

LE BON USAGE DES MÉDICAMENTS

A. HELALI

Med Trop 2006; 66 : 619-622

RÉSUMÉ • Tout le monde parle du mauvais usage des médicaments, mais chacun des protagonistes lui donne sa propre explication. Le politique en parle pour dire qu'il y a du gaspillage de médicaments et du budget de l'Etat. Le citoyen pour dire que le médecin prescrit plus qu'il n'en faut pour soigner ses malades et les rend par conséquent, responsables d'une partie des pertes financières qui pèsent sur leur budget familial. Le médecin donne une autre explication et pense que l'on veut réduire sa liberté de prescription et de jugement devant son malade. Le pharmacien qui reçoit son client à l'officine n'a pas d'opinion à porter sur un sujet qui regarde plutôt le médecin. Il est donc difficile de mettre d'accord tout ce monde à travers une telle cacophonie, si bien que chacun préfère garder pour lui ses explications sur les causes et les solutions à donner au problème et du coup, rien ne se fait. Néanmoins, les gouvernements au premier degré et les organisations professionnelles et internationales au second degré, doivent remplir leurs obligations envers les populations pour que les médicaments soient administrés en conformité avec les besoins des malades, pour qu'ils soient efficaces, avec une bonne innocuité, un bon coût et prescrits de surcroît en adéquation avec les états physiques des patients puis les dispenser de manière sécurisée. Voilà tout un programme qui vaut la peine d'être entrepris, mais il ne trouve pas malheureusement beaucoup de preneurs pour l'instant.

MOTS-CLÉS • Bon usage - Médicaments essentiels - Apprentissages par problèmes - Bien prescrire - Bien dispenser.

RATIONAL USE OF MEDICINES

ABSTRACT • Every body speaks about inappropriate use of medicines and each one gives his own explanation. Politicians are telling about the waste of medicines and the money of their national budget. Citizens are saying that the physicians prescribe more than necessary for treatment and blame them as one part of the financial burden weighting on their family budget. Physicians give different explanation and think that the rational use of medicines is a sort of pressure to limit their freedom to prescribe what it seems to them necessary and better for their patients. Pharmacists dispensing medicines consider the prescription as a physician's prerogative and prefer to stay neutral in this debate. Within this large range of opinions, it is difficult to find general consensus, so that everybody take care to not declare his proper opinion about the subject, the causes and the adequate solutions. Finally no changes take place in this issue. However, neither the government as responsible for the citizen's health, nor the health professionals and international organisations, are facing their complete obligations toward the populations by ensuring to them that the medicines are administered according to the health need of the patients, efficacious and safe, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lower cost, and be secured against misuse by the pharmacist before the delivery to the patients. This is a worthwhile programme, but unfortunately without designate takers or promoters until now.

KEY WORDS • Rational use – Essential medicines – Problem-based learning – Good prescribing – Good dispensing of medicines.

J'ai posé un jour cette question de jeune assistant à mon patron de pharmacologie : « Patron ! Pourquoi nos confrères ont recours souvent aux injections lorsque des preuves existent sur l'efficacité de l'administration par voie orale ? » ; Il me répondit sans hésitation et avec le sourire que l'on connaissait de lui :

- « Pour exprimer toute leur compassion envers celui qui souffre et qui sollicite leur aide ».

- « Je ne pense pas que ce soit là, la meilleure façon d'exprimer sa compassion » lui dis-je.

- « Erreur, c'est une manière de dire au malade : je suis sensible à ta souffrance et je vais te faire mal avec ma piqûre pour que tu ressenties que je suis en train de faire quelque chose d'utile pour toi » me dit-il.

- « Et les données de la pharmacologie, de la physiopathologie, de la pathologie etc.. Que deviennent-elles dans cette affaire ? » lui dis-je.

- « Elles existent toujours, mais seulement au niveau des bibliothèques » me répondit-il.

Cette boutade envers nous qui étions habitués à son mot d'esprit toujours vif, mordant et sans complaisance, est passée presque inaperçue, si ce n'était ce petit rire qui concluait nos discussions. Nous ne l'avions pas comprise en son temps, c'était une première alerte, comme pour nous dire que quelque chose n'allait pas bien au royaume de la médecine. Mais qu'est ce qui ne va pas bien au juste ?

POINT SUR LA SITUATION DU BON USAGE DES MÉDICAMENTS DANS LE MONDE

Les indicateurs qui permettent de mesurer l'usage des médicaments selon l'OMS, sont au nombre de trois : le nombre de médicaments par prescription, le pourcentage d'antibiotiques et le pourcentage d'injections prescrites. Quelle est la situation ?

