas oublier qu’une hypercholestérolémie isolée ne justifie pas un traitement et qu’il faut considérer les autres facteurs de risque cardiovasculaire (comme le tabagisme, le diabète, l’hypertension artérielle, l’obésité, la sédentarité). Certains de ces facteurs pèsent plus que les simples chiffres du cholestérol dans le sang. Quand l’augmentation du cholestérol LDL s’associe à d’autres facteurs de risque, la possibilité de survenue d’un accident coronarien est plus forte et, le médicament hypocholestérolémiant devient plus indiqué.

Note du traducteur : Le retrait de la cerivastatine, suivi de très près par la presse économique et financière, a provoqué une forte chute du cours des actions Bayer, le chômage de milliers d’employés de la firme de Leverkusen, la démission de dirigeants, et la nomination à la tête de Bayer d’un enfant de l’aspirine, entré dans l’entreprise à l’âge de 20 ans.

MEDECINE ET CULTURE **(B. Ngondo Mbongue)**

Selon l’O.M.S, 75 % de la population de l’Afrique Subsaharienne a recours à la médecine traditionnelle africaine. Si ce fort taux peut se justifier par une mauvaise couverture sanitaire et le coût élevé des produits pharmaceutiques, il faut noter que la culture constitue l’autre barrière importante à l’accès aux soins de la “ médecine moderne ”.

La *médecine traditionnelle africaine* se définit comme “ l’ensemble de toute les connaissances et pratiques explicables ou non, auxquelles ont recours les tradithérapeutes pour diagnostiquer, prévenir, guérir complètement ou partiellement un déséquilibre physique, mental ou social, en s’appuyant sur l’expérience vécue et l’observation transmise de génération en génération, oralement ou par écrits ” (O.M.S, 1978).

La culture (les croyances, les coutumes, les rites ancestraux...) joue un rôle prépondérant . La maladie est perçue comme un sort qui vous est jeté ou qui s’abat sur vous. Elle aura donc trois origines possibles : 1-horizontale (relations familiales) ; 2-oblique (relations communautaires) ou 3-verticale (les dieux, les ancêtres...).

Le médicament utilisé lors du traitement n’est qu’une proposition des ancêtres. Son efficacité dépend plus de la volonté des ancêtres que de ses propriétés pharmacologiques. Cette perception de la maladie influence donc largement le comportement du patient d’origine africaine et explique parfois la mauvaise observance médicamenteuse. La compréhension de cet univers culturel fait des croyances, des rites et des coutumes est fondamentale pour comprendre le comportement des patients africains.

AUX USA, LE FISC COMBAT L'OBESITE (G. Lafue)

Aux Etats-Unis, la moitié de la population présente une surcharge pondérale. Un quart des adultes souffre d'obésité. Les enfants sont également concernés, puisque un quart d'entre eux sont en excès de poids. Le fisc américain a décidé que le coût des médicaments et des régimes serait dès cette année déductible du revenu imposable !

CONSEQUENCES DE L'EXPLOSION DE L'USINE AZF DE TOULOUSE SUR LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS PSYCHOACTIFS (J.L. Montastruc)

Le Service Médical de l'Assurance Maladie de la région Midi-Pyrénées a analysé les conséquences de l'explosion de l'usine AZF sur la consommation des médicaments anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques. Dans le régime général des travailleurs salariés hors section locale mutualiste (soit 63,8 % de la population résidant en Haute-Garonne), le groupe a comparé la consommation de ces quatre classes médicamenteuses avant et après le vendredi 21 septembre 2001.

La consommation par *anxiolytiques* débute le jour même de l'explosion avec un doublement des nouveaux cas le jour et le lendemain et un triplement le lundi. Par référence aux 14 jours précédant l'explosion, on peut estimer à 3.419 le nombre de nouveaux cas non attendus entre le 21 septembre et le 1^{er} novembre (date de retour à la normalité). On observe le même phénomène pour les *hypnotiques* avec un décalage de quelques jours. L'augmentation du nombre de patients nouvellement traités n'apparaît que le lundi avec un doublement du nombre des nouveaux cas. Le chiffre de nouveaux cas non attendus s'élève à 1.370 patients supplémentaires traités par les hypnotiques entre le 21 septembre et le 1^{er} novembre 2001. Pour les *antidépresseurs*, la hausse du nombre de nouveaux patients traités est elle aussi différée au lundi suivant l'explosion. Le chiffre estimé de patients non attendus est de 996. On n'a pas retrouvé d'augmentation du nombre de patients nouvellement traités par les *neuroleptiques* après le 21 septembre 2001. De même, le nombre de patients ayant une première consultation ou visite de psychiatre n'augmente pas après l'explosion.

