

Éditorial

Hypolipidémiant : prescription sous influence

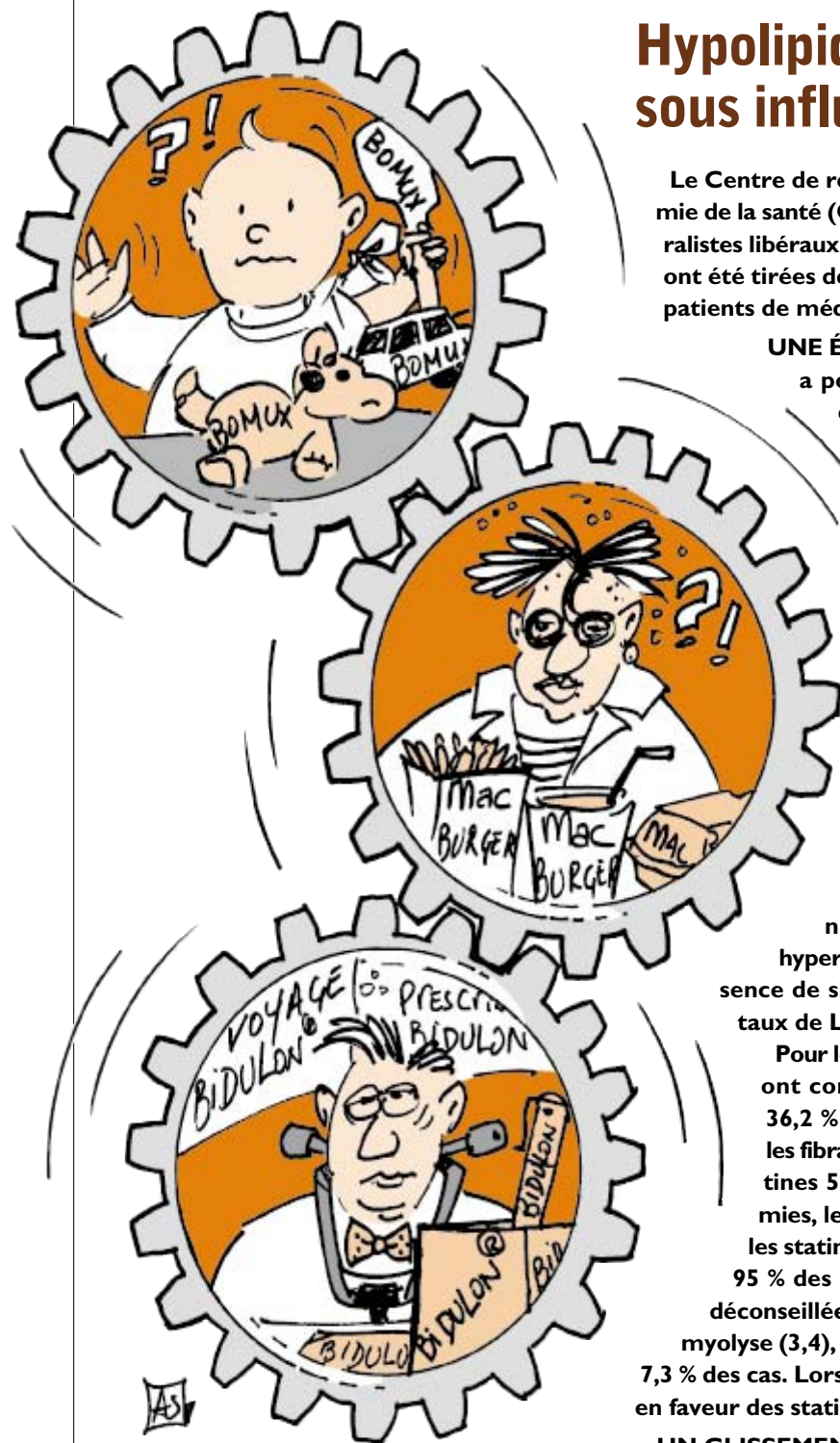
Le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes) a étudié la prescription de médecins généralistes libéraux français dans les hyperlipidémies (1). Les données ont été tirées de manière anonyme des dossiers informatisés des patients de médecins adhérant à l' "Observatoire Thalès" (a).

UNE ÉTUDE SUR PLUS DE 40 000 PATIENTS. L'étude a porté sur 43 763 cas d'hyperlipidémies, issus des données des 613 médecins généralistes. Les données ont été recueillies de manière rétrospective sur 2 ans, avec une comparaison 1998 versus 1999 (b). Un questionnaire complémentaire a été adressé aux médecins, afin de connaître notamment la participation à différentes actions de formation médicale continue, à un réseau ville-hôpital, ainsi que le nombre de visiteurs médicaux reçus chaque semaine. 364 médecins (59,4 %) ont répondu.

