



JAUNE = il est temps de verser  
ROUGE = c'est le dernier !

## Editorial

### SOLIDARITE EN GRIPPE



Edito .....33

Nouvelles du front... de la  
publiligence .....34

Conflits d'intérêt: ça bouge  
dans le monde... et même  
en France ! ..... 40

Bulletin d'informations  
pharmacologiques ..... 41

Pharmedout: « prescrivez-  
vous sous influence ? » . 22

Corruption et santé: www.  
transparency.org ..... 43

Le Programme Prescrire  
« Eviter l'Évitable »: de la  
connaissance des erreurs  
liées aux soins à l'amélioration  
des pratiques profes-  
sionnelles ..... 44

Droit à la santé: les firmes  
ont aussi des responsabi-  
lités, le cas de GSK ..... 46

Politiques de Santé Interna-  
tionale Lancet today .... 46

Rencontres Prescrire à  
Bruxelles en 2010 ..... 47

Le virus A/H1N1 est incontestablement une des vedettes de l'actualité. Dans nos pays, nombreuses sont les circulaires et réunions qui tentent de clarifier la situation afin de s'organiser au mieux face au risque d'une éventuelle pandémie. J'ai d'ailleurs participé il y a quelques jours à semblable réunion dans ma commune, réunissant bourgmestres, médecins, infirmières, représentants de la Santé Publique et des pharmaciens notamment. Mon propos n'est certes pas de passer en revue les détails des mesures proposées ou des décisions prises. Cela serait trop long et sera diffusé de toute façon très largement ailleurs. Ma réflexion face à cette situation de possible pandémie me conduit à vous faire partager à nouveau le constat de cette terrible inégalité des hommes et des états face à la maladie selon qu'ils sont riches ou non. Je ne citerai que trois exemples: les travailleurs de santé, les médicaments antiviraux et le vaccin anti A/H1N1.

Les travailleurs de santé dans nos pays se font du souci. Face en effet à la propagation rapide de cette pandémie et à ses nombreuses inconnues, ils vont devoir faire face à un afflux massif de patients. La crainte est réelle chez eux de ne pouvoir faire face, alors que maté-

riel, médicaments, soutien logistique et personnel nombreux sont présents. Que doivent se dire les pays pauvres où le manque de travailleurs de santé, de matériel et de médicaments est une profonde source d'inquiétude? L'usage des médicaments antiviraux sera aussi très inégal. On peut discuter de leur efficacité, mais celle-ci sera de toute façon incertaine s'ils ne sont pas administrés dans les premières heures après la déclaration de la maladie. L'utilisation qui pourrait en être faite dans les pays pauvres sera de toute façon limitée, les délais d'accès et d'admission des malades dans les structures de soin étant souvent très longs dans ces pays. Loin de moi l'idée de regretter les difficultés d'accès aux antiviraux dans ces pays pauvres car si la grippe provoque des ravages dans ces pays ce ne sera sans doute pas à l'absence de Tamiflu® qu'il faudra l'attribuer mais bien aux conditions socio-sanitaires en général. Il n'empêche que la difficulté d'accès aux traitements dans ces pays se trouve à nouveau révélée. Enfin la problématique du vaccin est sans doute la plus révélatrice de ces inégalités. Sans entrer dans le débat de savoir si le vaccin sera la solution face à cette pandémie, force est de constater que les pays

riches d'Amérique du nord, d'Europe et d'ailleurs se sont déjà appropriés la plus grande partie de la production de cette année (90 % selon Médecins sans frontières) en signant des contrats avec les principaux laboratoires. Il y a peu d'espoir pour que des mesures soient prises pour assurer un meilleur accès à tous au vaccin à l'avenir. En effet, il y a deux ans suite à la demande de l'OMS pour une solidarité mondiale face à la grippe, les pays développés ont répondu par une approche unilatérale, inacceptable face à une pandémie. Christophe Fournier, président du conseil interne de MSF disait : « l'accès au vaccin ne devrait-il pas dépendre des besoins médicaux et non des capacités financières des états ? ». Car finalement ce qui est le plus dérangeant dans

cette situation ne sont pas les inégalités de dépenses face à la grippe mais plutôt les sommes d'argent considérables dépensées par les pays riches pour celle-ci en regard de ce qui est dépensé pour tant d'autres maladies bien plus graves et touchant des populations bien plus vulnérables que les nôtres dans les pays plus pauvres. A méditer...

Je vous souhaite une bonne lecture de cette 63ème Lettre du GRAS, dans laquelle vous retrouverez le fil conducteur de la publivigilance et du bon sens dans les différents articles et thèmes abordés.



François Baivier

## NOUVELLES DU FRONT... DE LA PUBLIVIGI- LANCE

**ACTION N°60 : UROPYRINE (Phénazopyridine) PHARMACOBEL (8/2001): maintien sur le marché d'un produit inefficace et dangereux.**

L'UROPYRINE® est encore largement conseillée voir délivrée par les pharmaciens dans le traitement des cystites. Pourtant, il s'agit d'un pyrazolé avec le risque d'aplasie médullaire lié à cette classe de molécules.

L'Uropyrine® peut apporter un soulagement symptomatique, parfois utile en cas de cystite radique (?). Ces risques justifient sa délivrance sur prescription médicale et une sensibilisation des pharmaciens dans le cadre de leur fonction conseil d'autant plus que des alternatives moins risquées existent : Cranberry, boissons abondantes,...

Une idée pour une prochaine fiche Quidam (1) ?

(1) PROJET « QUIDAM »

4 questions de base à poser au patient avant un conseil pharmaceutique pour un MNSP (médicament non soumis à prescription) : depuis QUand êtes-vous symptomatique ? - IDentifier des signaux d'alarme - Actions déjà entreprises ? - Médicaments déjà utilisés et traitement habituel ? Des fiches avec algorithmes sont proposées par l'APB (Association Pharmaceutique Belge) pour la constipation, la diarrhée, les maux de tête, mal de gorge, brûlure légère, acné sur base de sources telles que le CBIP, Prescrire...

Essai en cours d'inclusion dans un logiciel officinal avec intégration d'un dossier patient pour, par exemple, pouvoir exclure un effet secondaire médicamenteux en cas de diarrhée, sur base de l'historique médical. Approche utile aussi en cas d'IRC (Insuffisance rénale chronique). Cette formation a déjà été diffusée aux 2000 pharmaciens du GPF (Groupement des pharmaciens francophones) par la SSPF. (Société scientifique des pharmaciens francophones). L'accord du patient est nécessaire pour pouvoir encoder les MNSP délivrés. Il n'y a pas d'échange d'informations entre pharmacies ce qui constitue une limite du système si le patient papillonne.

(Notes prises à l'AG du GRAS 2009 lors de la présentation du pharmacien Pascal Peeters).

**ACTION n° 91: Associations de patients et sponsoring de firmes pharmaceutiques : attention aux liaisons dangereuses ! (12/2005) Voir LLG n° 54, 6/2007 LLG n°56, 12/2007**

Le GRAS revendique un statut pour les associations de patients. Les pouvoirs publics doivent apporter le financement nécessaire aux associations de patients pour leur permettre de ne pas être dépendantes de firmes commerciales. SUITES :

La LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé) propose au politique un Décret relatif à la reconnaissance des associations d'usagers des services de santé. (cfr [www.luss.be](http://www.luss.be)).

