

NOTE D'AUDITION

Audition IGAS-IGF



**Revue des dépenses
prescriptions**

Juillet 2025

**Audition IGAS-IGF
Revue des dépenses prescriptions
15/07/2025**

Personnes auditionnées

- Féreuze Aziza, conseillère nationale Mission Assurance maladie
- Yann Mazens, conseiller produits et technologies de la santé

Pièces jointes-contributions de France Assos Santé

1. Rapport charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2026, volet pertinence
2. Rapport charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2026, volet médicament
3. Rapport charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2026, volet arrêt de travail
4. Rapport charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2026, volet prestation en espèces
5. Note d'audition IGAS-IGF- revue des dépenses relative aux dispositifs médicaux -mars 2024

Quelques références mentionnées lors de l'audition

- **Sous-utilisation des TROD angines fournis gratuitement par la CNAM** aux médecins généralistes :
 - Rapport charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2024, page 216 : « *En 2021, les médecins généralistes ont commandé 1,2 million de Trod, ce qui semble insuffisant au regard des 9 millions d'angines annuelles qui sont traitées* ».
- **Médicament : information des personnes sur le bénéfice-risque**
 - Exemple d'attestation d'information partagée, mise en place par l'ANSM suite à des alertes de pharmacovigilance (à signer par le médecin et le patient)
<https://ansm.sante.fr/uploads/2021/04/15/dhpc-190702-androcur-lettre-pharmaciens.pdf>
 - Le médecin a pourtant une obligation légale et déontologique d'information vis-à-vis de la patiente lors de la prescription d'un médicament (bénéfices attendus, risques et effets indésirables, alternatives thérapeutiques, y compris l'absence de traitement, le bon usage (posologie, durée, risques de mauvaise adhésion)
- **Médicament : expérimentation article 51 engagée en 2019 et désormais terminée ([sur ce lien](#))**
 - Cette expérimentation visait à tester un nouveau dispositif visant à faire évoluer les conditions d'utilisation et de prise en charge (notamment suppression de l'ASMR comme condition de prise en charge, et la mise en place d'un modèle de financement mixte (50% à « l'euro- l'euro », 50% via un socle budgétaire
 - Il est surprenant que les débats actuels concernant l'évolution de cette liste ne fasse pas référence aux résultats de cette expérimentation, s'il y a lieu.
- **Sémaglutide / cessons d'opposer les patients entre eux**
 - Communiqué commun Fédération Française des Diabétiques et CNAO (collectif national des Associations d'Obèses) : [sur ce lien](#)

SOMMAIRE

Nous demandons une meilleure régulation des acteurs, notamment des prescripteurs, principaux artisans de la particularité française de sur-prescription et de mésusage, sources de risques pour les personnes malades, de dépenses inutiles et d'impact environnemental..	3
Encadrement des transports : les prescripteurs ne seront pas sanctionnés, les patients le seront !.....	3
Pertinence -nos proposition concrètes concernant les produits de santé	4
1. Engager un grand projet national de déprescription en commençant par les personnes hyper-polymédiquées.	4
2. Commencer par prescrire les interventions non-médicamenteuses lors du premier repérage de facteurs de risque cardiovasculaire afin d'éviter la cascade de la polymédication	5
Nous proposons de diminuer drastiquement la fréquence des primo-prescriptions jugées trop systématiques et consécutives au repérage initial de facteurs de risque cardiovasculaire (hypercholestérolémie, hypertension, hyperglycémie).	5
Nous proposons d'introduire un bilan de prévention primaire initié à l'occasion des consultations aux étapes clés (45 et 60 ou 65 ans) ou lors de toute consultation caractérisée par le premier repérage de facteurs de risques cardiovasculaires chez un patient (TA, cholestérol, glycémie).	6
3. Projet de désescalade thérapeutique en cancérologie	6
4. Mieux prendre en compte les cas de mésusage à fort impact pour garantir le respect des recommandations et assurer une plus grande transparence.	7
Fluoroquinolones : une nécessité d'encadrement des prescriptions (ex : AGLP-1)	7
Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)	7
Médicaments sans prescriptions (pseudoéphédrine) : des risques, un blocage des pharmaciens.....	8
5. Communiquer une meilleure information aux prescripteurs, usagers et personnes malades	8
Mieux identifier les niveaux et les causes de sur prescription à partir des données françaises et des comparaisons internationales avec les pays voisins ayant les mêmes indicateurs de santé que la France	9
Renforcer la communication destinée aux professionnels de santé et aux usagers. Il s'agit également de donner toute l'information nécessaire aux patients lors des consultations initiant ou renouvelant des prescriptions.....	9
Généraliser les messages du type « les antibiotiques ce n'est pas automatiques »	9
Augmenter les études de pharmaco-épidémiologie menées par EPI-PHARE.....	9
Développer la culture de la sécurité patient grâce à une meilleure information sur les risques iatrogéniques et son fardeau exprimé en termes de morbi-mortalité et de mieux expliciter les mesures efficaces.....	10
Trouver les modalités juridiques pour imposer les logiciels d'aide à la prescription « dernière génération »	10

