

Petit «Livre blanc» sur la iatrogénie médicamenteuse

Champ de l'enquête:

La iatrogénie, est un problème majeur de la thérapeutique moderne, du fait de sa fréquence et de ses conséquences :

- cliniques pour les malades ;
- économiques pour la société en termes de dépenses de santé ;
- éthiques quant à certains choix relevant de la politique de la santé.

Les personnes âgées dépendantes sont plus particulièrement concernées par ces problématiques.

Méthodologie :

Ce «Petit Livre Blanc» a été élaboré en se fondant, pour l'essentiel, sur des missions, études, enquêtes... animées ou menées par des membres du corps médical ou par des organismes scientifiques reconnus. Ils sont tous cités en détail à la fin de ce Livre et sont consultables sur le web.

L'une des principales sources documentaires utilisées est le rapport rendu en décembre 2013 par P. VERGER, directeur adjoint du CHU de Limoges, auquel le Gouvernement avait confié « *une mission ciblée sur la prise en charge médicamenteuse en ehpad* ».

Quelques rares commentaires personnels ont été introduits dans ce document lorsque l'expérience acquise grâce à une fréquentation quasi quotidienne et durable de divers ehpad autorisait à préciser ou à nuancer certaines allégations ou suggestions des médecins ou scientifiques sus évoqués.

Enfin, il est important de préciser, d'entrée, que les considérations et appréciations qui suivent sont exemptes de toute intention polémique.

Ce document n'est en aucune façon une instruction à charge menée contre quelque professionnel de santé, organisme, ou responsable que ce soit. Si, effectivement, il en donne parfois regrettamment le sentiment, c'est parce qu'il ne traite que des « trains qui arrivent en retard ».

Résumé :

- ➔ La iatrogénie médicamenteuse est un phénomène majeur dans nos sociétés.
- ➔ Son ampleur et ses conséquences néfastes sont cependant mal connues et sous estimées.
- ➔ Il existe pourtant des solutions pour réduire le risque iatrogénique ;
- ➔ Ces solutions font fréquemment l'objet d'un quasi consensus scientifique mais leur mise en œuvre se heurte souvent à l'incompréhension des professionnels de santé ou au manque de volonté des responsables politiques.

X
XX

TITRE I:

La iatrogénie médicamenteuse

(Définition – Mesure - Conséquences)

*«Presque tous les hommes meurent de leurs remèdes, et non pas de leurs maladies»
Molière – Le malade imaginaire*

«...il est permis de craindre que plusieurs milliers de malades ne décèdent chaque année en France par iatrogénie, dont une fraction serait évitable...»

Professeur QUENEAU

(Membre de l'Académie nationale de médecine.

Ancien doyen de la Faculté de médecine de Saint-Étienne

Directeur de l'Association pédagogique pour l'enseignement de la thérapeutique)

I) Définition de la iatrogénie médicamenteuse

«Iatrogène»: adjectif qualifiant un trouble, une maladie, provoqués par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du prescripteur.

La iatrogénie médicamenteuse se présente sous deux aspects :

- Soit comme la conséquence d'une prescription inappropriée, c'est à dire une ordonnance inadaptée au diagnostic ou au patient, ou encore une ordonnance potentiellement dangereuse pour le patient concerné, en particulier lorsqu'il s'agit d'une personne âgée.

A cet égard, les résultats de l'enquête «Polychrome» élaborée et pilotée par Pascal CLERC, médecin généraliste rattaché à l'Unité Inserm 750 du Cemes de Paris, et Julien Le Breton, chef de clinique de médecine générale à l'Université de Paris 12 (rapportés dans le n° 156 de la revue de l'IRDES datée de juillet-août 2010), montre que, si les contre-indications ou interactions «potentiellement» graves sont assez rares (6% des prescriptions), pour autant, près des 2/3 des ordonnances examinées sont apparues concernées par au moins une contre-indication et/ou une interaction médicamenteuse, et les experts cliniciens qui ont analysé les ordonnances ont proposé de modifier 80% des lignes de médicaments figurant sur celles-ci, et d'arrêter purement et simplement un médicament dans 17% des cas.

De nombreuses autres études parviennent, à quelques variations près, aux mêmes conclusions (enquêtes menées en 2015 par Charlène Cool et Maryse Lapeyre-Mestre, respectivement pharmacienne et médecin, maître de conférences des universités).

- Soit comme des aléas non fautifs imputables aux seuls médicaments à l'origine d'effets indésirables inattendus et donc imprévisibles.

Ces effets indésirables peuvent, dans certains cas, on l'a vu, résulter d'une méconnaissance et d'un suivi insuffisant de l'état de santé du malade lui-même.

Mais il existe, aussi, des interactions médicamenteuses spontanées, non encore identifiées. Leur réalité n'est pas douteuse. Elle est parfois qualifiée d' «**effet cocktail**» lorsque certaines substances qui, prises isolément, sont sans danger pour l'homme, se révèlent toxiques lorsqu'elles sont associées entre elles.

Une étude récente, publiée le 3 septembre 2015 dans la revue Nature Communications, associant chercheurs de l'INSERM et du CNRS, apporte la preuve de cette combinaison délétère. Ces scientifiques orientent actuellement leurs recherches afin «*de tester les combinaisons de médicaments couramment prescrits pour détecter les synergies ou des incompatibilités qui n'auraient pas été détectées par la pharmacovigilance*».

La iatrogénie n'apparaît donc pas seulement comme la conséquence regrettable, mais inévitable, d'un risque calculé, d'un choix malheureux entre deux risques vitaux, ou encore d'une appréciation erronée, mais non fautive, de la balance bénéfices-risques qui ponctue en permanence l'activité du prescripteur. Elle est, aussi, le révélateur d'un inquiétant «trou noir» de la thérapeutique aux proportions encore mal connues.

II) Mesure du phénomène

A) Absence de données statistiques : les lacunes de la pharmacovigilance.

En effet, de façon très surprenante, personne ne connaît précisément l'ampleur du phénomène car il n'existe toujours pas, en France, de dispositifs d'évaluation fiables et adaptés.

Déjà, en 1998, les membres de la Commission KOUCHNER reconnaissaient expressément que *«les chiffres de la mortalité sont impossibles à établir dans l'état actuel des données. Dans une approximation très large, il est toutefois permis de craindre que plusieurs milliers de malades ne décèdent chaque année en France par iatrogénie, dont une fraction serait évitable... incontestablement, des hospitalisations sont prolongées, des ré-interventions sont nécessaires, des souffrances et des décès sont occasionnés du fait des accidents iatrogènes».*

Souvenons-nous de l'indignation qu'avaient provoquée les 15.000 décès de personnes âgées attribués à la canicule de 2003.

Là, il s'agit d'un nombre au moins aussi élevé, sinon plus, de morts, dus, **chaque année**, à la iatrogénie médicamenteuse, et tout se passe sans bruit...

Pour ajouter, si nécessaire, au scandale, le professeur QUENEAU, auteur du Rapport de 1998, reconnaît qu' *«une fraction (de ces décès), « serait évitable».*

Or, plus de 15 ans après ce rapport, on continue à mourir, en France, et, selon toute vraisemblance, dans de semblables proportions, de iatrogénie médicamenteuse.

Et plus de 15 ans après, force est de constater qu'on ne dispose toujours pas de données épidémiologiques précises sur le sujet.

L'association «Le lien de défense des victimes d'erreurs médicales et d'infections nosocomiales», quant à elle, va même jusqu'à dénoncer une *«culture de secret»*, sciemment entretenue.

Quoiqu'il en soit, peu de progrès ont, de fait, été accomplis depuis le rapport de l'IGAS de 2005 sur «Les médicaments en ehpad» qui pointait déjà les *«difficultés à identifier l'ensemble de la population âgée, dispersée entre des prises en charge à domicile, en maisons de retraite, en établissements de santé...et, de façon assez paradoxale, alors que la population en ehpad devrait apparaître comme plus facile à cerner (stabilité de résidence et possibilité de déclaration par un tiers), c'est sans doute la population âgée pour laquelle les données globales (et encore plus pour les*

données individualisées) sont les plus déficientes».

Au terme d'une enquête menée en 2014 sur la prise en charge médicamenteuse dans les ehpad franciliens, l'ARS Île-de-France confirmait le constat précédent: *«Une faible proportion d'ehpad a mis en place une procédure de gestion des événements indésirables graves médicamenteux et peu d'entre-eux connaissent le nombre d'événements indésirables déclarés en 2013».* Et l'Agence concluait son enquête en ces termes: *«Ces résultats montrent que **la gestion des risques est une culture encore à développer dans les établissements n'appartenant pas au secteur sanitaire**».*

Contrairement à un pays comme l'Angleterre, par exemple, il n'existe en France aucune base de données officielle enregistrant diagnostics, symptômes et ordonnances.

Il existe, certes, une multitude de structures censées recueillir des données épidémiologiques. Mais, agissant isolément, chacune cantonnée dans son pré-carré, leurs résultats ne sont pas centralisés, de telle sorte que l'ensemble s'apparente à une usine à gaz au fonctionnement fort coûteux et peu efficace. Conscients de cette inefficacité, les auteurs du «Rapport Kouchner» préconisaient, entre autres mesures, il y a près de 20 ans, la création d'un «Observatoire national de la iatrogénie et de la vigilance thérapeutique» travaillant en liaison étroite avec les Centres de pharmacovigilance. Mais ces recommandations n'ont pas été mises pleinement en œuvre et la situation ne s'est pas améliorée.

Certes, la loi fait obligation de déclarer auprès du centre régional de pharmacovigilance dont dépendent les patients, ou les professionnels de santé, tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament. Cette obligation s'applique aux *«médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens»*. Il est aussi recommandé aux autres professionnels de santé de faire cette déclaration.

De même, *«les entreprises pharmaceutiques doivent déclarer par voie électronique, à la base de données Eudravigilance, tout effet indésirable grave survenu en Europe...dont elles ont connaissance...»*.

Mais, une fois encore, force est de constater que ces dispositions sont très largement inopérantes et ne permettent toujours pas de cerner avec précision les dommages réels de toute nature, tant humains qu'économiques, provoqués par la iatrogénie médicamenteuse.

Diverses raisons peuvent expliquer cette situation, notamment:

➔ la difficulté pour la plupart des patients ou leur entourage à identifier, ou même à simplement suspecter, une éventuelle relation de cause entre la prise de médicaments et un effet indésirable affectant leur état de santé, leur qualité de vie,

voire leur vie.

« *L'imputation à un médicament donné unique d'un accident bien identifié ne correspond qu'à une faible partie de la réalité de la iatrogénie concrète. En pratique clinique, et notamment chez les personnes âgées, la polypathologie, la polythérapeutique et les conditions d'environnement rendent très souvent difficiles une imputabilité directe et, de ce fait, une notification... sans oublier les décès iatrogènes ayant eu lieu au domicile du malade* ». (Rapport KOUCHNER /1998).

→ Même si ce lien est établi ou suspecté, nombre de professionnels de santé hésitent à le déclarer de crainte de voir leur responsabilité engagée. Crainte au demeurant bien compréhensible dans une société de plus en plus judiciarisée ;

→ conscients de cette difficulté, les auteurs du « Rapport Kouchner » suggèrent donc (il y a près de 20 ans !) d'engager une réflexion sur « l'opportunité d'une loi sur les aléas non fautifs, officialisant la notion de responsabilité sans faute » ; Opportunité, une fois encore, toujours pas saisie à ce jour...

→ le manque de temps de ces mêmes professionnels de santé ;

→ l'inexistence d'une « chaîne de soins » rigoureusement documentée, regroupant tous les intervenants qui la constituent : patients, familles, médecins libéraux, généralistes et spécialistes, milieu hospitalier, laboratoires, services de radiologie, médecins coordonnateurs des ehpad, pharmaciens, dentistes...etc.

On touche là au concept de **Dossier médical partagé**. En effet, en recueillant toutes les informations cliniques recueillies sur un patient et en mettant celles-ci à la disposition des professionnels de santé, on pourrait, entre autres avantages, espérer prévenir ainsi une « fraction » de la iatrogénie évitable.

Cela étant, peut-on, néanmoins, malgré l'absence de dispositifs d'évaluation, tenter d'approcher plus précisément les conséquences dommageables de la iatrogénie médicamenteuse ?

