

PRESCRIRE ET CONSEILLER EN TOUTE INDÉPENDANCE

LA REVUE PRESCRIRE

Med Trop 2006; **66** : 577-580

RÉSUMÉ • Il n'y a rien à attendre des firmes en termes d'information objective, comparative, pour guider les choix thérapeutiques. Il y a tout à attendre d'une démarche personnelle de tri de l'information, et d'un raisonnement thérapeutique indépendant, fondé sur l'utilisation des dénominations communes internationales (DCI), loin de l'influence des actions de promotion des firmes.

MOTS-CLÉS • Information thérapeutique - Indépendance des soignants - Dénomination commune internationale.

PRESCRIBE AND ADVISE FREELY

ABSTRACT • Physicians know how totally unrealistic it is to expect drug companies to furnish reliable comparative information to assist therapeutic decision-making. All hope in this regard must be founded on personal effort to sort through available data and on independent reasoning. This evaluation process must be based on international nonproprietary names (INN) far removed from the advertising campaigns devised by companies.

KEY WORDS • Therapeutic decision-making - Independence of care providers - International nonproprietary names.

Depuis les années 1990, soignants et pouvoirs publics ont globalement laissé de plus en plus de champ libre aux firmes. Les agences des produits de santé sont aujourd'hui financées directement par les firmes ; elles accordent des autorisations de mise sur le marché (AMM) de plus en plus rapidement, de plus en plus prématurément, laissant arriver sur le marché des médicaments mal évalués, n'apportant pas de progrès et parfois dangereux (1). De leur côté, les soignants ont globalement laissé les firmes intervenir dans leurs comportements et leur autonomie de pensée, dès le début des études et tout au long de leur parcours professionnel, sous couvert de « partenariats » et de « formations » sponsorisées : « soutien » aux universités ; omniprésence de la visite médicale ; mobilisation de leaders (ou « dealers ») d'opinion ; mensonges publicitaires ; etc..

Nouveauté affichée n'est pas progrès avéré

Parmi les 231 nouvelles spécialités (ou gammes), c'est-à-dire 231 nouveaux noms commerciaux, étudiés dans la revue *Prescrire* en 2005, seulement une trentaine de substances nouvelles du point de vue chimique et pharmacologique sont apparues en 2005 sur le marché français (2). Et 25 seulement, selon les analyses de la rédaction de *Prescrire*, apportaient un progrès, d'importance très variable, par rapport aux moyens thérapeutiques déjà existants ; les

chiffres des années antérieures sont du même ordre de grandeur : 18 en 2004, 32 en 2003, 31 en 2002, 30 en 2001 (2).

Devant cette foison de fausses « nouveautés », les soignants ont besoin d'être aidés à faire le tri. L'information apportée par les firmes elles-mêmes est biaisée : les firmes doivent défendre leur médicament et pas celui du concurrent, et encore moins les traitements non médicamenteux. Par définition, les firmes ne peuvent pas aider à faire les choix les plus utiles aux patients. L'expérience de 15 années du Réseau d'observation de la visite médicale de la revue *Prescrire* en est une preuve.

RIEN À ATTENDRE DE LA VISITE MÉDICALE POUR MIEUX SOIGNER

L'idée d'une observation de la visite médicale par les abonnés de la revue *Prescrire* est née à la fin des années 1980 d'une idée simple : en connaissant mieux les arguments développés par les visiteurs, la Rédaction pourrait mieux aider les abonnés à faire le tri entre les informations exactes et les assertions fallacieuses qu'ils entendaient souvent (3).

Des précautions méthodologiques pour être fiable

De multiples précautions méthodologiques ont permis de limiter les biais inhérents au fonctionnement d'un tel réseau, de type « sentinelle » : répartition régulière des observateurs dans les différentes régions françaises ; répartition selon le mode d'exercice ; respect strict de l'anonymat des observateurs, à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau ; renouvellement des observateurs ; travail prolongé et interprétation prudente des données. Le recueil a fait appel à une

• Travail de La revue *Prescrire*, Paris, France.

