

La déprescription de médicaments comme utopie concrète

Michel Bass

Association Action formation recherche en santé communautaire (www.afresc.org), Paris.
Résidence d'accueil et de soins du Perron, Saint-Sauveur (Isère).
<michel.bass@afresc.org>

Pourquoi produit-on, prescrit-on et consomme-t-on autant de médicaments ? Est-ce si nécessaire ? Pourquoi sommes-nous convaincus de leur « magie » ? Nous avons une perception « salvatrice » des médicaments, sans tenir compte de l'efficacité très relative d'une majorité d'entre eux, et indépendamment de leurs effets secondaires. Nous allons explorer quelques pistes pour essayer de comprendre la place que prend le médicament dans la pratique médicale aujourd'hui.

Le médicament reflet d'un système de santé

Le médicament est le miroir déformant de l'idée de maladie

La prescription médicamenteuse se veut rationnelle, c'est-à-dire qu'elle doit correspondre à l'*evidence based medicine*. Cette prescription obéit à l'idée générale que, bien utilisé, le médicament est une, voire la réponse aux maladies. Qu'est-ce qu'une maladie, en réalité, pour des biomédecins ? Dans le passé, une maladie était un désordre clinique, désordre perçu par les malades et les amenant à consulter. Avec les politiques de

dépistage, les discours sur le risque et les « examens systématiques », la dimension clinique devient secondaire et la maladie est devenue un ensemble d'anomalies décelées, lesquelles doivent correspondre à des désordres anatomiques (au sens large : un marqueur est un désordre micro-anatomique)¹. Si la chirurgie a un rapport évident avec l'anatomie, et traite le désordre clinique par l'ablation ou la réfection anatomique de la ou des anomalies, qu'apportent alors les médicaments ? D'une certaine façon, la chirurgie, pratique très ancienne (les Égyptiens opéraient déjà les cancers du sein), voit son efficacité confirmée lorsque le désordre est clairement macro-anatomique, et ses progrès techniques ont permis une avancée certaine. Le médicament, pour sa part, tente de résoudre les problèmes plus fins – on pourrait dire micro-anatomiques – à l'échelon de la cellule ou des protéines, voire des gènes. Dans ce cadre, nous pouvons comprendre la difficulté : plus la « cible » est petite, localisée ou incertaine, et plus on risque de la manquer, ou de faire de gros dégâts collatéraux. Un antibiotique tue efficacement certaines bactéries pathogènes, mais tue en même temps les bactéries non pathogènes, et sélectionne les bactéries résistantes. Les médicaments chimiques contre les cancers



Tirés à part : M. Bass

¹ La distinction entre l'anormal et l'anomalie a été décrite précisément par Georges Canguilhem [1] ; voir également [2].

sont tellement mal ciblés qu'ils détruisent massivement et pas seulement la tumeur. Même les thérapies dites ciblées visent en fait des protéines ou des mécanismes non spécifiques, d'où l'importance de leurs effets secondaires souvent rédhibitoires.

Nous voyons à quel point l'épistémologie biomédicale modèle la réponse : pour une maladie qui correspond bien au modèle (anomalie correspondant à un désordre anatomique, pour lequel une cause est identifiable), la chirurgie est souvent très efficace. Les médicaments sont efficaces si la cause première est connue et s'ils agissent sur elle (e.g., les antibiotiques sur les bactéries). Les cancers, les maladies mentales, ainsi que les maladies neurodégénératives ou auto-immunes correspondent mal à ce modèle (cause ou désordre incertain) et les réponses sont en conséquence décevantes. Cette difficulté d'ordre scientifique a été dépassée (mais non résolue) d'une curieuse manière : c'est à partir de l'expérimentation (recherche empirique de molécules actives dans la nature) ou la fabrication de nouveaux agents (fabrication de substances en fonction des mécanismes supposés de la pathologie) que l'on sélectionne secondairement les maladies susceptibles d'être améliorées. Un exemple intéressant : le Manuel américain diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) stipule que la psychose est un état mental amélioré par les neuroleptiques. C'est dire si l'idée du médicament est maintenant ancrée en nous. La bonne réponse est pharmacologique, et l'attente de cette réponse est partagée par les patients, les soignants, les médecins et les politiques².

Consommer plus de médicaments ne garantit pas une meilleure santé

Nous le disions plus haut, le médicament ne peut apporter qu'une réponse partielle et souvent décevante ; l'une des raisons en est son soubassement épistémologique ; ce n'est pas la seule raison, cependant. Il faut également examiner les effets de la consommation de médicaments du point de vue épidémiologique et non seulement « clinique ». Je n'apprends rien à personne : la « contre-productivité » du système de santé a été décrite par des penseurs comme Ivan Illich ou des épidémiologistes comme Thomas Mac Keown. « Contre-productivité » signifie que, au-delà d'un certain seuil, les effets positifs de la consommation de soins s'effacent devant leurs effets secondaires. Ce seuil est variable selon les gens et les médicaments. Il s'agit du fameux rapport entre bénéfices et risques, constamment invoqué, mais en réalité rarement calculé. Cela explique pourquoi les dépistages de masse sont si controversés : l'intervention sur le grand nombre majore la probabilité que le risque

² Rappelons que la dépense de médicaments en France est de l'ordre de 34 milliards d'Euros par an. Une somme comparable au budget de l'armée, ou la moitié du budget de l'éducation nationale.

Tableau 1. Espérance de vie à la naissance, 2015, Source INED³.

| | Global | Hommes | Femmes |
|-----------|-------------|-------------|--------|
| Allemagne | 80,7 | 78,3 | 83,1 |
| France | 82,4 | 79,2 | 85,5 |
| Pays Bas | 81,6 | 79,9 | 83,2 |
| Suède | 82,2 | 80,4 | 84,1 |

Tableau 2. Mortalité générale et infantile, 2015, source INED⁴.

| | Mortalité générale | Mortalité infantile |
|-----------|--------------------|---------------------|
| Allemagne | 11,2 | 3,3 |
| France | 8,8 | 3,7 |
| Pays Bas | 8,7 | 3,3 |
| Suède | 9,2 | 2,5 |

l'emporte sur les bénéfices dans la mesure où les dépistages conduisent à soigner une grande majorité de bien portants pour qui aucun effet autre que négatif ne peut être attendu. Il faudrait pouvoir analyser sérieusement la iatrogénie médicamenteuse ou interventionnelle. Notre culture médicale a cependant du mal à reconnaître une origine « thérapeutique » aux difficultés de santé rencontrées par les gens, entraînant une sous-déclaration en pharmacovigilance.