B) Tentatives d'évaluation de la morbidité médicamenteuse

→ Le LEEM, est l'organisme professionnel représentatif des entreprises du secteur de l'industrie pharmaceutique en France. Peu suspect, donc, a priori, de majorer les dommages de la iatrogénie médicamenteuse, le LEEM évaluait, en 2012, à 143.915 le nombre d'hospitalisations « *dus aux effets secondaires connus des médicaments ou à des erreurs humaines ».*

Retenons qu'il ne s'agit que des cas révélés par une pharmacovigilance, on l'a vu, très lacunaire. Le LEEM reconnaît d'ailleurs que « *les médicaments...ont parfois du mal à*

vivre ensemble... (et que des progrès doivent être réalisés) « *pour obtenir des recueils beaucoup plus systématiques des accidents graves* ». Aussi, à ce chiffre déjà considérable de près de 150.000 hospitalisations, convient-il d'ajouter plusieurs milliers de décès dus à cette variante de la iatrogénie médicamenteuse baptisée «effet cocktail» (voir ci-dessus) par les scientifiques.

→ Au terme d'une revue de la littérature sur le sujet de la polymédication, effectuée en 2014 par l'IRDES et rapportée dans le n° 204 de sa revue «Questions d'économie de la santé», les accidents iatrogéniques seraient responsables de 5 à 25% des admissions hospitalières et de 10% des admissions aux urgences.

→ Une enquête effectuée au service de réanimation de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, portant sur les motifs d'admission dans ce service a montré que sur 743 hospitalisés, 173, soit près du quart, l'ont été pour des problèmes de médicaments. Les auteurs ont estimé que 60% de ces événements potentiellement mortels sont évitables et que 30% d'entre-eux sont liés à une mauvaise observance des traitements par les patients.

→ Une enquête récente de l'Urcam Poitou-Charentes, (consultable sur le site www.pharmaco.com), quant à elle, fait apparaître que :

* plus de 12% des hospitalisations ont été rapportées à un EIM (événement indésirable médicamenteux) après analyse du Centre régional de pharmacovigilance,

* les interactions médicamenteuses ont été retrouvées dans 21% des cas,

* la part des accidents évitables est estimée à 20%.

→ Des chercheurs américains ont retracé la prise de médicaments chez 3434 personnes de 65 ans, dont 23% avaient développé une démence. 82 spécialités ont été recensées comme ayant favorisé celle-ci :

* soit directement, comme les antispasmodiques, les traitements de l'incontinence urinaire ou les antis parkinsoniens ;

* soit via un effet secondaire comme les antihistaminiques, somnifères, antidépresseurs, antipsychotiques, traitements de l'hypertension...

Ces chercheurs ont constaté qu'une consommation régulière de tels médicaments sur 10 ans augmentait de plus de 54% le risque de démence, et de 65% pour la maladie d'Alzheimer (Cf. JAMA INTERNATIONAL MEDICINE, rapporté dans le n° 534, de mars 2015, de la revue de l'Ufc- Que Choisir

→ Enfin, pour se limiter à cette dernière source, le rapport VERGER estime que

11 à 30% des cas de troubles cognitifs semblent liés aux médicaments

Quelle est donc l'importance de la consommation de médicaments en France?
A quel niveau se situe t-elle par rapport aux autres pays développés?

TITRE II:

La consommation de médicaments

I) La France est un important consommateur de médicaments

A) Approche globale

- ➔ Selon un rapport de l'ANSM de 2013, il existait, à cette époque, 2800 substances actives disponibles en France, correspondant à 11.000 spécialités, et de nouvelles molécules apparaissent constamment sur le marché ;
- ➔ La consommation annuelle moyenne de médicaments est de 48 boîtes par an (source ANSM2013) ;
- ➔ Un rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) montre que la prescription d'antibiotiques en France y reste préoccupante: elle est supérieure de 41% à la moyenne européenne ;
- ➔ L'assurance maladie a reconnu que le «Médiator» a été dans 80% des cas prescrit pour maigrir et non pour compléter un traitement du diabète, son indication officielle . (Voir Revue UFC- Que Choisir;° 524 d'avril 2014).
- ➔ En moyenne, 1,76 kg de médicaments sont stockés dans les foyers français.

B) Situation particulière des personnes âgées

- ➔ En 2013, le rapport VERGER relevait que «les dernières études montrent une consommation moyenne de 8 molécules par jour en ehpad, avec, ajoutait-il, «...son lot d'effets indésirables: risques de chutes, dénutrition, troubles du comportement...et ses possibles erreurs médicamenteuses» ;
- ➔ Ce même rapport notait aussi une forte variation de la consommation de médicaments en ehpad et distinguait des ehpad à 7/8 molécules, des ehpad à 10 molécules, des ehpad à 15 molécules...
- ➔ Les données de l'étude IQUARE, réalisée par l'Université Toulouse III, Paul Sabatier, sur la prise en charge thérapeutique des sujets âgés dans les ehpad durant les six derniers mois de leur vie, font état de la prise de 8,3 médicaments par jour par ces patients (et aussi que 87,75% des patients décédés avaient au moins un médicament inapproprié) ;

- ➔ L'enquête la plus récente sur le sujet (Drs Cool / Lapeyre- Mestre), déjà citée, confirme ces constatations avec 8,6 médicaments, en moyenne, par ordonnance, prescrits à des personnes de 83 ans d'âge moyen, l'ordonnance la plus longue en comportant pas moins de 21! ;
- ➔ Quant au nombre de lignes de prescriptions par ordonnance délivrée à des sujets âgés résidant en ehpad, différentes enquêtes l'évaluent à 8 en moyenne ;
- ➔ 90% des consultations, en France, se concluent par une ordonnance, contre seulement 43 %, par exemple, aux Pays-Bas.

C) Approche économique.

Cette approche économique de la consommation de médicaments et de ses possibles conséquences dommageables, souvent négligée, voire ostensiblement ignorée, s'impose pourtant d'évidence. Au coût des médicaments inutiles, dangereux, inappropriés, prescrits en première indication, s'ajoute le coût des nouvelles prescriptions, hospitalisations, analyses, examens et soins divers rendus nécessaires pour lutter contre les effets néfastes des premières prescriptions.

Quelques données chiffrées pour apprécier le phénomène en connaissance de cause :

- ➔ En 2003, selon les Comptes nationaux de la Santé, le médicament représente 21% de la consommation de soins et biens médicaux pour une valeur de 30 milliards d'euros ;
- ➔ Entre 2002 et 2003, l'augmentation en valeur des dépenses de médicaments a été de 6,5% ;
- ➔ En 2011, selon l'INSEE, sur un total de dépenses courantes de santé, en France, de 240 milliards d'euros (soit 12% du PIB), la consommation de soins et biens médicaux en représentait les $\frac{3}{4}$, soit 180 milliards d'euros, et les médicaments, à eux seuls, 34,7 milliards d'euros ;
- ➔ Pour l'année 2000, la dépense pharmaceutique moyenne a été d'environ 850 euros par personnes âgée de 65 ans et plus. Elle passe à 776 euros pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, et à 991 euros pour les personnes âgées de 75 ans et plus (Enquête «Santé et Protection sociale» - ESPS – de l'Institut de Recherche en Economie de la Santé – IRDES – et des données de remboursement de la Sécurité sociale) ;
- ➔ Sachant qu'entre 2002 et 2003, l'augmentation en valeur des dépenses de médicaments a été de 6,5% et que cette hausse tendancielle s'est très vraisemblablement poursuivie les années suivantes ;

Sachant qu'au 1er janvier 2016, le nombre de personnes vivant en France est de 66.627.602, dont 12.520.217 de personnes âgées de 65 ans et plus se répartissant ainsi :

- 65 à 69 ans: 5,9%
- 70 à 74 ans: 3,8%
- 75 ans et plus: 9,1%,

on peut imaginer le poids de la dépense de médicaments dans le budget de la santé.

➔ A fortiori dans un pays comme la France qui, comme le rappelle l'Insee, *«figure parmi les pays les plus développés ou la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante»*.

Grace à ces diverses données chiffrées il paraît possible de se hasarder à calculer un ordre de grandeur, d'une part, de la dépense annuelle de médicaments des plus de 65 ans, d'autre part, des économies envisageables si des mesures de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse étaient adoptées :

- environ 6 millions de personnes de 65 à 74 ans présentant une dépense pharmaceutique moyenne de 850 €, soit, approximativement, une dépense d'au moins**5 milliards d'euros**
- environ 6 millions de personnes de plus de 75 ans présentant une dépense pharmaceutique moyenne de 1.050 €, soit, approximativement, une dépense d'au moins.....**6 milliards d'euros**
- Soit, approximativement, une dépense pharmaceutique totale pour les personnes de 65 ans et plus de.....**11 milliards d'euros**
- Si, grâce à des mesures de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, on parvient à réduire la dépense de médicaments de 20%, ce n'est pas moins de **2 milliards d'euros d'économies qui pourraient être réalisées sur ce seul poste des médicaments.**

On ne peut s'interdire de rapprocher ce chiffre de 2 milliards d'euros des 1,5 milliards d'euros qui permettraient, selon la Secrétaire d'Etat Laurence Rossignol, de diminuer le reste à charge des résidents en ehpad (Dossier réalisé par Frédéric Cazenave - *«La France à l'épreuve de grand âge»*- publié dans le journal Le Monde daté du 22 janvier 2016).

Faut-il donc rappeler que **contribuer «au bon usage des ressources consacrées par**

la Nation à l'assurance maladie» est **une obligation légale** qui s'impose donc à tous et que les responsables politiques ont le devoir de faire respecter? (Article L 111-2-1 du code de la santé publique, issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004).

Le jugement de la Commission KOUCHNER sonne donc toujours juste: «*La iatrogénie est un problème majeur de la thérapeutique moderne, du fait de sa fréquence et de ses conséquences cliniques pour les malades, et économiques pour la société en termes de dépenses de santé*».

Cette préoccupation est de plus en plus prégnante au point que **le législateur**, dans la loi de financement de la sécurité sociale 2015, **subordonne la pérennité de l'Assurance maladie à la réalisation d'économies**.

D) Comparaisons internationales

Deux indicateurs de la consommation médicamenteuse en France sont souvent cités :

- le ratio rapportant le nombre de consultations se finissant par une prescription médicamenteuse au nombre total de consultations,
- et le nombre de lignes de prescription par ordonnance.

Ces ratios seraient plus élevés en France que dans les autres pays européens. Cette forte propension à prescrire serait même constitutive d'un «modèle français de prescription» selon l'expression du Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Ces indicateurs sont vivement contestés par le LEEM qui n'y voit qu'un moyen pour les pouvoirs publics d'«*orienter l'action politique visant à contenir la consommation médicamenteuse*».

Pour le LEEM, en effet, ces deux indicateurs ne sont pas appropriés pour rendre compte de la propension à prescrire des médecins. Cet organisme représentatif des industries du médicament développe une argumentation serrée dans une étude intitulée «*Caractériser le modèle français de prescription. Une évaluation critique des indicateurs utilisés*», publiée le 18 septembre 2008, et consultable sur son site internet.

Peu importe, en vérité, de savoir si, comme certains l'affirment, «*la France continue (ou non) à occuper la première place des pays européens en termes de dépenses moyenne de médicaments par habitant*». Il paraît suffisant de savoir si la France est un important consommateur de médicaments et, si c'est le cas, de savoir si cette consommation est justifiée par les résultats obtenus :

Or, quelle que soit la pertinence des arguments avancés par le LEEM, il reste :

- que cette tendance à l'accroissement de la consommation de médicaments est quasi générale et se constate dans la plupart des pays développés. Ainsi, aux États-Unis, le nombre de consultations médicales avec cinq prescriptions, ou plus, est passé de 6,7% à 18,7% entre 1990 et 2000. (Enquête IRDES / «Questions d'économie de la santé», n° 204 – décembre 2010). Il est donc fort peu probable que la France échappe à cette tendance mondiale ;
- que, dans le «Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes» rendu au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, n°422 (2005-2006), du 22 juin 2006, on relève que *«la part de la population (française) ayant pris un psychotrope au cours de douze derniers mois est deux fois supérieure à la moyenne des pays européens limitrophes de la France. La consommation de psychotropes est plus élevée en France que dans les autres pays européens»* ;
- que la dénonciation de cette surconsommation médicamenteuse n'est pas le fait des seules instances publiques, mais provient aussi, et souvent, des médecins eux-mêmes ;
- que la procédure d'optimisation menée par les professionnels de santé dans le cadre de l'enquête POLYCHROME, déjà citée, a eu un impact pharmacologique non négligeable puisqu'elle a permis de diminuer de 30% le nombre de médicaments prescrits, ce qui constitue bien la preuve d'une surconsommation de médicaments en première prescription ;
- que les réserves exprimées en 1998 par les membres de la Commission KOUCHNER sur l'impartialité de l'industrie pharmaceutique sont toujours d'actualité. En effet, la Commission relevait que les études sur la iatrogénie sont très coûteuses et elle recommandait que ces travaux *«ne soient pas systématiquement soutenus par l'industrie pharmaceutique»*. *«Il est discutable, (ajoutait-elle) de solliciter les firmes pharmaceutiques pour soutenir des recherches dont la finalité escomptée vise à une meilleure définition des «justes» indications de leurs propres médicaments. Ainsi, donc, potentiellement, la perspective d'une réduction de leur prescription et de leur consommation»*.

