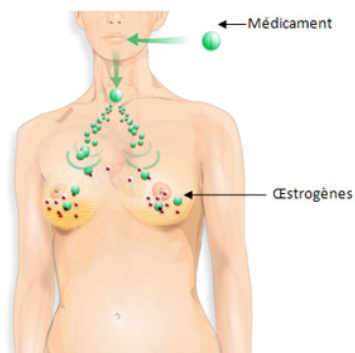


<https://www.ameSSI.org/hormonotherapie-7-lecons-de-protection-de-la-sante>



Hormonothérapie : 7 Leçons de protection de la santé

- SANTE-MEDECINES-BIEN-ETRE



Date de mise en ligne : lundi 30 mars 2015

Copyright © AMESSI.Org® Alternatives Médecines Évolutives Santé et

Sciences Innovantes ® - Tous droits réservés

Hormonothérapie : Leçons de protection de la santé tirées de la Women's Health Initiative

Sharon Batt, Chaire d'Élisabeth May en environnement et santé des femmes du Centre d'excellence pour la santé des femmes, région de l'Atlantique, Université Dalhousie, et Action pour la protection de la santé des femmes

Sommaire

- [Première leçon :](#)
- [Deuxième leçon :](#)
- [Troisième leçon :](#)
- [Quatrième leçon :](#)
- [Cinquième leçon :](#)
- [Sixième leçon :](#)
- [Septième leçon :](#)
- [La sécurité d'abord : La protection de la santé des femmes](#)

Table des matières

- [Première leçon :](#)
- [Deuxième leçon :](#)
- [Troisième leçon :](#)
- [Quatrième leçon :](#)
- [Cinquième leçon : }}](#)
- [Sixième leçon :](#)
- [Septième leçon :](#)
- [La sécurité d'abord : La protection de la santé des femmes](#)

>

En juillet 2002, les chercheurs américains qui dirigent la Women's Health Initiative (WHI) ont interrompu un essai clinique d'envergure visant à évaluer l'hormonothérapie ménopausique. L'étude a révélé que, plutôt que de prévenir les maladies chez les femmes qui vieillissent, le médicament appelé Prempro (oestrogène et progestatif), en fait, augmente le risque, pour les femmes, de maladie cardiaque (crises cardiaques, accidents cérébrovasculaires et caillots de sang) et de cancer du sein-les deux causes les plus communes de décès chez les femmes ménopausées[1].

L'hormonothérapie-des médicaments non sécuritaires déclarés comme pouvant prévenir les maladies chez les femmes-s'insère dans un modèle familial : « »

De 1941 à 1971, le **D.E.S.(diéthylstilbestrol)**, un médicament **cancérogène**, était prescrit aux femmes du **Canada et des États-Unis pour prévenir les fausses couches** ; de nos jours, le **ràloxifène et le tamoxifène sont testés comme agents de prévention du cancer du sein en dépit de la formation de caillots de sang et de risques accrus de cancer de l'endomètre**[2].

Sur une période de quelques décennies, les systèmes de réglementation des médicaments des deux pays ont permis à la mésinformation de se répandre et de se traduire en pratiques médicales dangereuses.

Les médicaments préventifs sont différents de ceux qui sont prescrits pour le traitement ; ils exigent un cadre de politique de protection de la santé plus rigoureux. Les leçons de la protection de la santé décrites dans le présent article sont tirées de la WHI-un essai clinique exemplaire pour étudier la prévention des maladies chez les femmes.

Première leçon :

La norme de sécurité, pour les interventions préventives, doit être plus élevée que pour le traitement des maladies.

La WHI illustre les contrastes des démarches de prévention et de traitement des maladies. Une approche cible les populations en bonne santé, et l'autre soulage des souffrances. Pour expliquer l'interruption de l'étude de la WHI, l'un des principaux chercheurs de cette étude a déclaré « Nous appliquons une norme [de sécurité], en matière de prévention, plus élevée »[3].

De nombreuses personnes ont pensé que les chercheurs avaient eu une réaction excessive : l'augmentation du risque que l'une des femmes participant à l'essai soit atteinte du cancer du sein ou d'une maladie cardiaque en conséquence de l'hormonothérapie semblait relativement faible. De fait, selon les normes de sécurité en matière de santé publique, en vertu desquelles de nombreux milliers de personnes seraient exposées, ces risques étaient si élevés que le chercheur principal a conclu que « l'hormonothérapie n'a aucun rôle à jouer dans la prévention des maladies »[4].

Deuxième leçon :

La prévention des maladies exige un modèle holistique de santé.