• Travail D.G du Centre National de Pharmacovigilance et de Matérovigilance (A.H., Pharmacologue clinicien), Alger.

• Correspondance : A. HELALI, D.G du Centre National de Pharmacovigilance et de Matérovigilance, BP 247 Bab El Oued 16009 Alger.

• Courriel : helali_k@hotmail.com

• Article sollicité.

Le nombre de médicaments prescrits par ordonnance varie d'un pays à l'autre. Il est de 1,3 en Equateur et de 4,3 au Ghana avec un nombre intermédiaire de 3,9 au Nigeria et 3,0 au Cameroun (1). La polypharmacie (c'est-à-dire le fait de prescrire plusieurs médicaments dans une même ordonnance), est coûteuse puisqu'elle occupe une place importante dans les dépenses de santé, particulièrement en pédiatrie. La dépense en importations de médicaments atteint 80 % des coûts en santé en Afrique subsaharienne (2).

La proportion d'antibiotiques prescrits au niveau des soins de santé primaires est de 30 à 60 % de l'ensemble des prescriptions de médicaments (1). Les chiffres varient du Soudan (62 %) à ceux du Cameroun où 52 % des patients sont d'emblée mis sous antibiotiques.

En outre, dans 13 pays, 33 % des malades présentant des infections respiratoires aiguës au moment de leur consultation se voient mis d'emblée sous antibiotiques. Parallèlement, on relève que 12 à 55 % des souches de pneumocoques sont résistantes à la pénicilline. On estime que le mauvais usage des antibiotiques est supérieur à 50 % des prescriptions au Népal, à 60 % au Nigeria, 50 % au Niger et plus de 60 % en Indonésie, Pakistan et au Yémen (3). Le mauvais usage de la chloroquine (sans discernement dans tous les états fébriles en Afrique par exemple) a généré des résistances du Plasmodium à l'antipaludéen dans 81 pays parmi les 92 qui sont touchés par l'endémie palustre (3).

Le pourcentage d'injections prescrites est un autre indicateur qui permet de situer l'usage des médicaments. Il dépasse 56 % assez souvent en Afrique. Il est de 58 % au Ghana et de 41 % au Cameroun par exemple. Les aiguilles et seringues jetables souillées par les réutilisations sont responsables de 33 % d'hépatite B, 42 % d'hépatite C, 2 % de VIH à tous les âges confondus à travers les différents pays. Les enfants sont touchés de l'ordre de 34 à 61 % par l'hépatite B, et un chiffre supérieur à 68 % est avancé pour l'hépatite C à cause de l'abus d'utilisation de la voie parentérale.

Le mauvais usage des médicaments est par conséquent, responsable de souffrances humaines par le développement de maladies iatrogènes graves et de résistances aux anti-infectieux, de décès de patients et enfin, de dépenses financières qui sont difficiles à supporter par les pays à ressources financières limitées en santé. Face à cette situation peu réjouissante, les professionnels de santé sont peu préparés par leurs formations universitaires pour y faire face efficacement. En 1982, une étude portant sur 1 001 malades âgés de plus de 45 ans aux USA (4) a montré les résultats suivants :

- 47 % des médecins n'interrogent pas leurs malades sur les médicaments pris avant le moment de leur consultation, ce qui entraîne des redondances dans les prescriptions et des risques d'interactions médicamenteuses ;

- 59 % des médecins n'informent pas leurs malades sur les effets indésirables des médicaments qu'ils prescrivent, ce qui entraîne des inobservances de traitements ;

- 63 % des pharmaciens n'informent pas leurs clients sur les effets indésirables des médicaments et les précautions à prendre lors de la prise de leurs médicaments.

Pourtant, les effets indésirables des médicaments sont responsables de 15 décès sur 1 000 aux USA, et d'une dépense de 7-18 millions d'euros par million d'habitants (5). Il est indéniable que les médecins et les pharmaciens sont insuffisamment préparés par les facultés de médecine et de

pharmacie à leurs pratiques professionnelles respectives de prescripteurs et de dispensateurs.

LES INTERVENTIONS MULTIPLES QUI ONT ÉTÉ PRÉCONISÉES

Diverses recommandations ont été faites par l'OMS pour améliorer la situation :

- confection de listes de médicaments essentiels en tenant compte de la morbidité, des données de la médecine par les niveaux de preuves (médecine factuelle) ;

- promotion de l'usage rationnel des médicaments dans les unités de soins de santé primaire (MSH/INRUD) ;

- promotion d'une information indépendante de l'industrie pharmaceutique et informative pour les praticiens et les malades ;

- mise en place de critères éthiques pour la promotion des médicaments ;

- développement de stratégies globales de lutte contre les résistances aux antibiotiques ;

- information sur les coûts des médicaments essentiels ;

- rédaction de monographies sur les médicaments essentiels ;

- rédaction de guides thérapeutiques ;

- mise en place de comités pharmaceutiques et thérapeutiques ;

- promotion d'apprentissages par problèmes en formation graduée des études médicales ;

- formation continue des praticiens par des méthodes interactives de résolution de problèmes en thérapeutique.