La possibilité d'un conflit d'intérêt ne peut donc jamais être totalement écartée.

Aux termes de ces divers argumentaires contrastés, et malgré la relative incertitude qui en découle, les appréciations portées par le professeur QUENEAU, selon lequel *«La France est un des plus gros consommateurs de médicaments du monde»*, et par l'INSEE, qui confirme que *«la France (est) un des pays les plus consommateurs de médicaments»*, ne paraissent pas devoir être remis significativement en cause.

Comment expliquer ce phénomène? Est-il justifié?

II) Les raisons de cette surconsommation de médicaments

Parmi les nombreuses raisons susceptibles d'éclairer le niveau important de la consommation de médicaments en France, deux d'entre-elles apparaissent particulièrement déterminantes :

- l'âge avancé de la population française ;
- et la formation, initiale et continue, des médecins ;
- une troisième raison sera avancée, qui explique en partie la situation de la France sans pour autant lui être spécifique comme les deux précédentes: elle tient à la prégnance de la mise en cause de la responsabilité des médecins prescripteurs

A) Vieillesse et médicaments

Le «Panorama de la santé 2015» publié le 4 octobre 2015 par l'OCDE note que les Français vivent plus vieux que la moyenne des habitants des pays riches. L'espérance de vie des français est, hommes et femmes confondus, de 82,3 ans, contre une moyenne de 80,5 ans dans les autres pays. Parmi les 34 pays que compte cette organisation, la France se place ainsi au 5ème rang. Si la situation des Français n'a rien d'exceptionnel (79 ans), celle des Françaises, par contre, est remarquable, avec une espérance de vie de 85,6 ans, qui les place au troisième rang de la plus grande longévité au sein de l'OCDE.

Mais il y a un revers à la médaille: c'est que les personnes âgées sont fréquemment polypathologiques et atteintes de maladies chroniques. Elles font donc l'objet de polymédications. De façon quasi arithmétique, donc, plus un pays compte de personnes âgées, et a fortiori très âgées, plus la consommation globale de médicaments augmente.

B) Formation des médecins

Sont concernées aussi bien la formation initiale que la formation continue des médecins. Et l'une comme l'autre font l'objet de critiques nombreuses et convergentes, tant de la part des médecins eux-mêmes que de celles des instances publiques de santé.

a) Formation initiale

Le rapport VERGER de 2013 relève l'insuffisance de la formation médicale en

matière de prescription gériatrique. Ses auteurs reconnaissent que, pendant les études médicales, l'enseignement de la thérapeutique «surdétermine le mode de pensée des étudiants». Conséquence: «*Considérant que tout patient est un malade, la consultation ne saurait donc se terminer sans prescription...90% des consultations, en France, se concluent par une ordonnance, contre seulement 43% aux Pays-Bas*».

Bref, c'est la «*toute puissance du médicament dans l'inconscient collectif soignant*» qui est ainsi stigmatisé à longueur de pages de ce rapport.

Une étude de l'UFC-Que Choisir publiée dans le n° 525 (mai 2014) de sa revue mensuelle, confirme «*l'insuffisante formation des médecins sur le médicament*».

Elle relève que la place du médicament est très variable d'une faculté à l'autre dans les études théoriques. Alors que la Société européenne de pharmacologie recommande un minimum de 120h, l'enseignement de la matière varie de 60 à 170 h selon les facultés de médecine, «*la plupart ne réservant même pas une centaine d'heures au médicament*», selon le Professeur Mathieu MOLINARD, président du Collège national de pharmacologie médicale, pneumologue et pharmacologue au CHU. C'est de 1,5 à 4 fois inférieure au volume de cours dispensés sur le sujet dans la plupart des grands pays européens.

L'auteure de l'article note que ce faible volume horaire «*donne aussi aux futurs médecins une vision incomplète du médicament. En apprenant les molécules de façon cloisonnée, il leur est par exemple difficile de concevoir les phénomènes d'interactions susceptibles de survenir chez un patient traité pour plusieurs maladies*». «*Les cours présentent le médicament comme un remède, une recette, les effets secondaires et les interactions passent au second plan*» analyse le docteur Jean-Sébastien BORDE, néphrologue, vice-président de l'association pour une formation et une information médicale indépendante (FORMIDEP).

L'urgence d'une formation permettant d'asseoir des notions fondamentales est réelle. Par exemple la notion de balance bénéfices-risques qui détermine si, en fonction de la situation d'un patient, les effets attendus d'un médicament méritent d'exposer celui-ci à ses possibles effets indésirables.

De même pour la notion d'iatrogénie médicamenteuse, c'est à dire la possibilité que les médicaments eux-mêmes rendent malades: «*Peu sensibilisés par leur formation théorique, les internes n'ont pas le réflexe de penser qu'un nouveau symptôme peut être l'effet d'un médicament et ont tendance à le traiter en prescrivant un autre médicament*» a constaté le docteur Jean-Sébastien BORDE.

Sans compter que former les futurs médecins aux possibles effets délétères des médicaments pourra les aider à mieux résister aux sirènes des laboratoires pharmaceutiques, omniprésents sur les lieux de leurs études.

b) Formation continue

Il lui est souvent reproché d'être trop exclusivement assurée et financée par l'industrie pharmaceutique.

C'est ce que regrette, notamment, Etienne CANIART, membre du Collège de la HAS, qui ajoute: *«Il aurait fallu que l'État accorde un budget pour donner une indépendance à ce secteur. Mais pour des questions de nécessités budgétaires à court terme, on a laissé la porte ouverte aux laboratoires».*

A ce propos, un article publié dans le journal Le Monde daté du 20 mars 2005, et intitulé «Perspectives: Pour une liberté de prescription des médecins», mérite tout particulièrement d'être cité.

Il y est fait état des 23.000 visiteurs médicaux censés *«donner plus d'informations»* aux 110.000 médecins prescripteurs français et, bien sur, dans le respect de la Charte de la visite médicale signée par le LEEM. Mais, rétorque le docteur Philippe FOUCRAS, fondateur de Formindep (collectif de professionnels de santé et de patients), *«Pour se convaincre de l'hypocrisie de cette démarche, il faut se demander si les représentants commerciaux des firmes touchent leurs primes en fonction du respect de la Charte ou en fonction du nombre de boîtes de médicaments prescrits sur leur secteur».*

Pourtant, un embryon de formation continue indépendante existe depuis 2001: il s'agit de la formation professionnelle conventionnelle (FPC), financée par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie. Mais son influence reste limitée car, assure le docteur Marie-Hélène CERTAIN, présidente d'un organisme de formation, *«l'Ordre des médecins a toujours plus ou moins contesté les conventions médicales qui créent un lien entre les médecins et les caisses d'assurances-maladie».* (On retrouve fréquemment cette prévention des médecins libéraux à l'égard de toute mesure susceptible, à leurs yeux, de restreindre leur liberté d'exercice). Pourtant, *«une prise en charge de la formation coûterait moins cher à la CNAV que ce que coûtent les dérives de prescription de ces mêmes médecins sous l'influence du lobby pharmaceutique»*, estime Etienne CANIART. Et celui-ci d'ajouter : *«Les médecins doivent se rendre compte de la manière dont ils sont monitorés par l'industrie pharmaceutique et reprendre leur liberté de prescription».*

Cette nécessaire prise de conscience sera forcément lente. Pour l'accompagner, trois mesures sont souvent préconisées par les milieux spécialisés :

➔ intensifier et assurer la pérennité de la formation professionnelle conventionnelle financée depuis 2001 par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie ;

- ➔ financer sur fonds publics l'abonnement des médecins à faibles revenus à la revue «Prescrire», (présentée comme la seule revue médicale pleinement indépendante et financée par ses seuls abonnements) ;
- ➔ augmenter la taxe sur la visite médicale qui, en rendant la visite pour les laboratoires trop onéreuse, limiterait le nombre de ces visites.

C) Responsabilité du prescripteur

Les réticences des médecins à prescrire moins de médicaments peuvent s'expliquer, enfin, par leur crainte, dans une société de plus en plus judiciairisée, de voir leur responsabilité recherchée pour refus de soins ou erreur médicale, voire pour euthanasie passive.

On aborde là, de nouveau, la question de l'indemnisation du risque médical, notamment thérapeutique, dont il serait opportun, semble-t-il, que se saisisse d'urgence le législateur afin de dégager le médecin d'une quelconque responsabilité en cas d'aléas non fautifs. A défaut, celui-ci sera de plus en plus enclin à «ouvrir le parapluie» en prescrivant un éventail de médicaments suffisamment large pour le mettre à l'abri de tout reproche.

La réglementation ainsi attendue devrait aussi s'attacher à favoriser l'expression la plus précoce possible du consentement éclairé des individus - sorte de **directives anticipées** – quant à la façon de les traiter, le moment venu, et en particulier s'ils privilégient la longévité ou la qualité de leur vie.

D'autres raisons que le grand âge des Français, l'organisation de la formation des médecins, ou encore la possible mise en cause de la responsabilité de ces derniers, concourent sans doute à expliquer ce recours prioritaire du corps médical français aux médicaments.

Mais, quelles qu'en soient les raisons, cette forte propension à prescrire est-elle justifiée par les résultats obtenus?

III) Les résultats obtenus : point sur l'état de santé des Français, plus particulièrement des personnes âgées

On l'a dit, l'espérance de vie des Français a augmenté, au cours de ces dernières années, d'environ 3 à 4 mois, en moyenne, par an.

A l'évidence, les progrès thérapeutiques, notamment la mise à disposition de médicaments de plus en plus efficaces, y ont largement contribué. Les molécules nouvelles découvertes par les laboratoires ont permis la guérison d'innombrables malades, ou les ont soulagés d'affections autrefois hors de portée de la thérapeutique. Et il est très vraisemblable, comme l'affirment les professeurs MOULIAS et PIETTE, qu'*«il y a plus de malades décédés d'avoir été traités trop tard ou pas du tout, que d'avoir reçu un traitement indispensable, mais dangereux, en temps utile.»*

Mais, comme toute médaille, celle-ci a son revers. Ainsi :

- ➔ selon le «Panorama de la santé 2015» dressé par l'OCDE, la France ne se classe qu'au 15^{ème} rang des pays retenus dans l'étude pour ce qui est de l'espérance de vie des hommes ;
- ➔ le bilan démographique 2015 vient d'ailleurs de nous apprendre que «l'espérance de vie a reculé en France en 2015 pour la première fois depuis 1969» ;
- ➔ une enquête de l'Insee portant sur l'année 2009 montre que **l'espérance de vie sans incapacité** progresse plus lentement, voire se stabilise: 63,5 ans pour les femmes, et 61,9 ans pour les hommes, contre, l'année précédente: 63,3 ans pour les femmes, et 62,7 ans pour les hommes ;
- ➔ cette même enquête met en lumière la détérioration du rapport personnes âgées / personnes âgées dépendantes ;
- ➔ cette évolution ne se dément pas. Les auteurs du rapport VERGER/2013 ont constaté, eux aussi, une «hausse tendancielle et continue de la dépendance dans les ehpad depuis 2010» ;
- ➔ cette «hausse tendancielle» n'a fait que se confirmer au fil des années, démentant ainsi très rapidement les pronostics optimistes formulés seulement 3 ou 4 ans auparavant ;
- ➔ 20.000 chutes enregistrées par an, entraînant 2.000 décès, sont attribuées aux psychotropes, somnifères et anxiolytiques, médicaments les plus prescrits chez les personnes âgées ;

→ pour les médicaments symptomatiques de la maladie d'Alzheimer, les études bien menées ont montré une efficacité minime, cliniquement non pertinentes, inconstante et transitoire de l'état cognitif des patients, sans intérêt pour leur confort et leur devenir.

En outre, ces médicaments ont des effets indésirables parfois graves et exposent à des interactions médicamenteuses fréquentes. Ils ont pourtant été largement promus et prescrits, exposant inutilement les patients à des effets indésirables pour des coûts aussi inutiles que considérables».

Ce jugement définitif et d'une rare sévérité est porté par Vincent RENARD, professeur des universités, président du Collège national des généralistes enseignants (Le Monde daté 22/04/2015). Il est partagé par de très nombreux médecins.

→ Les prescriptions de médicaments destinées aux personnes très âgées demeurant en ehpad n'ont parfois pour seule justification que de pallier le manque de personnel attaché à ces mêmes personnes. Elles accroissent et accélèrent leur marginalisation sociale, détériorent leur qualité de vie et abrègent même celle-ci. On reviendra ci-après sur cette dimension infiniment triste et regrettable du sort réservé à nombre de personnes âgées vivant en ehpad ;

→ Rappelons, enfin, et toujours, pour abrégé cette énumération qui ne se veut pas exhaustive, que les prescriptions médicamenteuses sont, aussi, à l'origine de plusieurs milliers de morts chaque année, (« *dont une fraction serait évitable* ») !

