

Tribune pour un bon usage du médicament

Sommaire

Discours introductif	2
Agnès BUZYN	2
Ministre des Solidarités et de la Santé	2
Contexte et état des lieux	4
Xavier CNOCKAERT, Chef du pôle gérontologie, C.H. Beauvais	4
Président de l'association pour la Journée du bon usage du médicament	4
I) Bon usage, mésusage... de quoi parle-t-on ? Quelles conséquences pour la santé publique ?	4
II) Quelles conséquences et quels enjeux médico-économiques ?	5
III) Quels sont les enjeux sociaux autour de l'usage des médicaments ?	6
Trois ans d'expérience autour du collectif bon usage	8
Eric BASEILHAC	8
Porte-parole du collectif	8
I) Trois ans d'actions de collaboration et de résultats	8
II) La communication vers les seniors	8
III) Accompagner au quotidien les professionnels de santé pour le bon usage	8
IV) L'évolution des logiciels d'aide à la prescription (LAP) pour optimiser la détection des interactions	9
V) L'émergence d'une collaboration active entre professionnels de proximité	9
VI) Le programme Marguerite, de l'opinion du sujet âgé aux actions sur le bon usage du médicament	10
VII) La lutte contre la iatrogénie en EHPAD	11
La vision des patients	13
Jean-Pierre THIERRY	13
Conseiller médical France Assos Santé	13
Propositions du Collectif pour les années à venir	14
Marie-Josée AUGÉ-CAUMON	14
Conseillère politique à la présidence USPO	14
Conclusions et perspectives	16

Discours introductif

Agnès Buzyn

Ministre des Solidarités et de la Santé

Eric BASEILHAC indique en préambule que, si les médicaments sont une chance pour les patients, ils constituent aussi une source de risque quand ils sont mal utilisés, ce qu'illustrent les chiffres avec 130 000 hospitalisations et 10 000 morts par an, dont 70 % seraient évitables. C'est pour répondre à cet enjeu de santé publique que le collectif a depuis trois ans déployé un programme d'actions ambitieux. En trois ans, le nombre de médicaments prescrits pour les sujets de plus de 65 ans a diminué de plus d'une boîte par semestre, douze interactions médicamenteuses dangereuses sur treize se sont stabilisées, tandis que 185 millions d'euros d'économies ont été générés en un an. C'est la preuve de l'efficacité de la mobilisation des acteurs du médicament.

Le collectif porte dix préconisations. La première est de créer un observatoire du bon usage du médicament. La dernière est de faire du 22 mars la journée du bon usage du médicament en France.

Agnès BUZYN accorde de l'importance à cet enjeu de santé publique qui occasionne des décès et des hospitalisations inutiles et qui est insuffisamment connu des citoyens. En tant que médecin, elle est informée de la iatrogénie et des risques liés à la rupture de prise en charge. En tant que Présidente de la Haute Autorité de Santé, elle sait qu'il n'existe pas de solution miracle. Il est nécessaire de prendre en compte chaque acteur de la chaîne du médicament, tout particulièrement à chaque moment de rupture dans la prise en charge. A un niveau plus collectif, le bon usage du médicament renvoie à la pharmacovigilance et à ce qui doit être un bon usage culturel du médicament. Ce changement de culture passera par une combinaison de mesures, que ce soit la formation (initiale et continue), les recommandations de bonnes pratiques, les logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation, le dossier et le conseil pharmaceutiques ou encore la capacité à maîtriser les échanges de données.

La ministre est très heureuse de l'initiative de ce collectif et se dit mobilisée. C'est un sujet de santé publique et de santé individuelle. Elle rappelle que les médecins sont également brisés quand ils font une erreur de prescription.

Philippe GAERTNER, Président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), souligne que la prise en charge coordonnée du bon usage du médicament est un enjeu pour la profession. Celle-ci souhaite que la ministre rappelle l'intérêt de réserver la dispensation des médicaments aux pharmacies dans l'intérêt de la sécurité des patients. Une enquête récente, qui repose sur des bases scientifiques faussées, conclut à la nécessité de supprimer le monopole pharmaceutique. Cette journée montre l'importance du lien entre les médecins et les pharmaciens dans la transmission de l'information pour prendre les bonnes décisions. Au travers des dispositifs conventionnels d'accompagnement aux patients, dont le plus récent est le bilan partagé de médication, et par son rôle auprès des patients, le pharmacien conforte la prescription médicale. Il accompagne également la stratégie ministérielle autour de la qualité et de la pertinence des soins. Dans cette perspective, les échanges d'information entre les professionnels de santé, que ce soit par le biais des outils numériques ou par une vision partagée du travail en équipe, sont essentiels à leur coordination.

Le Dr Jean-Paul ORTIZ, Président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), souligne que le bon usage du médicament implique tous les acteurs de santé, ainsi que le patient. Le moment est venu de sensibiliser le grand public au bon usage du médicament et au danger de la pharmacie à la maison.

Gilles BONNEFOND, Président de l'Union des syndicats des pharmaciens d'officine (USPO), rappelle que la convention pharmaceutique met l'accent sur le bon usage du médicament, la juste dispensation et le bilan de médication. Le temps est venu de prendre le dossier à bras le corps pour transformer l'automédication en parcours de soin sécurisé, pour partager l'information des pharmaciens avec les médecins et pour en faire une stratégie d'organisation du système de soins.