Malgré cette insuffisance des déclarations en pharmacovigilance, on peut noter, du point de vue épidémiologique, un décrochage entre la consommation de médicaments et les indicateurs de santé publique. En voici quelques exemples, d'autant plus parlant pour des soignants français que la France est l'un des pays les plus prescripteurs de médicaments.

Selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) [3], les dépenses de médicaments en « \$ unités de pouvoir d'achat » (données 2007) par habitant et par an, sont de 554 \$ en France, de 498 \$ en Allemagne, de 517 \$ en Espagne, de 509 \$ en Italie, de 318 \$ aux Pays-Bas et de 351 \$ en Suède.

Les Pays-Bas (43 % de moins que la France) et la Suède (37 % de moins) consomment largement moins de médicaments que la France. Les Néerlandais ou les Suédois seraient-ils en moins bonne santé ?

Nous savons bien que tel n'est pas le cas, et les tableaux 1-3 fournissent, à ce sujet, quelques chiffres d'espérance de vie à la naissance, de mortalité générale et de morbimortalité comparant différents pays européens, c'est-à-dire comparables en matière d'offre de soins.

On peut en tirer deux types d'enseignements, qui méritent d'être approfondis (ce que font nombre

Tableau 3. Taux de mortalité standardisés, par grandes pathologies, 2014. Source EUROSTAT⁵.

| | Maladie cardiovasculaires | Cancers | Cancer du poumon | Cancer du sein | Accidents | Suicides |
|-----------|---------------------------|---------|------------------|----------------|-----------|----------|
| Allemagne | 403,5 | 253,2 | 51 | 35,5 | 11,9 | 11,9 |
| France | 202,9 | 245,4 | 50,1 | 32,9 | 5,1 | 14,1 |
| Pays Bas | 271,7 | 282,2 | 66,7 | 35,2 | 4,1 | 11,1 |
| Suède | 338,3 | 234,8 | 38,7 | 27 | 3,4 | 12,1 |

d'épidémiologistes, sans toujours parvenir aux mêmes résultats) :

- la France, quoique grande consommatrice de médicaments, n'a pas de meilleurs indicateurs de santé que les autres pays. Certains sont même moins bons, comme l'espérance de vie à la naissance des hommes, la mortalité infantile ou les chiffres du cancer. À noter que l'indicateur de mortalité générale traduit aussi l'évolution démographique des pays (plus la natalité est basse, et plus la mortalité générale augmente),

- les critères pour lesquels la France est en « bonne position » (les maladies cardiovasculaires) sont en partie déterminés par l'apparition plus tardive de la consommation de tabac chez les femmes, et le « régime méditerranéen » d'une partie de la population.

En tout cas, il n'existe pas de relation évidente entre l'intensité de la consommation de soins et les indicateurs de santé. Consommer plus de médicaments ne garantit pas une meilleure santé. . .

Consommer des médicaments est dangereux

Chaque médicament peut provoquer nombre d'effets secondaires, et l'association de médicaments, si elle est une pratique courante, n'est pas réellement évaluée.

Même si ces questions sont présentes à l'esprit de l'ensemble des médecins, nous constatons pour notre part que les effets secondaires des médicaments sont mal connus, particulièrement en France. De nombreuses raisons à cela :

- la sortie de nouveaux médicaments est permanente, précédée de campagnes de marketing intenses, mettant sous pression les médecins : ils doivent se tenir au courant, et faire bénéficier leurs patients des dernières nouveautés,

- les effets indésirables sont loin d'être tous identifiés lors des essais cliniques obligatoires : ces derniers ne concernent généralement que quelques personnes (quelques centaines ou milliers, à comparer avec parfois les dizaines de millions d'utilisateurs futurs), sur des temps relativement courts³. Certains des effets

peuvent n'apparaître qu'au bout de nombreuses années d'utilisation, ou tout simplement n'avoir pas été recherchés,

- la pharmacovigilance, procédure pourtant obligatoire de déclaration des effets indésirables des produits de santé, est peu utilisée en France. Au contraire, devant des symptômes nouveaux, le médecin va avoir tendance à chercher un nouveau problème médical sans penser à des effets de iatrogénie médicamenteuse, le conduisant à prescrire de nouvelles molécules censées résoudre les symptômes observés,

- le bénéfice attendu, promu par les études cliniques, vaudrait les risques que l'on prend en prescrivant une molécule – risques jamais mis en balance, car l'effet escompté (le service médical rendu [SMR], ou son amélioration [ASMR]) les justifierait largement,

- une fois le médicament prescrit, et devant l'apparition d'effets gênants ou dangereux, la pratique usuelle est de faire comprendre au malade qu'il doit accepter ces effets, qui signifient *a contrario* que le médicament est efficace. Les effets positifs et les effets négatifs seraient indissociablement liés, et les effets négatifs seraient le prix à payer pour se soigner.

Ainsi, les effets secondaires sont minimisés ou oubliés.

De nombreux exemples attestent de ces difficultés.

Les neuroleptiques, médicaments psychotropes censés atténuer les délires et les hallucinations (médicaments antipsychotiques), sont prescrits de manière systématique et sur de longue durée pour la plupart des troubles mentaux, y compris les troubles ne relevant pas de la psychose comme la dépression (dans le cadre de la fameuse « bipolarité ») ou la démence (comme atténuateurs d'une angoisse supposée, des hallucinations et des troubles du comportement). Ces médicaments sont connus de longue date pour provoquer des raideurs et des tremblements ressemblant à la maladie de Parkinson. Ces troubles sont plus ou moins dose-dépendants, et s'atténuent à l'arrêt de la prise – sauf dans certains cas, où ils finissent par provoquer

caments. « Au fil des années, il se confirme que l'évaluation des médicaments en vue d'obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) est trop souvent bâclée, sur la base de données cliniques insuffisantes, au motif d'un accès plus rapide à l'innovation thérapeutique » (25 janvier 2017).

des mouvements permanents et irréductibles (par exemple de la tête et de la bouche), appelés dyskinésies tardives. Pour remédier au « syndrome extrapyramidal » (c'est ainsi que l'on nomme les effets parkinsoniens des neuroleptiques), les médecins prescrivent un autre médicament – lequel a des effets « anticholinergiques », c'est-à-dire qu'il provoque constipation, risque de glaucome, sécheresse de la bouche, rétention urinaire, et... confusion, délire et hallucination. Autrement dit, on commence par prescrire un médicament pour les hallucinations, qui provoque une sorte de maladie de Parkinson, que l'on combat par un médicament qui provoque des hallucinations. Cherchez l'erreur ! Mais ce n'est pas tout.