Comme la langue d'Esopé, le médicament peut donc être, c'est selon, la meilleure ou la pire chose du monde.

Dès lors, est-il envisageable, par un usage raisonné et raisonnable des médicaments, de réduire la morbidité attachée à la iatrogénie médicamenteuse, tout en préservant la qualité de vie des patients, sans perte de chance pour celui-ci, ni d'exposition à d'autres risques ?

A cet effet, plusieurs propositions susceptibles d'obvier aux dysfonctionnements répertoriés ont déjà été avancées ci-dessus, notamment :

- la réforme de la formation des médecins, tant initiale que continue,
- ou encore l'adoption d'une réglementation admettant l'absence de responsabilité professionnelle des médecins en cas d'aléas thérapeutiques non fautifs.

Il existe d'autres mesures allant dans le même sens. Parmi les plus importantes, on citera :

- la généralisation du dossier médical personnel ;
- l'adoption d'un moyen de communication partagé par tous les professionnels de la santé ;
- la revalorisation du statut et l'affirmation du rôle du médecin coordonnateur dans les ehpad ;
- un recours accru aux alternatives non médicamenteuses ;
- un accroissement du personnel qualifié au service des personnes âgées dépendantes, notamment dans les ehpad ;
- le développement de la recherche relative au médicament chez le sujet âgé.

TITRE III

Propositions pour réduire la iatrogénie médicamenteuse

I) Le dossier médical personnel - DMP

A) Origine et raisons d'être

Le Dossier médical partagé est sans nul doute la clé de voute de toute réforme utile et pérenne du système de santé français. Les premiers bénéficiaires en seront le patient pour la qualité des soins, les services d'urgence pour la connaissance du patient, enfin l'assurance maladie ainsi que les mutuelles santé pour le coût des soins. C'est dire l'intérêt qui s'y attache.

Sa création a été décidée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de mettre à la disposition des professionnels de santé, avec l'accord préalable du patient, les informations personnelles nécessaires au suivi et à la coordination des soins: analyses de laboratoires, antécédents, certificats, comptes-rendus hospitaliers et de radiologies, traitements...

Dans l'esprit de ses concepteurs, le dispositif devait, à terme, concerner tous les Français et regrouper dans un document unique accessible à toutes les professions sanitaires, toutes les informations nécessaires au suivi du patient, l'objectif étant, on l'a dit, d'éviter les doublons et actes inutiles et, ainsi, de mieux maîtriser les dépenses de santé, maîtrise dont on attendait pas moins de 7 milliards d'euros d'économies par an !

Ces objectifs sont encore rappelés, en 2012, dans une lettre de mission adressée par le Ministre à la Cour des Comptes : *«La nécessité de disposer d'un dossier patient électronique afin d'améliorer la coordination des soins et les pratiques médicales coopératives, en permettant en particulier de réduire le nombre d'actes redondants ou contre-indiqués et d'augmenter le temps médical disponible au service du patient, s'impose comme une évidence dans tous les pays développés».*

Or, en ce début d'année 2016, ce projet reste un échec et un gouffre financier.

B) l'Échec du DMP

→ 12 ans après l'adoption de la loi, à peine plus de 500.000 dossiers ont été créés ;

- ➔ La Cour des Comptes estimait le coût du développement et de la mise en place des divers systèmes de dossiers médicaux personnels à ½ milliard d'euros à fin 2011;
- ➔ Fin 2013, le député Gérard BAPT estimait, quant à lui, que le coût du DMP «approche le milliard d'euros depuis son lancement» ;
- ➔ Un rapport du 20 juillet 2009 de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) constatait, pour sa part, que *«le projet de DMP n'a pas suscité une adhésion forte de la part des futurs utilisateurs qu'il s'agisse des professionnels de santé ou bien des patients»*.

C'est le moins qu'on puisse dire...

Que reprochent donc au DMP ces professionnels et les patients ?

C) Les raisons de l'échec du DMP

a) Les patients ne se sont pas appropriés le DMP

Le peu de succès qu'a rencontré le DMP auprès d'eux tient, paradoxalement, au pouvoir que le législateur leur réserve dans la création et la gestion de ce document.

En effet, aux termes de la loi, il leur appartient, et à eux seuls, d'accepter, ou de refuser, l'ouverture d'un DMP à leur nom. De même, il leur appartient, et à eux seuls, de décider des données à y faire figurer, à masquer, ou à en retirer.

Laisser ainsi aux patients le pilotage intégral de leur DMP honore, certes, le sens de la liberté et de la responsabilité manifesté par les législateurs à l'égard de leurs concitoyens.

Mais cette attitude est totalement irréaliste.

En effet, il est évident que le DMP ne répondra aux attentes du législateur que s'il concerne l'ensemble des assurés sociaux et s'il est servi systématiquement et de la façon la plus exhaustive possible.

Or, il n'en sera jamais ainsi.

En effet, trois catégories de patients paraissent durablement «inéligibles» au DMP :

- Tout d'abord, les étourdis, les indifférents, les habituels «sans opinion»... ou encore les adeptes du nomadisme médical qu'un DMP permettrait de débusquer ;

- Ensuite, les patients âgés et isolés, dont les capacités physiques et intellectuelles sont déclinantes et affectées à un point tel qu'il est vain d'espérer de leur part un consentement et une décision explicites et éclairés. Ils sont, sans doute, plusieurs centaines de mille dans ce cas ;
- Enfin, les personnes, de tous âges, handicapées socialement par l'illettrisme, c'est à dire qui ne parviennent pas à lire et/ou à comprendre un texte portant sur des situations de leur vie quotidienne. Une étude sur ce phénomène en Europe évaluait le taux d'illettrisme des adolescents de 15 ans à 19,8%, en France, en 2010.

Mais, encore plus atterrant, et soigneusement occulté par les pouvoirs publics, une étude de l'OCDE intitulée «*Littéracie, économie et société*», effectuée en 1995 dans plusieurs pays développés, montrait que la proportion des personnes de 16 à 65 ans éprouvant des difficultés pour l'écriture, la lecture ou l'utilisation des informations dans la vie courante et dans la collectivité... était de 40,1% en France, classant celle-ci à l'avant-dernière place, juste avant la Pologne, bonne dernière, et loin derrière l'Allemagne, par exemple, avec seulement 10,5% de ses habitants en semblables difficultés! (Voir l'article de l'hebdomadaire l'Express du 19/12/1996 intitulé «*L'illettrisme honteux*»).

Les exigences croissantes de la société dans la maîtrise d'autres compétences, comme l'informatique, combinées aux résultats souvent décevants des politiques d'insertion sociale menées dans notre pays, ne laissent espérer aucune amélioration de la situation actuelle par rapport à 1995. Comment, dès lors, attendre de ces millions de personnes qu'elles s'y retrouvent, seules - sans aide extérieure à attendre pour les conseiller et les guider - dans le complexe bureaucratique-sanitaire qu'est devenu notre système de santé ?

Exclure ainsi, de fait, autant de nos concitoyens du parcours de soins, c'est accepter la création d'un système de santé à deux vitesses dans lequel ces personnes bénéficieront de soins médicaux de moindre qualité, elles qui, au contraire, sont parmi les plus concernées par la maladie. Par voie de conséquence, c'est refuser la mise en place d'un système de pharmacovigilance fiable, et donc de lutter efficacement contre la iatrogénie. C'est, enfin, refuser d'optimiser la stratégie thérapeutique, et, partant, de parvenir à contenir les dépenses de santé supportées par la nation.

b) Les médecins n'ont pas adhéré au DMP

Parmi les nombreuses raisons susceptibles d'expliquer la désaffection manifestée par

le corps médical pour le DMP institué par le législateur, trois ont été identifiées comme majeures :

1) Manque de temps et absence de rémunération

Le rapport déjà cité de l'OPECST note que *«le DMP ne doit pas être perçu comme un alourdissement des tâches administratives, alors que celles-ci sont déjà importantes et que le temps médical est compté»*. C'est sans doute, là, une des raisons majeures du refus des médecins de s'approprier le DMP. Leur demander de constituer un tel dossier pour chacun de leurs patients est une opération chronophage. Qui plus est, non rémunérée, on comprend qu'ils rechignent à s'y livrer. *«Il faudra mettre une rémunération qui corresponde»* prévient donc Luc DUQUESNEL, président de l'UNOF-CSMF, représentant les généralistes au sein du syndicat des médecins libéraux.

Cette revendication est d'ailleurs partagée par le Collectif Inter associatif sur la santé (CISS) qui regroupe 42 associations pour les droits des patients et des usagers: *«le DMP ne marchera que si on paie les médecins pour qu'ils le remplissent»*. (Le Monde daté 16/10/2015). Eu égard aux bienfaits et aux économies budgétaires attendus du DMP, on ne peut que souhaiter que le principe d'une rémunération «qui corresponde» soit rapidement accordé par les pouvoirs publics.

2) Conception trop restrictive du DMP

Plus délicat sera de convaincre les médecins libéraux, conscients de leur rôle de médecins de premier recours, que leur rôle, toutefois, ne s'arrête pas à la porte de leur cabinet, et à admettre qu'ils s'insèrent dans une chaîne de soins dont ils sont, certes, le premier et principal maillon, mais pas le seul.

La partie n'est pas gagnée d'avance si on en juge par la réaction lapidaire de Jean-Paul HAMON, président de la Fédération des médecins de France, à l'annonce récente de la relance du DMP par la Caisse nationale d'assurance-maladie: *«Il faut arrêter de dépenser inutilement du pognon pour ce truc technocratique inventé par l'administration»*. Le déploiement d'Apicrypt, une messagerie sécurisée cryptée privée *«déjà utilisée par plus de 45.000 médecins libéraux»*, suffit à répondre, selon lui, aux besoins des professionnels de santé en matière d'échange d'informations.

C'est aussi le point de vue exprimé par le docteur Claude LEICHER, président du syndicat des médecins généralistes (MG France), pour qui le DMP *«n'apparaît pas utile dans notre pratique professionnelle au quotidien»*.

Mais, réagir ainsi, c'est ne pas avoir pris conscience que cet échange d'informations doit, pour être utile et efficace, ne pas se limiter à quelques dizaines de milliers de médecins libéraux, mais concerner **tous** les professionnels de santé, les laboratoires d'analyses, les cabinets de radiologie, les établissements hospitaliers, les pharmaciens,

les infirmiers, les médecins coordonnateurs en ehpad, les dentistes...Bref, que le DMP ne peut se concevoir que dans le cadre d'une vision globale du système de santé.

Mais, force est de constater que cet impératif de santé publique se heurte fréquemment et continûment à une vision réductrice, parfois teintée de corporatisme, de la part de certains organismes représentatifs des médecins qui n'hésitent pas, pour justifier leurs réticences ou leur refus, à invoquer divers prétextes plus ou moins fallacieux comme, par exemple, la défense de la liberté de prescription qui n'est pourtant en rien menacée, sauf à risquer de voir cette prescription ouvertement critiquée ou remise en cause si elle s'avère erronée ou dangereuse, voire fautive.

3) Absence de moyen de communication partagé

Un troisième obstacle, majeur, à la généralisation du DMP, tient, sans aucun doute, à l'absence persistante d'un moyen de communication commun à tous les professionnels de santé appelés à consulter ou à enrichir le DMP.

En effet, on l'a vu, chacun continue à s'accrocher à sa propre messagerie cryptée sécurisée – quand il y en a une en service, ce qui n'est pas toujours le cas, même au sein d'une même corporation – mais messagerie ne permettant pas, le plus souvent, de communiquer avec d'autres intervenants.

Pourtant, parmi les propositions à caractère préventif formulées dès 1998 par la Commission KOUCHNER figurait *«l'informatisation des cabinets médicaux... (car) c'est un moyen de prévention de certaines formes de iatrogénie...elle doit comprendre une parfaite compatibilité des matériels et des logiciels utilisés par les médecins et les pharmaciens, en médecine libérale et hospitalière...»*.

Les membres de la Commission faisaient d'autres recommandations touchant l'informatisation des cabinets médicaux, notamment :

→ « intégrer des logiciels d'aide à la prescription (risques, incompatibilités, recommandations...), comportant les garanties nécessaires vis-à-vis des risques d'intrusion et des contaminations...Un tel logiciel doit permettre d'alerter le pharmacien au moment de la délivrance, comme le médecin au moment de la prescription, en cas d'interaction dangereuse...un tel logiciel commun rapprocherait médecins et pharmaciens...