En outre, d'autres formations ont été recommandées :

- formation par groupes interactifs : importateurs de médicaments - utilisateurs ;

- formation des pharmaciens et des vendeurs de médicaments ;

- information des malades et consommateurs de médicaments.

Les principales causes, leurs conséquences sanitaires et économiques, ainsi que les interventions possibles pour corriger le mésusage des médicaments ont été identifiés par l'OMS qui soutient les pays et les professionnels de santé, ainsi que les ONG pour entreprendre des actions correctrices. Néanmoins, l'ampleur du phénomène est considérable et l'OMS ne peut intervenir toute seule, il faut que les états et la coopération internationale assurent un relais à son action.

UN NOYAU DUR POUR UNE INTERVENTION EFFICACE ET PEU CÔUTEUSE

L'OMS cite parmi les objectifs d'une politique pharmaceutique nationale les trois points principaux suivants :

- améliorer l'accès aux médicaments essentiels et assurer leur disponibilité en tout lieu et à tout moment ;

- assurer la qualité et l'innocuité des médicaments mis à la disposition des professionnels de la santé et des malades ;

- promouvoir l'usage rationnel grâce à des actions en direction des prescripteurs, des dispensateurs et des malades.

Vingt cinq ans après la promulgation du concept de médicaments essentiels, l'usage rationnel semble la recommandation la plus difficile à faire avancer auprès des États

membres de l'organisation internationale. Ce problème doit être analysé avant de tenter de faire quelques propositions de réponses.

Le choix d'un médicament et son utilisation selon l'OMS (6) dépend de facteurs multiples :

- de la formation et des habitudes professionnelles en soins de santé;
- de facteurs socioculturels, économiques et médico-légaux d'exercice de la profession et de la démographie médicale;
- de l'environnement professionnel (relations entre les professions médicales et avec les paramédicaux, avec les délégués médicaux de l'industrie et l'administration de la santé...);
- de la charge de travail en consultation et en service hospitalier, de l'infrastructure et des équipements existants;
- des places respectives de l'information scientifique et de la promotion des médicaments par l'industrie pharmaceutique dans chaque pays.

On se trouve par conséquent, en face d'une intrication de facteurs politiques et sociétaux d'une part (facteurs socioculturels, économiques, infrastructurels et de place qui a été accordée par les états à la santé de leur population) puis d'autre part, devant des facteurs plus spécifiques de formation à la profession médicale (comme la préparation pratique au rôle de prescripteur ou de dispensateur et les diverses tentatives pour changer les mauvaises habitudes professionnelles, l'assistance accordée au prescripteur pour un savoir-faire en lecture critique de l'information qui lui est destinée). Le deuxième groupe de facteurs qui sont plus spécifiques à notre profession de formateurs peut constituer un noyau dur pour nos interventions.

DES INTERVENTIONS À OPÉRER AU NIVEAU DE LA FORMATION DU PRESCRIPTEUR

Les objectifs à atteindre pour promouvoir un bon usage des médicaments

Le bon usage des médicaments selon les experts de l'OMS, c'est « prescrire au bon malade, le bon médicament, à la bonne dose, pendant une durée déterminée ». Il faut entendre par « bon malade » celui chez qui l'on a défini l'origine de sa plainte (on a fait un diagnostic), tandis que le bon médicament correspond à celui qui est le plus efficace et qui présente la meilleure sécurité puis le meilleur coût au sein de la classe thérapeutique qui a été choisie par le prescripteur. Le terme relatif à la bonne dose, renvoie à la prise en considération par le médecin traitant de toutes les pathologies intercurrentes chez son malade pour fixer la posologie, tandis que la durée déterminée signifie une planification des prises qui tient compte des habitudes de vie du malade et de la durée utile pour atteindre l'objectif thérapeutique qui a été assigné au traitement.

Que fait-on réellement dans nos facultés pour atteindre ces objectifs ?