Par ailleurs, la Fondation Roi Baudouin (<http://www.kbs-frb.be>) analyse dans une étude récente la situation financière et les besoins des associations de patients en Belgique. Selon elle, la Belgique compte près de 350 organisations de patients : les subsidier davantage créerait un effet de levier.

Dans leur grande majorité, elles sont très dynamiques et elles s'appuient surtout sur l'engagement de volontaires. Il s'agit souvent ici d'associations de taille relativement modeste, sous le statut d'asbl, qui comptent en moyenne 50 membres dans leur assemblée générale et 7,5 administrateurs.

Autres chiffres révélateurs : 45 % des associations recensées fonctionnent avec un budget annuel limité, soit moins de 5.000 euros. Un autre groupe, qui représente 40 % du total, dispose d'un budget allant de 5.000 à 50.000 euros. Enfin, quelque 15 % de ces organisations disposent d'un budget annuel supérieur à 50.000 euros. Le budget total des associations de patients belges se situe entre 20 et 25 millions d'euros. De ce montant, seuls 4 millions d'euros proviennent de subsides des pouvoirs publics (3 millions d'euros vont directement aux associations de patients, un million aux couples et organisations de soutien). Une intervention plus importante des pouvoirs publics permettrait cependant d'obtenir un effet de levier sur le fonctionnement des soins de santé dans notre pays. Les patients pourraient ainsi mieux participer à la politique de soins de santé, ce qui permettrait de mieux utiliser les moyens qui leur sont consacrés. De plus, les associations de patients pourraient offrir des services qui ne sont pas proposés par le secteur des soins de santé. Ces organisations tirent leurs ressources essentiellement d'activités destinées à lever des fonds et de dons de personnes privées. Ces deux modes de financement leur procurent presque la moitié de leurs ressources. Les entreprises ne figurent pas parmi leurs grands soutiens, et certainement pas lorsqu'il s'agit de sponsoring structurel, non lié à des projets.

Leur rôle change dès que le financement de projets est en jeu : les entreprises interviennent alors pour 36% du financement de projets. Les pouvoirs publics prennent 25 % de celui-ci à leur compte. D'autres ressources proviennent d'organisations comme la Loterie nationale, des fondations et des services-clubs. L'étude met aussi en lumière les difficultés que les associations de patients éprouvent à financer leurs projets : les coûts induits par les projets représentent 25 % des dépenses totales, tandis que les revenus directement liés aux projets ne représentent que 10 % des ressources. La différence est assurée par des ressources permanentes.

Les volontaires constituent la colonne vertébrale des associations de patients. Cela vaut autant pour les grandes que pour les petites organisations. Les auteurs de l'étude ont calculé que la valeur économique de l'engagement des volontaires dépasse les 6 millions d'euros sur une base annuelle. Une extrapolation étendue à toutes les associations chiffrerait cette valeur entre 18 et 24 millions d'euros.

La Fondation va s'attacher dans l'avenir à développer, tester et évaluer les bonnes pratiques en matière d'associations de patients ; elle va s'impliquer dans la formation et le coaching, pour accroître l'expérience nécessaire, et dans la recherche de possibilités réalistes pour la reconnaissance et le financement des associations.

**ACTION N° 95: Margarines aux phytostérols - Partena (8.2006) : promotion de leur usage par le biais d'un remboursement d'une mutuelle (Partena) alors que les preuves cliniques de l'intérêt de leur utilisation en prévention cardiovasculaire sont manquantes. *Interpellation de la Mutualité PartenaMut*  
SUITES : Partena remet le couvert avec Becel :**

Fin mai 2009 et début juin, la RTBF a diffusé un spot publicitaire « J'ai 50 ans et je suis une femme. J'ai 50% de chances d'avoir trop de cholestérol. Participez au PartenaMut Cardiotour...Faites mesurer votre cholestérol... sponsorisé par BecelProactiv®»

Le site [www.becel.be](http://www.becel.be) signale « REMBOURSEMENT PARTENAMUT :  
*Recevez jusqu'à 30 Euros de remboursement par an. Il est très simple. Tout ce que vous avez à faire, c'est de rassembler des codes-barres de Becel pro.activ sur la carte-épargne et de la renvoyer à Partenamut Cliquez [ici](#) pour télécharger la carte.* »

D'un point de vue scientifique, la mesure de la cholestérolémie chez toutes les femmes de 50 ans ne se justifie pas. Affirmer qu'une femme sur deux a trop de cholestérol après 50 ans constitue un raccourci dangereux. Ce partenariat répété entre mutuelle (PartenaMut) et industrie (agroalimentaire : Becel) pose question.

#### **AUTRES ACTIONS DU GRAS sur le thème :**

**ACTION N°59. MARGARINES AUX PHYTOSTEROLS :** (6/2001) publicité médiatique pour un produit sujet à caution.

**ACTION N° 111 : SWEETBEE® (5/2008):** boîte promotionnelle d'échantillons pour diabétiques associée à la promotion du JANUVIA® (Sitagliptine) auprès des médecins généralistes. Partenariat dangereux entre mutuelle (Socialiste) et industrie (pharmaceutique et agroalimentaire). *Interpellation de la Mutualité Socialiste LLG n° 58, juin 2008.*

**ACTION n° 97 : INFORMATION DES PATIENTS :** quand les firmes tentent de s'en emparer... (11.2006) : déclaration commune d'organisations européennes transmise par le GRAS au ministre fédéral de la santé. SUITES :

La Ministre Onkelinx a répondu à la lettre du mois de mars adressée par le collectif belge Europe Médicaments concernant la proposition de la Commission Européenne sur l'information aux patients. Les conclusions du Conseil Européen des Ministres de la Santé (du 9 juin 2009) sont favorables à notre point de vue: les ministres ont identifié les mêmes problèmes que nous. « Beaucoup de délégations sont d'accord sur la nécessité d'améliorer l'information du public sur les médicaments disponibles sur prescription mais craignent que le système proposé crée une surcharge de travail pour les autorités compétentes sans améliorer significativement la qualité de l'information fournie aux patients. En plus, de nombreuses délégations maintiennent que la différence entre « information » et « publicité » n'est pas suffisamment claire et craignent dès lors que ces propositions ne fournissent pas de garanties suffisantes pour éviter le contournement de l'interdiction de la publicité pour les médicaments disponibles sur prescription. »

Le 17 juin 2007, la Ministre Onkelinx confirmait par lettre « son attitude très critique comme celle de la plupart des états membres vis-à-vis de l'initiative de la Commission Européenne concernant une information aux patients donnée par l'industrie pharmaceutique pour les médicaments soumis à prescription ». Reprécisons que cette proposition émane en fait du Directeur Général « Entreprises et Industrie » qui est, au niveau européen, responsable pour le domaine de la santé. Nous avons appris que ce projet a, à nouveau, été discuté au niveau européen, cette fois-ci au niveau du « Conseil de Santé ». Nous avons réinterrogé la Ministre Onkelinx à ce propos, et attendons sa réponse.

D'autre part, d'autres projets circulent au niveau européen: une proposition de confier la tutelle de cette information faite par les firmes directement auprès des patients aux institutions de Health Technology Assessment (HTA, c'est-à-dire le Centre d'Expertise Fédéral-KCE en Belgique) ... mais en intégrant l'industrie pharmaceutique dans ces HTA, ce qui ruinerait leur indépendance.