Les neuroleptiques sont connus pour provoquer des troubles cardiovasculaires : ils augmentent le risque d'infarctus du myocarde, de troubles du rythme cardiaque, et d'accidents vasculaires cérébraux. Ce sont des médicaments à la mode⁴ et leur usage dépasse largement leur autorisation de mise sur le marché (AMM), déjà laxiste, provoquant – avec les meilleures intentions – une perte de chance en matière d'espérance de vie. On estime que juguler les symptômes que présentent les malades est plus important que la vie elle-même, en contradiction avec la philosophie générale de la médecine. Les pouvoirs publics (HAS), conscients du problème, ont produit des recommandations pour en limiter l'usage. Nous verrons la difficulté à faire respecter ces recommandations.

Ces effets indésirables, couplés au fait que les brevets de nombre des médicaments arrivaient à expiration ont conduit les laboratoires à inventer de nouvelles molécules (en fait des anciennes molécules bricolées) censées atténuer ces effets secondaires, et donc devenant licites chez les personnes âgées ou pour les syndromes parkinsoniens, et, surtout, que l'on pouvait vendre 10 à 50 fois plus cher. L'appellation « neuroleptiques atypiques » a fait croire qu'ils présentaient moins de danger et/ou qu'ils étaient plus efficaces. Ainsi certains neuroleptiques seraient censés ne pas provoquer de troubles extrapyramidaux tandis que d'autres n'auraient pas d'effets sur le rythme cardiaque. La puissance du marketing permet, par des études sélectives ou tronquées, de déclarer que telle ou telle molécule est utilisable à la place des autres. En l'occurrence, les neuroleptiques atypiques, s'ils diminuent peut-être certains effets (comme la torsade de pointe pour la loxapine, ou les troubles extrapyramidaux pour la clozapine) ne modifient pas radicalement les effets de cette spécialité pharmaceutique appelée antipsychotiques. Ils provoquent même des troubles plus importants dans d'autres domaines comme la confusion avec la loxapine, et les troubles sanguins avec la clozapine.

⁴ Cf. l'entrée « neuroleptique » et psychotrope dans le *Dictionnaire impertinent de la vieillesse* [4].

Cette classe de médicaments est bien représentative du fonctionnement de la prescription des médicaments. Ils sont dans l'ensemble peu à moyennement efficaces, ils provoquent nombre d'effets secondaires. Devant le manque d'efficacité, les médecins ont tendance à augmenter les doses, ou à ajouter une deuxième molécule de la même classe, potentialisant les effets secondaires, mais assez peu les effets bénéfiques, pour lesquels on prescrit en plus des correcteurs, lesquels obligent à augmenter les doses de neuroleptiques prescrits, dans un cercle vicieux perpétuel. Malgré les recommandations, malgré les efforts de revues telles que *Prescrire*, peu de médecins décident de diminuer les doses, supprimer les associations, voire interrompre les traitements⁵.

Les neuroleptiques sont loin d'être les seuls médicaments dont l'usage est critiquable. Dans tous les domaines de la prescription, de semblables dysfonctionnements s'observent.

Les antibiotiques, prescrits de manière totalement inconsidérée pendant des décennies en sont l'archétype. Il n'est que de constater la difficulté à faire changer les pratiques des soignants comme des patients, même devant la possible catastrophe bactériologique liée à cette surconsommation. La prise de conscience a été tardive. Les moyens mis pour revenir en arrière sont considérables, mais les résultats ne sont pas à la hauteur du défi.

Il est à attendre que de semblables difficultés surgissent quand les pouvoirs publics se décideront à limiter les médicaments combattant le cholestérol. Ces médicaments n'ont qu'un intérêt limité dans les maladies cardiovasculaires : ils permettraient une réduction du risque de récurrence d'infarctus chez les personnes en ayant déjà eu un. Ils semblent ainsi avoir une certaine efficacité en prévention secondaire. L'intérêt de les prescrire en prévention primaire (c'est-à-dire avant un éventuel accident cardiaque ou vasculaire) n'a pas été démontré. Or, le cholestérol a été promu universellement comme un facteur de risque des maladies cardiovasculaires, créant un marché gigantesque de non-malades à traiter (comme le faisait le Dr Knock)⁶. Donner de tels médicaments n'est pas sans risque : ils peuvent provoquer des fontes musculaires et des douleurs articulaires invalidantes (que l'on va traiter avec d'autres médicaments, faute de rattacher ces symptômes au médicament). J'ai pu constater, chez des personnes âgées prenant des statines, des effets de

⁵ Un site Internet, deprescribing.org, existe et produit des algorithmes pour aider à la déprescription.

⁶ En prenant position en faveur d'une prescription des anticholestérol à titre préventif, le Collège américain de cardiologie pourrait bien donner un petit coup de fouet à un marché entré dans sa phase de maturité, évalué à 20,5 milliards de dollars en 2011. Le Lipitor®, le médicament vedette de Pfizer contre le cholestérol, a été le médicament le plus vendu de tous les temps, avec environ 125 milliards de dollars de chiffre d'affaires depuis son lancement en 1997 [5].

gratification, qui disparaissaient heureusement avec l'arrêt de la prescription.

Nous pourrions continuer la liste : les associations de médicaments antihypertenseurs ne sont que rarement justifiées et provoquent des chutes par hypotension. Leur association avec les psychotropes, fréquente, augmente encore ce risque. Les médicaments pour l'acidité gastrique sont donnés à longueur d'année sans indications véritables (gastrite ou ulcère) et sans se préoccuper des effets sur la digestion. Le plus évident concerne le domaine de la cancérologie, où les soixante et onze dernières molécules labellisées par la Food and Drug Administration américaine n'augmentent l'espérance de vie des patients que de... 2,1 mois en moyenne [6], alors que leurs effets secondaires sont très invalidants et leurs coûts très importants⁷.

Pourquoi consomme-t-on tant de médicaments ?

Plusieurs facteurs se conjuguent pour expliquer cette passion de la prescription, partagée par les médecins, les soignants et les patients eux-mêmes.

La production et le marketing

Le médicament est devenu au fil du temps un objet du quotidien. Tout un chacun en utilise régulièrement. Dans de nombreux cas, il est utile, et dans certains cas indispensable. La production des médicaments est très réglementée, et nous sommes à peu près certains de la qualité du produit (c'est-à-dire de la conformité du médicament à l'annonce).

Cette présentation est une représentation sociale, une image idéalisée. Elle est promue pour garantir la prospérité de l'industrie pharmaceutique. Elle a pour conséquence l'adhésion des médecins et du public à l'idée que les produits de santé ne peuvent qu'être des productions industrielles. Dans la réalité, la production peut souffrir de nombreux dysfonctionnements qui ont conduit aux scandales du médiateur, du Dépamide[®] ou du Lévothyrox[®] – dysfonctionnements à tous les stades de la fabrication : de l'idée à la chaîne de fabrication, jusqu'à une prescription à mauvais escient.