Dans la quasi-totalité des facultés de médecine du monde, les cursus des études sont organisés en années de formation de base en sciences fondamentales (durant en géné-

ral les trois premières années) et en années de formation en clinique (les quatre années suivantes) pendant lesquelles l'étudiant est initié à l'art de la médecine. La pharmacologie qui figure parmi les sciences fondamentales est enseignée en troisième année de médecine et séparément du diagnostic (en 4^e, 5^e et 6^e année). Néanmoins, l'interne qui arrive en fin de cursus et en septième année, donc aux premiers balbutiements de sa pratique médicale, découvre pour prescrire un médicament (c'est-à-dire utiliser ses connaissances en pharmacologie) il faut tout d'abord faire un diagnostic. Il découvre malgré lui, qu'il est appelé à faire une démarche intellectuelle se situant à l'inverse de l'ordre de ses connaissances théoriques acquises pendant le cursus de ses études en graduation. En plus, il découvre aussi que toutes les connaissances qu'il a reçues, ont été données par modules séparés les uns des autres (module de physiopathologie, module d'anatomo-pathologie...) sans aucune tentative de les décloisonner, et sans aucun apprentissage préalable en vue d'une horizontalité des connaissances pour mettre son savoir à service d'un objectif thérapeutique pouvant garantir un traitement bien planifié et une analyse objective des résultats de sa prise en charge du malade.

Que peut-on suggérer alors ?

A partir de ce constat nous pouvons avancer sans risque d'erreur qu'il manque un maillon à la chaîne de formation graduée en médecine pour promouvoir un usage rationnel des médicaments. À la faculté de Groningen aux Pays Bas, un apprentissage de six semaines en sixième année de médecine a permis d'apporter le maillon manquant à la formation du prescripteur (7). Cette méthode logique et déductive d'apprentissage par problème en thérapeutique a fait ses preuves en matière de développement de connaissances utiles et permanentes pour une prescription rationnelle des médicaments (8). A la faculté de médecine d'Alger, nous avons rapidement adopté cette méthode dès 1995, et dix ans plus tard nous sommes satisfaits des résultats obtenus par nos étudiants de 6^e année de médecine, puisqu'ils commencent leurs premières prescriptions à l'internat sans grandes difficultés.

DES INTERVENTIONS À OPÉRER AU NIVEAU DE LA FORMATION DU DISPENSATEUR

Les objectifs à atteindre pour promouvoir un bon usage des médicaments

Le pharmacien est appelé à sécuriser sa dispensation par l'analyse de l'ordonnance avant de délivrer les médicaments, ce qui constitue à la fois un acte éthique envers son client et déontologique à l'égard du médecin traitant. Il a aussi pour obligation d'assurer son rôle social en proposant au malade la substitution d'une spécialité coûteuse par un générique à bon prix, afin qu'il puisse assumer financièrement le coût de son ordonnance. Il peut arriver aussi, qu'il devienne le destinataire d'une demande de médicament et/ou de conseil à propos d'un trouble et son avis et son orientation sont capitaux pour son client/patient. En outre, le pharmacien peut être appelé à donner un soin urgent dans le cadre de l'assistance à personne en danger lorsque le médecin ou l'infirmier sont absents (accident, catastrophe naturelle). Ces activités

n'ont pas bénéficié de toute l'attention nécessaire de la part des formateurs en pharmacie (9). Cependant depuis l'avènement de la dispensation des antirétroviraux aux malades atteints du VIH/sida, le pharmacien est apparu comme le partenaire direct et privilégié du médecin pour suivre l'observance du traitement prescrit et identifier les difficultés rencontrées par le malade lors des prises de ses médicaments. En d'autres termes, une nouvelle ère de collaboration entre le médecin et le pharmacien dans la prise en charge des malades se profile à l'horizon. Leurs approches sont complémentaires, le médecin s'occupant de la prise en charge thérapeutique de la maladie, tandis que le pharmacien se charge de réunir les conditions favorables à l'obtention du résultat thérapeutique qui est recherché par le prescripteur.

Que peut-on suggérer alors ?

Comme ce qui a été dit précédemment en médecine, il manque un maillon à la chaîne de formation de l'interne en pharmacie pour lui permettre d'acquérir toutes les compétences nécessaires pour relever les défis actuels en santé publique. Le maillon en question doit apporter un savoir-faire et un savoir être en 5^e année des études (c'est-à-dire des gestes et des comportements du pharmacien face au patient) et qui ne sont pas enseignés dans les cursus gradués en pharmacie. La méthode dite « apprentissages par problèmes » a été retenue et elle est constituée d'un ensemble de tâches agencées en étapes successives logiques et déductives qui permettent de résoudre un problème posé par un nombre fini d'opérations (un algorithme de résolution des problèmes). À Alger, nous enseignons cette méthode de bonnes pratiques de dispensation et de conseil depuis trois ans (10). En outre, un apprentissage d'une collaboration entre médecin et pharmacien en usant de l'opinion pharmaceutique est inscrit au programme des apprentissages du cours africain d'Alger.