Nous demandons une meilleure régulation des acteurs, notamment des prescripteurs, principaux artisans de la particularité française de sur-prescription et de mésusage, sources de risques pour les personnes malades, de dépenses inutiles et d'impact environnemental

- Les patients n'ont pas de responsabilité dans la prescription. La sur-prescription ou la mal-prescription est le résultat d'une évolution des pratiques sur le long terme créant une synergie forte entre les habitudes de prescription et les attentes initialement induites chez les patients. Ces derniers ne sont généralement pas en mesure de s'opposer ou de critiquer éventuellement la pertinence des prescriptions d'actes diagnostiques.
- Pour changer ce fonctionnement, c'est au médecin de prescrire moins et mieux. Ce changement passe par le respect des recommandations de la HAS et des bonnes pratiques par les médecins, l'aide via le développement des logiciels d'aide à la prescription, mais aussi par l'explication du bénéfice-risque des actes et des soins aux patients.
- C'est au professionnel de santé d'expliquer au patient que plus n'est pas forcément mieux, car la relation directe médecin-patient a plus de poids, aux yeux de ce dernier que les recommandations de la HAS, d'ailleurs peu accessibles pour les non-spécialistes, a fortiori dans un contexte de défiance ambiante vis-à-vis des institutions françaises.
- Notre étude RACI¹ (restes-à charge invisibles) réalisée en septembre 2024 auprès de 3100 personnes malades chroniques, en situation de handicap ou de perte d'autonomie, indique que 66% des répondants consomment des médicaments non prescrits et non remboursés, mais ils sont encore plus à consommer des médicaments prescrits non remboursés, 67.8%.
 - Ces dépenses n'impactent pas les dépenses publiques, mais celles des usagers. Elles interrogent et mettent à mal l'hypothèse selon laquelle les médecins seraient « victimes » des demandes de prescription par les patients. En effet les patients n'ont pas d'utilité à se voir prescrire des médicaments, qui ne seront pas remboursés. Par ailleurs, ils ne connaissent généralement pas les effets des médicaments avant de se les faire prescrire au moins 1 fois, on peut aisément imaginer que parmi ceux qui consomment des médicaments non remboursés non prescrits, il y a eu une prescription antérieure.

Les leviers concernant les patients sont donc liés à l'information, la communication et leur implication leur permettant une autodétermination dans le domaine de la santé.

Encadrement des transports : les prescripteurs ne seront pas sanctionnés, les patients le seront !

- Si France Assos Santé est favorable à l'encadrement des prescriptions des produits de santé, en premier lieu pour des raisons de sécurité, nous sommes très circonspects sur la mesure de la LFSS 2025 qui l'étend aux transports. En effet, de nombreux médecins ont déjà fait savoir qu'ils n'appliqueraient pas cette mesure (remplissage du formulaire), ce qui viendra pénaliser les patients qui ne seront pas remboursés, même si le transport est justifié. Les prescripteurs qui n'auront donc pas respecté les règles de prescription ne seront aucunement sanctionnés, alors que les patients le seront !
- France Assos Santé demande par ailleurs une transparence sur le coût des transports :
 - Montant des fraudes des transporteurs
 - Impact de la désertification médicale
 - Impact de la politique ambulatoire

¹ <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2024/11/Resultats-enquete-RACI-VDEF.pdf>

