

# Pharmacologie : l'heure des femmes?

Autor(en): **Escher, Gérard**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Domaine public**

Band (Jahr): **32 (1995)**

Heft 1232

PDF erstellt am: **27.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1015673>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Pharmacologie: L'heure des femmes?

*Physiologie et pharmacologie sont-elles sexistes ? L'une utiliserait systématiquement, dans les livres de base déjà, le mâle comme référence, et l'autre aurait souvent exclu les femmes des tests cliniques, leur barrant l'accès à des traitements importants.*

## RÉFÉRENCES

*Science*, 11 août 1995, «Women's Health Research», pp. 776-801, en particulier «Women's health research blossoms», pp. 766-770.

*New Scientist*, 21 octobre 1995, «When a woman becomes like a man», p 18.

(ge) «La prise de tout médicament pendant la grossesse doit être décidée avec la plus grande prudence et uniquement après en avoir référé à votre médecin ou votre pharmacien». Cette mise en garde peut figurer tout aussi bien sur la notice d'un antibiotique, d'un sirop contre la toux, d'un spray contre le rhume, voire de la simple vaseline. L'étude clinique qui précède la mise sur le marché a simplement exclu soit les femmes enceintes, soit même celles qui seraient en âge d'avoir des enfants, par peur de représailles juridiques en cas de malformation fœtale ou par manque d'intérêt économique.

Oserait-on affirmer que la médecine néglige les femmes? Alors que l'espérance de vie des femmes dépasse de 7 ans celle des hommes? Et que deux tiers des dépenses de santé sont faites par des femmes, qui ont plus de consultations, plus de séjours hospitaliers, plus d'analyses, plus d'ordonnances de pharmacie et plus d'opérations que les hommes: les femmes – de la classe moyenne – sont les meilleures clientes du système médical. C'est donc dans la recherche médicale plutôt que dans la pratique qu'il existe une mise à l'écart des femmes.

## Cholestérol masculin

Exemple de deux «méga-études» américaines: la première a étudié les effets du poids, du tabac et du cholestérol sur le risque d'attaque cardiaque à partir de 12 866 hommes (et aucune femme), et la seconde, l'effet de la prise quotidienne d'aspirine sur la prévention de l'infarctus, sur 22 071 hommes (et aucune femme...). Mais, rétorquera-t-on, les femmes souffrent-elles d'affections cardiaques? Oui, au point que, comme pour les hommes, c'est leur principale cause de mortalité. Mais jusqu'à 50 ans, les femmes semblent en être protégées, et l'infarctus frappe chez elles en moyenne 10 à 15 ans plus tard. La première étude a coûté 115 millions de dollars, et aurait coûté, s'il l'on avait décidé d'étudier aussi les effets sur les femmes de moins de 50 ans, dix fois plus cher! Pour l'aspirine, l'étude sera reprise, 38 000 médecins-femmes et infirmières ont déjà été mobilisées; mais l'argent – un demi-milliard de dollars – n'est pas encore trouvé.

L'exemple de la protection contre l'infarctus souligne: 1. que la femme est mieux faite que l'homme; 2. que c'est la complexité même de ses cycles hormonaux qui a retardé à la fois l'étude de l'effet des hormones en-

dogènes (produites par le corps) sur des traitements médicaux, et celle de l'effet des hormones exogènes, (par ex. contraceptifs) sur la santé de la femme. Ce retard de la recherche doit être comblé.

Deux esquisses de cette complexité hormonale:

- les femmes étaient réputées métaboliser la caféine (c'est-à-dire détoxifier) beaucoup moins rapidement que les hommes. Or une étude qui «par malchance» dut inclure, outre le lot habituel d'étudiantes nullipares, des femmes ayant donné naissance, montre que le fait d'avoir été enceinte pousse la performance des femmes au niveau masculin.

- L'ostéoporose, qui touche la moitié des femmes. Jusqu'à présent, on pensait que cette déficience survenait avec la vieillesse. Ce n'est que récemment qu'une étude a montré qu'en donnant des œstrogènes de substitution aux femmes ménopausées, on reculait cette ostéoporose. Mais voilà qu'une étude majeure (1995) démontre qu'il y a un lien entre cancer du sein et traitement anti-ostéoporose. Que faire ? Soutenir la Women's Health Initiative, un essai clinique qui comprendra 63 000 femmes postménopausées? Pour 650 millions de dollars, on étudiera les effets des hormones, du calcium et de la vitamine D sur l'ostéoporose et les affections cardiaques des femmes. Premiers résultats en 2005. Mais si l'on parvient à montrer un lien entre niveaux d'œstrogènes et (rareté des) infarctus, on n'aura pas encore trouvé les mécanismes. D'où les oppositions à ces immenses études épidémiologiques, alors que de petites études expérimentales permettraient de trouver le mécanisme.

La moindre attention aux femmes prend une autre allure dans les pays pauvres, où tout l'argent est consacré aux soins préventifs durant la grossesse. C'est l'option «pour le bébé», plutôt que la lutte contre la mortalité à l'accouchement, qui nécessiterait un environnement hospitalier développé.

Au vu des énormes dépenses qui découleraient de l'inclusion systématique de tous les sous-groupes dans les essais cliniques, on ne peut que souhaiter un système souple, où comités d'éthique, patients et praticiens co-décideraient. Ainsi, la Food & Drug Administration a changé le protocole des tests cliniques et encourage désormais la prise en compte de femmes en âge d'avoir des enfants, à condition qu'elles soient clairement informées. ■