

Les médicaments essentiels à l'OMS

Jean-Claude Salomon, mai 2015

Ce serait faire injure à l'OMS d'ignorer que le concept de « médicaments essentiels » (ME) a vu le jour au sein de cette organisation en 1977¹. Presque quarante ans déjà. Il est donc légitime de s'interroger sur ce qui s'est passé pendant ces quarante années à l'OMS et sur le terrain, c'est à dire dans les différents pays où ce thème a été abordé.

De très nombreux pays sont en possession d'une liste de ME précieusement mise à l'abri dans un tiroir ou sur une étagère, sans pour autant que cela inspire les prescripteurs. Parfois ces listes sont mises à jour de façon périodique, mais pas toujours. Parfois elles sont accompagnées de la liste des affections les plus fréquentes pour lesquelles ces médicaments sont indiqués, mais pas toujours. A notre connaissance les seuls qui font un usage méthodique des ME sont les généralistes Suédois et les organisations humanitaires (ONG) dans les pays du Sud.

Nous n'avons pas su trouver les travaux d'évaluation sur les résultats en termes épidémiologiques, apportant la preuve de l'efficacité des ME sur la santé de cette mise en pratique. Merci d'avance à celui (ou celle) de nos lecteurs qui pourrait nous éclairer sur ce point. La simplification du choix des produits a-t-elle conduit à une réduction significative des effets iatrogènes observés ? La réduction de la diversité des médicaments prescrits a-t-elle entraîné une réduction significative de la consommation en volume ?

Conçus pour tous les pays, les ME ont été d'entrée de jeu ramenés aux marchés initialement peu porteurs des pays les plus démunis, pour lesquels devait s'appliquer une médecine de pauvres. Collant aux ME de façon durable le stigmate des laisser pour compte. Il faudra comprendre ce qui déterminera l'OMS à se résigner à cette discrimination. Les ME ne sont pas l'indice d'une médecine au rabais. Bien au contraire. C'est un choix plein de dignité et d'assurance, dont la validité sera mise en question au fil du temps. Ce choix est totalement rationnel dans un pays, comme la France qui accepte de consacrer 11 % de son PNB à la santé. Les pays, où les systèmes de santé sont modernes et suffisamment indépendants des forces financières, peuvent piloter l'évolution du mode de prescription par des analyses rigoureuses des effets de changements aussi importants des pratiques des généralistes. L'existence et la compatibilité des grandes bases de données de l'assurance maladie obligatoire et de l'hospitalisation sont les outils nécessaires au suivi de l'introduction des ME.

Cependant ce suivi doit impérativement être assuré à la fois par les généralistes qui les prescrivent eux-mêmes (audit interne) et par des épidémiologistes mandatés par les départements de thérapeutiques universitaires et/ou par l'autorité de santé (audit externe). Il serait préférable que les institutions de l'assurance maladie ne s'en mêlent pas, pour bien souligner l'indépendance des prescripteurs face aux gestionnaires de la protection sociale. L'intention économique est et doit demeurer seconde par rapport à l'intention sanitaire. Ce qui n'autorise cependant pas à négliger aucune dimension économique du problème. Tous les personnels participants à l'évaluation devront être formés et rémunérés pour accomplir ce travail avec efficacité, sans délai inutile. De surcroît, les données collectées devront sans retard être accessibles à tous les chercheurs.

¹ Très en avance sur l'OMS, en 1970 la Tanzanie rédigea sa première liste de ME. R. Laing, B. Waning, A. Gray, N.Ford, Ellen 't Hoen. 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. Lancet 2003; 361: 1723-29