L'éventuelle prescription d'un régime diététique adapté n'a pas été précisée. La proportion de patients ayant bénéficié d'un dosage du LDL-cholestérol a été estimée à 24,7 %. Moins de 5 % des patients étudiés étaient coronariens (1). Pourtant la décision de traiter une hypercholestérolémie dépend essentiellement de la présence de signes de coronaropathie, du sexe, de l'âge et du taux de LDL-cholestérol (2).

Pour le traitement des hyperlipidémies mixtes, les fibrates ont constitué 54,6 % des prescriptions, et les statines 36,2 % ; pour le traitement des hypercholestérolémies, les fibrates ont constitué 44,7 % des prescriptions et les statines 50,4 % ; pour le traitement des hypertriglycéridémies, les fibrates ont constitué 59,5 % des prescriptions et les statines 13 %. Les statines et les fibrates représentaient 95 % des prescriptions dans les hyperlipidémies. Bien que déconseillée du fait d'une augmentation du risque de rhabdomyolyse (3,4), l'association statine + fibrate a été retrouvée dans 7,3 % des cas. Lorsqu'il y a eu changement de traitement, il s'est fait en faveur des statines (1).

UN GLISSEMENT VERS LES STATINES LES PLUS RÉCENTES. Cette étude permet de suivre l'évolution des prescriptions au sein d'une même classe, et notamment celle des statines (1). ▶▶



► Entre 1998 et 1999, le recours global aux statines est demeuré à peu près constant (1). En 1998, *simvastatine* (Lodales°, Zocor°) et *pravastatine* (Elisor°, Vasten°) constituaient 71,5 % des prescriptions des statines alors que *atorvastatine* (Tahor°) et *cérvastatine* (ex-Cholstat°, ex-Staltor°) n'en constituaient que 15,7 %. En 1999, ces taux ont évolué avec respectivement 55,7 % et 36,4 %. La prescription de *fluvastatine* (Fractal°, Lescol°) est resté inchangée, ce qui permet d'en déduire un report des prescriptions sur l'*atorvastatine* et la *cérvastatine*. En 1998, 14 % des médecins testés n'ont pas eu recours à ces dernières ; ils n'étaient plus que 3 % en 1999. En l'absence d'évaluation pertinente de l'*atorvastatine* et de la *cérvastatine* dans la prévention cardiovasculaire, cette évolution paraît surprenante (5,6).

LE POIDS DE LA VISITE MÉDICALE. Les auteurs de l'étude ont établi un rapport entre les prescriptions d'*atorvastatine* et de *cérvastatine* et le nombre de visiteurs médicaux reçus. Ainsi, parmi les médecins recevant moins de 10 visiteurs médicaux par mois, 34 % ne prescrivait pas ces deux substances, et 13 % en prescrivait. À l'inverse, parmi les médecins recevant plus de 30 visiteurs médicaux par mois, moins de 10 % ne prescrivait pas l'*atorvastatine* et la *cérvastatine*, alors que 26 % en prescrivait (1).

Cette étude n'est pas représentative de l'ensemble des médecins généralistes, mais elle montre que d'autres facteurs que les données de l'évaluation clinique d'une substance sont susceptibles d'influencer les prescripteurs. Il ne s'agit pas là d'une constatation isolée (7). Elle donne de puissants arguments à ceux qui estiment que les prescripteurs doivent s'attendre à devoir rendre des comptes sur les critères de leur choix de prescriptions.

La revue Prescrire

a- L'"Observatoire Thalès" appartient au groupe privé Cegedim, prestataire de services d'information à destination principalement des firmes pharmaceutiques. Les données sont tirées des dossiers-patients d'un panel de médecins en étudiant le contexte de la prescription ainsi que les consommations de soins (réf. 1).

b- Les données recueillies dans les dossiers-patients par le logiciel de l'"Observatoire Thalès" comprennent : les caractéristiques des patients telles que l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le département de résidence, la taille, le poids, les événements de la vie génitale, la consommation d'alcool, de tabac ; les caractéristiques de la consultation du jour telles que le motif, les signes fonctionnels, le diagnostic, les prescriptions d'examen complémentaires ; les prescriptions pharmaceutiques (réf. 1).

Extraits de la veille documentaire Prescrire.

1- Mousquès J et coll. "La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : le cas des hyperlipidémies" Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé 2001 ; n° 1360 : 128 pages.