La WHI a appliqué un modèle holistique de santé pour faire un examen scientifique du phénomène de « substitution des maladies », selon lequel un médicament réduit les risques de souffrir d'une maladie mais augmente ceux d'en contracter une autre. Cela signifie que l'essai aurait été interrompu si les risques généraux étaient supérieurs aux avantages généraux, ou vice versa. En juillet 2002, le risque nettement accru de cancer du sein (prévu) et de maladie cardiaque (non prévu) dépassait de loin les avantages de la perte de masse osseuse (prévue) et du risque de cancer colorectal (non prévu).

Troisième leçon :

Il est essentiel d'avoir les données des essais cliniques à long terme avant que soient affirmées les qualités préventives des médicaments, mais peu de médicaments justifient un essai clinique pour en vérifier les qualités préventives. Les forces du marché ne devraient pas déterminer quel médicament doit subir ce genre de test.

La collecte des données cliniques finales sur la prévention est bien plus coûteuse que celle de données comparables sur le traitement : le nombre de bénévoles nécessaire est énorme et les essais doivent durer de nombreuses années. Avant son lancement, les critiques se sont opposés à la WHI parce qu'elle était « trop coûteuse » et « non éthique »-parce que des femmes du groupe de contrôle se feraient refuser la protection présumée de l'hormonothérapie contre les maladies cardiaques.

L'utilisation postménopausique des hormones pour la prévention des maladies devait faire l'objet d'essais cliniques parce que les médecins avaient déjà pris l'habitude de prescrire ces médicaments aux femmes, même si leur innocuité et leur efficacité à long terme n'avaient pas encore été confirmées. Il est clair que les médicaments devraient être testés avant que des affirmations soient faites et que des ordonnances soient remplies.

Les chercheurs principaux de la WHI soutiennent, de façon convaincante, que d'autres essais pour tester d'autres formules et doses d'oestrogène et de progestatif seraient à la fois contraires à l'éthique et une mauvaise utilisation de l'argent des contribuables parce que rien ne porte à croire que les formules d'hormonothérapie puissent avoir des résultats différents. De même, **il n'y a aucune raison de tester les hormonothérapies pour la prévention de maladies cardiaques chez les femmes âgées entre 50 à 59 ans ; un tiers des volontaires de la WHI étaient de cette catégorie d'âge, et ce sont elles qui affichaient le plus haut risque d'accident cérébrovasculaire**[5].

Les stratégies classiques de santé publique-air et eaux purs, aliments nutritifs, habitations adéquates et milieux de travail sécuritaires-préviennent de nombreuses maladies et n'en causent aucune. Très peu de médicaments répondent aux rigoureuses exigences de la santé publique : les vaccins contre les maladies infantiles courantes, les anticoagulants pour prévenir la formation de caillots de sang pendant les interventions chirurgicales et le Pepto-Bismol contre la diarrhée, pour les voyageurs, sont des exceptions à la règle.

Quatrième leçon :

Réduire l'influence persuasive de l'industrie qui contribue à une promotion irresponsable des médicaments et à leur prescription à des fins non indiquées.

Les mythes largement répandus sur l'hormonothérapie étaient fondés non pas sur la science mais sur le marketing, qui allait à l'encontre de la science.

Un médecin américain, Robert Wilson, en a semé les premiers germes en 1965 avec son livre, *Feminine Forever*. M. Wilson a dissimulé le fait qu'il était consultant auprès du fabricant de Premarin tandis qu'il faisait la promotion de son populaire ouvrage. Au milieu des années 1970, un essai clinique a démontré que le Premarin augmentait le risque de cancer de l'endomètre, et un comité scientifique de haut niveau a infirmé quasiment toutes les affirmations favorables à l'oestrogénothérapie à l'exception de celles de l'atténuation des poussées de chaleur et de la sécheresse du vagin[6].

Lorsque les ventes ont chuté, le fabricant, Wyeth- Ayerst, a ajouté la progestatif au comprimé d'oestrogène, créant ainsi le traitement hormonal de substitution (THS).

Le nouveau médicament contrait le risque accru de cancer de l'endomètre, mais ne faisait rien pour ralentir les allégations débridées de présumés avantages préventifs du THS.

Des articles intitulés, par exemple, « **Traitement hormonal substitutif pour toutes ? La prescription universelle est-elle souhaitable** »[7] étaient publiés dans des revues médicales respectées, et des organisations d'obstétriciens-gynécologues recommandaient que toutes les femmes ménopausées suivent un traitement hormonal de substitution pour prévenir les maladies.

Des conflits d'intérêts nuisent généralement aux pratiques de prescription des médecins ; cependant, les médicaments préventifs sont des candidats particulièrement attrayants pour le phénomène appelé la médicalisation de la santé.

Cinquième leçon :

Prendre des mesures de réglementation pour réduire la médicalisation de conditions normales comme la ménopause.

