

Médicaments essentiels et iatrogénie

Jean-Claude Salomon – février 2015

Il serait logique de penser que la mise en application progressive dans les prescriptions médicales d'une liste restreinte de médicaments essentiels (ME) entraînerait *ipso facto* une baisse progressive de la pathologie iatrogène, jusqu'à atteindre l'étiage, le niveau le plus bas, inévitable, incompressible, en dépit des prescriptions les meilleures enfin offertes aux malades par des médecins expérimentés et indépendants¹. Nous n'en sommes pas là, tant s'en faut. Est-ce un objectif impossible à atteindre, une utopie ?

Les meilleurs médicaments, sélectionnés pour leur rapport bénéfices/risques très favorable, même entre les mains les plus expertes, seront, à l'occasion, responsables de troubles iatrogènes. Ces « dommages collatéraux » sont inhérents au caractère commun à tous les médicaments : leur capacité à interagir avec l'organisme. Ou pour être plus précis avec l'ensemble organisme – microbiote. Ces interactions sont donc indissociables de l'efficacité médicamenteuse.

Faire le choix raisonné d'utiliser en toute priorité les ME n'implique nullement que l'on puisse naïvement croire qu'il existerait des médicaments dépourvus de risques iatrogènes. Rappelez vous ces anti-inflammatoires dont on disait qu'ils avaient les qualités des Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens, sans en avoir les risques. Cette famille de médicaments (anti-Cox2) était disait-on pleine de vertus et exempte de vices. Diable !..

Donc nous sommes bien d'accord, la prescription prédominante et généralisée des ME ne permettra pas aux médecins d'éliminer les risques iatrogènes². Il ne faudra pas baisser la garde et être moins vigilants. Bien au contraire, il faudra renforcer de soin et d'attention. Ce que l'on gagnera à avoir choisi les ME, laissera l'esprit plus libre pour mieux prescrire, éviter les associations hasardeuses, les ordonnances inutilement surchargées en médicaments empilés au petit bonheur la chance sur l'organisme fatigué et rendu mal tolérant des sujets âgés, ce qui n'est jamais une excuse pour faire feu tous azimuts. En clair, l'usage de ME non seulement ne s'accommodera pas d'une médecine bâclée, mais bien plutôt d'une pratique plus lente, plus instruite et d'une méthode de parcimonie voulue, calculée.

La plupart des patients y trouveront leur compte. Toutes les enquêtes faites depuis des années confortent l'idée que les sur-prescriptions ne sont que rarement liées à l'insistance des malades et qu'elles dépendent bien plus de la conclusion hâtive d'une consultation trop brève.

En bref utilisez une liste restreinte de ME dont chacun des composants mieux connus des prescripteurs comporte des risques iatrogènes bien maîtrisés. Surtout ne pas se contenter du choix des ME, mais mettre en place une évaluation permanente individualisée qui vise à voir si l'on peut réduire les complications iatrogènes au strict minimum. Il y a là un des grands chantiers de la prévention. Ne confondons pas l'hypothèse avec ce que nous souhaitons si nous voulons que cette hypothèse ait une chance de devenir une réalité fondée sur des preuves indiscutables.

¹Pour avoir plus de précisions chiffrées sur les risques iatrogènes, nous recommandons le numéro spécial de la Revue Prescrire : Petit Manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique

<http://www.prescrire.org/Fr/101/327/PositionsList.aspx> <http://www.prescrire.org/Fr/101/327/PositionsList.aspx>

² Rappelons qu'une liste restreinte de ME doit nécessairement être associée à une liste complémentaire plus étoffée.