Catherine JOCHMANS-MORAINE, Secrétaire générale du Conseil de l'ordre des infirmiers, souhaite savoir si les étudiants effectuant un service sanitaire feront une sensibilisation au bon usage du médicament et si cette thématique sera intégrée à la formation initiale.

Patrick ERRARD, Président des Entreprises du médicament (LEEM), se dit très sensibilisé à la cause de l'information du patient, en rappelant que le manque d'information au patient est l'une des causes du mésusage du médicament. Ce sujet lui semble complexe, parce qu'il pose des questions tant sur le plan de l'éthique que de la communication. Sur la mission confiée à Gérard Kierzec sur le sujet, il s'enquiert du calendrier et du moyen pour transformer les règles.

Agnès BUZYN n'est pas favorable à la suppression du monopole pharmaceutique, mais à la continuité d'une politique qui consiste à positionner chaque profession comme un acteur majeur du système de santé, que ce soit le pharmacien, le médecin ou l'infirmier. Sur l'information du grand public, elle émet des doutes sur l'efficacité des campagnes grand public qui ratent souvent leur cible et qui sont coûteuses. La parole d'un professionnel de santé a davantage de poids auprès de son patient. C'est pourquoi tous les professionnels de santé sont encouragés à se sentir responsabilisés dans la prévention. Des moyens considérables seront consacrés à la formation initiale et continue, notamment dans le cadre de la plate-forme des études de médecine pour renforcer les compétences transversales en cycle 1, voire en proposant des enseignements pluriprofessionnels.

Sur l'automédication, la ministre n'a pas encore de doctrine affirmée. Si les pharmaciens peuvent jouer un rôle de conseil pour les produits sans prescription, 10 % d'entre eux n'ont plus le temps de rendre un tel conseil. Or des médicaments sont vendus sans prescription à des doses potentiellement toxiques. C'est pourquoi elle a pris la décision de placer la codéine sur la liste des médicaments soumis à ordonnance en juin. Aucune victime n'est à déplorer depuis cette date.

Sur l'information des patients, la ministre prône une information maximale. Or sans accompagnement, une information pleine et entière est difficile comme l'a montré l'exemple du logo femme enceinte. Les professionnels de santé doivent consacrer plus de temps à la question.

Sur le service sanitaire, elle l'envisage également comme un moyen pour que tous les professionnels de santé s'approprient la prévention dans leurs pratiques quotidiennes. Si le service sanitaire devait être déployé en EHPAD, en plus des écoles et des universités, une thématique sur la polymédication serait ajoutée aux quatre thématiques actuelles.

Contexte et état des lieux

Xavier CNOCKAERT, Chef du pôle gériatrie, C.H. Beauvais

Président de l'association pour la Journée du bon usage du médicament

1) Bon usage, mésusage... de quoi parle-t-on ? Quelles conséquences pour la santé publique ?

Dominique BONNET-ZAMBONI, gériatre PH à l'OMEDIT Île-de-France, chercheur au centre de pharmacoépidémiologie de l'AP-HP, indique que le Code de santé publique définit le mésusage comme : « *L'utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ou à l'enregistrement, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques* ». Cette notion s'applique à tous les médicaments, qu'ils soient prescrits ou non, et va de la prescription à la prise du médicament. Si tout professionnel de santé peut être un acteur du mésusage, les usagers peuvent également être responsables du mésusage. Par ailleurs, la conformité de l'usage à la réglementation s'apprécie par rapport aux résumés des caractéristiques des produits (RCP) et aux recommandations issues des données actualisées de la science. Il est à noter que la notion de mésusage n'englobe pas celle d'abus qui est liée à celle de pharmacodépendance.

Il n'existe pas d'étude d'envergure sur l'ampleur du mésusage en France, mais il est connu que 20 % des prescriptions se font hors autorisation de mise sur le marché dans les pays occidentaux. Dans une étude de 2007, la France dépensait le plus par habitant en moyenne par rapport à quatre autres pays européens, tandis que sa consommation était structurée sur des produits plus récents et plus chers. Une étude plus récente la place à la cinquième place sur onze pays, sachant que le prix du médicament doit également être pris en compte. Par ailleurs, il existe des situations alarmantes en France sur certaines classes thérapeutiques, mais aussi pour certaines populations. Sur la consommation d'antibiotiques, une étude de 2010 plaçait la France à la quatrième place sur vingt-six pays, tandis qu'une étude plus récente la met à la première place par rapport aux pays de l'OCDE. Par ailleurs, 40 % des personnes âgées de plus de 75 ans consomment dix médicaments ou plus par jour, ce qui est considéré comme une polymédication excessive dans la littérature scientifique. Leur consommation a doublé en vingt ans. Quant aux prescriptions inappropriées, c'est-à-dire les prescriptions appartenant à une liste de médicaments théoriquement peu indiqués, d'après une étude menée auprès d'un échantillon représentatif de la population de plus de 75 ans en France, la moitié avait l'une de ces prescriptions. Enfin, plus de 60 % des personnes de plus de 75 ans atteintes de démence ont une exposition chronique (au moins trois mois dans l'année) à un psychotrope, alors que ces psychotropes ont une balance bénéfices-risques défavorable.