Une autre proposition est de revoir les modalités de la pharmacovigilance, entre autres des PSUR (Programme de surveillance des effets indésirables avec rapport régulier obligatoire auprès des autorités pour les firmes); ces PSUR rassemblés par les firmes doivent être complets, mais le projet prévoit que les firmes pourraient sélectionner les éléments transmis.

La vigilance doit donc être importante tant au niveau national (large plate-forme sous la coordination de Tests Achats) qu'au niveau européen (International Society of Drug Bulletins, entre autres, sous la coordination de la revue Prescrire).

Le GRAS est partie prenante à ces deux niveaux. Dans le cadre de la constitution d'un nouveau parlement européen et d'une nouvelle Commission, la plate-forme belge précitée a demandé ce 17 juillet à la Ministre Onkelinx que le secteur des médicaments ne dépende plus du Directeur Général Entreprises et Industrie mais bien d'un Directeur Général dédié à la santé.

**ACTION N° 102 : ALZHEIMER (8.2007) :** *privilégier les approches non médicamenteuses. Sensibilisation des prescripteurs et du public.*

La campagne médiatique actuelle concernant la maladie d'ALZHEIMER vise surtout à promouvoir le traitement médicamenteux de cette affection. Les messages qui y sont développés sont à l'emporte pièce et trompeurs : « 7 malades sur 10 n'ont pas accès au traitement (Le Soir 17.08.07) », « plus tôt dépisté = plus tôt soigné = gagner du temps sur la maladie. »

C'est oublier que l'efficacité des médicaments anti-Alzheimer étant modeste et transitoire et leurs effets indésirables nombreux, il faut se demander régulièrement si leur prescription est réellement utile au patient et s'il ne faut pas leur préférer les prises en charge de type non médicamenteux (baluchonnage, cantous, cafés de la mémoire, snoezelen,...), Plus d'infos [LLG 56, p.50-1.](#)

Un rapport récent (n°111B de 7/09) du KCE (Centre Fédéral d'Expertise [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)) confirme notre ancienne critique. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a étudié l'efficacité de la prise en charge, médicamenteuse ou non, de la maladie d'Alzheimer (MA). Il constate qu'un soutien professionnalisé et de longue durée apporté aux soignants informels, constitue la seule intervention retardant significativement l'institutionnalisation du patient. L'effet potentiel de ce type d'intervention non pharmacologique semble être supérieur à ce qui peut être observé avec les médicaments actuellement disponibles (...) Comme il n'y a encore aucun traitement qui permette d'arrêter vraiment l'évolution de la maladie, un diagnostic aussi précoce n'est pas encore vraiment nécessaire aujourd'hui.

#### **Efficacité limitée des médicaments actuellement disponibles.**

L'efficacité de l'arsenal thérapeutique actuel est très limitée. Les études sur les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase montrent que les symptômes (par exemple les troubles de la mémoire) ne sont maîtrisés que chez un patient sur dix. L'évolution de la maladie ne peut être stoppée. Les preuves de l'efficacité de certains médicaments actuellement remboursés (Ginkgo biloba, la mémantine en monothérapie) sont si faibles que le KCE remet en question leur remboursement. La plupart des études de coût-efficacité de ces produits ne sont pas très fiables. Il a par exemple été suggéré que ces médicaments retardaient l'institutionnalisation des patients, mais ceci ne ressort pas d'études randomisées. Malgré tout, approximativement 70% des patients qui restent à la maison et un tiers des patients institutionnalisés reçoivent un inhibiteur de l'acétylcholinestérase. Le KCE recommande également que l'utilisation des antipsychotiques chez les patients souffrant de MA soit limitée au maximum, car cette utilisation est associée à des chiffres de mortalité plus élevés.

**ACTION N° 117 :** promouvoir et défendre l'allaitement maternel en respectant le code OMS sur les substituts du lait maternel (6/2009) : *sensibiliser les professionnels de la santé et les pouvoirs publics belges, dénoncer les tromperies publicitaires.* L'exemple de la publicité pour le lait de suite Nutrilon Bonne Nuit® de Nutricia parue dans le Ligeur n°15 du 27 mai 2009 : "votre enfant se fortifie tout en passant de bonnes nuits », est vachement trompeur!

Une collègue médecin généraliste a réagi à cette publicité pour un lait de suite :

**Chuuuuuuut...**

Ce magnifique petit bébé dort et ce n'est pas grâce au dernier lange « pet au sec » ou simplement parce qu'il est fatigué...Il a eu la chance de recevoir un lait de suite « dont la composition procure une sensation de satiété qui permettra à votre tout-petit de faire ses nuits sans souci...et sans se réveiller. De plus ce lait contient un mélange breveté de fibres prébiotiques qui renforcent naturellement la résistance du bébé » .

Un enfant est-il comme un poêle à bois qu'on bourre le soir pour qu'il tienne jusqu'au matin ?

Que disent les études concernant ce domaine ? La probable farine contenue dans ce lait a t'elle jamais empêché un bébé de se réveiller la nuit ? Les prébiotiques ont-ils montré une quelconque efficacité dans ce cas ?

Cette publicité accroche le regard par sa jolie photo et son design attractif et cela m'interpelle car cette pub est interdite par le code OMS depuis 1981 dans tous les journaux grand public. Voir : <http://whqlibdoc.who.int/publications/1981/9242541605.pdf>

Elle se trouvait pourtant dans Le Ligeur de juin, une revue destinée aux familles...

MAIS la Belgique n'interdit pas les publicités pour les laits de suite, donc à partir de 6 mois. Les allégations de santé sont donc sous le seul contrôle des denrées alimentaires et non du comité fédéral pour l'allaitement maternel. Un œil non averti ne verra que le beau bébé qui dort. Une jeune mère influençable sera tentée de donner ce lait industriel, produit miracle qui fait dormir les bébés et mettra ainsi son allaitement en danger, même si son bébé n'a que quelques semaines... Pour quelles raisons le code international de commercialisation des substituts du lait maternel n'est-il pas d'application en Belgique ? Que faire pour que cela change ? Le firme Nutricia interrogée n'a pas répondu à mon courrier. Le comité d'Ethique publicitaire du Ligeur se renseigne. Et la publicité « *Nutrilon Bonne Nuit* » n'est plus dans le Ligeur de cette semaine.

Geneviève Heintz , MG, 3.07.2009

**Autre écho :** de H.Barennes, pédiatre, épidémiologiste, basé à VIENTIANE, LAOS

Travaillant au Laos depuis 4 ans et demi, nous sommes actuellement en controverse avec Nestlé qui utilise un logo évocateur d'allaitement maternel (Ours avec ourson) pour faire la promotion et vendre divers succédanés du lait avec un effet tout à fait négatif chez certaines familles qui ont utilisé un coffee creamer pour exclusivement allaiter leur nourrisson et dont nous avons précédemment reporté les conséquences dramatiques au Laos (plusieurs décès par kwashiorkor) (voir : [http://www.bmj.com/cgi/content/full/337/sep09\\_2/a1379](http://www.bmj.com/cgi/content/full/337/sep09_2/a1379) et réponses disponibles sur le site BMJ ).