- Impact des regroupements hospitaliers
- Etc.
- Il nous apparaît dommageable d'analyser les postes de dépenses en silo, sans être totalement transparent sur l'ensemble des déterminants de la hausse des dépenses.
- Par ailleurs, les règles de prise en charge mal adaptées, peuvent induire des demandes du patient du fait de l'impossibilité de prendre en charge ces frais.
- Depuis 2011 les frais de transports des personnes en ALD ne sont plus remboursés si elles peuvent se rendre par leurs propres moyens sur leur lieu de soins ou de rdv (en dehors des conditions de prise en charge habituelles : plus de 150km, rdv en série, hospitalisation...).
- Exemple d'un patient atteint de mucoviscidose bénéficiaire de l'AAH uniquement qui se rendait chez son kiné tous les jours à 15km de chez lui (kiné respiratoire qui est la base du traitement pour désobstruer les bronches et ralentir la dégradation pulmonaire)
- Dans l'impossibilité d'assumer cette charge financière il n'avait que 2 options, soit réduire drastiquement le nombre de séances, avec des conséquences graves pour sa santé, soit demander à bénéficier d'un taxi conventionné, qui a été accepté par l'Assurance maladie, qui au final rembourse des frais plus coûteux que si elle remboursait le véhicule personnel.
- Autre situation, le fait que seuls les trajets les plus proches du domicile soient remboursés : des personnes sous dialyse souhaitant se rendre dans des structures « nocturnes » permettant d'effectuer leur dialyse après les horaires de travail ont renoncé à ces centres car ceux-ci étaient plus éloignés, et se retrouvent donc en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique, du fait de cette contrainte. Cela entraîne non seulement une indemnisation d'arrêts de travail qui n'auraient pas été nécessaire, mais en plus vient consommer les droits aux IJ, et entraînent des fins de droits et potentiellement une orientation vers une invalidité.

Pertinence -nos proposition concrètes concernant les produits de santé

1. Engager un grand projet national de déprescription en commençant par les personnes hyper-polymédiquées (>10 médicaments par jour).

- Après 75 ans, une grande partie des personnes âgées consomment régulièrement plus de sept molécules différentes, et 10% des plus de 75 ans prennent quotidiennement entre 8 et 10 médicaments différents. La polymédication des personnes âgées de plus de 75 ans, augmente en effet le risque d'effets indésirables et d'hospitalisation.
- Les événements indésirables graves médicamenteux (10.000 décès par an et 130.000 hospitalisations) sont 2 fois plus fréquents après 65 ans et expliquent 10% des hospitalisations des sujets âgés et 20% chez les octogénaires (qui arrivent malheureusement encore trop souvent à l'hôpital en passant par les urgences).
- Bien que des actions aient été entreprises par l'Assurance Maladie, telles que des discussions entre médecins, les pratiques de prescription évoluent peu malgré les recommandations et les actions ciblées.
- L'approche ne fait pas assez référence aux recommandations de bonne pratique et, le cas échéant, à des algorithmes qui permettraient de revoir la balance bénéfice-risque des médicaments prescrits notamment dans de prévention primaire (risque cardiovasculaire notamment).

Nous proposons la création d'une « task force » chargé de définir les contours du grand projet national. Constituée de : HAS, ANSM, CNAM, FAS, elle s'appuierait

notamment sur les sociétés savantes et les CNP concernées (gériatrie, cardiologie, santé mentale).

- La Task Force validera les objectifs par classes de médicament et pourra s'appuyer sur la sélection d'algorithmes, inspirés notamment par l'expérience du « réseau déprescription » canadien².
- Cette structure aurait pour objet de définir des objectifs de baisse du nombre des prescriptions de produits de santé dans les classes thérapeutiques bien identifiées (IPP, Psychotropes par exemple).
- Sur le terrain, le programme national bien identifié doit être développé et applicable dans le cadre des PAPRAPS et viser une meilleure synergie avec les efforts déployés par la CNAM et ses DAM. Les pharmaciens seraient associés dans le cadre d'un volet identifié et prioritaire des bilans partagés de Médication pour la patientèle de plus de 75 ans vivant à domicile ou en EHPAD. Les ARS pourront notamment s'appuyer sur les OMEDITS en prenant comme référence les régions ayant plus particulièrement développé les actions visant la polymédication.

2. Commencer par prescrire les interventions non-médicamenteuses lors du premier repérage de facteurs de risque cardiovasculaire afin d'éviter la cascade de la polymédication

- Les efforts de prévention primaire et quaternaire (effets secondaires et événements évitables, erreurs médicales) sont notoirement insuffisants.
- La prévention secondaire, qui génère des actes et de prescription est encouragée (par exemple historiquement via les ROSP.) C'est vrai dès lors qu'un dépistage individuel débouche sur un diagnostic initial basé sur le dépassement de seuil de résultats d'examen du sang (glycémie à jeun, cholestérol). Cette situation concerne avant tout la tranche d'âge 45 -65 ans.
- La prescription trop systématique de médicaments, associé ou non à un DM, ne permet pas d'encourager la mise en œuvre des interventions non-médicamenteuses, pourtant plus efficaces que les médicaments et quasiment sans risque associé, et ce pour la majorité des patients diagnostiqués à ce stade.