La définition des effets indésirables médicamenteux a été élargie par la Commission européenne en 2012. Ils sont définis comme la réaction nocive et non voulue à un médicament, et ce, quel qu'en soit l'usage, c'est-à-dire qu'il soit conforme aux recommandations ou non. Cet effet est considéré comme grave s'il est mortel ou menace le pronostic vital, s'il provoque ou prolonge une hospitalisation, une incapacité ou une invalidité importante et/ou durable ou s'il se manifeste par une anomalie ou une malformation congénitale. En France, environ 135 000 hospitalisations par an seraient causées par un effet indésirable médicamenteux, ce qui représente un million de journées d'hospitalisation. Les chiffres sur les décès sont plus variables, de 7 000 à 30 000 par an. Sur les effets indésirables médicamenteux qui prolongeraient une hospitalisation, un effet indésirable lié aux soins survient tous les cinq jours dans un service de trente lits : un quart sont liés aux effets médicamenteux. Les chiffres ne sont toutefois pas disponibles sur ce qui cause une invalidité, une incapacité ou une anomalie. Par ailleurs, il n'existe pas de chiffres sur les effets graves ou non liés à l'omission d'un traitement nécessaire.

Sur le lien entre le mésusage et les accidents médicamenteux, de 20 % à 70 % des effets indésirables médicamenteux seraient évitables. Ils le sont davantage chez les personnes âgées. Quant à la part du mésusage dans les accidents évitables, il est difficile de répondre en raison des limites de la définition du mésusage. Sur le caractère intentionnel du mésusage, il est impossible d'accéder à l'information. Sur le caractère conforme de l'usage, ce qui est recommandé pour une maladie est source de risque pour les patients qui combinent plusieurs pathologies entre les interactions médicamenteuses et les recommandations contradictoires. De plus, le libellé des RCP répond davantage à des problématiques réglementaires et industrielles qu'à des objectifs cliniques. Enfin, certains dosages ne sont pas toujours disponibles. Certaines prescriptions dites inappropriées sont parfois la moins mauvaise des solutions en contexte.

Viser une réduction des accidents médicamenteux évitables ne peut pas se limiter à agir sur le seul mésusage. Il convient d'agir sur les erreurs médicamenteuses, c'est-à-dire l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenant au cours du processus de soin et impliquant un médicament. Ces erreurs peuvent être liées à une mauvaise conception du médicament comme à des dysfonctionnements dans la prise en charge médicamenteuse. En mars 2017, l'OMS a ainsi fixé l'objectif de réduire de 50 % les effets graves évitables de ces erreurs.

C'est pourquoi il convient de défendre un bon usage du médicament qui ne se limite pas à une lutte contre le mésusage au sens strict et qui intègre la prévention des erreurs médicamenteuses, tout en tenant compte de la pertinence économique pour préserver l'innovation. Cette approche implique de cibler plus spécifiquement les molécules les plus en cause dans les accidents graves évitables, c'est-à-dire les anticoagulants, les hypoglycémisants oraux, les psychotropes et les antihypertenseurs. Par ailleurs, limiter les effets indésirables consiste à la fois à déprescrire et à mettre en place les médicaments nécessaires au contrôle des maladies. Il s'agit aussi d'anticiper les situations à risque de déstabilisation des traitements, parce que ces situations sont souvent liées à un problème de surveillance. L'enjeu est d'améliorer la coordination interprofessionnelle dans la transmission de l'information et d'impliquer l'utilisateur, en l'écouter. C'est en partageant cette vision du bon usage que le médicament pourra rester une chance.

Xavier CNOCKAERT fait remarquer que la recherche pharmaceutique oblige de plus en plus les praticiens à modifier leurs prescriptions. Il souhaite savoir s'il est possible de chiffrer l'impact du sous-traitement.

Dominique BONNET-ZAMBONI indique que la notion de sous-traitement est bien évaluée pour les médicaments cardio-vasculaires : l'impact est significatif sur la morbi-mortalité. Le bénéfice-risque des nouvelles molécules en vie réelle reste un champ de recherche à explorer, par exemple sur les anticoagulants pour les personnes de plus de 80 ans.

Un participant souligne que l'écart entre les chiffres est très large pour estimer le nombre de morts. Il s'enquiert d'études qui seraient plus précises.

Dominique BONNET-ZAMBONI explique qu'il est difficile de caractériser à la fois l'évitabilité des décès et le lien avec l'erreur médicamenteuse.

II) Quelles conséquences et quels enjeux médico-économiques ?

Jean-Marc AUBERT, Directeur de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), parle du mauvais usage du médicament, et non pas du mésusage. Il alerte en préambule sur le fait qu'il est difficile de savoir si le mauvais usage est lié à la seule prescription. Celui-ci peut être lié au parcours du patient.

L'évaluation des conséquences économiques prend le plus souvent en compte le coût des médicaments surdispensés ou surconsommés, mais elle pourrait les pondérer par les coûts des médicaments non dispensés, et leurs conséquences. Jean-Marc AUBERT ne sait pas dire lesquels des deux sont les plus élevés, mais évalue les conséquences économiques

entre 10 et 30 Mds€ pour le système de santé français. Sur les antibiotiques, personne ne peut dire si l'infection résistante aux antibiotiques est due à un surusage. Les infections nosocomiales représentent un coût de 950 euros moyen par admission. Sur les effets iatrogènes sur le sujet âgé, ils concernent de 5 % à 15 % des hospitalisations des patients âgés de plus de 70 ans. Quant à la non-observance des traitements, les taux d'observance pour les pathologies chroniques telles que l'asthme ou le diabète varient entre 10 % et 70 %, ce qui suscite un très grand nombre d'hospitalisations évitables. Le coût représente 9 Mds€ pour six pathologies (étude de 2014).