Nestlé se pose en éducateur en nutrition pour les pays en développement, ce qui étant donné le conflit d'intérêts me semble tout à fait inadmissible. Je vous adresse (via E-med) (1) la lettre parue cette semaine dans BMJ 26 Mai 2009 en réponse à divers courriers échangés avec Nestlé.

Dr H.Barennes [hubert.barennes@auf.org](mailto:hubert.barennes@auf.org) <mailto:Barenneshub@yahoo.fr>

Institut Francophone pour la Médecine Tropicale

(1) British Medical Journal 26 May 2009: \*Nestle's mommy bear does not breastfeed\* [http://www.bmj.com/cgi/eletters/337/sep09\\_2/a1379#213974](http://www.bmj.com/cgi/eletters/337/sep09_2/a1379#213974) avec photos à la clé.

**ACTIONS DU GRAS déjà menées sur ce thème :**

**ACTION N° 20: publicités pour des médicaments dans LE LIGUEUR (3/95).**

**ACTION N° 39: lait maternisé ENFALAC ® (MEADJOHNSON) (6/98):** distribution d'échantillons de lait en poudre à des populations défavorisées ("publicité humanitaire").

**ACTION N° 118: CARENCE EN VITAMINE D (5/2009):** pour une politique active et coordonnée de prévention de la carence en vitamine D à tout âge. *Interpellation des autorités compétentes en matière de Santé Publique (Ministres fédéral et communautaires de la Santé, Conseil Supérieur de la Santé)*

Problème de santé publique négligé par les autorités en Belgique et dans le monde. La carence en vitamine D touche la majorité des personnes de plus de 65 ans dans notre pays et une part importante des plus jeunes. Le GRAS demande au ministre de la santé publique que ce problème soit évalué et pris en compte.

**La vitamine D en question...**

Ces dernières années de plus en plus de praticiens et d'articles scientifiques attirent l'attention sur la fréquence des carences en vitamines D au sein de la population adulte, même jeune, et sur ses potentielles conséquences sanitaires.

Cette vitamine lipophile est principalement fabriquée dans notre peau sous l'effet des rayons UV de type A.

L'apport alimentaire est marginal (10 à 20%) et provient des matières grasses d'origine animale, essentiellement les poissons gras ou produits dérivés. Son rôle physiologique essentiel connu de longue date est de favoriser la fixation du calcium sur le tissu osseux.

La dose quotidienne recommandée est de 400 à 800 unités internationales (UI) ce qui correspond à seulement 15 à 30 minutes d'exposition solaire sur le visage et les membres supérieurs. La norme la plus souvent proposée est actuellement d'avoir une concentration sanguine supérieure à 75 nmol/l de sérum (30 ng/ml) : on estime qu'environ 1 milliard de terriens n'atteignent pas cette norme, et plus de 50% de femmes ménopausées également.. Sous 25nmol/l (10 ng/ml) apparaissent le rachitisme chez l'enfant ou l'ostéomalacie chez l'adulte.

Les personnes les plus à risques de développer une carence en vitamine D sont (1) : les nouveau-nés allaités, les personnes âgées, surtout si institutionnalisées (car sortent très peu voire pas du tout), les femmes portant voile ou burka, les personnes ayant la peau plus pigmentée (les personnes de race noire ont besoin de 50 fois plus d'exposition aux UVA) les obèses, les habitants des régions tempérées en hiver, les personnes souffrant d'insuffisance rénale ou d'une maladie provoquant une malabsorption des graisses.

Les recommandations préventives actuelles préconisent la supplémentation des personnes âgées vivant en institutions et des personnes très âgées dans le cadre de la prévention des fractures d'origine ostéoporotique à raison de 800 UI/jour, ce qui correspond pour la spécialité D Cure® à 10 gouttes par jour ou 1 ampoule buvable par mois, en association avec du calcium (2).

Une carence modérée en vitamine D (entre 10 et 30 ng/ml) est à l'origine d'une série de troubles généraux, comme de la fatigue, une sensation de faiblesse musculaire voire des douleurs musculaires (3), mais pourrait aussi constituer un facteur de risque pour certaines maladies plus invalidantes.

Ainsi une étude récente (4) sur 1739 sujets de race blanche appartenant à la 2<sup>ème</sup> cohorte du protocole de Framingham, âgés de 59 ans en moyenne, sans antécédents cardiovasculaires, suivis pendant 5 ans, montrait une augmentation de 100% de développer un 1<sup>er</sup> événement cardiovasculaire majeur en cas de vitamine D sérique inférieure à 15 ng/ml, chiffre restant à la valeur élevée de 60% après correction pour les autres facteurs de risques éventuels associés.

D'autres auteurs font état d'un possible lien entre carence en vitamine D et risque de sclérose en plaque dans les populations de race blanche ainsi qu'avec le risque de développer un diabète ou un psoriasis, trois maladies à composante auto-immunitaire.

Une étude canadienne (5) s'est intéressée à une cohorte de 512 femmes d'âge médian de 50 ans lors de leur inclusion dans l'étude entre 1989 et 1995 chez qui un diagnostic récent de cancer du sein avait été posé par les équipes des 3 hôpitaux de Toronto concernés. Ces femmes furent suivies jusqu'en 2006 (suivi médian de 11 ans) : parmi celles présentant une carence en vitamine D inférieure à 20 ng/ml, soit les 3/4 d'entre elles, on en retrouvait encore 74% en vie après 10 ans, versus 83% dans le groupe des femmes non carencées. La carence en vitamine D affaiblirait-elle nos mécanismes de défense naturels, en particulier contre les processus tumoraux ?

Ce qui se traduirait dès lors par une diminution de l'espérance de vie comme semble l'illustrer une méta-analyse (6) qui a évalué l'impact en terme de mortalité toutes causes confondues à partir de 18 études internationales portant sur les effets des suppléments en vitamine D (plus de 57000 sujets concernés) : chez les personnes prenant de tels suppléments, le taux de mortalité était diminué de 7%.

La carence même fruste en vitamine D pourrait donc bien participer à la genèse d'une série de problèmes de santé aux répercussions sérieuses en termes de morbidité et de mortalité. Or, comme le souligne l'auteur d'une récente étude ayant démontré l'existence de cette carence au sein de la population pluriethnique d'une grande ville comme Bruxelles (7), « *le nœud du problème c'est qu'il y a très peu de vit. D*

*dans l'alimentation habituelle. Toute la population... dépend à 80-90% de sa synthèse au niveau de la peau » (8). On attendrait dès lors des pouvoirs publics qu'ils donnent des directives claires aux praticiens de première ligne et à la population quant à l'importance ou non de supplémenter, pour quelles populations en priorité et à quelles doses. Malheureusement, comme le fait remarquer le même auteur, « jusqu'à présent cela n'a jamais été considéré comme un problème de santé publique ». Sans compter qu'« un obstacle majeur à la recherche sur la vit D, c'est que c'est une molécule qui n'est pas très onéreuse. (...) Il faudrait sans doute une recherche indépendante et financée par les pouvoirs publics. (...) Parce que c'est vraiment de la médecine préventive qui, à long terme, pourrait entraîner des économies en terme de santé ».*

Patrick Jadouille, M.G.