Les coûts de recherche et de fabrication, s'ils sont effectivement importants, sont un prétexte invoqué pour

justifier le coût des médicaments⁸. Les laboratoires pharmaceutiques ne sont pas des entreprises philanthropiques. Ce sont des entreprises privées dont la finalité est le profit et non la santé publique, les médicaments n'étant qu'un moyen de réaliser ces profits. Dans cette optique, toute dépense nécessaire à la fabrication – et notamment les études de recherche et développement, incluant les études cliniques obligatoires – représente un coût que les managers vont chercher à réduire. Ce souci de rentabilisation amène sur le marché des médicaments d'autant plus inutiles et dangereux que les études cliniques auront été réduites au minimum légal⁹.

L'attente des utilisateurs

La représentation positive des médicaments dans la société crée une forte attente, tant de la part des médecins que des patients, qui les voient comme la thérapeutique, par laquelle nous pouvons être sauvés. La conjonction entre cette forte attente et les nécessités du profit conduit à l'utilisation actuelle des médicaments dans la société. Sans régulation publique en vue de contenir ces aspects (représentation positive, profit), l'industrie développe un marketing permanent et agressif. La consommation ne peut qu'être inflationniste. La différence de coût constatée avec les Pays-Bas, par exemple, provient d'une régulation beaucoup plus forte de la part des mutuelles qui y sont libres de négocier les prix et l'offre avec les laboratoires. En France, *a contrario*, c'est l'État et ses agences qui autorisent et négocient les prix des médicaments, alors que ce sont pas les payeurs (qui est la Sécurité sociale). L'État est soumis à des pressions fortes de la part des lobbies de l'industrie pharmaceutique, et les agences de régulation sont investies par les « experts » des laboratoires.

L'offre

Cette organisation de la production de médicaments s'inscrit dans un paysage médical particulier. Pour Anne Vega : « une majorité des médecins est convaincue de la nécessité de médicamenter les maux courants, dont

⁷ « Malgré le peu ou l'absence de progrès démontré pour les patients, les nouveaux médicaments des cancers sont vendus par les firmes à des prix de plus en plus élevés. Une étude a montré que le coût par année de vie gagnée a atteint 176 000 euros en 2016 en France. Médicaments hors de prix pour des bénéfices minimes, quand ils existent, cette évolution du marché pharmaceutique ponctionne indûment les moyens financiers des systèmes de protection sociale, au détriment d'autres dépenses d'intérêt public ». [7]

⁸ C'est un argument constant des laboratoires pharmaceutiques. Cependant, leurs dépenses marketing sont supérieures à leurs investissements en recherche et développement (R et D) [8]. Cela n'a pas changé depuis deux décennies puisque Prescrire peut encore écrire aujourd'hui : « Le coût de R et D de ces médicaments a été de 900 millions de dollars en moyenne par médicament, loin des 2,7 milliards allégués par une étude souvent citée. En quatre ans de commercialisation environ, la vente de ces médicaments a rapporté 7 fois plus aux 10 firmes concernées que n'a coûté leur R et D ». [7].

⁹ Dans le cadre de la nouvelle loi dite « plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises » (Pacte), il est question de pouvoir abrégé ou réduire les études cliniques en vue de l'AMM pour accélérer la mise sur le marché de nouvelles molécules. Il s'agit là d'une réponse au lobby des Big Pharms et non d'une volonté de santé publique.

“la dépression”, qu’ils pensent maîtriser par des associations de produits psychotropes. Les “abus” sont également liés au renouvellement sans critique de prescriptions initiées par d’autres médecins, et en particulier de prescriptions déjà longues, comprenant des produits psychotropes, mais aussi d’autres produits dangereux, ou ayant des interactions entre eux (notamment chez les personnes âgées). Cependant, cette tendance à utiliser des produits inutiles, coûteux ou toxiques s’explique surtout par le fait qu’au sortir des facultés, les médecins généralistes n’ont pas d’autres outils et pas de références adaptées à leur futur exercice (...) En l’absence de formation au doute et à sa gestion, des enquêtés ont également recours à l’ordonnance pour se rassurer et sont constamment à la recherche de “recettes” (...) des ordonnances abusives sont renouvelées faute de relations équilibrées et directes entre les différents prescripteurs. Enfin, dans l’Hexagone, il n’existe ni culture de soins communautaires incluant le point de vue des usagers ni références proprement “généralistes”, d’où un recours privilégié, voire exclusif, aux savoirs et aux produits spécialisés » [9] (voir aussi chapitre 7 de [2]).

Le médecin croit aux médicaments, et sa méthodologie thérapeutique se résume à la prescription de médicaments ou d’actes de soins. L’association d’une « foi » dans les médicaments, d’un marketing agressif, d’une croyance dans les progrès et l’innovation, d’un discours médical vantant sans cesse l’efficacité de la biomédecine, de la désorganisation de la chaîne de soins – entre prescripteurs comme entre structures – et finalement d’une formation thérapeutique univoque (où et quand apprend-on les techniques psychothérapeutiques pourtant largement promues dans les groupes Balint ?), font que la prescription du médecin est première, l’offre préexistant et créant la demande des patients.

La demande

La demande des patients est forte – ou, du moins, vécue comme telle par les médecins. La représentation positive des médicaments dans la société créant une attente forte chez les gens, la demande des patients aux médecins est le plus souvent une demande de médicament. Cette demande peut être paradoxale : les patients peuvent en même temps attendre ou exiger une prescription tout en la critiquant (« je n’y vais pas pour cela, mais cela se termine toujours comme cela »), et ils peuvent également exiger une prescription et ne pas l’observer (acheter les médicaments, mais n’en prendre qu’une partie, voire ne pas acheter les médicaments).

La demande est conditionnée principalement par l’offre : les médecins sont persuadés du bien-fondé des médicaments, quelles que soient les situations rencontrées, les labos promeuvent l’idée du médicament ; que pourrait alors demander le patient à son médecin ? Aurait-

il seulement le loisir de le faire ? La démarche médicale (interrogatoire, diagnostic et thérapeutique) ouvre-t-elle vers une problématisation plus large de la santé ? Les difficultés rencontrées par les patients se résolvent-elles seulement dans le colloque singulier et la prescription qui suit ?

