

Choix des médicaments - Choix positif versus choix négatif

Quand on est en présence d'un grand nombre d'objets et que l'on veut faire un tri sélectif, quelle méthode doit-on adopter ? Comment faut-il procéder si 10 000 objets de formes analogues, de couleurs allant du blanc au noir, avec de nombreuses nuances de gris, sont mélangés au départ de l'opération ? Quelques centaines d'objets sont blancs ou presque blancs. Quelques centaines d'objets sont noirs ou presque noirs.

On peut éliminer les objets noirs et gris foncé d'abord, puis les objets de plus en plus clairs. C'est un tri négatif, ou bien on peut sélectionner positivement les objets blancs et presque blancs en nombre limité.

S'il s'agit de médicaments, le tri sélectif négatif des médicaments dangereux, dont le rapport bénéfique/risque est franchement négatif¹, doit être opéré par les organismes de pharmacovigilance. Occasionnellement La Revue Prescrire publie une liste de médicaments qu'on devrait impérativement retirer du marché. Cette procédure d'exclusion est laborieuse. Elle suscite au cas par cas des contestations et des réticences. Elle n'est pas praticable à grande échelle sur des milliers de médicaments dont la dangerosité est moindre, mais dont l'utilité est discutable, ou qui sont indiscutablement inutiles.

Le tri sélectif positif a été retenu pour construire une liste de médicaments essentiels (ME) parce que c'est une opération beaucoup plus simple, relativement peu coûteuse et qui introduit le concept de rigueur parcimonieuse dans les prescriptions médicales. Choisir une centaine de médicaments à partir de quelques milliers exige une expérience clinique collective qui peut être atteinte, par des cliniciens experts et indépendants, capables de participer à une démarche consensuelle pas à pas. Ce consensus ne signifie pas l'unanimité sur chaque élément de la liste. C'est pourquoi pareille liste doit être complétée par une liste complémentaire où chacun doit trouver le ou les médicaments qu'il veut absolument prescrire. C'est aussi pourquoi il ne faut pas imposer cette liste, mais inciter les médecins à les prescrire de préférence. Sans contrainte administrative d'aucune sorte. Etant bien entendu que la même liste doit pouvoir être déclinée sous forme de listes comportant le même nombre de médicaments, mais appropriées à chaque spécialité, à chaque catégorie de pratique. On peut par exemple concevoir que les cardiologues aient besoin avec une certaine fréquence d'une dizaine de médicaments rarement prescrits par les généralistes et qu'ils n'aient pas besoin, sauf par exception d'une dizaine de médicaments figurant sur la liste commune des ME.

Pour conclure, disons que le choix d'une opération de sélection positive conduisant à la promotion d'une liste restreinte de ME est à la fois peu coûteux en temps et capable de structurer un consensus progressif vers des prescriptions optimisées. Cette réduction est susceptible de s'imposer avec le temps comme une pratique plus simple, débarrassée de la confusion créée et entretenue par les innombrables médicaments, plus nécessaires à l'in vraisemblable rentabilité des investissements financiers qu'à la meilleure santé des patients.

Jean-Claude Salomon

¹ S'ils ont pu obtenir une autorisation de mise sur le marché