

GROUPE DE PHARMACOLOGIE SOCIALE COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 20 Avril 2009

Evolution de la définition du Dopage (Ana Senard)

Depuis le congrès d'Uriège en 1963 plusieurs définitions du dopage ont été proposées. Initialement limitées aux substances puis aux procédés de nature à modifier artificiellement la performance, les définitions successives du Dopage ont évolué avec la création de l'AMA et du code mondial antidopage en 2000.

Le Dopage concerne depuis 2008 non seulement l'utilisation mais aussi la détention de substances ou procédés interdits, figurant sur une liste déterminée par arrêté.

Il se définit actuellement comme une ou plusieurs violations des règles antidopage telles qu'énoncées par le Code mondial antidopage (art.2.1 à art.2.8) en fonction de la liste des substances et méthodes interdites, en permanence, en compétition en concernant certains sports.

A partir de janvier 2009, la liste éditée par l'AMA commence par la définition suivante :

- « toutes les substances interdites doivent être considérées comme des « substances spécifiées » sauf les substances dans les classes S1, S2, S4.4 et S6.a, et les méthodes interdites M1, M2 et M3 ». Ces dernières sont considérées comme 'non spécifiées'.

- L'on retrouve par exemple dans le groupe des « substances spécifiées » : les β_2 agonistes, les agents masquants, les cannabinoïdes ainsi que les corticoïdes. Quand un sportif fait établir l'origine de l'une de ces 'substances spécifiées' et la preuve d'un usage non destiné à améliorer la performance, la *sanction* encourue peut être réduite à une ***simple réprimande sans suspension***, ou ***au maximum à une suspension de 2 ans***.

- les substances 'non spécifiées' regroupent essentiellement les anabolisants, les hormones, les stimulants : cocaïne ou amphétamines ainsi que les méthodes M1 (amélioration du transfert d'oxygène : dopage sanguin, substituts du sang,...), M2 (manipulation chimique et physique) et M3 (dopage génétique). L'utilisation de ces substances est susceptible de donner lieu à une ***suspension standard de 2 ans*** pour une 1^{ère} infraction et jusqu'à ***4 ans (pouvant aller jusqu'à la radiation à vie) en cas de circonstances aggravantes*** (utilisation de plusieurs de ces substances interdites ou usage d'une même substance interdite à de multiples reprises).

- Ces substances 'spécifiées' ou 'non spécifiées' peuvent être interdites en permanence ou uniquement en compétition. Toutes les substances interdites (en permanence ou en compétition) nécessitent une autorisation d'usage thérapeutique (AUT) standard. L'AUT 'abrégée' a été supprimée.

Le souci des sanctions semble bien interférer avec les caractéristiques pharmacologiques des substances.

Palmarès (Top 50) des ventes de médicaments en officine : PHARMASTAT (R Pujol)

Cette présentation fait état des médicaments les plus vendus en officines, en nombre de spécialités, génériques ou non génériques.

Il apparaît d'emblée quelques évidences :

- les médicaments anciennement très utilisés ont disparu du palmarès des ventes, par exemple, le Tanakan®.
- les médicaments remboursés occupent toujours les premières places. Il s'agit :
 - du paracétamol, largement en tête des ventes sous forme de Doliprane® 1000 ou d'Effergal®. Les formes associées au Tramadol ou à la Codéine se situent en fin de liste.
 - de l'aspirine au premier rang des antiagrégants plaquettaires,
 - du Spasfon® pour les antispasmodiques,
 - du Préviscan® pour les anticoagulants oraux,
 - de la Ventoline® pour les bronchodilatateurs,
 - du Profenid® et du Voltarène® pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens,
 - du Mopral® pour les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP),
 - du Tahor® pour les statines,
 - du Médiator® (comme adjuvant de régime chez les diabétiques en surcharge pondérale !),
 - et de la Pyostacine® pour les antibiotiques.

En somme un inventaire à la Prévert.

Compte Rendu de la session Pharmacologie Sociale du Congrès de Marseille P2T 2009. (G Durrieu)

1- Facteurs associés aux variations de remboursements d'anxiolytiques et d'hypnotiques au niveau du canton, en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005. (Aurélie Bocquier)

Cette étude a analysé les remboursements des anxiolytiques-hypnotiques (AX-HY) en fonction des caractéristiques démographiques, des caractéristiques socio-économiques, de la situation géographique (cantons), de la densité des médecins généralistes libéraux et des marqueurs de la morbidité chronique et psychiatrique.

