

Régressions

L'onde de choc provoquée par les "affaires" de pharmacovigilance exerce toujours un effet pédagogique fugace. C'est le cas avec l'"affaire" du *rofécoxib* (ex-Vioxx[°]) (lire page 835). On avait vu des prescripteurs faire attention pendant quelque temps aux critères d'évaluation des statines après l'"affaire" de la *cérvastatine*, et préférer les statines les mieux évaluées. Puis l'attention s'est relâchée. Aujourd'hui, on entend des patients dire que du *paracétamol*, c'est tout de même plus sûr pour soulager leur arthrose qu'un nouvel anti-inflammatoire à risque. Mais avec le temps, l'habileté et l'insistance des campagnes promotionnelles, il est probable que l'attention se relâchera à nouveau.

Le nombre de patients victimes de choix thérapeutiques injustifiés risque pourtant d'enfler encore prochainement.

Ainsi, le *mélagatran* et le *ximélagatran* (Melagatran AstraZeneca[°] et Exanta[°] - lire pages 811-817) sont annoncés sur le marché en prévention des thromboses veineuses. Il est d'ores et déjà établi qu'ils ne sont pas plus efficaces que les héparines de bas poids moléculaire ou la *warfarine*. Et aux mêmes risques hémorragiques, ils ajoutent un risque hépatique, voire cardiaque.

Autre exemple : le *sumatriptan* ; aujourd'hui, dans la migraine des adolescents (Imigrane[°] - pages 807-809), il fait courir des risques d'accidents cardiovasculaires graves, alors que son efficacité est si incertaine qu'il faut des centaines de patients dans les essais pour faire miroiter une "supériorité" de quelques % vis-à-vis d'un simple placebo.

Puisque les pouvoirs publics et les modalités actuelles d'octroi des AMM n'empêchent pas ces régressions thérapeutiques, c'est bien à chaque professionnel de santé d'être responsable : exiger l'accès aux données d'évaluation des nouveaux médicaments ; et en rester aux médicaments de référence, même anciens, jusqu'à preuve solide d'un progrès tangible.