La demande est doublement formée : par la représentation positive des médicaments et par la démarche médicale. On dit que l’expression de la demande est sophistiquée : la demande doit être « conforme » à l’offre pour pouvoir être prise en considération par le médecin, elle est construite par la « propagande de l’offre ». Ainsi, l’expression de la demande (de médicaments) est la seule manière d’être entendu, voire même écouté. S’exprimer de manière conforme à l’offre est une stratégie d’adaptation de l’acteur dans sa relation avec le professionnel. Relativement à cela, le praticien est conforté dans sa manière de faire, et exprime souvent le fait que s’il prescrit, c’est en réponse à la demande des patients dont il peine à se détacher. En réalité, l’offre médicale prime, et, en conditionnant la demande, exonère le praticien de questionner sa pratique, et aux facultés de médecine d’enseigner d’autres thérapeutiques.

On peut également penser, avec Isabelle Stengers, que « les patients sont devenus les meilleurs alliés d’une industrie pharmaceutique, réclamant que soit reconnu comme une vraie maladie un écart à la norme (l’hyperactivité par exemple) pour lequel l’industrie proposait justement une médication » [10].

Une multiplicité des prescripteurs non coordonnés

Dans nombre de situations pathologiques, consulter différents médecins représentant différentes spécialités est indispensable. Ces médecins prescrivent souvent directement, sans se préoccuper des autres prescriptions, synthèse que seul le médecin traitant est en mesure de réaliser, et devrait faire. Si une régulation par l’argent existe, diminuant le remboursement des actes médicaux s’ils ne rentrent pas dans le cadre d’un « parcours coordonné » par le médecin traitant, le patient reste libre de consulter les praticiens de son choix. La responsabilité est partagée. Un patient peut cumuler des consultations médicales conduisant à des prescriptions « indépendantes ». Le médecin traitant peut aussi multiplier les demandes d’avis spécialisés et rencontrer de grandes difficultés à ne pas suivre les « sages conseils ». Le risque iatrogène est très grand. L’exercice individuel et parcellisé de la médecine ne permet pas un dialogue, une réelle construction en commun du projet de santé du patient.

Les établissements médicosociaux, comme les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ont l’obligation de recruter un « médecin coordonnateur » dont deux des treize missions concernent la prescription des médicaments : il doit vérifier que

les prescriptions sont conformes aux « impératifs d'une bonne pratique gériatrique » et établir une « liste préférentielle de médicaments », en collaboration avec les médecins traitants et les pharmaciens. Cette fonction aurait pu contribuer, dans le domaine de la santé des personnes âgées, à rationaliser et à diminuer le nombre des médicaments prescrits. En fait, les médecins traitants qui interviennent dans les établissements sont, là comme ailleurs, libres de leurs prescriptions, et le législateur n'a donné aucun moyen au médecin coordinateur pour assurer sa mission.

La mission de coordination et de régulation des soins conférée aux médecins traitants ne fonctionne pas mieux que celle des médecins coordinateurs, faute de compétence, de temps et surtout de motivation. Cela a des conséquences évidentes en matière de surprescription et de difficulté à déprescrire.

La confusion entre thérapeutique et pharmacologie

La formation initiale des médecins n'envisage quasiment aucune autre thérapeutique que médicale (médicaments) ou chirurgicale. Le certificat de dernière année du second cycle intitulé thérapeutique est en fait un cours de pharmacologie. Les dimensions psychologiques et relationnelles ne sont pratiquement pas abordées. L'idée même de psychothérapie est absente, comme elle l'est devenue dans la spécialité de psychiatrie. Et les stages de troisième cycle ne peuvent améliorer cet état d'esprit, car ils sont presque intégralement des stages hospitaliers, et toujours encadrés et dirigés par des médecins eux-mêmes mal formés.

L'approche pharmacologique de la thérapeutique est théorique. Il s'agit des classes médicamenteuses et de leurs modes d'action physiologique et non de leur action « clinique », c'est-à-dire l'effet d'une molécule dans le cadre d'une relation thérapeutique et d'une physiologie et d'une culture singulière. Or, l'efficacité des médicaments n'est le plus souvent qu'un petit plus par rapport à l'effet placebo, lequel est l'effet thérapeutique de la relation. Plutôt que de le considérer comme une part importante de l'effet thérapeutique, il est considéré comme une base nulle (un effet placebo, ce n'est rien). Dans la médecine basée sur les preuves (*evidence based medicine*), une preuve d'efficacité, c'est un effet supérieur à l'effet placebo. Or, si l'on considérait l'effet placebo comme un réel effet thérapeutique, d'une efficacité assez bonne, celle, relative, du médicament se trouverait très diminuée : « assez peu » relativement à « rien » est perçu comme « beaucoup », mais par rapport à quelque chose de substantiel, « assez peu » reste assez peu. . .

La formation reçue par les médecins les laisse démunis face à un grand nombre des situations qu'ils rencontreront, ce qui induit une grande insécurité thérapeutique que

l'approche pharmacologique du médicament, le discours rationnel – mais souvent peu scientifique – de la médecine basée sur les preuves vient tempérer. Or, le médicament et la pharmacologie s'originent dans le *pharmakon* des Grecs, qui est caractérisé par « à la fois son efficacité et son absence d'identité : il peut être aussi bien, selon le dosage et l'usage, remède et poison » [11]. La formation thérapeutique des médecins ne s'intéresse pas à cette dualité du *pharmakon*. Afin de sécuriser médecins comme patients, « il s'agit de mettre en suspens l'instabilité du *pharmakon* ». Ne prêtant pas suffisamment attention à la dimension de poison du médicament, on finit par réellement empoisonner les patients. Et personne n'est plus capable de construire des alternatives.

Des prescriptions non raisonnées parce que technicisées et protocolisées

Dans son blog Décodages, le 14 mars 2018, François Leclerc écrivait, à propos du développement des robots dans l'industrie et dans la santé : « *Passé l'engouement excessif du départ, l'impact des nouvelles technologies se confirme dans de nombreux secteurs d'activités, en premier lieu la finance et la santé. Mais la disruption qui s'annonce suscite de fortes réactions de nature conservatrice* »¹⁰. Dans les commentaires ouverts, un lecteur renchérit : « *Je ne connais pas les chiffres, mais il me semble évident que cette automatisation a rendu le recours aux analyses médicales (qui permettent aux médecins des prescriptions mieux adaptées) bien plus courant qu'il ne l'était il y a quelques dizaines d'années. C'est le bon côté de l'automatisation* ». Ces analyses et commentaires sont probablement le fait de « profanes » en santé. Mon commentaire posté sur le blog fut le suivant : « *bientôt plus de prises de sang du tout. Un petit capteur sera relié par wifi à votre usine santé et votre assurance. Mais que va-t-il capter? Des résultats de mesures biologiques, que nous croyons être pertinentes pour la santé des gens... Car la robotisation des analyses médicales – un fait depuis longtemps déjà – n'a pas entraîné d'amélioration de la santé, mais plutôt une inflation d'exams inutiles surtout lorsque la probabilité pré-test n'est pas évaluée, et coûteux [comme les D-dimères, la fraction terminale du peptide natriurétique de type B (NT-proBNP), l'antigène spécifique de la prostate (PSA) et la plupart des « marqueurs cancer »], de mauvaises décisions en aval, à soigner des chiffres plutôt que des gens. L'intelligence artificielle sera-t-elle capable de limiter les décisions médicales dangereuses, de faire des choix de prescriptions d'analyse plus adaptés et plus parcimonieux ? Par exemple, un robot qui lit des mammographies empêchera-t-il les mastectomies inutiles? Recommencera-t-on à enlever les prostatites (bien*