→ « permettre non seulement des interfaces (utiles) avec les organismes de prise en charge, mais aussi dans une finalité réellement médicale et notamment thérapeutique » ;

→ « être conçue pour être une aide au diagnostic et à la décision thérapeutique, et non pour remplacer l'interrogatoire du malade (dans le cadre) d'une relation médecin/malade de qualité » ;

➔ «l'informatisation du dossier médical va dans le bon sens en permettant de stocker toutes les informations cliniques recueillies chez le patient et en prévenant une part de la iatrogénie évitable: les prescriptions dangereuses liées au terrain».

En l'occurrence, ces recommandations ne sont pas formulées par l'un de ces innombrables organismes para-étatiques peuplés de fonctionnaires issus de l'ENA, mais par des médecins et des professeurs de médecine expérimentés, respectés, qu'on ne saurait suspecter a priori d'incompétence ou de conflit d'intérêts.

Or, près de 20 ans plus tard, force est de constater qu'ils n'ont toujours pas été entendus par beaucoup de leurs pairs et que leurs recommandations sont restées lettre morte. Cette carence est coupable car, pendant ce laps de temps, plusieurs dizaines de milliers de personnes âgées sont décédées de iatrogénie médicamenteuse, dont, aux dires du professeur QUENEAU, « une fraction aurait pu être évitée » !

Les ehpad, notamment publics, mais aussi privés ou associatifs – dans lesquels, rappelons le, séjournent près d'un million de personnes âgées, polypathologiques et, donc, poly médicamenteuses – sont eux aussi pointés du doigt tant leur informatisation est lacunaire et sinistrée :

Les auteurs du rapport VERGER soulignent ainsi « *l'absence d'un système d'information pour enregistrer les données quotidiennes relatives à la consommation des médicaments, aux effets indésirables...* ». Ces mêmes rapporteurs préconisent donc d'améliorer le système d'information des ehpad, en particulier « *la coordination optimale entre les professionnels tant dans l'ehpad qu'entre ehpad et tous les professionnels de santé concernés sur le territoire* » et soulignent l'intérêt que revêtent les nouvelles technologies pour réduire le risque iatrogène médicamenteux à tous les plans.

Ils concluent leur mission sur le diagnostic suivant :

➔ absence d'état des lieux précis de l'informatisation: mais les ehpad sont généralement peu ou incomplètement informatisés ;

➔ seule une minorité d'ehpad dispose d'un dossier médical et d'un dossier de soins informatisés ;

➔ l'insuffisance d'informatisation...est due à un manque de moyens financiers et à un manque de connaissances en interne ;

➔ le circuit du médicament est rarement informatisé dans un système d'information partagé et cohérent ;

➔ l'insuffisante coordination des professionnels autour de la personne âgée sur son territoire.

Le constat est sévère. Il n'implique pas forcément la mise en cause des responsables d'ehpad, confrontés, le plus souvent, à un manque récurrent de moyens financiers et humains. Mais les carences et les insuffisances relevées demeurent et ne sont pas contestables.

La Fédération des syndicats pharmaceutiques de France est sur la même ligne et, forte des 35 millions de dossiers ouverts par ses membres, se positionne clairement et fermement en faveur d'un renforcement de la communication et de la coopération avec les autres professionnels de santé intervenant auprès des patients, en particulier ceux résidant en ehpad. Ce faisant, elle ne fait que se conformer aux recommandations des membres de la Commission KOUCHNER de «*renforcer les rôles du pharmacien (en particulier pour) :*

1) favoriser le dépistage des effets indésirables ;

2) sécuriser la dispensation en officine, en soulignant l'importance du rôle de conseil du pharmacien».

Retards pris dans la création du DMP, retards pris dans l'informatisation des divers professionnels de santé intervenants dans le parcours de soins...retards coupables, nous l'avons dit, d'autant plus coupables que le diagnostic n'a jamais été ouvertement ni sérieusement contesté, pas plus que les solutions proposées. Rappelons, pour mémoire :

➔ en 1998, dans le «Rapport Kouchner», les professeurs QUENEAU et GRANDMOTTET appelaient explicitement à «*développer le dossier médical informatisé pour une meilleure connaissance des traitements prescrits et auto-prescrits*». De même, recommandaient-ils la création et la structuration de «*réseaux de soins interprofessionnels associant spécialistes libéraux et hospitaliers, médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, auxiliaires de vie, bénévoles...avec la capacité de contribuer à la prévention et au dépistage de la iatrogénie...*». Ils appelaient, notamment, avec une particulière insistance, à une «*amélioration de la coopération entre médecins et pharmaciens avec rôle incitatif des institutions ordinales*» ;

➔ en 2004, un rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie continuait à pointer du doigt deux lacunes majeures dans le système français: l'absence de coordination entre les différents acteurs de santé et le manque d'évaluation de l'utilité des actes et des produits médicaux » ;

➔ en 2012, la Haute Autorité de Santé rappelle, dans sa contribution à la mission VERGER, que «*la prévention du risque iatrogénique...requiert une implication de*

l'ensemble des professionnels de santé intervenant tout au long du parcours du patient». Implication, à l'évidence, toujours absente...

→ en 2013, les auteurs du rapport VERGER eux-mêmes, relevant que plus de 30 types d'intervenants en ehpad sont susceptibles d'influencer la démarche de prescription, soulignent combien «le partage d'informations et la communication entre ces intervenants sont essentiels pour améliorer la prescription...». Partage et communication, donc, toujours pas réalisés.

Dans le même sens on pourrait encore citer les prises de position de l'IGAS, de la Fédération hospitalière de France, de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France....etc, etc.

Tout cela en vain. Passivité, inertie, laxisme, indifférence, routine, inconséquence, corporatisme... on ne sait pas trop comment qualifier, ni à qui imputer principalement ces retards répétés à adopter une mesure d'intérêt général qui pourrait, chaque année, sauver ou, simplement, améliorer la qualité de vie de milliers de personnes, leur rendre leur dignité perdue, une mesure, enfin, qui permettrait d'alléger le budget de la santé.

On ne peut se dispenser de rappeler que parmi «*les missions du médecin généraliste de premier recours*» fixée par la loi figurent notamment :

- « 3°) *S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients* »;
- « 5°) *S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé* ». (article L 4130 du code de la santé publique, issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 / JORF du 17 août 2004).

On ne peut davantage manquer de mettre en parallèle le «**Dossier pharmaceutique**» qui, au regard du «**Dossier médical partagé**», apparaît comme une parfaite réussite avec ses plus de 35 millions de dossiers constitués à ce jour par les pharmaciens eux-mêmes, avec l'accord express du patient, sur simple présentation de la carte vitale. Ce dispositif permet notamment au pharmacien de contrôler les éventuels risques de contre-indications ou d'interactions médicamenteuses, donc de contribuer à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. (cf. www.agevillage.com / 01/06/2015).

Certes, les pouvoirs publics ont annoncé récemment, le 15 octobre **2015**, la relance du DMP, baptisé, pour l'occasion – et on souhaiterait que cette modification sémantique soit significative – Dossier médical **partagé**.

Pourtant, le doute subsiste quant aux chances de succès de cette relance tant les moyens annoncés pour y parvenir paraissent insuffisants ou déconnectés de la réalité. En effet, ce plan de relance 2015 :

- ➔ ne remet nullement en cause le principe de l'accord préalable du patient pour l'ouverture d'un DMP à son nom, ni le rôle moteur qui lui est accordé dans son pilotage, modalités de gestion dont on a expliqué les inconvénients et l'injustice ;
- ➔ ne contient aucune disposition contraignante, ni même incitative, pour imposer aux professionnels de santé concernés l'adoption de matériels et de logiciels de communication compatibles ;
- ➔ ne contient aucune disposition contraignante, ni même incitative, pour imposer à l'ensemble des professionnels de santé d'utiliser le DMP ;
- ➔ ne prévoit aucune aide ni aucun dédommagement en faveur des médecins pour leur participation à la mise en place du DMP.

En bref:

- **Promouvoir vigoureusement et urgemment le DMP ;**
- **Le rendre obligatoire pour tous les assurés sociaux ;**
- **En faire un dossier partagé entre tous les professionnels de santé ;**
- **Promouvoir un moyen de communication commun à tous les professionnels de santé ;**
- **Dédommager et/ou aider les médecins chargés de constituer le DMP.**

II) Le médecin coordonnateur

Près d'un million de personnes vivent en ehpad. Elles sont, pour la plupart, très âgées (l'âge moyen d'entrée dans ces établissements est d'environ 85 ans). Elles souffrent, généralement, de nombreuses pathologies, et, de ce fait, sont poly médicamenteuses.

Leur état de santé particulier justifie donc une surveillance et un suivi médical très rigoureux.

Force est de constater que cet encadrement est très imparfaitement assuré.

La Commission VERGER déplore que *«dans certaines régions, ce sont les médecins traitants qui font défaut pour prendre en charge les résidents. Certains, débordés, ne suivent plus leurs patients à partir du moment où ils entrent en institution (ou trop éloignés)»*.

Le constat fait par cette même Commission est sévère : *«Les traitements médicamenteux des malades et des résidents âgés sont insuffisamment suivis par les médecins, exposant alors les patients à de graves complications »*.

«Le constat des professionnels est globalement celui d'une faible implication des médecins traitants dans les ehpad par rapport à la prise en charge médicamenteuse... prescriptions hors liste préférentielle, difficulté des IDE et des pharmaciens d'officine pour joindre les médecins traitants quand il faut ajuster les traitements...».

Ces mêmes professionnels soulignent encore la méconnaissance du secteur médico-social par la majorité des médecins libéraux, mais aussi hospitaliers, et notamment la réalité du fonctionnement des ehpad. Ils pointent également du doigt la connaissance insuffisante de la complexité de certaines situations cliniques chez le sujet âgé.

Bref, la prise en charge gériatrique par les médecins libéraux des personnes âgées vivant en ehpad est quasi unanimement jugée globalement défailante.

Le **médecin coordonnateur** est à même de contribuer à l'amélioration de cette situation. Encore faudrait-il le libérer du rôle subalterne dans lequel il a toujours été maintenu, de fait, tant par les pouvoirs publics que par une grande partie du corps médical.

Juridiquement, cette fonction de médecin coordonnateur a été instituée par un arrêté du 26 avril 1999.

Aux termes de cette disposition réglementaire, *«L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie :*

- répond à un objectif de santé publique,
- garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériatrique,
- une maîtrise adaptée des dépenses de santé,
- et facilitant la coordination avec les autres prestataires de soins externes,
- à l'institution, notamment les médecins libéraux»,
- les missions qui lui sont confiées consistent, notamment, à :
 - assurer au mieux (cette) coordination ;
 - contribuer à une bonne organisation de la permanence de soins ;
 - s'assurer, à cet effet, qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et les week-end».

Il ressort de ce qui précède que le médecin coordonnateur n'a qu'un rôle incitatif vis à vis de ses confrères médecins traitants. En particulier, il n'a pas de droit de regard sur les ordonnances de ses confrères, ni le droit de prescrire en tant que médecin coordonnateur. Au mieux pourra-t-il intervenir en cas «d'urgence vitale» en l'absence de médecin sur place... Bref, il ne dispose donc d'aucune autorité fonctionnelle sur le médecin traitant.

Le flou et l'ambiguïté de ce positionnement du médecin coordonnateur par rapport aux médecins libéraux n'a jamais été clairement dissipé par les pouvoirs publics. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter à la Circulaire du 7 décembre 2012 (DGCS/SD3A/2012/404) qui, aussitôt après avoir rappelé que le médecin coordonnateur est chargé de «l'encadrement des actes de prescription médicale auprès de l'établissement», s'empresse de préciser que cet «encadrement» - qu'il doit assurer «au mieux» (?) - doit s'entendre simplement «comme la nécessaire coordination de la politique **générale** du soin dans l'établissement...et comme la promotion des bonnes pratiques gériatriques auprès...des intervenants libéraux de l'ehpad».

Forts de cette attitude permissive, les médecins libéraux n'ont pas manqué de défendre leur pré carré. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner le modèle de contrat de médecin coordonnateur proposé à ses membres par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (19/12/2012) :

- Article 3 : «En **aucun** cas le médecin coordonnateur ne peut porter atteinte à

l'indépendance professionnelle et à la liberté de prescription du ou des médecins traitants du résident».

- Article 4 : *«Le médecin coordonnateur...peut être conduit à prodiguer des soins en urgence à un résident... Il peut également...réaliser, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, des prescriptions médicales lors de la survenue de risques exceptionnels... Dans tous les cas, il devra rendre compte au médecin traitant de son intervention... Le médecin coordonnateur, en dehors de ces hypothèses...devra décliner toute demande ponctuelle de soins d'un résident si celui-ci est suivi par un médecin traitant».*

La présence régulière du médecin coordonnateur auprès des résidents de l'eypad – même si ce temps de présence est encore trop souvent insuffisant - la bonne connaissance qu'il a du fonctionnement de l'établissement, l'autorité fonctionnelle qu'il a sur l'équipe soignante, devraient à l'évidence lui conférer un rôle beaucoup plus important que celui de «supplétif» que les intervenants libéraux, beaucoup moins présents et disponibles, sont enclins à lui reconnaître.