- (1) Une vitamine ensoleillée!, Patrick Mullier, Karin Rondia; Equilibre mars 2008, 20-21.  
 (2) Suppléments en vitamines chez l'adulte, Folia Pharmacotherapeutica, juillet 1999, 49-51.  
 (3) Usage préventif de la Vitamine D, Folia Pharmacotherapeutica, février 2007, 10-12.  
 (4) Thomas J. Wang et all., Vitamin D Deficiency and Risk of Cardiovascular Disease, Circulation. 2008;117:503-511.  
 (5) P. J. Goodwin et all. Frequency of vitamin D (Vit D) deficiency at breast cancer (BC) diagnosis and association with risk of distant recurrence and death in a prospective cohort study of T1-3, N0-1, M0 BC. J Clin Oncol 26: 2008 (May 20 suppl; abstr 511).  
 (6) Autier P, Gandini S: Vitamin D deficiency and risk of cardiovascular disease : a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med 2007 sept 10; 167(16): 1730-7.  
 (7) Vitamin D deficiency and hyperparathyroidism in relation to ethnicity : a cross-sectional survey in healthy adults, R.Moreno-Reyes et al, Eur J Nutr, 48 (1), fev 2009, 31-37.  
 (8) Vitamine D : ne serait-il pas temps de supplémenter ?, MVersonne, Le Journal du Médecin, 6 février 2009, 1975, 10.

## Conflits d'intérêt : ça bouge dans le monde... et même en France !

<p>Depuis 2004 en France, le Formindep promeut la transparence et l'indépendance de l'information et de la formation médicales. Dans ce but, il agit pour l'application de la loi française de 2002 imposant aux professionnels de santé qui s'expriment publiquement sur un produit de santé de déclarer leurs liens d'intérêts avec les firmes pharmaceutiques. En mars 2007 les décrets d'application de cette loi sont parus après que le Formindep a déposé un recours devant le Conseil d'Etat français.</p> <p>Pour vérifier la réalité du respect de cette loi, en mars 2008 le Formindep a observé dans près de 30 medias grand public et professionnels les interventions de plus de 150 professionnels de santé.</p>	<p>Aucun n'avait déclaré de liens d'intérêts alors que l'enquête du Formindep permettait de retrouver des liens avec des firmes chez la plupart d'entre eux.</p> <p>L'association de consommateurs UFC Que Choisir s'est saisie des résultats de cette enquête pour porter plainte en avril 2009 contre 9 de ces leaders d'opinion pour non respect de la loi, parmi ceux dont les liens d'intérêts étaient avérés et les plus évidents.</p> <p>Les plaintes sont actuellement en cours auprès de l'ordre des médecins et cette action continue à faire un certain bruit dans le milieu feutré des leaders d'opinions hospitaliers. Certains semblent avoir pris la mesure de l'enjeu et s'engagent à respecter et à faire la</p>	<p>publicité de cette loi dans leur entourage professionnel. D'autres semblent s'offusquer que leur intégrité puisse être mise en doute, alors qu'il ne s'agit que de la simple application d'une loi pour favoriser la transparence des liens d'intérêts; une transparence dont ils devraient se réjouir puisque l'essentiel de leur discours consiste à affirmer que la qualité de leur expertise est proportionnelle à l'importance de leurs liens avec l'industrie. Voir pour cela le film : « Les médicaments » diffusé en juin 2009 sur France 5.</p> <p>Cette action conjointe du Formindep et de l'UFC Que Choisir a fait l'objet en juin 2009 d'un article dans le BMJ. Suite à la publication de cet article, le président</p>
---	---	--

<p>de la Haute autorité de santé a réagi pour justifier la présence d'experts ayant des conflits d'intérêts au sein des groupes chargés d'élaborer les recommandations professionnelles.</p> <p>Une affaire qui n'a pas fini de</p>	<p>faire parler d'elle.</p> <p>Pour en savoir plus : L'action du Formindep pour appliquer la loi : <a href="http://formindep.org/APPLIQUER-LA-LOI">http://formindep.org/APPLIQUER-LA-LOI</a> <a href="http://formindep.org/L-enquete-">http://formindep.org/L-enquete-</a></p>	<p>du-Formindep L'article du BMJ et la réaction du président de la HAS <a href="http://formindep.org/le-Formindep-dans-le-British">http://formindep.org/le-Formindep-dans-le-British</a></p> <p>Philippe FOUCRAS. Président du Formindep.</p>
---	--	---

## BULLETIN D'INFORMATIONS PHARMA-

**Quelques extraits du BIP 31.fr 2009, 16, (2), 10-19 : [www.bip31.fr](http://www.bip31.fr)  
pour vous donner envie d'aller le lire en entier - Disponible gratuitement sur le web.**

<p><b>Les Effets Neuro Pharmacologiques du Placebo.</b> <i>Christine Brefel Courbon.</i></p> <p>L'effet placebo est une réponse positive suivant l'administration d'une substance dénuée d'effet pharmacologique. Les mécanismes neurophysiologiques sous-tendant l'effet placebo ont été étudiés dans la douleur, la maladie de Parkinson et la dépression. L'effet Placebo dans la douleur varie de 5 à 65 % (<i>Ann N Y Acad Sci 2009, 1156, 198</i>).</p> <p>L'administration d'un placebo entraîne une réduction de la douleur, antagonisée par la naloxone (antagoniste des récepteurs opioïdes) suggérant ainsi que le placebo provoque une libération d'opioïdes endogènes responsable de l'antalgie (<i>Lancet, 1978, 2, 654</i>). Des études d'imagerie cérébrales ont corroboré ces données. L'imagerie moléculaire utilisant comme radio-marqueur un agoniste des récepteurs opioïdes <math>\mu</math> (carfentanil) a montré que l'administration d'un placebo diminuait la fixation de carfentanil ce qui est la conséquence d'une libération d'opioïdes endogènes (qui déplacent le carfentanil des récepteurs).</p>	<p>Plus récemment, une étude d'imagerie avec le carfentanil et le raclopride (antagoniste des récepteurs dopaminergiques) a mis en évidence, non seulement une libération d'opioïdes endogènes mais également une libération de dopamine au niveau du striatum ventral par le placebo (<i>Arch Gen Psychiatry 2008, 65, 220</i>). L'effet clinique antalgique du placebo était corrélé positivement à la libération de dopamine et d'opioïdes endogènes. Dans la maladie de Parkinson, l'effet placebo est estimé jusqu'à 50% dans les essais cliniques (<i>Neurology 2008, 71,677</i>). Une étude d'imagerie cérébrale avec le raclopride a mis en évidence que l'injection de placebo chez des parkinsoniens s'accompagnait d'une amélioration motrice corrélée à une diminution de la fixation striatale de raclopride témoignant donc d'une libération de dopamine striatale (<i>Science 2001, 293,1164</i>). Dans la dépression, des études rapportent une libération de sérotonine cérébrale après administration d'un placebo (<i>AmJ Psychiatry 2002, 159, 728</i>). En conclusion, plusieurs types de neurotransmetteurs sont impliqués dans l'effet placebo (opioïde, dopamine, séro-</p>	<p>tonine...). On peut ainsi proposer une cascade d'évènements expliquant l'effet placebo : d'abord une libération de dopamine au niveau d'aires cérébrales impliquées dans le circuit de la récompense (striatum ventral). Dans un second temps, et en fonction de la pathologie concernée, l'activation du circuit de récompense pourrait provoquer une libération d'autres neurotransmetteurs comme les opioïdes dans la douleur, la dopamine au niveau du striatum dorsal dans la maladie de Parkinson et la sérotonine au niveau de l'amygdale dans la dépression (<i>Neurology. 2008,71, 677</i>). L'effet placebo est donc une réalité pharmacologique</p> <p><b>Rosuvastatine et haut risque cardiovasculaire : encore un échec !</b> <i>Atul Pathak.</i></p> <p>La rosuvastatine cherche sa place dans la prévention secondaire. Lors des précédents BIP31.fr, nous rapportions l'absence de supériorité de la rosuvastatine par rapport au placebo sur la réduction d'un critère combiné de morbidité cardiovasculaire chez les sujets insuffisants cardiaques</p>
---	---	--