Si ces mauvaises utilisations sont évitables, elles ne pourront pas toutes être évitées, même si des évolutions positives sont constatées dans la prescription de statines en France. La DREES a mené une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes. Ceux-ci considèrent que les médecins spécialistes ont une moins bonne vision du traitement qu'eux. A 84 %, ils considèrent qu'arrêter un médicament prescrit depuis longtemps est un abandon de soins. Enfin, 90 % des généralistes pensent que les patients attendent d'eux une prescription médicamenteuse. Plus que l'information du patient, ce sont ces représentations qui doivent profondément changer. Par ailleurs, la notion d'« effets évitables » doit prendre en compte les effets médico-économiquement évitables au sens large.

Plus que des données manquantes, il manque avant tout des études, puisque les données de l'assurance maladie sont disponibles. L'équipe de l'INSERM à Bordeaux les utilise d'ailleurs déjà.

Xavier CNOCKAERT fait remarquer que les professionnels de santé constatent que les médicaments, qu'ils avaient supprimés, restent prescrits parce que les patients les réclament ou parce que les médecins traitants le vivent comme un abandon de soin.

Patrick ERRARD souligne la difficulté de la Direction de la Sécurité Sociale à fixer des objectifs liés au meilleur usage du médicament ou à la lutte contre la iatrogénie qui soient chiffrés. Il s'enquiert de la façon d'encourager économiquement les acteurs de santé à atteindre l'objectif si le système punitif ne fonctionne pas.

Jean-Marc AUBERT souligne que prescrire des antibiotiques est un phénomène profondément ancré dans les mœurs. S'il existe des moyens d'agir, ils sont insuffisamment exploités en France et la communauté d'acteurs n'est pas assez proactive. Il propose par exemple, dans le cadre de angines, d'obliger les médecins à déclarer sur la feuille de prescription qu'ils ont bien fait le test. Il ne peut toutefois pas prendre la parole sur le financement de la santé, en tant que pilote d'une « task force » qui rendra prochainement ses conclusions, sauf pour rappeler qu'il existe d'autres pratiques dans certains pays en matière de tarification.

III) Quels sont les enjeux sociaux autour de l'usage des médicaments ?

Etienne NOUGUEZ, chargé de recherche au CNRS, Centre de sociologie des organisations (Sciences Po/CNRS), indique en préambule que la question du bon usage est une question qui engage toute l'organisation du système de santé. Il y voit un enjeu d'organisation, plus que de représentations.

C'est aussi du côté du patient que l'usage du médicament pose un enjeu de coordination dans un contexte où le bon usage du médicament est défini par des normes sociales. C'est pourquoi la prise du médicament doit s'inscrire dans un espace-temps à la fois physique et social. A table ou en soirée, il n'est pas toujours possible de prendre son traitement, même s'il est nécessaire de le prendre en mangeant pour lutter contre la somnolence. Le patient doit se coordonner avec lui-même, mais aussi avec ses proches. Enfin, les patients négocient avec d'autres acteurs sociaux que les médecins. Pour un adolescent, l'effet indésirable d'un psychotrope est l'effet qu'il a sur sa libido ou sur l'image de soi, pas l'effet clinique.

Du côté des médecins, leurs usages s'écartent également des recommandations. Dans les pays occidentaux, le taux de conformité entre les pratiques médicales et les recommandations, dont les conclusions sont parfois ambiguës ou amendées par les groupes de pairs, est de 54 %. Par ailleurs, les rapports à la prescription sont variables d'un pays à l'autre. Si 10 consultations sur 60 se terminent par au moins une prescription aux Pays-Bas, c'est le cas pour 65 consultations sur 90 en France. La logique qui prévaut en France est celle de la réparation instantanée, et non celle de la restriction (Pays-Bas). Les médecins français cherchent à la fois à fidéliser le patient, à valider leur légitimité professionnelle et à gérer la fatigue. C'est pourquoi les logiciels d'aide à la prescription ne seront pas la panacée.

Le bon usage du médicament est donc une façon d'interroger l'organisation du système de santé. S'il y a trop de médicaments en France, c'est parce que les prix ont été pendant longtemps trop bas. Les industriels ont compensé les faibles prix accordés par l'Etat par les volumes. Cette situation s'explique aussi par l'organisation libérale de la médecine et de la pharmacie. Il n'est pas possible d'écouter les patients et de mener des actions de prévention avec un paiement à l'acte. Sans mode de rémunération adapté, il ne sera pas possible d'améliorer l'usage du médicament par un temps médical dévolu à l'information. Le nomadisme médical ne favorise pas non plus les actions d'information et de prévention, comme le montrent les difficultés de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital. Celles-ci soulèvent l'enjeu de la question du médecin traitant et du pharmacien référent. Sur le cloisonnement des professionnels de santé, la France fait face à un problème de coordination, notamment entre ville et hôpital et entre médecins, pharmaciens et infirmiers. Jusqu'à présent, l'ordonnance assurait cette coordination. En donnant au pharmacien la possibilité de substituer un produit par un autre, les médecins ne savent plus toujours quels sont les médicaments consommés par les patients. Par ailleurs, des enjeux de concurrence émergent, que ce soit entre les pharmaciens et les médecins, mais aussi au sein des médecins. C'est pourquoi il est nécessaire de clarifier le partage des tâches.

Xavier CNOCKAERT fait remarquer que les patients changent parfois de médecin ou de pharmacien quand ils ne leur ont pas donné de médicament. Il est nécessaire de former à ce qu'est un médicament dès l'école.

Sophie SERGENT, Présidente de la Commission URPS et chargée des nouvelles missions (FSPF) trouve essentiel pour les professionnels de santé d'avoir le réflexe de la coordination quand les patients âgés expriment des effets indésirables.