Les auteurs concluent : " compte tenu des limites précédemment décrites, la catastrophe liée à l'explosion de l'usine AZF peut être tenue pour responsable de 3.229 traitements par psychotropes, dont 30 % avec recours aux antidépresseurs. L'extrapolation de ces chiffres à l'ensemble de la population de la Haute-Garonne donne une estimation de 5.061 patients traités pour un stress aigu ". (H. Roussel, Medistat 2002, 4, 1-4).

Célécoxib CELEBREX® : PRESENTATION TRONQUEE DES RESULTATS DES ESSAIS CLINIQUES (J.L. Montastruc)

Lors de la mise sur le marché, on a présenté le célécoxib, un AINS, comme présentant moins d'effets indésirables digestifs " graves " (PUS : Perforations, Ulcérations, Saignements) que les autres AINS. Cette assertion s'avère fautive puisqu'elle repose sur une analyse partielle (à 6 mois) d'un seul essai clinique (prévu pour 12 mois). Au bout de 1 an, on ne retrouve aucune différence significative dans l'incidence des PUS déterminés par le célécoxib versus ibuprofène ou diclofénac.

Ce résultat souligne l'ardente nécessité d'une information rigoureuse et indépendante sur le médicament (ce à quoi s'emploie BIP). En fait, les données de pharmacovigilance, obtenues depuis la commercialisation du médicament, montrent clairement l'existence de ce type d'effet indésirable avec le célécoxib comme avec les autres AINS. Ce nouvel épisode de la saga des coxibs rappelle aussi que la notion de " sélectivité ", vraie " in vitro ", disparaît " in vivo ", pour constituer non pas un élément rationnel de prescription mais un argument fallacieux de marketing.

RETOUR SUR LA DHEA

La Revue Prescrire, dans son numéro d'avril 2002, a présenté une revue générale exhaustive sur la DHEA. Nous en reproduisons la conclusion : " DHEA, fontaine de jouvence, qui maintiendrait le corps jeune, l'esprit alerte et entretiendrait la libido, superhormone qui protégerait contre les principales causes de mortalité : pathologies cardiovasculaires, cancers, défaillances du système immunitaire, pathologies dégénératives... En réalité, pas un seul de ces bienfaits hypothétiques n'est démontré par des essais cliniques de méthodologie correcte versus placebo. Sur l'autre plateau de la balance, les effets indésirables sont bien réels et inquiétants : des effets androgéniques et des éléments en faveur d'un risque de cancers hormono-dépendants. Actuellement, l'engouement pour la DHEA ne repose sur aucune donnée solide. Il ne faut ni prescrire, ni conseiller cette mystification multimédiatisée. Il y a beaucoup mieux à faire pour aider à bien vieillir ".

4° RENCONTRE DE PHARMACOLOGIE SOCIALE : A VOS AGENDAS !

Organisée par le Collectif de Pharmacologie Sociale et le Service de Pharmacologie Clinique de Toulouse autour du **Docteur Gilles BARDELAY**, Co-fondateur de la Revue Prescrire.

Grand amphithéâtre de la **Faculté de Médecine de Toulouse**, 37 Allées Jules-Guesde (possibilité de parking à l'intérieur de la Faculté)

Mercredi 27 Novembre 2002 à 19 heures.

Programme :

- **19h : " Reconnaître les progrès thérapeutiques dans le domaine du médicament " Dr. G. Bardelay**
- **21h : Rencontre avec le conférencier**

Le Centre de Pharmacovigilance a pour mission de **répondre à vos questions sur le médicament** (effets indésirables, efficacité démontrée, interactions médicamenteuses, utilisation chez les sujets à risque, pendant la grossesse, l'allaitement...).

Le Centre de Pharmacovigilance reçoit et analyse les **notifications d'effets indésirables médicamenteux**. La loi rend **obligatoire** la déclaration des effets indésirables " graves " (mettant en jeu le pronostic vital ou entraînant un décès, une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation ou encore des séquelles) ou " inattendus " (non mentionné dans le RCP sur le Vidal) au Centre Régional de Pharmacovigilance (coordonnées page 1 et dans les premières pages du Vidal)