Les exigences ainsi manifestées par le Conseil National de l'Ordre se heurtent d'ailleurs fréquemment aux contraintes de la «vraie vie» et s'avèrent impossible à respecter. Ainsi, s'agissant des problèmes liés à la fin de vie en eypad, et particulièrement de la prescription de médicaments contre la douleur, le docteur VETEL, membre du groupe de travail constitué en 2005 sous l'égide du l'IGAS reconnaît que *«les prescripteurs libéraux sont réticents à prescrire ces médicaments (opiacés par exemple) ce qui suppose une surveillance accrue du patient. Le médecin coordonnateur pallie ces réticences en prescrivant lui-même, sous couvert d'urgence, les médicaments contre la douleur».*

L'intérêt du patient et le souci d'assurer la continuité des soins devraient conduire à une franche et totale collaboration entre les intéressés. On ne peut que regretter, au vu des éléments d'appréciation qui viennent d'être évoqués, que cette coopération n'existe que très rarement, au détriment, finalement, des résidents, qui se voient, de ce fait, imposer des soins de moins bonne qualité et qui continuent à souffrir de la iatrogénie médicamenteuse.

Pourtant, constatant que *«plus de trente types d'intervenants en eypad sont susceptibles d'influencer les démarches de prescriptions (personnes âgées, proches, professionnels de santé...), les membres de la Commission VERGER ne manquent pas de souligner, encore en 2013, combien «le partage d'informations et la communication entre ces intervenants est essentiel pour améliorer la prescription, en particulier les échanges entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant».*

La Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, de son côté, exprime une position identique et insiste sur *« l'opportunité que pourrait dégager une*

coordination entre professionnels de santé autour des médecins coordonnateurs en ehpad».

Citons, enfin, parmi de nombreuses autres prises de position concordantes, la Fédération Hospitalière de France pour laquelle *«une bonne gestion des médicaments suppose un médecin coordonnateur au statut juridique suffisamment affirmé pour travailler en bonne intelligence avec ses confrères libéraux».*

En bref:

- **Renforcer le statut, le rôle et les pouvoirs de prescription du médecin coordonnateur en ehpad.**

III) Les alternatives non médicamenteuses

Pour l'Organisation mondiale de la santé -OMS- «*La santé est un état complet de bien-être, physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité; elle ne s'acquiert pas toujours et uniquement avec des médicaments*».

Définition de la santé partagée par les membres de la Commission VERGER qui rappellent que: «*Pour éviter au maximum les accidents iatrogènes médicamenteux, il faut miser sur la complémentarité et la synergie des différentes thérapies préventives et curatives, le médicament ne constituant qu'un des éléments de ces dernières*».

Ainsi, le médicament apparaît comme un outil parmi d'autres dans le choix d'une stratégie thérapeutique et, dans bien des cas, l'écoute et le contact humain suffisent et permettent d'éviter une, voire plusieurs, prescriptions supplémentaires.

Ces thérapies, toutefois, se heurtent souvent, on l'a déjà signalé, à «*la toute puissance du médicament dans l'inconscient collectif soignant*». Ainsi, la Commission VERGER n'hésite pas à dénoncer un véritable «*a priori (des médecins prescripteurs) sur l'impossibilité de diminuer les traitements hypnotiques chez les sujets âgés*».

En outre, ces thérapies alternatives ont toutes en commun d'impliquer des prises en charge individuelles et personnalisées qui doivent être régulièrement renouvelées. Or, en France, le manque de personnel qualifié au service des personnes âgées dépendantes est récurrent.

Quelles que soient les difficultés, ces traitements non médicamenteux ne s'appliquent pas, bien entendu, à toutes les pathologies. A ce propos, la Commission VERGER est claire: «*La mise en œuvre des alternatives aux traitements médicamenteux concerne essentiellement les troubles neuropsychiatriques de la **maladie d'Alzheimer** ou maladies apparentées*».

Toutefois, malgré cet avertissement quant à l'indication limitée des thérapies alternatives, on ne s'interdira pas d'examiner s'il existe des alternatives à la prescription de psychotropes pour traiter d'autres maladies que la maladie d'Alzheimer.

A) La maladie d'Alzheimer

S'agissant de cette maladie – qui touche, rappelons le, près de 900.000 personnes en France - la Commission VERGER avance que «*ces alternatives ont une action quasi équivalente aux psychotropes sur les symptômes sans en avoir les inconvénients* ».

Pour les commissaires, ces thérapies particulières, non médicamenteuses, présentent l'intérêt *«d'apporter un bien-être aux résidents (en ehpad) grâce à une sédation même temporaire des troubles .Elles permettent des moments de communication soignés-soignants. Elles contribuent ainsi à améliorer la qualité de vie des résidents»*.

L'intérêt du recours aux thérapies non médicamenteuses pour soigner la maladie d'Alzheimer a été rappelé le 21 septembre 2015, au terme des travaux de la 21ème journée mondiale consacrée à cette maladie: ils font en effet apparaître clairement qu'à ce jour aucun médicament ne s'est encore révélé efficace pour traiter les 30 millions de personnes atteintes dans le monde. Les trois principaux médicaments ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché en France, ne font qu'atténuer les symptômes, et seulement pour 20 à 30 % des patients.

C'est ce que résume de façon lapidaire le Collège national des généralistes enseignants dans une tribune cosignée par son président, le professeur Vincent RENARD, et les membres du CNGE (Le Monde daté du 22 avril 2015) : *«Pour les médicaments symptomatiques de la maladie d'Alzheimer, les études bien menées ont montré une **efficacité minime**, cliniquement non pertinente, inconstante et transitoire de l'état cognitif des patients, **sans intérêt** pour leur confort et leur devenir. En outre, ces médicaments ont des **effets indésirables parfois graves** et exposent à des interactions médicamenteuses fréquentes. Ils ont pourtant été largement promus et prescrits, exposant inutilement à des effets indésirables **pour des coûts aussi inutiles que considérables**»*.

On ne saurait être plus clair !

C'est la raison pour laquelle ces thérapies non médicamenteuses de substitution sont actuellement recommandées et évaluées.

Une étude française menée sur trois ans et portant sur 1680 personnes âgées de plus de 70 ans, a montré qu'un cocktail d'oméga-3, d'entraînement cognitif et d'exercice physique ralentissait la progression de la maladie (le Monde «Science & Médecine daté mercredi 23 septembre 2015).

En l'état actuel de la recherche, ces thérapies alternatives offrent donc un résultat au moins équivalent à celui des médicaments sans en avoir les inconvénients. C'est donc un bon moyen de réduire significativement les méfaits de la iatrogénie médicamenteuse (et de soulager le budget de la santé).

Globalement, toutefois, ces traitements ne permettront pas de réaliser de

véritables économies car ils nécessitent, on l'a dit, un personnel qualifié nombreux dont notre pays ne dispose pas en nombre suffisant.

B) Les psychotropes

Au delà de la maladie d'Alzheimer stricto sensu, de nombreuses autres pathologies conduisent à la prescription de psychotropes, notamment aux personnes âgées.

Avec l'âge, on l'a vu, le nombre de pathologies et de maladies chroniques augmente. Qu'elles vivent à domicile (85% des plus de 80 ans) ou en ehpad, rares sont celles qui ne sont pas concernées. Mais plus particulièrement ces dernières.

En effet, on entre de plus en plus tard en établissement et, donc, en situation de dépendance aggravée. En outre, cette entrée en institution a rarement été anticipée.

Elle est donc d'autant plus psychologiquement traumatisante et les risques de dépression sont importants.

La Commission VERGER observe que :

- 50% des résidents sont atteints de démence et *«beaucoup présentent des troubles du comportement»* ;
- 48:78% d'entre-eux sont classés en GIR 1 et 2 ;
- En 2012, le nombre de pathologies par personne âgée se situe à hauteur de :
 - 54% présente un syndrome démentiel ;
 - 47% des troubles du comportement.

La prescription de ces psychotropes pour traiter les pathologies neurodégénératives dont souffrent les personnes âgées dépendantes n'est donc, a priori, pas critiquable.

Et pourtant, selon le professeur Édouard ZARIFIAN: **«Le problème de la iatrogénie avec psychotropes est un problème majeur ... et urgent».**

Dans son audition par la Commission KOUCHNER, le professeur ZARIFIAN souligne, en effet, combien *«les conséquences à la fois médicales et économiques de cette iatrogénie sont majeures, cause d'hospitalisations prolongées, de dépendances, de rechutes et de récurrences de la pathologie préexistante».*

Les membres de la Commission, mais aussi de nombreuses autres études postérieures, répertorient ainsi les principales *«mauvaises pratiques»* à l'origine de

cette forme spécifique de iatrogénie par les psychotropes :

- « mauvaise indication: traitements inadaptés au diagnostic ;
- associations médicamenteuses injustifiées, dangereuses et trop nombreuses (selon la Commission KOUCHNER, «on peut dénombrer, sur certaines ordonnances, 5, 10, voire 15 médicaments psychotropes») :
- posologies excessives ou, à l'inverse, infra thérapeutiques ;
- traitements trop prolongés ;
- mauvaise relation médecin-malade, négligeant la prise en charge psychologique indispensable, avec le risque que des traitements médicamenteux excessifs puissent faire écran à la véritable demande d'aide de la part du malade».

Il existe une foultitude d'études, d'enquêtes, de rapports... qui, tous, constatent les mêmes dysfonctionnements, les déplorent, recensent les mesures à prendre pour y mettre urgemment un terme... en vain !

On peut citer, ainsi, parmi bien d'autres, une enquête récente sur « *La consommation de psychotropes dans les ehpad d'Auvergne*», réalisée par l'ARS d'Auvergne auprès de 83 ehpad et de 7.091 résidents, qui montre, effectivement, que rien ne change, au détriment, toujours, des patients et des finances publiques mais, on ne peut que le constater, au plus grand profit de l'industrie pharmaceutique...

- 77,5 % des résidents prennent au moins un psychotrope ;
- les prescriptions de 3 psychotropes (ou plus) son «extrêmement fréquentes» (24,5% en consomment au moins 3) ;
- la moitié des résidents consomment au moins une benzodiazépine ;
- 42,2% des résidents se voient prescrire des antidépresseurs (2 pour 3,5% d'entre-eux ;
- 28,3% un neuroleptique (2 pour 3,3% d'entre-eux).

L'enquête auvergnate se conclut, comme toutes les autres enquêtes sur le sujet, en stigmatisant cette (trop) forte consommation de psychotropes, à l'origine :

- d'une iatrogénie dévastatrice (les psychotropes seraient responsables de 10 à 30% des hospitalisations iatrogènes en urgence, surtout chez les personnes âgées) ;

- ➔ de chutes nombreuses (augmentation du risque de 50%) ;
- ➔ d'états confusionnels ;
- ➔ de sédation excessive...etc, etc.

Pourtant, une décennie de fréquentation quotidienne d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – de leurs responsables et de leur personnel mais, surtout, de leurs résidents – nous permet d'affirmer que cette sur-prescription généralisée de psychotropes pourrait être très sensiblement réduite en prêtant davantage attention à l'environnement humain des personnes âgées. La connaissance et l'expérience du «terrain» valident totalement les propos du professeur ZARIFIAN rapportés ci-dessus lorsqu'il dénonce « *le risque que les traitements médicamenteux excessifs puissent faire écran à la véritable demande d'aide de la part du malade*».

C) Une alternative aux psychotropes : satisfaire la demande d'humanité de la personne âgée

Bien souvent, en effet, l'insuffisance de personnel qualifié dont souffrent la plupart des ehpad en France (voir chapitre suivant) conduit le personnel disponible, faute de temps, et bien malgré lui, à ne plus regarder le résident dont il s'occupe que comme une personne - voire un simple numéro de chambre - qu'on lève, qu'on lave, qu'on soigne, ou encore, comme le dit le docteur Pierre GUILLET, comme un «*objet de soins bien codifiés par une grille d'évaluation de sa dépendance*».

C'est de cette déshumanisation insidieuse, progressive, que témoigne, en des termes émouvants, Anne PERRAUT-SOLIVERES, infirmière de nuit dans l'un de ces ehpad:

«Qui serait assez grand, assez sage assez patient...pour rester attentif, à l'écoute, prévenant...après avoir changé quarante personnes âgées ?