Trois ans d'expérience autour du collectif bon usage

Eric BASEILHAC

Porte-parole du collectif

I) Trois ans d'actions de collaboration et de résultats

Eric BASEILHAC indique que le collectif s'est réuni toutes les huit semaines pendant trois ans et qu'il n'a cessé de se développer. Il s'est intéressé à toutes les facettes du sujet, en privilégiant la ville dans un premier temps, de la sensibilisation du grand public (campagne en 2015), à la collaboration entre les médecins et les officines, en passant par la formation (e-learning pour les collaborateurs officinaux, reflexeiatrogenie.com) et des outils par le biais d'accords avec les éditeurs de logiciels (LAP, LAD).

II) La communication vers les seniors

Emilie DELPIT, Directrice de l'innovation sociale (Klésia), présente la campagne de sensibilisation lancée en mai-juin 2015. Elle consistait en une annonce presse (« *Les médicaments sont là pour vous aider, mais ils ont parfois du mal à vivre ensemble* ») qu'accompagnait un guide du bon usage du médicament (diffusé à 2,5 millions d'exemplaires), et une annonce plus ciblée sur dix conseils essentiels. Vis-à-vis des professionnels de santé, la campagne mettait l'accent sur le « réflexe iatrogénie » ou la nécessité de penser iatrogénie face à certains symptômes, avec mise à disposition d'un site internet dédié, d'un mémo pour les pharmaciens et d'affiches pour les salles d'attente. La campagne a touché une personne de plus de 50 ans sur deux. Klésia a conduit une étude d'impact : 8 seniors sur 10 ont jugé la campagne intéressante. Les deux tiers ont exprimé l'intention d'en parler à leur médecin traitant ou à leur pharmacien.

Pour favoriser le passage à l'action, Klésia a par ailleurs organisé 32 conférences dans les centres Agirc-Arcco (Bien Vieillir). Ces centres, qui offrent des consultations prévention accueillent environ 20 000 personnes par an. L'objectif est d'accompagner les seniors dans le retour vers les médecins.

Eric BASEILHAC évoque un autre partenaire de la campagne : la Mutualité française. Il souligne aussi que le taux de rétention des guides du bon usage est particulièrement élevé.

III) Accompagner au quotidien les professionnels de santé pour le bon usage

Eric BASEILHAC demande comment faire des outils d'aide à la prescription des outils pédagogiques.

Le Dr Catherine GERMAN, responsable de la rédaction scientifique (Vidal Group), met en évidence plusieurs principes clés en matière de communication :

- la pertinence clinique des sujets ;
- leur qualité rédactionnelle ;
- le caractère ciblé de la diffusion ;
- la contextualisation de l'affichage.

Par ailleurs, c'est en diffusant un message par différents canaux qu'il est plus efficace, que ce soit, pour Vidal, avec les monographies, par le biais des logiciels d'aide à la prescription ou de listes de diffusion (emailing, téléphone) et par la newsletter hebdomadaire « Vidal News ».

Pour être entendus les messages doivent porter sur des problématiques terrain et être spécifiques. Ils doivent apparaître instantanément, mais sans excès, dans les outils du médecin, tout en laissant cette information à sa disposition sur la durée.

L'outil Vidal focus a été conçu par Vidal à cet effet. Les messages diffusés en 2017 dans les LAP ont porté sur les sujets suivants :

- les anticholinergiques chez les sujets âgés ;
- les antibiotiques critiques (avec les recommandations d'utilisation de la HAS) ;
- la restriction d'indication (trimébutine).

Si 95 % des médecins jugent les messages Vidal Focus utiles et si 55 % déclarent avoir modifié leurs pratiques, il serait intéressant toutefois de disposer de données en vie réelle pour mesurer l'impact de ces messages.

IV) L'évolution des LAP pour optimiser la détection des interactions

Eric BASEILHAC souligne que CGM participe au collectif depuis le début dans l'optique de permettre à tous les logiciels de reconnaître les interactions médicamenteuses, quelle que soit la source de la prescription.

Francis MAMBRINI, Vice-Président Political & Public Affairs CGM, évoque les réponses numériques au bon usage du médicament que sont les outils d'aide à la prescription. Alors que l'action de prescription médicamenteuse devient de plus en plus complexe, ces outils sont un élément de facilitation par leur capacité à contextualiser l'information. Dans le cadre de ses travaux, CGM a enrichi les logiciels de nouvelles informations tirées des référentiels de l'assurance maladie (historique des remboursements) pour prendre en compte tous les intervenants de la chaîne de prise en charge dans l'information sur les interactions et les recommandations. De plus, CGM cherche à apporter de l'information au bon moment, c'est-à-dire quand le professionnel de santé est en situation de fournir à son patient une recommandation sur la prescription, et ce sur l'environnement de travail quotidien du professionnel de santé. Il reste encore des travaux à mener pour aller plus loin. Les systèmes d'aide à la décision médicamenteuse (SAM), qui s'appuieront sur des référentiels plus larges, prolongeront la démarche du collectif. Sur la prise en charge coordonnée, CGM accompagne l'assurance maladie sur le dossier médical partagé et sa généralisation et accompagnera la dématérialisation des prescriptions médicamenteuses.

Un participant s'enquiert de la proportion des médecins qui utilisent ces fonctionnalités.

Francis MAMBRINI indique que la maturité a progressé. Il estime le taux d'utilisation à plus de 50 %. CGM équipe 40 % des médecins français.