¹⁰ Blog Décodages : <https://decodages.com/2018/03/14/demain-les-robots-tailleront-nos-vetements-sur-mesure/#more-102834>

sûr par un robot dont les conséquences iatrogènes ne sont pas moindres qu'un chirurgien entraîné) des hommes qui ont des PSA élevées ? N'oublions pas que la médecine et les services de santé ne sont à l'origine que de 10 à 20 % de l'amélioration de la santé publique... La robotisation ne serait-elle alors que "plus de la même chose", rendu plus facile d'accès et plus généralisé encore ? Et puis, vivement le robot qui enfournera les médicaments directement dans l'estomac des malades récalcitrants (on dit "non observant"). Est-ce du conservatisme que de ne pas désirer cela ? ».

Nous voyons dans ces extraits la quintessence du problème posé par la toute-puissance médicale : pour comprendre le mal-être d'un patient, et faire son diagnostic, la médecine se nourrit maintenant de chiffres¹¹. L'analyse des données quantifiées prend de plus en plus la place de l'examen clinique et le médecin a tendance à « soigner » les chiffres (c'est-à-dire intervenir pour ramener des chiffres dans la norme, y compris donc des images numériques anormales), plutôt que le malade lui-même (ramener pharmacologiquement des chiffres à la norme n'est pas toujours proportionnellement efficace en matière de santé : conférer cholestérol, tension artérielle ou diabète). Cette pratique ressemble au réglage d'une machine grâce à l'information continue fournie par des capteurs. L'efficacité reposerait sur une automatisation de la pensée, une réduction *ad absurdum* de la vie à des données numériques¹², à la standardisation de l'être humain. C'est l'une des raisons de la surconsommation des médicaments : à un diabétique, on donne des statines, à un hypertendu des antihypertenseurs, et on vaccine les personnes âgées contre la grippe. Il n'y a pas à réfléchir. Le chemin entre les données et le traitement est de plus en plus immédiat, sans tenir compte des dimensions qualitatives et imprévisibles de la vie. Comme les données sont par essence instables, les traitements automatiques doivent s'adapter à chaque changement des données et cela augmente le risque de surconsommation.

Enjeux de la prescription chez les personnes âgées

Le paradoxe de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Qu'est-ce qu'un Ehpad ? À écouter les gens qui y travaillent, le terme « lieu de vie » revient souvent, y compris dans les projets de service, les brochures dites livret d'accueil, et même les projets de soin. En réa-

lité, les Ehpad n'ont pas été conçus comme des lieux de vie, mais comme des établissements médicalisés. Le soin médical et paramédical en constitue le centre névralgique. La plus grande partie du personnel consiste en des infirmières et des aides-soignantes, rémunérées tout ou partie par l'assurance-maladie. Le projet est calqué sur le modèle hospitalier afin de prioriser les soins médicaux rendus nécessaires par le vieillissement et les polypathologies. L'organisation (horaires, tournées, plannings, levers et couchers, heures des repas, dénomination des places par la terminologie « lit ») et la nature du personnel (personnel médical) sont superposables à celles de l'hôpital, mais sans les moyens : pas de médecin à demeure, en général, sauf un médecin coordinateur, pas d'infirmière la nuit, et des ratios de soignants très inférieurs, car il ne s'agit en principe que d'entretien de maladies chroniques ou invalidantes. Le médecin coordinateur, par rapport à un médecin hospitalier, a un rôle paradoxal : s'assurer que les soins médicaux et les médicaments délivrés sont « conformes » aux « impératifs de la gériatrie » [12], ce qui signifie veiller à limiter le nombre et les posologies des médicaments prescrits par leurs confrères libéraux et limiter le recours aux soins et aux techniques. Le paradoxe réside dans le fait qu'un médecin, pour restreindre le soin médical, doit être convaincu des excès et de la iatrogénie médicamenteuse, penser le soin non médicamenteux et être capable d'entraîner les équipes soignantes dans cette direction. Encore faudrait-il que la gériatrie elle-même ne dérive pas vers une médecine déraisonnablement interventionniste. Cette idée de médecin « régulateur » souffre cependant de trois défauts fondamentaux : d'une part, les médecins qui prennent ces postes ne sont pas forcément des médecins « faibles prescripteurs » ni intéressés par une médecine moins technocratique. Ensuite, le médecin coordinateur n'est pas le médecin traitant, et à ce titre n'a pas, sauf urgence, à prescrire. Les médecins traitants restent absolument libres de leurs prescriptions. Enfin, le médecin coordinateur n'a aucun pouvoir hiérarchique¹³ sur les équipes. Cela rend la mission de médecin coordinateur presque impossible à remplir.

La médicalisation n'est pas le fait des seuls médecins. Les équipes sont composées de métiers intégralement formés à l'hôpital, dans lequel la philosophie du soin est purement sanitaire. Pour ces professionnels, la prescription médicale est leur carburant, la réponse médicale leur soulagement. La pression sur le médecin traitant est constante, si ce dernier essaie de respecter les recommandations¹⁴. Un médecin qui résiste à la prescription se met souvent en conflit avec l'équipe.

¹³ Et, n'étant pas prescripteur, il ne peut rien « ordonner » aux équipes...

¹⁴ D'autant que le médecin traitant ne fait pas partie de l'équipe, il n'est que « de passage », un passager presque clandestin (parfois, on ne le voit même pas quand il vient). Mais cela n'est pas pour autant

¹¹ Et d'une certaine façon, les images numérisées des scanners et des IRM sont aussi des chiffres...

¹² Où l'on confond d'ailleurs données numériques et algorithmes avec de la mathématique...

En somme, la médicalisation des Ehpad est un frein à une démarche d'amélioration des pratiques en gériatrie !