C'est pourtant le défi quotidien auquel sont confrontés les soignants œuvrant dans des centres de long séjour ou, la nuit, une infirmière et une aide-soignante assument la responsabilité de quatre-vingt personnes pour la totalité de leurs besoins.

*Comment pourrait-on aider les personnes âgées à surmonter l'écueil monumental du deuil de leur autonomie sans **leur donner un minimum d'attention, c'est à dire passer du temps avec elles** ? Autant dire que les soignants n'y parviennent que rarement...*

Il ne s'agit pas là de ce qu'on appelle de mauvais traitements ni des brutalités qui ne sont pas exclus pour autant, mais bien d'une banale et rationnelle déshumanisation par...le rythme trop rapide des interventions qui ne permettent pas de faire attention au désir de celui qu'on remet au «propre».

On voit bien qu'à part quelques cas de malveillance, la maltraitance se fait plutôt par défaut, infantilisation, ou brutalité par rapidité du geste.

On est là, exactement, devant la réalité que tous les soignants, sans exception, ont rencontré...et dont peu de nos concitoyens semblent se préoccuper».

Tout est dit.

Et, de fait, Il est manifeste, pour qui fréquente assidûment les résidents en ehpad, que c'est d'une présence physique, humaine (et pas d'un de ces robots plus ou moins humanoïdes censés «remplacer la présence humaine») que les personnes âgées ont besoin, qu'elles réclament sans être entendues. Ce dont elles sont cruellement privées, c'est de quelqu'un à leur côté, qui leur tienne la main, à qui parler, qui les écoute, leur répond, bref, qui s'intéresse à elles, leur fait sentir qu'elles existent encore en tant qu'être humain, elles déjà si souvent handicapées par les nombreux maux dont l'âge les afflige.

Il faut savoir que, contrairement à un discours complaisamment entretenu, la plupart des résidents en ehpad ont quitté leur domicile contre leur gré, parce qu'elles n'avaient pas le choix.

C'est, pour elles, une grande souffrance, un véritable deuil.

C'est à ce moment là, comme l'explique **Joëlle LE GALL**, présidente d'honneur de la Fédération Nationale des Associations de Personnes âgées et de leurs Familles – **FNAPAEF** - «*que les liens que la personne pourra tisser avec le personnel qui l'entoure deviennent nécessaires et vitaux pour qu'elle puisse se reconstruire et admettre que la vie peut continuer avec d'autres petits bonheurs*».

Mais, pour maintenir leur dignité aux personnes âgées dépendantes, leur permettre de conserver une certaine joie de vivre **encore**, sans recourir aux psychotropes, il faut pouvoir «*passer du temps avec elles*», comme le dit ci-dessus Anne PERRAUT-SOLIVERES. C'est à dire, plus prosaïquement, disposer de personnel qualifié en nombre suffisant.

Ce qui n'est pas le cas en France.

D) Un frein aux thérapies non médicamenteuses : le manque de personnel qualifié

a) Données chiffrées

L'insuffisance de moyens humains est générale, notoire, persistante, calamiteuse, incontestable, et, d'ailleurs, non sérieusement contestée.

Certes, des progrès ont été réalisés, variables, d'ailleurs, selon les départements et les établissements. Une certaine prise de conscience s'est faite, surtout après le drame de la canicule de 2003, qui a conduit les gouvernements successifs à lancer de «grands chantiers». Mais force est de constater que, globalement, la situation de pénurie demeure.

Dans son rapport public de 2005, la Cour des comptes relevait que *«les besoins des personnes âgées sont couverts de moitié»*.

Sans entrer dans les détails d'une situation maintes fois analysée, on rappellera, pour ne citer que ce seul exemple, que le «Plan de solidarité grand âge» adopté en 2006 par le Gouvernement français, officialisait des ratios de un soignant pour une personne très handicapée (GIR 1 et 2), et de 0,8 soignant – c'est à dire, 80 soignants pour 100 résidents - pour celle souffrant d'un moindre handicap.

Or, à ce jour, le ratio moyen peine toujours à atteindre les 0,6 soignant par personne âgée dépendante.

Dès lors, comme le rapporte **Pascal CHAMPVERT**, président de l'association des directeurs au service des personnes âgées - AD-PA - dans son essai «Prendre soin de nos aînés, c'est déjà prendre soin de nous» (Editions Montparnasse/2012), le peu de personnel disponible ne peut consacrer qu'une dizaine de minutes à la toilette d'une personne âgée fragilisée au lieu de la vingtaine nécessaire, ce qui se traduit par une toilette «de chat», au lavabo, au lieu d'une douche...

Même chose pour l'aide à la prise de repas !

Les comparaisons internationales ne sont pas plus flatteuses pour notre pays, qu'il s'agisse de l'Allemagne, du Luxembourg, des Pays-Bas, de l'Autriche ou encore des Pays scandinaves, pour se limiter à l'Europe.

Le rapport VERGER/2013 ne fait que confirmer les constatations vécues sur place par quiconque travaille ou se rend dans un ehpad autrement qu'occasionnellement : *«s'agissant du personnel de nuit, les ehpad ne disposent pas d'infirmière. En conséquence, pas de continuité de soins infirmiers, sauf exception...Dans la plupart des ehpad, le personnel est très réduit»*.

Quant à l'aide aux personnes âgées vivant à domicile, M. Dominique Watrin, membre de la Commission des Affaires sociales du Sénat, a rappelé récemment que les crédits alloués à ce titre couvrent, au mieux, « *7 millions d'heures par an, soit 600.000 heures par mois, 5 heures par mois pour les plus dépendants et donc au final une heure par semaine seulement...* ». (Rapport de MM. Georges Labazée et Gérard Roche, sénateurs, sur la loi d'adaptation de la société au vieillissement – Commission des Affaires sociales – N° 322 – Tome I – Page 267).

Le sénateur Labazée avait bien raison de s'inquiéter à propos des financements de cette loi...dont la Secrétaire d'Etat Laurence Rossignol avait toutefois pris la précaution de prévenir qu'ils sont adaptés non aux besoins des personnes âgées, mais aux recettes disponibles. Or, « *dans la situation actuelle de tensions sans précédent sur les finances publiques* », décrite par la Secrétaire d'Etat, il ne fallait effectivement pas s'attendre à des miracles.

b) Conséquences

Les conséquences de cette situation de pénurie aggravée et récurrente de personnel qualifié sont proprement calamiteuses et scandaleuses. On citera, parmi les plus néfastes :

- ➔ la persistance d'une iatrogénie importante, à l'origine, chaque année, de milliers de décès «dont une fraction serait évitable» ;
- ➔ des transferts intempestifs, traumatisants et à hauts risques, de nuit, aux urgences des hôpitaux ;
- ➔ des risques accrus d'erreurs lors de la distribution des médicaments aux résidents, activité délicate, chronophage, et concentrée sur une très courte période, au moment des repas ;
- ➔ une détérioration accélérée de la qualité de vie des résidents en ehpad, associée, fréquemment, à une modification durable de la personnalité de certains d'entre-eux confinant à la perte de leur dignité ;
- ➔ l'impossibilité de leur permettre de bénéficier, comme elles le souhaitent majoritairement, d'un accompagnement en fin de vie, sur place, et non à l'hôpital comme c'est pourtant le cas pour 70% d'entre-elles. Mais un tel accompagnement nécessite, notamment, un nursing lourd et fréquent que peu d'ehpad sont en mesure d'offrir à leurs résidents.

Qui plus est, ces périodes de fin de vie imposent souvent une escalade antalgique pouvant conduire aux morphiniques, médicaments dont les doses doivent être quotidiennement ajustées... ce que, là encore, faute de personnel qualifié en nombre

suffisant (y compris, on l'a vu, de médecins disponibles ou autorisés à prescrire), peu d'ehpad sont à même de réaliser.

→ l'impossibilité, faute de temps, d'assister convenablement les résidents les plus lourdement handicapés lors de la prise des repas et, ainsi, de favoriser leur dénutrition. Cette question est rarement évoquée par les pouvoirs publics. Lorsque c'est le cas, on constate alors que, dans de nombreux ehpad, les résidents présentent un déficit nutritionnel parfois sévère. Dans un de ses récents rapports annuels, la Cour des Comptes a clairement mis en évidence ce phénomène au terme d'une enquête effectuée dans plusieurs ehpad du département de l'Aude. La situation s'avérerait vraisemblablement la même dans d'autres départements si des enquêtes similaires y étaient effectuées.

Le rapport VERGER/2013 le confirme: *«L'importance de la dénutrition est souvent sous-estimée et négligée en ehpad. C'est pourtant probablement le principal facteur pronostic d'une personne âgée en ehpad.*

Toutes morbidités confondues, le risque de mortalité est multiplié par un facteur allant de 1 à 4, et le risque de morbidité est multiplié par un facteur de 2 à 6.

La prévalence de la dénutrition, mal connue, est très élevée en ehpad.

Pour en terminer avec cette liste – qui ne se veut pas exhaustive – des conséquences néfastes du manque de personnel qualifié au service des personnes âgées dépendantes, notamment celles résidant en ehpad, force est de constater que cette insuffisance s'oppose fréquemment à la mise en œuvre de mesures préventives et alternatives susceptibles de réduire l'importance des traitements médicamenteux et, par là même, leurs conséquences iatrogéniques.

D'une façon générale, sont ainsi sacrifiées :

→ l'entretien par l'activité physique du potentiel restant qui améliore le confort (prévention des escarres, par exemple), l'autonomie, et maintient «la socialisation des résidents en lien avec leur projet de vie personnalisé et l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur» ;

→ la création d'un environnement calme et rassurant nécessaire pour prévenir ou atténuer les troubles du comportement et, plus généralement, pour améliorer la qualité de vie relationnelle sans laquelle il n'y a pas de bonne santé.

En bref:

- **Recourir plus fréquemment aux thérapies non médicamenteuses et étendre leur champ d'application ;**
- **Réduire significativement le recours aux psychotropes ;**
- **Améliorer l'environnement humain de la personne âgée ;**
- **Augmenter le personnel qualifié en charge des personnes âgées.**

Mais, quel que soit l'intérêt de ces diverses mesures et thérapies préventives et alternatives, il convient de ne pas perdre de vue que la personne âgée est très généralement polypathologique et, donc, obligatoirement polymédicamentée.

Ne pas davantage perdre de vue que la recherche médicale met à la disposition des prescripteurs des traitements pharmaceutiques de plus en plus nombreux et efficaces dont il serait irresponsable et coupable de se priver.

Cependant, une lacune majeure doit être dénoncée: c'est l'insuffisance d'essais thérapeutiques chez le sujet âgé de plus de 75 ans.

IV) Développer la recherche relative au médicament chez le sujet âgé

C'est, une fois encore, le rapport VERGER/2013, qui nous éclaire sur cette question :

« Chez le sujet âgé, on constate le manque d'évaluation précise du médicament au cours des différentes phases de son développement ».

« Les patients âgés sont encore trop souvent exclus des essais thérapeutiques contrôlés randomisés (les ECR – Essais contrôlés randomisés – servent à tester l'efficacité de plusieurs approches thérapeutiques dans une population de patients aléatoirement répartis), tandis que la population âgée connaît une croissance rapide et qu'elle est la plus forte consommatrice de médicaments en raison de pathologies chroniques dont la prévalence augmente avec l'âge...Les rares ECR incluant des personnes âgées de 65 ans et plus retiennent, en fait, des populations d'étude présentant de façon disproportionnée une meilleure santé et en général plus jeune que la population réelle, si bien que les résultats ne correspondent jamais au sujet polypathologique et polymédicamentée que voit le praticien».

Ainsi, alors que 30 à 35% de tous les cancers concernent les plus de 75 ans, seulement 10% d'entre-eux sont inclus dans les essais thérapeutiques. Cette sous-représentation dans les ECR concerne également la maladie d'Alzheimer, les affections cardio-vasculaires, l'incontinence vésicale, l'arthrose, l'épilepsie...

L'IGAS, elle aussi, souligne dans un rapport (n°2005-22) sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées que, s'agissant de l'inclusion des personnes âgées dans les essais cliniques pré et post AMM (Autorisation de mise sur le marché), *«les plus de 70 ans représentent seulement 3% des personnes incluses dans les essais de pré-AMM alors qu'elles consomment 30% des médicaments».*

Si certains freins à la réalisation d'essais thérapeutiques spécifiques chez les personnes âgées (en application, par exemple, d'un principe de précaution d'ordre éthique visant à les protéger en l'absence de consentement libre et éclairé) peuvent aisément se comprendre, il reste, néanmoins, que *«la nécessité de tels essais thérapeutiques est clairement reconnue par le milieu scientifique et médical ainsi que par les autorités de santé».* Les membres de la Commission VERGER en concluent explicitement que *«des études de phase III*

comprenant une partie de la population d'étude dans la tranche d'âge doivent être imposées par les autorités sanitaires».