V) L'émergence d'une collaboration active entre professionnels de proximité

Sophie SERGENT, Présidente de la Commission URPS et chargée des nouvelles missions (FSPF), indique que le collectif a travaillé en partenariat avec les URPS à organiser des réunions entre les professionnels de proximité autour de cas cliniques. Elles se sont déroulées en Île-de-France, dans le Grand Est et en Bourgogne Franche-Comté. Il en ressort un besoin d'outils et d'argumentaires communs pour diffuser le même message à travers des prismes différents et pour développer le réflexe iatrogénie. Le bon usage du médicament se joue en ville, mais aussi dans les points de rupture du lien ville-hôpital (rôle du pharmacien).

Les outils du réseau, dématérialisés à 100 %, sont accessibles sur l'ensemble du territoire. La profession est la première à avoir créé un outil qui favorise le bon usage du médicament à travers le dossier pharmaceutique qui permet de visualiser 35 millions de dossiers de patient.

Par ailleurs, des avancées législatives confortent le rôle du pharmacien dans le parcours du patient :

- les bonnes pratiques de dispensation (décembre 2016) ;
- la loi de modernisation qui a créé les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de santé ;
- l'article 54 de la loi de finances 2018 sur le déploiement de la télémédecine qui implique le pharmacien d'officine (DMP) ;
- l'arrêté du 30 janvier qui cible les priorités nationales en termes de protocoles de coopération ;
- l'article 51 de la loi de finances qui soutiendra les initiatives locales et régionales pour optimiser l'efficacité du parcours et la pertinence des soins.

Dans le champ conventionnel, il existe des dispositions telles que les honoraires à l'ordonnance complexe, les entretiens pharmaceutiques, la stabilité générique, qui atteint 95 % sur les dix-neuf molécules pour les patients de plus de 75 ans, les nouveaux honoraires pour les patients âgés et les petits enfants, la messagerie sécurisée, ainsi que l'avenant 12 sur le bilan partagé de médication qui est une avancée dans la prise en charge des patients âgés.

Les officinaux souhaitent continuer à développer la sécurité et l'efficacité du parcours par le renforcement de leurs compétences et de leurs missions.

Eric BASEILHAC ajoute que le lancement des pilotes en région a commencé par l'organisation de réunions régionales et s'est accompagné d'outils d'information et de formation.

Un participant s'enquiert de ce qui a motivé le choix du nom du site (reflexeiatrogenie.com).

Eric BASEILHAC répond qu'il est dédié aux professionnels de santé et que l'enjeu était de déclencher une pensée réflexe à la iatrogénie.

VI) [Le programme Marguerite, de l'opinion du sujet âgé aux actions sur le bon usage du médicament](#)

Eric BASEILHAC souligne l'attitude du laboratoire qui a su tirer parti de la crise qu'il a vécue sur le furosémide pour améliorer ses pratiques, alors qu'il n'était pas en cause.

Françoise MONCHECOURT, Directrice Médicale du laboratoire Téva Santé, confirme que c'est au quotidien qu'un laboratoire se préoccupe du bon usage du médicament, mais aussi à l'occasion de crises. En 2014, au moment de la crise, le laboratoire a constitué un groupe d'experts pluridisciplinaires et a cherché à comprendre tous les moments de rupture dans la prise en charge d'un patient âgé polymédiqué pour aider les professionnels de santé. Le laboratoire a ensuite publié vingt recommandations, dont seize faisaient intervenir au moins deux professionnels de santé. Par ailleurs, si le sujet âgé est très acteur de sa santé, il a besoin de quelques outils pour aller voir les professionnels de santé. Pour améliorer le packaging des génériques, le laboratoire a utilisé un simulateur de vieillesse pour identifier et tester un meilleur conditionnement pour les médicaments (« easy box »). Ensuite, le laboratoire a réalisé une étude auprès de cent pharmaciens d'officine sur le potentiel iatrogénique des ordonnances des patients polymédiqués (dix médicaments en moyenne) : 70 % d'entre eux avaient un potentiel de deux interactions médicamenteuses. Or il est possible de les éviter, sous réserve de mettre à la disposition des professionnels de santé des outils pour guider leur prescription.

En conclusion, ce qui est essentiel, c'est de mettre au cœur du parcours le besoin des acteurs, d'évaluer ce que l'on cherche et de mettre en œuvre la collaboration interprofessionnelle.

Un participant souhaite savoir s'il est possible de bien se porter avec dix médicaments.

Françoise MONCHECOURT le lui confirme. Certains profils de patients sont toutefois à risque. Un algorithme en cours de réalisation et qui sera mis prochainement à disposition permet de trouver les alternatives et les bons dosages.

VII) La lutte contre la iatrogénie en EHPAD

Eric BASEILHAC indique que le collectif s'intéressait à l'effet de la correction des pratiques dans le milieu institutionnel et à ses implications sur le milieu ambulatoire.

Paul-Emile HAY, Directeur Médical France Senior Korian, présente une initiative sur les médicaments à propriétés anticholinergiques menée en partenariat avec le Groupe Vidal, Medissimo, qui commercialise un outil pour la préparation des doses administrées, et l'équipe du Pr Novella, centre universitaire de Strasbourg.

L'étude a commencé par une analyse de l'application des règles Vidal sur les données de 13 000 résidents, soit un million de lignes d'ordonnances, pendant un an en 2015. C'est la règle 11 qui est la plus problématique, exposant un quart des résidents aux médicaments à propriétés anticholinergiques. Plus précisément ce sont douze molécules qui représentent 95 % du mésusage au sens de la prescription, sur un total de 94 molécules. Or il existe une alternative pour onze d'entre elles.