• Correspondance : La revue *Prescrire*, 83 boulevard Voltaire, 75558 Paris cedex 11.

• Courriel : revue@prescrire.org

• Article sollicité.

fi che d'information standardisée, comportant huit questions de type «fermé» sur la remise de certains documents ou sur la comparaison des assertions des visiteurs avec le résumé des caractéristiques (RCP officiel de la spécialité, annexe de l'AMM). Des questions ouvertes permettaient à l'observateur d'ajouter des commentaires (3).

Les années passent, les défauts demeurent

Les bilans successifs ont fait apparaître les mêmes résultats chiffrés. Environ 25 % à 30 % des indications thérapeutiques annoncées par les visiteurs diffèrent de celles du RCP, 15 % des posologies s'écartent de celles recommandées dans le RCP, et les risques liés au médicament sont le plus souvent cachés : les contre-indications sont annoncées dans moins de 30 % des cas, de même que les effets indésirables et les précautions d'emploi (3).

L'ensemble des dispositions législatives, réglementaires ou déontologiques prises depuis une quinzaine d'années en France n'a en fait rien changé aux pratiques de la visite médicale. Les travaux du Réseau d'observation de la visite médicale des abonnés de la revue *Prescrire* n'ont révélé aucune amélioration en termes de conformité du discours des visiteurs au RCP, ou de remise obligatoire des documents d'information (3).

La participation à un tel Réseau amène les observateurs à se former sur les médicaments, pour analyser la parole des visiteurs. Finalement, ils décident souvent de ne plus recevoir les visiteurs, et de choisir des sources d'information indépendantes et fiables (Fig. 1).

Mêmes causes, mêmes effets

Confrontés eux aussi à la visite médicale, des organismes nationaux et internationaux très divers, de pharmacopépidémiologie, ou encore d'évaluation en soins de santé, ont contacté le Réseau, demandé des présentations sur ses travaux, reproduit ses bilans. Des groupements de consommateurs nationaux, telle l'Union des consommateurs du Québec, ou internationaux, tel «Health Action International», ont demandé conseil au Réseau pour réaliser leurs propres études relatives à divers codes de «bonnes pratiques» supposés encadrer les pratiques promotionnelles (4-6).

Des organismes ont réalisé des études d'observations sur le modèle du Réseau, tel l'Institut néerlandais pour l'usage raisonné du médicament, et ont obtenu des résultats très semblables à ceux du Réseau *Prescrire* (7). Des étudiants, qui réalisaient des analyses de la visite médicale (en ville ou à l'hôpital), se sont rapprochés du Réseau pour mieux connaître sa méthode (8). Des équipes travaillant à des expériences de visite médicale indépendante des firmes ont étudié les résultats du Réseau (9).

Ne jamais s'en tenir à l'«information» apportée par les firmes

Le constat fait par le Réseau de la visite médicale des abonnés de la revue *Prescrire* pouvait être étendu aux autres médias utilisés par les firmes, à la fois juges et parties. Par

principe même, l'objectif de vendre, le plus possible, des produits de santé, n'est pas compatible avec la diffusion d'une information comparative, permettant de faire des choix rationnels.

Si l'on ne peut compter sur l'information apportée par les firmes, existe-t-il des moyens de se former et de s'informer de manière objective sur les thérapeutiques et les médicaments ?

Assurément oui. Le premier moyen, c'est la « matière grise » des soignants : l'éthique instituant l'intérêt du patient comme principe primordial des soins, la volonté d'indépendance de la prescription ou du conseil, le raisonnement thérapeutique guidé par les données d'évaluation clinique et non par la publicité, tout cela devrait être dans la tête de chaque soignant qui veut vraiment soigner.