Médicalisation de la vieillesse

À mesure que les personnes vieillissent, les soins prennent une place de plus en plus importante dans leur vie. Leur projet de vie se réduit ou se transforme en projet de soins et le projet de soins est lui-même ambigu : s'agit-il de prolonger la vie coûte que coûte (mission de l'hôpital) ou d'être le dernier passage avant la mort (dont l'Ehpad est l'archétype) ? En outre – et surtout –, cet envahissement des soins se construit avec une représentation médicale et hospitalière de la vie des personnes : les soins devenant nécessaires, le domicile commence à se transformer en petit hôpital, dont le point culminant est l'hospitalisation à domicile (HAD), précédant une institutionnalisation. Dans une logique inversée, l'Ehpad devient le modèle du domicile, et la pratique de soins, la pratique idéalisée de ce qui est « bon pour la vie ».

La place que prend le médicament dans la vie des personnes âgées se traduit en établissement par une organisation bureaucratique du circuit du médicament. En effet, grâce au médicament, les paradoxes de la médicalisation des personnes âgées sont gommés : le projet de soin prend le pas sur le projet de vie ; la prise en charge de la dépendance s'impose comme de « l'accompagnement à l'autonomie » ; l'organisation et les règles de vie instruisent et finissent par remplacer une attention aux besoins des résidents ; les établissements, dont la mission et le nom consistent en un simple hébergement, sont appelés par euphémisme des « lieux de vie » ; au nom du collectif s'impose une gestion restrictive des désirs et des volontés de la personne et, pour finir, ces lieux et cette période de la vie qui sont l'antichambre de la mort éludent, contournent, dénaturent le sens tragique de l'existence, évacuant l'idée même de mort – mort que l'on pourrait éviter en se soignant mieux... Tout tourne alors autour du médical et du médicament, y compris l'organisation des locaux (infirmerie, stockage des médicaments, tisanerie, salle de soins, salle de décontamination) qui occupent une part importante de la surface disponible. En soignant les résidents, ou plutôt en concentrant les soins sur le médicament et sa prescription, on soigne plus l'institution qui doit survivre que les malades dont on tente d'éviter la mort : tout concourt à faire du médicament le *pharmakon* de la structure, et du médecin, le thérapeute des contradictions et des paradoxes institutionnels.

Qu'en serait-il d'une parole soignante, faite des petites attentions qui font le quotidien de la vie, des plaisirs non programmés, garantissant le libre arbitre de chacun ?

plus facile pour un médecin traitant « institutionnel » qui gère cette pression en permanence.

Comment prétendre soigner si le soin ne permet pas à la personne de contribuer à sa santé, à sa vie ? Comment faire comprendre que l'enjeu du bien-être réside, même dans la fonction du médecin, dans autre chose que de la prescription (médicaments, examens) ? Si la meilleure stratégie de déprescription est encore de ne pas commencer à prescrire inutilement ou dangereusement, cette stratégie ne sera possible qu'à la condition de repenser en profondeur l'institution même de l'Ehpad¹⁵.

Déprescrire : faire comprendre et accompagner

Arrivé il y a trois ans comme médecin traitant dans un Ehpad, j'ai été effaré par l'importance des prescriptions, en particulier de psychotropes¹⁶. Il semblait aller de soi que la régulation des comportements des gens passait par la prescription. Des ordonnances comportant deux neuroleptiques, parfois trois, deux antidépresseurs, un régulateur, un tranquillisant et un somnifère étaient monnaie courante.

Avec ce type de prescriptions, nous avons des situations quasiment archétypiques : des gens agités, parfois violents, très angoissés, et se grabatisant petit à petit du fait de la iatrogénie. Je ne compte pas non plus les « morts » subites et inexplicables, les chutes et leurs cortèges de traumatismes. Je me sentais seul contre tous à questionner ces prescriptions, et surtout pris au piège – prenant la suite d'un confrère – de devoir valider, au moins dans un premier temps, de telles prescriptions. Chacun était persuadé que ces médicaments étaient nécessaires : « *Imaginez ce que ce serait sans, déjà qu'avec ils sont intenable.* »

Par quel bout prendre le problème ?

Dans un premier temps, j'ai tenté de faire œuvre de « pédagogie », et d'analyser les prescriptions avec les infirmières. Cela a été vécu comme une mise en question de leur rôle, qui est de distribuer les médicaments et non de s'interroger sur la pertinence de la prescription.

Cela a même semblé constituer une double mise en question :

– mise en question de leur « rôle propre » : une partie importante de leur travail quotidien consiste à préparer et à distribuer les médicaments ; que vont-elles faire si les prescriptions diminuent ? Ne va-t-on pas réduire le temps infirmier ?

¹⁵ L'enjeu de la médicalisation existe également au domicile, mais de manière moins centrale (sauf en cas de HAD, qui transforme le domicile en hôpital) dans la mesure où la personne, étant chez elle, garde un certain libre arbitre (par exemple, elle peut refuser qu'un soignant entre chez elle), et une dimension contributive (elle peut offrir un café à la soignante qui passe matin et soir chez elle).

¹⁶ À la décharge de cette institution, précisons qu'il s'agit principalement d'accueillir des malades ou des handicapés mentaux.

– mise en question de leur place, qui est d'être subordonnée à la volonté du médecin : si le médecin leur demande de réfléchir sur son rôle propre, en dehors du glissement de tâche que cela représente, n'est-ce pas le signe de son incompétence ? – laquelle se traduit concrètement par un dérèglement des comportements des résidents, qu'elles, avec les aides-soignantes, sont les premières à observer, et que le médecin ne perçoit pas¹⁷. Non seulement le médecin ne sait pas prescrire (puisqu'il juge opportun de déprescrire), mais encore il provoque des effets négatifs pour la bonne marche du service. Ce médecin est dangereux ! Il ne sait pas ce qu'il fait et il nous met dans la difficulté.

Dans un deuxième temps, je me suis mis à diminuer de moi-même puis à arrêter un grand nombre des molécules prescrites. Je me suis aidé des recommandations de la revue *Prescrire* qui incite les médecins à déprescrire, et du mouvement *Slow Medicine*¹⁸. C'est à cette occasion que le syndrome de la « bouteille à moitié vide ou à moitié pleine » est apparu dans sa plénitude. Les transmissions des soignantes montraient systématiquement une aggravation des troubles dès que les soignantes prenaient connaissance de la diminution d'une posologie ou de l'arrêt d'un médicament. Cela allait parfois très loin : le comportement des gens débordait tellement l'équipe que les soignants multipliaient les déclarations d'événement indésirable¹⁹, parfois pressés en cela par des enjeux institutionnels et syndicaux, l'événement indésirable ayant comme première fonction de faire pression sur la hiérarchie (direction des soins et direction administrative, le plus souvent confondues).