Pour faire changer les usages des prescripteurs, une brochure centrée sur ces douze molécules à propriétés anticholinergiques a été mise à leur disposition (liste des molécules, nature de l'aggravation des troubles, alternative thérapeutique), ainsi qu'un outil informatique.

- L'étude est en cours, ses résultats seront disponibles fin 2018. Si l'étude démontre une réduction du mésusage dans dix établissements, cette démarche sera déployée dans les 300 établissements, ce qui touchera 4 000 médecins prescripteurs.

Eric BASEILHAC estime possible de faire évoluer les comportements, sous réserve de ne pas stigmatiser et de comprendre les mécanismes en jeu.

Un participant souhaite savoir si le patient a un ou plusieurs prescripteurs. Paul-Emile HAY indique qu'il n'en a qu'un seul.

Une participante fait remarquer que les autorités de santé prennent de nombreuses initiatives dans la prévention de la iatrogénèse. C'est pourquoi il lui semble important de ne pas multiplier les outils alors que l'information sur les produits est très riche. Il est déjà difficile de modifier les comportements des médecins quand les autorisations de mise sur le marché évoluent.

Catherine GERMAN indique que les documents de minimisation du risque sont mis à la disposition des professionnels de santé. Ils sont informés des documents qu'ils doivent remettre aux patients.

Sophie SERGENT ajoute que les pharmaciens ont accès à plusieurs listes (Laroche, Start and Stop) en lien avec le bilan de médication. Ces outils ont été présentés lors des réunions de collaboration.

Françoise MONCHECOURT est favorable au fait d'utiliser ces outils au plus tôt, c'est-à-dire dès le stade de la formation initiale.

Une participante s'enquiert du bilan sur le travail mené sur la déprescription en EHPAD.

Aude LETTY, Déléguée Générale de la Fondation Korian, indique que cette action, qui visait à sensibiliser les médecins prescripteurs, a permis de réduire le nombre de prescriptions de quatre médicaments par patient.

Gilles BONNEFOND souhaite savoir si la nouvelle initiative de Korian a suscité une dynamique au sein de l'équipe de soin et entre les prescripteurs.

Paul-Emile HAY souligne que la question est prématurée. L'outil est opérationnel depuis le mois d'octobre. Les établissements remplissent un cahier d'observation pour comprendre ce qui a suscité une amélioration des pratiques.



La vision des patients

Jean-Pierre THIERRY

Conseiller médical France Assos Santé

Eric BASEILHAC lui demande son regard sur ce collectif et sur la place des patients dans le bon usage du médicament.

Jean-Pierre THIERRY y voit avant tout un problème d'organisation. C'est pourquoi il est essentiel de co-construire.

- Les missions de l'Union nationale des associations agréées des usagers du système de santé, qui fédère 80 associations, sont inscrites dans la loi. Dans la démocratie sanitaire, l'implication locale est une donnée essentielle pour faire remonter l'information par le biais des commissions hospitalières. Au niveau institutionnel, France Assos Santé délègue des représentants dans de nombreuses instances. Les représentants des patients s'impliquent ainsi de plus en plus dans les commissions internationales, dans l'instruction des dossiers de HTA et à la commission de la transparence, même s'il reste des enjeux de formation à relever.

Les pistes et revendications sont les suivantes :

- la prise en compte de l'expérience patient dans l'évolution des indicateurs qualité et sécurité des soins, les associations de patients pouvant servir de relais d'information pour adresser de façon systémique les causes de la iatrogénie ;
- la participation à la définition des indicateurs pertinents dans la recherche clinique, la décision médicale n'étant pas toujours guidée par la prise en compte de ces indicateurs ;
- l'éducation thérapeutique et la promotion de la codécision ;
- la poursuite de l'informatisation.

Il est à noter que les médicaments ne représentent que de 30 % à 40 % de la iatrogénie évitable et que les autres causes doivent être prises en compte. Les erreurs de diagnostic sont moins documentées. L'administration du médicament dans le secteur hospitalier, qui est un phénomène constaté dans le monde entier, est un sujet aussi important que la prescription. Or les progrès sont très lents.

Quant à sa vision d'ensemble, il défend une approche systémique, prenant en compte la iatrogénie et la pertinence des soins du point de vue du patient, tout en agissant sur d'autres variables telles que l'accès à l'innovation, la surmédicalisation et le prix du médicament. La lutte contre la iatrogénie est indissociable de celle contre l'augmentation du reste à charge et contre l'introduction du rationnement.

Eric BASEILHAC se dit intéressé par cette vision systémique.

Le Dr Dominique BONNET-ZAMBONI s'enquiert de l'impact clinique des actions du collectif.

Eric BASEILHAC fait remarquer que le collectif s'est imposé d'évaluer ses actions, ainsi que des indicateurs (évaluation économique, consommations, régression sur des interactions dangereuses, etc.), même s'ils présentent des limites.

Paul-Emile HAY indique que, dans l'étude qui vient d'être lancée, le critère primaire est l'impact sur la prescription, tandis que le critère secondaire a trait au nombre de chutes et d'hospitalisations.