La prévalence globale de la consommation des AX-HY était de 15,5% avec une variation de l'ordre de 3 à 4 selon les cantons. La consommation était plus importante chez les femmes et augmentaient avec l'âge. Cette consommation était aussi fortement associée aux variations de l'état de santé (pathologie mentale, affections chroniques), aux caractéristiques socio-économiques (chômage, revenu annuel). Par contre, les variations de consommation étaient indépendantes de la densité médicale.

Ces résultats pourraient fournir une base de discussion aux preneurs de décision en matière de Santé Publique en les aidant à choisir des objectifs précis pour leurs interventions. Celles-ci pourraient inclure par exemple une meilleure information de la population et des professionnels de santé en ce qui concerne les effets indésirables des benzodiazépines et les thérapeutiques alternatives. D'autres études paraissent cependant nécessaires pour mieux étudier l'ensemble des déterminants individuels et contextuels.

2- Perception du risque médicamenteux par les médecins de CHU (G Durrieu)

Des études précédentes ont montré que la perception du risque médicamenteux différait :

- entre professionnels et non professionnels de santé,
- entre médecins, en fonction de la spécialité médicale exercée,
- chez les étudiants en Médecine au cours de la formation universitaire.
-

La perception moyenne du risque médicamenteux par les médecins de CHU a été évaluée à 4,6 (sur une échelle allant de 0 à 10). Elle se chiffrait à 4,7 pour les étudiants avant formation et de 5,8 après l'enseignement de pharmacologie, de 5,3 pour les médecins généralistes et de 6,1 pour les pharmaciens (groupe présentant la plus forte valeur). En fonction des statuts des médecins du CHU, la valeur minimale de cette perception a été mesurée dans le groupe des PU-PH et MCU-PH (professeurs et maîtres de conférences hospitalo-universitaires), la valeur maximale pour les praticiens hospitaliers attachés.

Pour tous les groupes, les anticoagulants sont perçus comme les médicaments les plus dangereux, et la pilule contraceptive comme le médicament le moins dangereux.

En conclusion, la perception du risque médicamenteux reste faible pour les médecins de CHU. L'évaluation de la perception du risque médicamenteux auprès des professionnels de santé pourrait constituer une aide non négligeable pour une information et/ou formation plus pertinente sur le médicament.

Point sur les études d'Impact (H Bagheri – V Bounes)

Ce point illustre, par quelques exemples, l'influence des recommandations des Agences Réglementaires et de la Publicité Grand Public sur la consommation de médicaments largement utilisés.

Comme exemples, ont été cités :

- les AINS. Bien que tous les AINS soient formellement contre indiqués dès le début du 6^{ème} mois de grossesse, quelle que soit la voie d'administration, il apparaît que 4,4 % des femmes enceintes font encore l'objet d'une prescription d'AINS potentiellement dangereuse.
- le métoprolol Priméran®. Encore largement prescrit malgré le risque du syndrome extrapyramidal chez l'enfant.

- le cisapride Prépulsid®. Les nouvelles recommandations figurant sur les notices d'information du médicament, associées à l'envoi d'une « Dear Doctor letter » tendent à baisser la fréquence d'associations médicamenteuses contre-indiquées.
- l'isotrétinoïne. Il n'y a pas de baisse significative des prescriptions pour les jeunes femmes en âge de procréer.
- les héparines bas poids moléculaires (HBPM). Pour ces médicaments, une meilleure utilisation des HBPM a été observée depuis la publication des précautions à prendre et des contre-indications liées à l'âge, aux pathologies associées et à la durée des traitements.

L'impact de l'information sur les professionnels de santé reste bien réel, mais bien souvent l'influence des médias Grand Public semble supérieure à celle des Agences Réglementaires. On peut citer comme exemple, le rofécoxib Vioxx®, présenté à grands frais comme un AINS « sûr ». Il est suspecté responsable de 88 000 maladies cardiaques aux Etats-Unis !!

Afin de minimiser le risque médicamenteux, il paraît ainsi indispensable :

- de mieux illustrer, mieux personnaliser l'information,
- de mieux cibler les prescripteurs,
- et de privilégier le rôle des Centres Régionaux de Pharmacovigilance.

Cette séance de travail s'est terminée par la présentation de « nos lectures » largement représentées par celles du Docteur Gilbert Lafue.

La prochaine réunion du Groupe de Pharmacologie Sociale est prévue pour le lundi 22 juin 2009 à 15h30 à la Bibliothèque du Service de Pharmacologie à la Faculté de Médecine.