Cette absence d'évaluation du médicament lors de ses diverses phases de mise au point est aggravée, on vient de le voir, par l'absence d'évaluation précise et systématique, postérieurement à sa mise sur le marché, des effets du médicament sur le sujet âgé.

Enfin, on ne peut manquer d'observer que la prise en charge médicamenteuse de certains patients n'est pas systématiquement précédée d'une évaluation précise de l'état de santé général de ce patient, notamment de son état nutritionnel ou de sa capacité à éliminer les médicaments prescrits. Chez les personnes âgées tout particulièrement, *«le foie et les reins assurent moins bien leur fonction de métabolisme et d'élimination des déchets, entraînant une accumulation de produits dans l'organisme ce qui peut provoquer des incidents».*

Une enquête effectuée en juin 2012 dans les services du CHU de GRENOBLE a permis de constater que :

- 30% des dossiers ne comportaient pas d'évaluation de la fonction rénale ;
- et, après évaluation de cette fonction, 60% d'entre-eux présentaient une insuffisance rénale nécessitant, pour la moitié d'entre-eux une adaptation de posologie dans leurs prescriptions.

Pour un même patient, cette capacité à éliminer peut aussi varier très rapidement dans le temps. C'est la raison pour laquelle la Commission VERGER recommande *«de promouvoir la révision régulière des traitements afin d'optimiser les prescriptions médicamenteuses».* En rappelant qu' *«on devrait bannir le terme de renouvellement de l'ordonnance, ce devrait être une réévaluation à chaque fois»*, les membres de cette Commission soulignent que cette pratique n'est, en fait, pas unanimement respectée.

En bref :

- **Inclure plus largement les personnes âgées dans les essais thérapeutiques pré et post AMM ;**
- **Évaluer l'état de santé général du patient, tout particulièrement lorsqu'il 'agit d'une personne âgée, avant toute prescription médicamenteuse**
- **Bannir le renouvellement automatique des ordonnances.**

X XX

Parvenu au terme de ce dossier sur la iatrogénie médicamenteuse, les considérations qui précèdent permettent de mieux cerner les origines de ce phénomène. On peut, semble-t-il, les résumer ainsi :

- ➔ Erreur, rare, mais toujours possible, de diagnostic ou de prescription ;
- ➔ Prescription que le prescripteur savait risquée mais qui s'imposait néanmoins au terme d'une évaluation non critiquable du rapport bénéfice-risque ;
- ➔ Pluralité de prescriptions résultant d'un cumul d'ordonnances inconnu de l'un ou l'autre des intervenants (auquel s'ajoutent, parfois, les effets de l'automédication) ;
- ➔ Connaissance insuffisante de l'état de santé du patient, ou brusque modification de celui-ci :
- ➔ Difficulté à définir, chez le patient âgé, un « seuil de polymédication » car celle-ci peut être, concurremment :
 - Simultanée : plusieurs pathologies sont traitées en même temps par l'administration simultanée de molécules différentes ;
 - Cumulative : même espacés dans le temps, les traitements administrés ne s'éliminent complètement que lentement chez la personne âgée en raison de la réduction de ses facultés

d'élimination (foie et reins) ;

- Continue : la prescription est souvent renouvelée au delà des durées recommandées par les laboratoires et sans réévaluation approfondie de l'état de santé du patient ;

→ Absence généralisée de tests de médicaments sur les personnes âgées conduisant à prescrire à des « super-vieillards » qui n'existent pas dans la « vraie vie » ;

→ Enfin, méconnaissance de certaines interactions médicamenteuses spontanées, qualifiées par les scientifiques d' « effet cocktail », mais amenant le patient à jouer, bien malgré lui, et sans le savoir, à la roulette russe.

X XX

Précisons, pour en terminer :

→ que ce document ne prétend pas à l'exhaustivité ;

→ que, néanmoins, y sont abordées quelques unes des principales questions de santé actuelles ainsi que le reconnaît Mme Laurence ROSSIGNOL, secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie : « *D'autres actions sont encore à développer : **promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, prévention de la dépression, action en faveur du bon usage du médicament*** ». (Rapport, déjà cité, présenté par MM. Georges Labazée et Gérard Roche, sénateurs, Tome I, page 260) ;

→ qu'il existe, bien entendu, d'autres moyens que ceux qui viennent d'être évoqués pour réduire les effets délétères de la iatrogénie médicamenteuse ;

→ par exemple, la « **liste préférentielle** », qui permet, en principe, au prescripteur qui s'y réfère d'améliorer l'efficacité et la rationalisation des soins et qui contribue à une bonne coordination des professionnels de santé (mais 39,5%, seulement des ehpad disposent d'une telle liste, et seuls 1/3 d'entre-eux déclarent l'utiliser systématiquement). Au demeurant, serait-elle établie, que cette liste serait, selon l'avis de certains médecins coordonnateurs, ignorée ;

→ ou encore la « **liste LAROCHE** », qui recense les médicaments dont le rapport bénéfice-risque est défavorable par rapport à d'autres solutions thérapeutiques et/ou en raison d'une efficacité douteuse et qui doivent être évités d'une manière générale chez les personnes âgées de 75 ans et plus

→ qu'il demeure, néanmoins, que «l'augmentation de la iatrogénèse médicamenteuse avec l'âge dépend essentiellement (et, pour certains auteurs, exclusivement) de l'augmentation du nombre de lignes de prescription (qui lui-même dépend de la polypathologie) et de la prescription de médicaments inadaptés à la situation. La réduction de la polymédication, en s'attaquant aux médicaments les moins utiles ou les plus risqués est donc un axe essentiel d'action de prévention de la iatrogénèse». (Rapport IGAS n° 2005-022 de mars 2005) ;

→ que ce travail a pour seule ambition de contribuer à faire prendre conscience de l'impérieuse obligation de dépasser la réalisation et l'entassement de rapports, tous très savants et pertinents, mais rarement suivis d'effets pour, enfin, commencer à appliquer les solutions et mesures qu'ils préconisent quasi unanimement ;

→ que ce dossier se veut simplement un **plaidoyer en faveur d'une «désescalade thérapeutique»** raisonnée et raisonnable :

- propre à préserver, chaque année, des milliers de vies humaines,
- gage d'une meilleure qualité de vie des patients,
- et attentive au bon usage des deniers publics.

Guy ARMANTIER

Sources documentaires utilisées

1) Rapport VERGER

Mission confiée à M. Philippe VERGER, directeur adjoint du CHU de Limoges, membre de la société française de gériatrie et de gérontologie, sur «La politique du médicament en ehpad».

A l'occasion de cette mission, plusieurs dizaines de professionnels de la santé, parmi lesquels de très nombreux médecins, généralistes comme spécialistes, notamment le professeur Olivier HANON, président de la société française de gériatrie et de gérontologie, ont été entendus.

Cette mission a donné lieu à un rapport remis en décembre 2013 aux pouvoirs publics.

Il y est fait référence sous l'appellation «**Rapport VERGER**» ou «**Commission VERGER**».

2) Rapport «**KOUCHNER**»

Mission confiée le 28/11/1996 par les ministres successifs de la santé et des affaires sociales au professeur P. QUENEAU, de la faculté de médecine de Saint-Etienne, président de l'association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (APNET), sur «la iatrogénie d'origine médicamenteuse et sur la politique active de prévention à mettre en œuvre».

Tout au long de l'année 1997, cette mission a donné lieu à 39 auditions qui ont permis de recueillir la contribution de 51 personnes, essentiellement des professionnels de la santé parmi lesquels on peut citer :

- le professeur Claude Larousse, président de la Commission nationale de pharmacovigilance,
- Claude Néraud, professeur d'hépatogastro-entérologie au CHU de Bordeaux,
- les professeurs Bernard Glorion et Michel Dutilleul, respectivement président du Conseil national de l'Ordre des médecins et membre de l'Ordre national des médecins,
- Edouard Zarifian, professeur de psychiatrie et de psychologie médicale à l'université de Caen,

- Bernard Lemoine directeur général du syndicat national de l'industrie pharmaceutique,
- Jean Parot, président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
- le docteur Elisabeth Elefant, directrice du centre de renseignements sur les agents tératogènes «(CRAT),
- les docteurs P. Sopena, Patrick Brezac et Le Goff, respectivement vice-président de MG France, vice-président de la Confédération des syndicats des médecins français (CSMF), et président de l'Union des médecins spécialistes.

Etc. etc...

Cette mission a donné lieu à un rapport remis le 20 mars 1998 à M. Bernard KOUCHNER, alors Secrétaire d'Etat à la santé.

Il y est fait référence sous la dénomination **«Rapport ou Commission KOUCHNER»**.

3) «Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées»,

Groupe de travail associant l'ensemble des acteurs concernés par cette problématique (pharmaciens, médecins, responsables d'ehpad...), constitué à l'initiative du Gouvernement et confié à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS – Rapport n° 2005 022 de mars 2005)).

4) «Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé»

Il s'agit d'une étude (Consommation, prescription, iatrogénie et observance) menée en 2005 par la Haute Autorité de Santé – **HAS** – sous la responsabilité du professeur Sylvie Legrain

5) « Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies – Résultats de l'étude expérimentale Polychrome»

L'étude «Polychrome» a porté sur les prescriptions de médecins généralistes pour les patients polyopathologiques chroniques. Ses résultats ont été publiés dans la revue «Questions d'économie de la santé», n° 156- juillet/août 2010, de l'Institut de recherches et documentation en économie de la santé – **IRDES**.

6) «La polymédication : définition, mesure et enjeux – Revue de la littérature et tests de mesure»

Article publié dans la revue «Questions d'économie de la santé», n° 20 de décembre 2014, de l'IRDES.

7) «Prise en charge thérapeutique des sujets âgés en ehpad durant les six derniers mois de leur vie: données de l'étude «IQUARE»

Il s'agit d'une étude réalisée en 2014 par les services de médecine générale de l'université Toulouse III – Paul Sabatier, auprès de 175 ehpad de Midi-Pyrénées, incluant 6275 résidents.

8) «Perception et consommations de médicaments par les seniors»

Enquête réalisée entre les 23 et 29 mars 2015 par l'Institut français des seniors.

9) «Prise en charge médicamenteuse dans les ehpad franciliens»

Résultats d'une enquête financée par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et publiée en février 2015.

10) Articles publiés notamment dans le quotidien «Le Monde» et la revue de l'UFC- Que choisir», rendant compte d'études, d'enquêtes, de symposiums, congrès, etc, traitant des problématiques abordées dans ce dossier.

X
XX

ERRATA

1) Indemnisation de l'aléa thérapeutique non fautif

A propos de la déclaration des effets indésirables graves imputables aux médicaments, il est indiqué, ci-dessus (pages 6,7 et 18) que « nombre de professionnels de santé hésitent à les déclarer de crainte de voir leur responsabilité engagée. Crainte au demeurant bien compréhensible dans une société de plus en plus judiciaireisée ».

Le rapport ajoute ;

« Conscients de cette difficulté, les auteurs du Rapport Kouchner suggérait donc, (il y a près de 20 ans), d'engager une réflexion sur l'opportunité d'une loi sur les aléas non fautifs, officialisant la notion de responsabilité sans faute...Opportunité, une fois encore, toujours pas saisie à ce jour ».

Or, dans un courriel du 29 février 2016, M. Etienne CANIARD, président de la Mutualité Française, et vice-président de la Section des Affaires sociales et de la Santé du Conseil économique, social et environnemental, auquel ce dossier avait été soumis, relève que les assertions qui précèdent sont erronées s'agissant de l'absence de loi d'indemnisation, et doivent être nuancées quant à la judiciaireisation de notre société :

*« Vous mentionnez...l'absence de la loi sur les aléas non fautifs. **C'est inexact** puisque la loi du 4 mars 2002 prévoit précisément la notion d'aléa thérapeutique afin de permettre une indemnisation sans avoir à invoquer une faute du médecin. »*

En effet, l'article L 1142-1 du code de la santé publique dispose :

*« Lorsque la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement...n'est pas engagée, un accident médical, **une affection iatrogène**, ou une affection nosocomiale **ouvre droit à la réparation** des préjudices du patient...**au titre de la solidarité nationale**... ».*

Ainsi, donc, aux termes de cette loi, et contrairement à ce que mentionnait ce dossier, l'affection iatrogène (affection induite par le traitement, le médicament, le soin) relève désormais expressément de la notion d'aléa thérapeutique et bénéficie de la solidarité nationale.

Par ailleurs, M. CANIARD ajoute :

« ...contrairement aux idées reçues, « la judiciaireisation de la santé » ne progresse pas comme le démontre une étude de la Chaire Sciences Po Santé éditée aux Editions de la Santé, étude rédigée sous la direction d'Anne Laude et Didier Tabuteau. »