Un deuxième moyen, c'est l'utilisation de sources fiables, indépendantes, comparatives, objectives, et il en existe dans de nombreux pays. Dans le domaine des guides thérapeutiques, outre le «British National Formulary» britannique, en langue anglaise et «gold standard» des guides thérapeutiques (10), citons aussi le «WHO Model Formulary» de l'Organisation mondiale de la santé, également en anglais (11) et quelques sources en langue française comme le «Répertoire commenté des médicaments» de Belgique (12), et «Médicaments essentiels. Guide pratique d'utilisation» élaboré par Médecins sans Frontières (13). Des bulletins thérapeutiques indépendants sont édités dans de nombreux pays : «La Lettre du Cedim» du Burkina Faso (14) et la revue *Prescrire* sont des bulletins accessibles en Afrique francophone qui n'ont aucun soutien financier ni intellectuel des firmes pharmaceutiques.

Et un moyen majeur, pour aider au raisonnement thérapeutique du soignant et à son utilisation des sources indépendantes sur les médicaments, c'est la dénomination commune internationale des médicaments (DCI).

LA DÉNOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) : UN OUTIL AU SERVICE DU BON USAGE DU MÉDICAMENT

L'Assemblée mondiale de la santé de 1950 a donné pour mission à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de mettre en place un programme des DCI dès 1953. L'objectif était de mettre au point, pour chaque substance employée comme médicament, une dénomination spécifique, reconnaissable et prononçable dans tous les pays du monde, et qui évite autant que possible les confusions. Il s'agissait de donner aux patients et aux soignants du monde entier un langage commun, qui leur permette de s'y retrouver malgré les multiples noms commerciaux (15,16,17).

Un langage commun, intelligible et international

Les DCI sont élaborées par l'OMS selon un code précis, et incorporent souvent des «segments-clés» permettant de reconnaître les substances d'un même groupe pharmacologique et/ou chimique : le suffixe «olol» est par exemple commun aux bêtabloquants (aténolol, propranolol,



Figure 1 - Rester des professionnels de santé maîtres de leurs décisions.

etc.) employés en cardiologie, ou le suffixe «azépam» aux benzodiazépines (diazépam, tétrazépam, etc.) employés comme anxiolytiques ou comme hypnotiques (15).

Quelles que soient les critiques mineures émises sur les défauts de telle ou telle DCI, ou sur le choix de tel ou tel segment-clé, le système international mis en place continue à bien jouer son rôle : permettre d'identifier les nombreuses substances pharmaceutiques existant dans le monde, à l'aide d'un langage commun et invariable.

Le raisonnement en DCI est orienté vers la qualité des soins

Adopter la DCI pour parler des médicaments, c'est refuser d'utiliser un médicament sans savoir ce qu'il contient, refuser de se fier simplement à un nom commercial et à un slogan publicitaire (16,17).

Au lieu d'encombrer leur mémoire avec de multiples noms commerciaux, les médecins et les pharmaciens peuvent retenir un nombre restreint de DCI, stocker moins de noms commerciaux différents, et surtout consacrer leur temps au meilleur choix thérapeutique et au bon usage des substances médicamenteuses : la posologie en fonction du patient, le

mode d'administration, les formes galéniques, les conditionnements, etc.. En somme, la DCI aide à mieux s'occuper des patients, et à apporter les explications adaptées à chacun.

Penser en DCI est indispensable pour détecter les similitudes voire les copies conformes, pour éviter des surdosages, pour prévenir les effets indésirables liés aux interactions médicamenteuses, et tout simplement pour savoir vraiment ce que l'on prescrit, conseille, dispense. En un mot pour rester des professionnels de santé maîtres de leurs décisions (Fig. 1), uniquement guidées par le choix de la meilleure balance bénéfiques-risques pour le patient.

L'usage de la DCI facilite l'utilisation des sources d'information indépendantes

Dans toutes les sources d'information thérapeutique fiables et comparatives, qu'il s'agisse de guides thérapeutiques, de recommandations, d'essais cliniques, et ce quel que soit leur pays d'origine, les substances sont désignées d'abord (et souvent uniquement) par leur DCI. Un professionnel de santé qui ne connaîtrait pas les médicaments par leur DCI ne pourrait pas sérieusement maintenir à jour ses connaissances (16,17).