QUELQUES INTERVENTIONS POUR LES INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT EN AFRIQUE

Beaucoup de centres de santé en Afrique sont tenus par des infirmiers qui y font des consultations aux malades et des soins aux blessés. Des ordinogrammes permettent d'aborder les pathologies par leurs symptômes et d'identifier parmi elles celles que l'infirmier peut prendre en charge dans un contexte de bon usage des médicaments essentiels. Cependant ces ordinogrammes qui sont nombreux (pour ne citer que ceux que nous avons personnellement faits dans divers pays, comme ceux du Gabon, de la Mauritanie ou du Tchad) ; ces ordinogrammes n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge pédagogique adaptée à la problématique de l'infirmier par les écoles paramédicales nationales. Nous avons pourtant insisté auprès des responsables de la santé de ces pays sur le fait qu'un ordinogramme finalisé par l'expert et ses collaborateurs locaux n'est qu'un début d'un travail pédagogique planifié qui doit tendre à transférer un schéma thérapeutique très succinct en connaissances nouvelles et en aptitudes gestuelles et comportementales adaptées à chaque situation, à chaque malade. Nous sommes persuadés que les méthodes pédagogiques interactives et par simulations actuelles peuvent transférer les schémas thérapeutiques stan-

dardisés en compétences spécifiques nouvelles pour le personnel paramédical si l'on prend le temps nécessaire pour créer une méthode d'apprentissage par problème à partir de schémas thérapeutiques standardisés existants.

CONCLUSION

Il est indéniable que le mauvais usage des médicaments est une plaie qui se complique au fil des jours, car nos ressources thérapeutiques ne sont pas illimitées. La boutade signalée dans l'introduction était révélatrice d'un manque de méthode pour faire passer les connaissances théoriques dans la pratique quotidienne. La méthode algorithmique que nous enseignons, permet à l'étudiant d'acquérir une conviction sur ses choix et de les transférer en gestes et en comportements rationnels pour prescrire ou dispenser les médicaments. Néanmoins, les efforts nationaux des états membres de l'organisation mondiale de la santé restent franchement insuffisants quand ils ne sont pas inexistantes, abandonnant ainsi le bon usage des médicaments au bon vouloir de l'industrie pharmaceutique et de ses représentants. Nous respectons le travail de recherche et de développement de l'industrie pharmaceutique, mais une comparaison peut être risquée : peut-on compter sur l'industrie du sucre pour financer des campagnes de lutte contre la surconsommation de sucre dans un but de faire reculer les complications de la carie dentaire ou de l'obésité ? Ou encore, pourquoi se refuse-t-on de mobiliser des crédits dans des opérations contre le mauvais usage des médicaments comme on l'a déjà fait pour lutter contre le tabagisme ? Beaucoup de questions mais peu de réponses ■

RÉFÉRENCES

- 1 - QUICK JD - Investigating drug use. In « Managing Drug Supply », 2nd. West Hartford, Connecticut, Kumarian Press 1997.
- 2 - OMS - Accès aux médicaments et financement. Analyse économique et financière de base. OMS ed, Genève, 1990, pp 18-38.
- 3 - WHO - Rational use of medicines. The World Medicines Situation. WHO ed, Geneva, 2004, pp 75-89.
- 4 - REGGI V - Drug Safety & Post-marketing Surveillance, 25 years of essential medicines WHO/EDM/PAR/2003.1
- 5 - HELALIA - La déclaration de Berlin sur la pharmacovigilance. *BIPmat CNPM* 2005 ; 2 : 1-8.
- 6 - Stratégie pharmaceutique de l'OMS - Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques. 2001, pp 25-68.
- 7 - DE VRIES - Presenting clinical pharmacology. A problem based approach for choosing and prescribing drugs. *Br J Clin Pharm* 1993 ; 35 : 581-6.
- 8 - DE VRIES - Impact of short course in pharmacotherapy for undergraduate medical students : an international randomized controlled study. *Lancet* 1995 ; 346 : 1454-7.
- 9 - HELALIA, BRUNETON C - Une méthode pour mieux conseiller à l'officine et dispenser les médicaments. *Med Trop* 2004 ; 64 : 341-3.
- 10 - BRUNETON C, HELALIA - Bien conseiller et bien dispenser les médicaments essentiels. Formation CNPM-OMS-ReMed, 2^e ed, 2006, pp 75.