Propositions du Collectif pour les années à venir

Marie-Josée AUGÉ-CAUMON

Conseillère politique à la présidence USPO

Marie-Josée AUGÉ-CAUMON souligne que seul un panel de solutions peut être efficace. Le collectif s'était fixé comme principales thématiques : la réflexion sur les objectifs et les indicateurs, la formation et la collaboration des professionnels de santé, la sensibilisation du grand public, l'amélioration des pratiques par les outils, ainsi que la protection des populations fragiles. Il porte les dix propositions suivantes.

1- Fixer un objectif de réduction des décès et des hospitalisations dus au mauvais usage du médicament à cinq ans

Il est essentiel que l'Etat fixe des objectifs volontaristes de réduction de la morbi-mortalité dans la stratégie nationale.

2- Créer un observatoire du bon usage

Il est nécessaire de disposer de données pour impulser une dynamique et évaluer les résultats. Le collectif propose que la DREES gère cet observatoire qui générera des études.

3- Renforcer la formation de tous les professionnels de santé au bon usage du médicament

Un sujet majeur pour l'ensemble des formations initiales. Les acteurs du terrain doivent être formés à cette question, parce qu'ils sont les premiers interlocuteurs du patient. Par la suite, l'observatoire permettra de mesurer les évolutions. La ministre a annoncé une attention spécifique sur la iatrogénie médicamenteuse dans les EHPAD.

4- Encourager la coopération médecins pharmaciens au travers du développement professionnel continu

Ces professionnels de santé, y compris les infirmiers, doivent apprendre à travailler ensemble, via le DPC mais aussi, par exemple, au travers de stages croisés pour favoriser la confraternité, et plus tôt dans la formation.

5- Sensibiliser les jeunes et les salariés au bon usage du médicament via le service sanitaire

Le service sanitaire est une première étape, mais le bon usage du médicament doit également être enseigné. A titre d'exemple, il existe un programme de e-formation pour les enfants des écoles en Afrique.

6- Relancer les campagnes d'information grand public sur le bon usage du médicament porté par les autorités de santé

Ces campagnes ont pour mérite d'ouvrir les débats et de susciter des actions en relais. La campagne sur les antibiotiques avait permis d'alimenter le dialogue patient-médecin. Les médecins ayant tendance à prescrire un médicament à la demande, ces campagnes permettent d'agir sur le demandeur.

7- Généraliser dans les LAP la détection des interactions médicamenteuses quelle que soit la source de prescription

Les logiciels doivent être certifiés. La Haute Autorité de Santé devrait aller plus loin vis-à-vis des éditeurs.

8- Accélérer via le DMP la mise à disposition des outils de partage des données patients entre professionnels de santé et œuvrer à leur bonne utilisation.

Certaines ordonnances ne renseignent ni le nom ni l'âge du patient, a fortiori ni les constantes rénales ou hépatiques... C'est un vaste chantier. Faire figurer ces données notamment sur un document unique est essentiel pour mieux travailler.

9- Rendre interopérables les messageries sécurisées entre professionnels de santé

Les professionnels de santé ont besoin de pouvoir communiquer en temps réel par le biais de messageries sécurisées, qui soient toutes compatibles entre elles et permettent d'accéder à l'annuaire de tous les professionnels de santé.

10- Mettre en place un numéro vert à destination des médecins et des pharmaciens pour leur permettre de contacter un référent médicament dans les situations complexes.

Les médicaments sont de plus en plus complexes. Le collectif s'est interrogé sur le recours à l'expertise, en particulier pour les populations fragiles. Ce numéro existe à Beauvais pour contacter un gériatre référent. Un pharmacien hospitalier pourrait être ce référent médicament.

Un participant s'enquiert du levier qui accélérerait encore plus cette démarche.

Eric BASEILHAC souligne que ce sont des sujets systémiques, ce qui est source d'inertie. Il trouve toutefois possible d'agir très concrètement. Par ailleurs, les préconisations s'inscrivent dans des démarches qui sont déjà en cours (interopérabilité, DMP, service sanitaire). Ce qui est préconisé devrait être mis en œuvre d'ici à deux ans. Le collectif représente un million de personnes en France.

Marie-Josée AUGÉ-CAUMON fait remarquer que, jusqu'à présent, chacun des acteurs portait un message différent et qu'il est devenu nécessaire de porter un message commun.

Eric BASEILHAC ajoute que ce sont aux acteurs de santé de prendre en charge la problématique, sans attendre les décisions politiques.

Sur le développement professionnel continu, Michèle LENOIR-SARFATI trouve possible d'inscrire rapidement une orientation sur le bon usage du médicament. Elle propose même que le collectif lui remette un cahier des charges, ce qui serait plus structurant.

Une participante estime que la cinquième proposition est trop restrictive en ne ciblant que les jeunes et les salariés.

Eric BASEILHAC précise que la proposition consiste à mettre l'accent sur le bon usage du médicament dans le service sanitaire et que celui-ci concerne aujourd'hui les écoles et les entreprises.

Xavier CNOCKAERT insiste sur le fait qu'il est nécessaire de mener des actions envers les populations qui ne sont plus actives.

Conclusions et perspectives

Xavier CNOCKAERT souligne que le collectif a travaillé pendant trois ans silencieusement. Il a été entendu, mais il reste du chemin à parcourir. Le collectif a souhaité élargir son approche au-delà du réflexe iatrogénie en s'inspirant d'Oscar Wilde : « *Il faut avoir des rêves suffisamment grands pour ne pas les perdre de vue quand on les poursuit.* »

Il présente une onzième proposition qui est d'installer le 22 mars comme Journée du bon usage du médicament et de l'inscrire dans un agenda pérenne, comme l'est la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer.