J'ai fini par comprendre que le médicament ne soignait pas tant le malade que les soignants et l'institution qui l'héberge. Les effets secondaires étaient en effet secondaires par rapport à la nécessité de calmer la peur²⁰ des soignants, et la peur qu'une meilleure adaptation au

malade plutôt qu'à l'organisation des soins puisse provoquer une désorganisation des soins. Il vaut mieux souvent en effet, pour des aides-soignantes « au taquet », que l'organisation tienne bon afin de pouvoir réaliser les tâches prescrites, le risque étant de ne pas réaliser les tâches en temps et en heure et d'être ensuite sanctionnées.

Or, les conditions de vie de ces patients sont tout à fait propices au mal-être : trente-six personnes se côtoient du matin au soir dans un espace petit et clos, mangent ensemble et habitent dans des chambres à deux lits. Les soins sont conçus comme des soins du corps, organisés, programmés et protocolisés selon des procédures rigides : les toilettes doivent être faites le matin et les équipes du matin sont plus nombreuses que celles de l'après-midi. Les repas doivent être pris au moment où ils sont servis, car la vaisselle doit être faite dans le temps de travail des agents d'entretien, et les réfectoires (seuls espaces un peu clairs et agréables) doivent être nettoyés – selon les procédures *ad hoc* du « bio-nettoyage » – immédiatement après les repas, rendant les réfectoires inaccessibles plusieurs heures après le repas de midi. J'ai pu ainsi orienter les débats et les conflits liés à la déprescription autour des questions d'environnement et de procédures de travail. Cela a été un peu difficile pour faire le lien entre comportements, organisation et prescriptions.

Nous nous sommes aperçus que les médicaments ne servent pas à traiter la maladie mentale ou neurologique, et que les « troubles du comportement » n'étaient pas principalement dus à la maladie, mais à l'interaction entre la maladie, le vieillissement, et le mode de vie proposé, l'organisation dans laquelle ils doivent se fondre. Les médicaments servaient à compenser une mauvaise compréhension de ces interactions et traitaient de ce fait les défauts de l'organisation, de la prise en soins et de l'environnement proposés.

Nous pourrions en dire autant de l'ensemble des autres prescriptions, qu'elles soient médicamenteuses, d'examen ou de visites de spécialistes. Dans tous les domaines de la gériatrie, la déprescription et la prescription raisonnée sont nécessaires, et ne peuvent passer que par un travail long, lent, collectif et rigoureux autour de la nécessité de prendre des médicaments et de comprendre l'enjeu de la santé au-delà de la maladie, en rapprochant conditions de vie, environnement, santé et maladie.

Souvent, *moins est mieux*, comme le rappelle la revue *Prescrire*. Mieux, car l'excès de réponses médicales est en soi iatrogène. Réduire la iatrogénie est donc une démarche de « bientraitance ».

L'exemple de la prescription et de la déprescription en Ehpad mérite maintenant d'être étendu à l'ensemble des pratiques de soins, et pas seulement dans les établissements ou à la gériatrie. Ce questionnement devrait s'imposer à tout médecin, en ville comme à l'hôpital. Il impose de s'intéresser à la vie des patients et pas seulement à leurs maladies – et donc de repenser notre organisation

¹⁷ Robert Barrett [13] insiste sur le fait que les espaces-temps des différents professionnels dans les structures hospitalières sont différents : le médecin a le monopole de la profondeur, pendant que l'infirmière a le monopole du temps. Ainsi, le médecin fait du diagnostic et l'infirmière observe les comportements. Il est parfois difficile de rattacher les comportements aux maladies, et la psychiatrie a nettement évolué vers la régulation des comportements observés dans la société en abandonnant toute prétention étiologique et donc thérapeutique.

¹⁸ www.slowmedicine.it

¹⁹ Cf. [2], chapitre 8 *Procédures institutionnelles et hégémonie médicale. Histoire d'un conflit à fronts renversés en Ehpad*. M. Touita – dont il est question dans ce chapitre – a fait l'objet de plusieurs dizaines de fiches d'événement indésirables. Ses neuroleptiques avaient été supprimés du fait d'un syndrome malin des neuroleptiques. Profitant de mon absence prolongée, il a été hospitalisé, et les psychiatres du CHS n'ont pas hésité à le remettre sous neuroleptiques, en mettant en doute la validité du diagnostic de syndrome malin. Quelques semaines plus tard, son syndrome malin a récidivé. Il n'est pas mort, mais il s'en est fallu de peu.

²⁰ Mais aussi leur impuissance réelle...

du travail médical et paramédical. C'est ce que l'idée de coordination renferme, sans que, le plus souvent, elle soit réellement mise en œuvre.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France, 2015.
2. Bass M. *Mort de la clinique*. Paris : l'Harmattan, 2018.
3. CNAMTS ameli.fr : points de repère N° 12 : consommation médicamenteuse en Europe, 2007.
4. Polard J, Billé M, Gallopin C, Jean A, Martz D (Eds). *Dictionnaire impertinent de la vieillesse*. Paris : Eres, 2017.
5. Grasland E. Longtemps prolifique, le marché des statines a amorcé son déclin. *Les Échos* 14/11/2013 https://www.lesechos.fr/14/11/2013/LesEchos/21563-086-ECH_longtemps-prolififique-le-marche-des-statines-a-amorce-son-declin.htm.
6. Fojo T, Mailankody S, Lo A. Unintended Consequences of Expensive Cancer Therapeutics –The Pursuit of Marginal Indications and a Me-Too Mentality That Stifles Innovation and Creativity. The John Conley Lecture. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2014 ; 140(12) : 1225-1236. doi:10.1001/jamaoto.2014.1570 https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/1891387?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter&utm_campaign=feed_posts#.U94obHAe7S4.twitter
7. Nouveaux médicaments des cancers : mal évalués, peu efficaces et trop chers. *Prescrire* 2018 ; 38(412) : 134. <http://www.prescrire.org/fr/3/31/53905/0/NewsDetails.aspx>.
8. Le marketing prend le pas sur la recherche dans l'industrie pharmaceutique. *Le Monde* 10/10/2000.
9. Vega A. « Le partage des responsabilités en médecine » INSERM/CNRS/CERMES, août 2011.
10. Stengers I. Au temps des catastrophes, résister à la barbarie qui vient. Paris : La Découverte poche, 2013.
11. Stengers I. *op. cit.* p.91.
12. Décret N° 2005-560 du 27 mai 2005 définissant la fonction de médecin coordinateur en Ehpad, missions 5 et 6.
13. Barrett R. *La Traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.