<p>ischémiques (essai CORONA) ou tout venant (GISSI HF). L'essai AURORA (<i>NEJM</i> 2009, 360, 1395) compare les effets de 10 mg de rosuvastatine (CRESTOR<sup>o</sup>) par rapport au placebo sur la survie d'un critère combiné de morbi-mortalité cardiovasculaire chez l'hémodialysé (2776 patients, dialysés depuis au moins 3 mois, répartis aléatoirement dans les deux bras). Les résultats sont sans appel. Certes, les concentrations plasmatiques de LDL diminuent de plus de 40% dans le bras statine (effet pharmacodynamique attendu) mais aucun effet n'est observé sur la prévention de la</p>	<p>morbidity et des décès cardiovasculaire (OR 0,96, IC95% : 0,84-1,11). Plusieurs leçons à retenir de cet essai. Tout d'abord, une notion récurrente que nous cultivons dans BIP31.fr. La diminution du LDL-Cholestérol par un médicament, quelque soit son intensité ou le mécanisme d'action ne préjuge pas de l'efficacité clinique de ce médicament. Deuxième leçon, les maladies et les maladies influencent considérablement les résultats d'une étude. Jusqu'à présent, la stratégie dans le domaine cardiométabolique consiste à recruter des</p>	<p>patients à haut risque qui garantissent d'une part un niveau suffisamment élevé d'évènements et assurent d'autre part une visibilité à un produit. En effet, si un médicament est efficace chez des patients sévères, le transfert de prescription en est d'autant plus aisé dans des populations à moindre risque. Quoiqu'il en soit un essai négatif apporte toujours des informations positives : pas de rosuvastatine chez l'insuffisant cardiaque ou l'insuffisant rénal ! Les données des essais cliniques peuvent aider à simplifier la prescription !</p>
---	--	--

## Pharmedout : « prescrivez-vous sous influen-

<p>PharmedOut est une association indépendante de médecins américains qui s'adresse aux prescripteurs.</p> <p>Ses objectifs sont:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informer sur la façon dont les firmes pharmaceutiques influencent la prescription.</li> <li>2. Fournir un accès à une information pharmaceutique non biaisée</li> <li>3. Encourager les médecins à choisir des modes de formation continue non sponsorisés par les firmes.</li> </ol> <p>Elle organise des conférences, des séminaires et des formations en ligne. Sur la première page de leur site (<a href="http://pharmedout.org/index.htm">http://pharmedout.org/index.htm</a>), on peut trouver un petit jeu intitulé: « pharmlyser : prescrivez-vous sous influence ? » L'objectif est d'aider à identifier les techniques utilisées par les représentants pour influencer la prescription.</p>	<p>Certaines parties du jeu s'adressent plus au public américain quand par exemple on demande de reconnaître les noms des médicaments cachés derrière certaines images de marketing qui sont différentes de celles qui circulent dans nos campagnes. Chacun se laissera interpellé par certains constats ou rappels...</p> <p>Associez-vous certains noms de médicaments à certaines conditions pas nécessairement pathologiques, pour lesquelles ils ont été promus ? Connaissez-vous mieux le nom commercial que le nom générique de certains produits ? Certaines firmes sont spécialisées dans l'invention de noms. Pensez-vous que c'est un hasard si les noms commerciaux sont plus faciles à retenir que les noms génériques ? Les firmes, qui contribuent aussi au choix des noms génériques, ont intérêt à ce que ceux-ci soient les plus compliqués possibles. Comment, souvent, arrive-t-on à surestimer les bénéfices des</p>	<p>médicaments « me-too » ? Rappelez-vous que les nouveaux médicaments révèlent leurs effets secondaires plus tardivement, surtout chez les patients plus âgés, polymédiqués ou avec de multiples pathologies et que souvent, les arguments physiopathologiques ne s'accompagnent d'aucune différence clinique, que la définition de nouvelles générations de médicaments ne signifie pas nécessairement que les anciennes générations sont dépassées (ainsi parmi les neuroleptiques, les contraceptifs oraux...). Connaissez-vous les différentes techniques pour prolonger la durée des brevets ? Où vous situez-vous, sur l'échelle qui comprend, selon les estimations proposées là, 3% d'innovateurs, 14% d'adoptants précoces, 34% de majorité précoce, 4% de majorité tardive et 15% de résistants ?</p> <p>Ce petit jeu plaisant dure approximativement une demi-heure.</p>
--	---	--

## CORRUPTION ET SANTE :

<p>Le Rapport mondial sur la corruption 2006 de Transparency International, ONG basée en Allemagne, analyse le phénomène de la corruption dans les services de santé.</p> <p>« Quand ma femme est allée à l'hôpital, ils l'ont examinée et lui ont prescrit des médicaments. Ils ont dit qu'ils n'en disposaient pas sur place mais que, si nous payions 20 ou 30 dirhams, quelqu'un pourrait nous fournir ces « médicaments gratuits ». Le problème, c'est que nous n'avons pas les moyens de payer les médicaments».</p> <p>Ce sont les mots d'un habitant de Casablanca interviewé par Transparency International Maroc mais ils pourraient avoir été prononcés par des centaines de personnes dans une multitude de pays. Ce simple exemple illustre bien les graves conséquences de la corruption qui touche le secteur des soins de santé. La corruption peut être une question de vie ou de mort pour des malades nécessitant des soins urgents. Et ce sont toujours les classes les plus pau-</p>	<p>vres de la société qui souffrent le plus de la corruption car elles n'ont pas les moyens de payer des pots de vin ou des soins privés. Toutefois, dans les régions les plus riches du monde, la corruption a aussi un coût.</p> <p>Dans les pays riches, notamment aux États-Unis et au Royaume-Uni, des centaines de millions de dollars sont détournés chaque année en escroquerie aux assurances et en actes de corruption.</p> <p>La lutte contre la corruption dans le secteur de la santé est un problème complexe.</p> <p>En bas de l'échelle, des médecins et des infirmières exigent officieusement de petites sommes des patients pour compléter des revenus insuffisants. À l'autre bout de l'échelle, avec des conséquences beaucoup plus graves, nous sommes confrontés à des fournisseurs malhonnêtes, qui proposent des dessous-de-table, à des ministres de la santé ou à des directeurs d'hôpitaux, qui les acceptent ou détournent des millions de dollars du budget de la santé, faussant la politique de santé publique et portant atteinte aux fonds normale-</p>	<p>ment destinés à construire des hôpitaux, acheter des médicaments ou employer du personnel.</p> <p>Trois des huit Objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies – qui visent à réduire la pauvreté de moitié à l'horizon 2015 – sont directement liés à la santé : réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/ SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Le <i>Rapport mondial sur la corruption 2006</i> de Transparency International prouve que la réalisation de ces objectifs dans le délai fixé est gravement compromise par l'omniprésence de la corruption dans le secteur des soins de santé.</p> <p>Analyser et réduire la corruption qui touche ce secteur s'inscrit dans les activités de Transparency International à travers le monde, notamment en tentant de réduire le déséquilibre informationnel qui existe entre les pouvoirs publics et les fournisseurs de services, d'une part, et les patients d'autre part.</p>
---	---	--