2- Prescrire Rédaction "Prévention cardiovasculaire primaire et secondaire : choisir les médicaments hypocholestérolémiants et antihypertenseurs les mieux adaptés" *Rev Prescr* 1999 ; 19 (194) : 281-296.

3- Prescrire Rédaction "Rhabdomyolyse liée à la cérvastatine" *Rev Prescr* 2001 ; 21 (216) : 277.

4- Prescrire Rédaction "Rhabdomyolyse et cérvastatine - suite" *Rev Prescr* 2001 ; 21 (220) : 595.

5- Prescrire Rédaction "Ne pas confondre statine et statine" *Rev Prescr* 2001 ; 21 (222) : 745.

6- Prescrire Rédaction "Atorvastatine - nouveau dosage" *Rev Prescr* 2001 ; 21 (222) : 745.

7- Prescrire Rédaction "Lutter contre la gabegie des antibiotiques" *Rev Prescr* 2002 ; 22 (226) : 221-222.

Environnement - Bangladesh

Empoisonnement massif à l'arsenic par l'eau de boisson

En 1997, l'Unicef se félicitait que son objectif de garantir de l'eau potable à 80 % de la population du Bangladesh, grâce au pompage de l'eau du sol, serait dépassé en 2000 (1). Pourtant au même moment, on déchantait : une grande proportion de ces puits fournissait en fait une eau excessivement chargée en arsenic (1,2).

Le Bangladesh occupe la plus grande partie du delta du Gange et du Brahmapoutre, une région marquée par des inondations annuelles rendant les eaux de surface impropres à la consommation. Les infections transmises par l'eau de boisson sont ainsi en permanence endémiques au Bangladesh, du choléra aux shigelloses en passant par les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

La prévention de ces maladies a suscité d'importants programmes d'installation de pompes, puisant l'eau à moins de 200 m de profondeur (1). Ces programmes ont été financés par le gouvernement du Bangladesh, des institutions internationales, des organisations non gouvernementales ou par les habitants eux-mêmes (2). Cette multiplication des pompes, plusieurs millions, aurait contribué à diminuer de moitié la mortalité des enfants de moins de 5 ans (2).

Cependant, la multiplication des cas de lésions cutanées évocatrices d'un empoisonnement à l'arsenic a entraîné plusieurs enquêtes de grande ampleur sur la qualité de l'eau des pompes. Les résultats des analyses ont été accablants : selon les 400 premiers prélèvements, environ 50 % des pompes fournissaient de l'eau contenant plus de 50 µg d'arsenic par litre, alors que la teneur maximale préconisée par l'OMS est de 10 µg (1). En 1997, une étude de 32 651 puits de 200 villages répartis dans tout le pays a révélé que 62 % contenaient plus de 100 µg d'arsenic par litre (1). Au total, jusqu'à 57 millions des 130 millions de Bangladais boiraient une eau rendue dangereuse par l'arsenic (2).

L'arsenic expose à un risque de lésions cutanées, de cancers de la peau et d'autres organes (vessie, reins, poumons), de diabète, et d'autres troubles (1,2).

L'origine de la contamination en arsenic au Bangladesh n'est pas établie, mais semble naturelle et à rapprocher de la situation trouvée dans certaines d'autres régions telles qu'en Argentine, au Chili, en Chine et à Taiwan, en Inde, au Mexique, en Thaïlande et aux États-Unis d'Amérique (1).

Le nombre de pompes concernées au Bangladesh et les teneurs élevées de l'eau en arsenic condamnent l'utilisation de l'eau de puits, ce qui représente un dilemme de santé publique pour ce pays. Il existe des moyens pour éliminer l'arsenic de l'eau (filtres, traitement chimique, etc.), mais leur application systématique sur le terrain pose problème. Les nappes profondes (plus de 200 mètres) ne semblent pas contaminées, mais le creusement de puits à cette profondeur expose au risque de diffusion de la contamination.

En attendant que les efforts nationaux et internationaux permettent aux habitants du Bangladesh d'avoir tous accès à une eau sans bactéries et sans arsenic, les experts recommandent d'analyser l'eau fournie par toutes les pompes et d'identifier celles qui fournissent une eau acceptable (1,2). Autour des autres pompes, les habitants pourront alors choisir en toute connaissance de cause entre l'arsenic et le choléra.

©LRP

Extraits de la veille documentaire Prescrire.

1- Smith A et coll. "Contamination of drinking-water by arsenic in Bangladesh : a public health emergency" *Bull WHO* 2000 ; 78 (9) : 1093-1103.

2- MacDonald R "Providing clean water : lessons from Bangladesh" *BMJ* 2001 ; 322 : 626-627.