L'oestrogène ménopausique et les comprimés d'hormones combinées ont été commercialisés auprès des médecins et des femmes sous prétexte que la ménopause est une maladie causée par une « déficience » hormonale. Les termes « traitement oestrogénique de substitution » et « **traitement hormonal de substitution** » (HST) reflètent **cette notion misogyne de la ménopause comme une maladie plutôt que comme une transition normale dans la vie des femmes.**

À la suite de l'annonce des résultats de l'étude de la WHI, l'US Food and Drug Administration (FDA) a officiellement adopté l'expression "menopausal hormone therapy", ou « hormonothérapie ménopausique » pour remplacer celle de traitement hormonal de substitution.

Ce changement indique que l'hormonothérapie devrait être envisagée avec prudence et seulement pour le soulagement à court terme des symptômes de la ménopause.

Sixième leçon :

Recenser et réduire l'utilisation des médicaments à des fins non indiquées à l'exception du traitement indiqué pour ces mêmes produits.

Les médecins peuvent prescrire des médicaments pour des usages non indiqués. Bien que cette pratique puisse être justifiée dans certains cas, l'hormonothérapie illustre le danger que présente la prescription routinière de médicaments à des fins non indiquées. Le système de pharmacovigilance de Santé Canada ne fait aucune

distinction entre l'utilisation à court terme du médicament pour les symptômes indiqués, comme les poussées de chaleur, et l'usage à long terme.

En l'absence d'un tel suivi, nous ne saurons probablement jamais combien de femmes sont mortes de cancer iatrogène de l'endomètre, de troubles cardiaques iatrogènes ou du cancer du sein iatrogène.

Septième leçon :

Appuyer les efforts d'organismes indépendants de l'industrie et réduire l'influence de groupes et d'individus financés par des compagnies dont ils font la promotion des produits.

Les militantes et les organismes en santé des femmes ont contesté les affirmations non fondées relativement à la THS depuis les années 1970. Sans le leadership d'organismes indépendants de l'industrie pharmaceutique, l'hormonothérapie aurait été beaucoup plus répandue qu'elle ne l'est.

Le National Women's Health Network (NWHN) des États-Unis a remporté une victoire dans sa lutte pour obtenir que des informations soient insérées dans tous les emballages de produits oestrogéniques remis aux patientes, victoire qu'a contesté l'American College of Obstetricians and Gynecologists devant les tribunaux[8]. **Le NWHN s'est aussi opposé à la demande faite à la FDA, en 1990, par Wyeth-Ayerst pour obtenir l'approbation de la thérapie oestrogénique comme thérapie de prévention des maladies cardiaques et il a fait pression pour faire financer l'étude de la WHI[9].**

Les groupes d'intérêt public indépendants du Canada et de l'étranger sont parmi les quelques voix qui s'opposent au système dirigé par l'industrie d'éducation des médecins et de recherche clinique, et aux affirmations exagérées sur les avantages des médicaments dans la publicité directe. Cependant, les politiques du Canada contraignent la participation du public dans la formation des politiques sur les médicaments par l'intermédiaire de lois fiscales qui limitent les pressions que peuvent exercer les groupes sans but lucratif et du maintien du secret dans le processus de réglementation des médicaments.

Conclusion

Les politiques actuelles du Canada en matière de santé alimentent le développement et la dissémination rapide des médicaments préventifs, mais prévoient peu de mécanismes de vérification de la promotion excessive. Les résultats de la WHI récusent ces politiques biaisées sur la santé.

L'expérience de l'hormonothérapie est une mise en garde aux Canadiens et Canadiennes qui participent au renouvellement des politiques de protection de la santé et de notre système de santé.

La sécurité d'abord : La protection de la santé des femmes



Bulletin du Centre de Recherches sur la Santé des Femmes

NOTES

[1] Groupe de rédaction des chercheurs de la Women's Health Initiative, « Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized control trial », Journal of the American Medical Association, vol. 288, no 3, p. 321-333.

[2] B. Fisher, J. P. Costantino et coll. « Tamoxifen for Prevention of Breast Cancer : Report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study », Journal of the National Cancer Institute, vol. 90, 1998, p. 1371-1388.

[3] Scientific Workshop on Menopausal Hormone Therapy, séance de discussion ouverte, Bethesda, Maryland, 23 octobre 2002.

[4] Atelier scientifique sur l'hormonothérapie ménopausique, 2002.

[5] M. Limacher, « WHI Data : Risk of Cardiovascular Disease and Stroke », exposé d'un atelier scientifique sur l'hormonothérapie ménopausique, Bethesda, 23 octobre 2002.

[6] Limacher, 2002.

[7] National Women's Health Network (NWHN), The Truth About Hormone Replacement Therapy, Roseville (Calif.), Prima, 2002, p. 25-26.

[8] NWHN, 2002 ; p. 25.

[9] NWHN, 2002 ; p. 180.