<p>L'AMSA (American Medical Student Association) <a href="http://www.amsascorecard.org">www.amsascorecard.org</a> propose un moteur de recherche analysant le comportement des différentes facultés de médecine américaines par rapport à l'industrie pharmaceutique sur base de critère</p>	<p>critères tels que le sponsoring d'activités, la présence de délégués médicaux sur le campus, la distribution d'échantillons, ...</p> <p>Un classement est établi en fonction des conflits d'intérêts relevés et un score d'indépendance est</p>	<p>attribué (de A à I, A étant la cote la plus élevée). 45 écoles de médecine sur 149 reçoivent une cote A ou B contre seulement 29 en 2008. Remarquable !</p> <p>A quand pareil travail pour les universités européennes ?</p>
--	--	---

Comité de lecture: avant publication, tout article est « peer-reviewed ».  
 Le comité de lecture actuel est constitué par : François Baivier,  
 Marc Bouniton, André Crismer, Pascaline d'Otreppe, Monique Debauche,  
 Patricia Eeckeleers, Axel Hofmann et Michel Jehaes.  
 Des lecteurs « extérieurs » sont sollicités à la demande suivant les articles.

# Le Programme *Prescrire* « Éviter l'Évitable » :

## de la connaissance des erreurs liées aux

### soins

Étienne Schmitt, Membre de la Rédaction de *Prescrire*,

Responsable du Programme *Prescrire* « Éviter l'Évitable »

Marie-France Gonzalvez, Membre de la Rédaction de *Prescrire*,

Coordinatrice du Programme *Prescrire* « Éviter l'Évitable »

La mission principale du programme « Éviter l'évitable », programme de formation permanente et d'amélioration des pratiques professionnelles, est de tirer des enseignements des erreurs et des événements indésirables évitables que lui signalent les abonnés de la revue *Prescrire* pour qu'ils ne se reproduisent pas. Cette valorisation de l'expérience de professionnels de santé motivés par la prévention des erreurs et l'amélioration de la qualité des soins s'inscrit dans les buts de l'Association Mieux Prescrire (AMP), qui sont d' : « œuvrer, en toute indépendance, pour des soins de qualité, dans l'intérêt des patients, par la diffusion de la connaissance, et par la formation des soignants » (premier article des statuts).

Le programme « Éviter l'évitable », mis en œuvre par *Prescrire* depuis octobre 2007 [1], est accessible sur le site de *Prescrire* (<http://www.prescrire.org/>) dès la première page.

Depuis son origine, *Prescrire* se préoccupe de prévention des erreurs, particulièrement celles liées au médicament. En janvier 1981, le premier numéro de la revue signalait l'injection par erreur d'adrénaline à la place d'atropine, et faisait des propositions pour en éviter une nouvelle survenue [2]. Le supplément « Éviter l'Évitable » du numéro 267 de décembre 2005 constitue une synthèse de l'ensemble du travail de la revue sur ce sujet jusqu'à cette date [3]. Le supplément 2005 est aussi un dossier en accès libre sur le site [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org).

<http://www.prescrire.org/cahiers/dossierEviterAccueil.php>  
Le programme *Prescrire* « Éviter l'Évitable » prend également le relais des témoignages spontanés recueillis dans la revue au sein de la sous-rubrique de « Forum », « Ça n'arrive qu'aux autres », surtout active entre 1983 et 1986 [4].

**Éviter l'Évitable : un programme de recueil et d'apprentissage collectif de la prévention**

**tion des effets indésirables des soins.**

Les principales caractéristiques du programme *Prescrire* « Éviter l'Évitable » sont :

- les garanties de confidentialité des échanges et d'anonymat pour les abonnés et pour les patients ; l'indépendance ;
- l'analyse systémique des cas signalés par une équipe spécialisée avec comité de lecture ;
- la capacité de diffuser les informations de retour.

Fondé sur la pédagogie par l'erreur, en permettant un apprentissage à partir de cas publiés et de ceux signalés par les abonnés, il s'agit d'un programme collectif de prévention :

- des conséquences négatives, pour un ou plusieurs patients, d'une intervention de soins, de prévention ou de dépistage ;
- des dysfonctionnements du système de santé pouvant entraîner des conséquences fâcheuses.

**Le cheminement d'un signalement au programme *Prescrire* « Éviter l'Évitable ».**

Trois étapes principales jalonnent le cheminement d'un signalement :

- le signalement, réservé aux abonnés, de l'accueil sur le site Internet pour décrire sommairement le cas sur un formulaire simple, aux échanges téléphoniques avec un correspondant chargé de recueillir une observation complète,
- son analyse approfondie par les chargés d'analyse du programme *Prescrire* « Éviter l'Évitable », basée sur plusieurs systèmes de classification et outils d'analyse. Son objectif est d'effectuer la description normalisée des circonstances, des conséquences et la recherche des causes, l'interprétation des causes retrouvées et des facteurs favorisants, puis l'élaboration de propositions pour la prévention d'erreurs identiques,
- les retours d'information anonymisés comportant la restitution de