De plus, l'utilisation tout au long de la chaîne de soins d'un seul et même nom, la DCI, pour désigner le médicament, facilite la compréhension et la communication entre les professionnels, mais aussi les échanges avec les patients, pour peu que cette DCI soit facilement lisible sur les emballages des spécialités.

En cas de voyage à l'étranger, situation de plus en plus fréquente pour les citoyens de tous les pays, il est important que les patients connaissent la DCI de leurs médicaments.

En pratique

Les soignants n'ont rien à gagner, ni en compétence, ni en temps de mise à jour de leurs connaissances, à « gober » les informations biaisées diffusées par les firmes. Au contraire, ils ont tout à gagner, et leurs patients aussi, à se former et à s'informer à l'aide des sources indépendantes, en utilisant les DCI, les vrais noms des médicaments, qui les mettent à l'abri des influences publicitaires néfastes.

RÉFÉRENCES

- 1 - PRESCRIRE RÉDACTION - Comment faire émerger des progrès thérapeutiques malgré un système d'innovation en faillite. *Rev Prescrire* 2006; **26** : 225-8.
- 2 - PRESCRIRE RÉDACTION - L'année 2005 du médicament : la dérégulation s'accroît. *Rev Prescrire* 2006; **26** : 140-50.
- 3 - PRESCRIRE RÉDACTION - 15 ans d'observation et un constat : rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner. *Rev Prescrire* 2006; **26** : 383-9.
- 4 - L'UNION DES CONSOMMATEURS DU QUÉBEC - «Lettre à la revue Prescrire» 11 août 2005 : 2 pages.
- 5 - MINTZES B - Blurring the boundaries. *New trends in drug promotion*. Health Action International ed, Amsterdam, 1998 : 64 p.

- 6 - HEALTH ACTION INTERNATIONAL - Promoting health or pushing drugs. Health Action International ed, Amsterdam 1992, 46 p.
- 7 - ESSERS G, COOLEN VAN BRAKEL R - Monitoring Kwaliteit Informatievoorziening door Artsenbezoekers. DGV Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik novembre 2003, 26 p.
- 8 - ROUGHEAD L - La Trobe University «Lettre à la revue Prescrire» 30 May 1994, 1 p.
- 9 - ORTHOLAN N - Icones. Diffusion d'une information de qualité sur la prescription médicamenteuse «Visite médicale indépendante» Note de synthèse juin 2002, 32 p.
- 10 - BRITISH NATIONAL FORMULARY- 52nd edition, September 2006, 916 p. <http://www.bnf.org/> (accès gratuit).
- 11 - WHO - Model Formulary 2004. Based on the 13th model list of essential medicines 2003» World Health Organisation, Genève 2004 : 548 pages. Site internet <http://www.who.int/medicines> : tarifs et bon de commande.
- 12 - RÉPERTOIRE COMMENTÉ DES MÉDICAMENTS 2006 - Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP), Bruxelles 2006 : 442 p. <http://www.cbip.be> (accès gratuit).
- 13 - MARI TOUX J ET PINEL J - Médicaments essentiels. Guide pratique d'utilisation 4^e édition. Médecins Sans Frontières, Paris, 2006, 349 p. Tarifs et commande : guide.essdrugs@msf.org.
- 14 - LA LETTRE DU CEDIM - Bulletin du Centre de documentation et d'information sur le médicament du Burkina Faso. Disponible sur demande : cedim@cenatrin.bf.
- 10 - PRESCRIRE RÉDACTION - Penser et prescrire en DCI. Une bonne pratique professionnelle. *Rev Prescrire* 2002 ; **22 Suppl** : 891-5.
- 11 - PRESCRIRE RÉDACTION - Quatre bonnes raisons de prescrire en DCI». *Rev Prescrire* 2002 ; **22 Suppl** : 920-2.
- 12 - PRESCRIRE RÉDACTION - «Priorité à la DCI, le vrai nom du médicament» Site internet www.prescrire.org. Dossier en accès libre, accessible dès la page d'accueil.