<p>l'observation à l'abonné dans le cadre d'un programme d'amélioration des pratiques professionnelles, <i>Prescrire</i> étant un organisme agréé par la Haute Autorité de Santé française, et les synthèses effectuées par la rédaction, publiées dans la revue <i>Prescrire</i>.</p> <p><b>Premiers enseignements.</b></p> <p>L'analyse des événements signalés est aussi un regard porté sur la démarche de reconnaissance, de signalement et de métabolisation de ces erreurs par l'abonné signalant. Inscrite dans la problématique de l'échec et de la faute, l'erreur relève de l'intimité professionnelle qui ne se dévoile pas sans craintes [1,5,6], et constitue une souffrance imposée au patient et à ses proches, mais aussi au professionnel impliqué [7].</p> <p><i>L'effort de l'analyse réflexive.</i></p> <p>Le programme « Éviter l'Évitable » vise à stimuler et développer l'aptitude à percevoir plus facilement les erreurs et les événements indésirables évitables. Au delà de la perception, la réflexivité est une démarche active et analytique portant sur les événements et sur la personne, permettant de réfléchir sur ses actions en décrivant les modalités et en explicitant les raisons. Le programme « Éviter l'Évitable » suppose bien des efforts de la part des abonnés à <i>Prescrire</i> : à l'effort sur soi-même d'accepter une situation indésirable, puis de la dévoiler, s'ajoute l'effort d'une analyse réflexive, rarement anticipée, sur le chemin parfois difficile de l'amélioration des pratiques professionnelles.</p> <p><i>Le biais de rétrospection.</i></p> <p>La connaissance du résultat influ-</p>	<p>ence profondément la façon dont sont considérés les événements passés. Ce biais de rétrospection conduit à surestimer ce que les acteurs d'une situation à risque auraient pu réellement prévoir, donnant l'impression de ne pas être parvenu à tenir compte d'informations ou de conditions « <i>qui auraient dû être évidentes</i> » ou de se comporter de manière inappropriée par rapport à ces informations (connues après coup pour être) cruciales [8]. Des abonnés peuvent ainsi être conduits à signaler ce qu'ils croient être des erreurs ; l'analyse approfondie permet alors de vérifier que leur démarche diagnostique n'était pourtant pas erronée. Des abonnés peuvent aussi ne voir qu'un aspect très limité d'un processus dont les défaillances globales sont beaucoup plus importantes que le point particulier qui a suscité le signalement.</p> <p><b>Articuler les contributions individuelles et l'action collective pour « Éviter l'Évitable ».</b></p> <p>Jusqu'à la mise en place du programme « Éviter l'Évitable », les retours d'expériences présentés dans <i>Prescrire</i> prenaient surtout le relais de données publiées ailleurs. À la longue tradition de synthèses méthodiques qui se poursuit, se rajoutent désormais les textes de synthèse issus des signalements des abonnés au programme <i>Prescrire</i> sur des types bien précis d'erreurs ou de circonstances à risque [9]. Ils permettent de faire partager à l'ensemble des lecteurs l'expérience et les solutions préconisées pour éviter que ces erreurs ne se reproduisent.</p> <p>Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site qui présente l'ensemble</p>	<p>du mode d'emploi (<a href="http://www.prescrire.org/eviterEvitable/index.php">http://www.prescrire.org/eviterEvitable/index.php</a>). Et aussi, participez aux Rencontres Prescrire 2010 pendant lesquelles vous aurez l'occasion de découvrir le programme <i>Prescrire</i> « Éviter l'Évitable » au cours d'un atelier collectif.</p> <p>Références</p> <p>[1]- Prescrire Rédaction « Sortir du silence » Rev Prescrire 2007 ; 27 (288) : 721.</p> <p>[2]- Prescrire Rédaction « Urgences et étiquetage des injectables » Rev Prescrire 1981 ; 1 (1) : 10.</p> <p>[3]- Prescrire Rédaction « Éviter l'Évitable – Tirer parti des erreurs pour mieux soigner » Rev Prescrire 2005 ; 25 (267 Supplément) : 881-945.</p> <p>[4]- Prescrire Rédaction « Ça n'arrive qu'aux autres » Rev Prescrire 1983 ; 3 (26) : 12.</p> <p>[5]- Galam E « De l'information à la formation » Rev Prescrire 2007 ; 27 (281) : 231.</p> <p>[6]- Galam E « Dédramatiser et travailler nos erreurs » Rev Prat 2005 ; 19 (686/687) : 377-380.</p> <p>[7]- Galam E « L'erreur médicale en médecine générale » Responsabilité 2007 ; 7 (26) : 5-8.</p> <p>[8]- Cook RI et Woods DD « Operating at the Sharp End: The Complexity of Human Error » In Bogner MS (Ed.) « Human Error in Medicine » Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates. 1994 : 255-310.</p> <p>[9]- Prescrire Rédaction « Vaccinations : syncopes et blessures » Rev Prescrire 2008 ; 28 (300) : 747.</p> <p><b>ACTIONS DU GRAS SUR CE THEME :</b></p> <p><b>ACTION n° 48 :NIVAQUINE® et NOZINAN® (RHONE P O U L E N C R O R E R )</b> (12/99):similitude des emballages entraînant un risque d'erreur dans la délivrance et dans la prise du médicament.</p> <p><b>ACTION n° 58 : HENAFURINE (Bisacodyl) DELATTRE-HEMAPURINE (3/2001) <i>changement de composition d'un mélange laxatif sans modification</i></b></p>
--	---	--

<p><b>ACTION n° 99 : PREVENONS LES ERREURS</b> dans l'utilisation des médicaments (7.01.07): Pour une formation continue fondée sur une pédagogie par l'erreur et un recueil épidémiologique permettant d'appréhender le</p>	<p>nombre d'accidents et leurs caractéristiques, afin d'en réduire le risque de récurrence - <u>Centre Anti-Poison, septembre 2007</u> <u>Mars 2008</u>, <u>LLG n°57</u> et <u>LLG n°58, juin 2008</u>.</p>	<p><b>ACTION n° 113 : CONFUSION ENTRE NOMS COMMERCIAUX</b> (10.2008): la Belgique et l'Europe peuvent mieux faire. <i>Revendication politique.</i> <u>LLG 59, septembre 2008.</u></p>
--	---	---

## DROIT A LA SANTE : LES FIRMES ONT AUSSI DES RESPONSABILITES, LE CAS DE GSK

<p>Paul Hunt, rapporteur spécial des Nations Unies pour le droit à la santé, a présenté son rapport de mission sur les pratiques et politiques de la société pharmaceutique Glaxo Smith Kline. <a href="http://www.reports-and-materials.org/Paul-Hunt-report-on-GSK-5-May-2009.pdf">www.reports-and-materials.org/Paul-Hunt-report-on-GSK-5-May-2009.pdf</a></p> <p>Les droits de l'homme sont principalement une responsabilité étatique mais les sociétés privées contribuent à l'accomplissement de ce droit à la santé. De ce fait, elles deviennent aussi porteuses d'obligations. Pour la réponse de GSK, voir (1). C'est la première fois qu'un rapport de l'ONU concerne une firme</p>	<p>pharmaceutique et GSK doit être félicitée pour s'être impliquée dans ce processus. Sur base de guidelines relatifs au droit à la santé à l'usage des firmes pharmaceutiques (2), Hunt a interviewé de hauts responsables de GSK et a analysé leur politique d'entreprise. Suite à cela, il adresse une série de critiques et de recommandations qui peuvent s'appliquer aux autres compagnies pharmaceutiques : plus de transparence pour garantir l'accès à une information fiable sur les médicaments, plus de responsabilité pour des normes visant le droit à la santé, tel un accès plus large aux médicaments</p>	<p>pour les populations marginalisées et, en tant que détenteur de brevets de médicaments vitaux, rendre le médicament accessible, le plus possible et au plus vite, à ceux qui en ont un besoin vital, dans le cadre d'un modèle économique viable. Plus spécifiquement, Hunt invite les firmes à privilégier les licences commerciales volontaires (c.à.d. accepter de concéder un droit de licence avec le transfert de technologie lié).</p> <p><a href="http://198.170.85.29/GSK-response-to-Paul-Hunt-report-June-2009.pdf">http://198.170.85.29/GSK-response-to-Paul-Hunt-report-June-2009.pdf</a></p> <p>(2) <a href="http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/GA%202008.pdf">www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/GA%202008.pdf</a></p>
---	--	---

## Politiques de Santé Internationale Lancet

<p>Chaque semaine, David Hercot &amp; Wim Van Damme de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers vous proposent des extraits et commentaires (souvent en an-</p>	<p>glais) tirés du Lancet. Ils espèrent ainsi promouvoir l'échange d'informations et d'opinions sur les politiques interna-</p>	<p>tionales relatives à la santé dans les pays émergents et les moins avancés. <a href="http://www.itg.be/ihp">www.itg.be/ihp</a></p>
--	---	---