Nous proposons de diminuer drastiquement la fréquence des primo-prescriptions jugées trop systématiques et consécutives au repérage initial de facteurs de risque cardiovasculaire (hypercholestérolémie, hypertension, hyperglycémie).

- Dans l'immense majorité de cas, un traitement médicamenteux sera quasi-systématiquement initié dans un but de « prévention ». Cette prescription trop systématique explique à la fois le niveau élevé de mésusage (exemple des statines) et surtout elle peut être responsable d'une cascade de prescriptions expliquant une évolution progressive vers la polymédication alors que celle-ci introduit paradoxalement un nouveau facteur de risque dont l'importance est sous-estimée par les prescripteurs et les usagers.
- Il s'agit donc de prévenir la spirale de prescription – ou l'effet cascade – en privilégiant les interventions non médicamenteuses adaptées : exercice physique ; changement alimentation (baisse des sucres et glucides) ; réduction de la consommation de tabac et d'alcool,).

² <https://www.reseaudeprescription.ca/algorithmes>

Nous proposons d'introduire un bilan de prévention primaire initié à l'occasion des consultations aux étapes clés (45 et 60 ou 65 ans) ou lors de toute consultation caractérisée par le premier repérage de facteurs de risques cardiovasculaires chez un patient (TA, cholestérol, glycémie).

- Ce bilan devrait permettre un suivi organisé par la CNAM dans le cadre de sa stratégie d'accompagnement et pourrait se traduire par l'ouverture d'un dossier 3P pour « Plan personnalisée de prévention primaire » reposant sur un protocole privilégiant l'accompagnement des mesures non médicamenteuses les plus efficaces. Le plan de prévention doit également impliquer les autres professionnels de santé si besoin (pharmacien, IPA, nutritionniste, addictologue, etc...).
- L'expérimentation doit permettre de savoir si des solutions innovantes sont nécessaires, voire indispensables pour certaines sous catégories de la population concernée (par exemple des bons d'alimentation en cas de difficultés à suivre les recommandations nutritionnels³).
- L'adhésion à ce programme, sur une durée de quelques mois, viendrait retarder la primo-prescription systématique, notamment quand les facteurs de risque classent les usagers dans les formes « modérées » définies par une élévation faible des valeurs d'indicateurs (facteurs de risque ; ex : HTA entre 160-90 et 140-90⁴ chez une personne de plus de 60 ans) et pour lesquels la primo prescription d'un médicament n'est pas formellement recommandé (statines) ou nécessite un NNT très élevé (nombre de patients à traiter pour éviter un accident cardiovasculaire majeur).
- Une meilleure information des patients lors des consultations de repérage et d'initiation du Plan personnalisé de prévention primaire (4P) doit pouvoir permettre de communiquer les sur l'efficacité et la balance bénéfique risque des interventions possibles (médicamenteuses et non-médicamenteuses).
- Le programme devrait permettre d'étudier le besoin d'éducation thérapeutique et faire appel à un suivi garantissant que le programme personnalisé bénéficie d'une information adaptée aux besoins des usagers et utilise les solutions disponibles (Mon Espace de Santé).

3. Projet de désescalade thérapeutique en cancérologie

- Nous proposons la mise en place d'un programme national ambitieux sur la pertinence et la désescalade thérapeutique en cancérologie. Différents leviers pourraient être mobilisés : recommandations de bonne pratique, intégration aux dispositifs de certification et d'accréditation de la Haute Autorité de Santé, renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé et levier financier le cas échéant.
- Des essais cliniques de désescalade thérapeutique existent mais ils ne sont pas financés par les industriels.

³ Certaines organisations intégrées US ont ouvert des « pharmacies des aliments frais » pour distribuer gratuitement la bonne nourriture à des personnes diabétiques difficile à traiter. Une telle approche peut être envisagée en amont pour la prévention du diabète de type 2.

⁴ La prescription d'antihypertenseurs dans l'hypertension modérée en tant que stratégie de prévention primaire n'a pas d'efficacité démontrée. En revanche les bénéfices d'un exercice physique modéré et régulier sont démontrés et interviennent sur d'autres variables signalant le risque cardiovasculaire.

4. Mieux prendre en compte les cas de mésusage à fort impact pour garantir le respect des recommandations et assurer une plus grande transparence.

Fluoroquinolones : une impérieuse nécessité d'encadrement des prescriptions (ex : AGLP-1)

- Une restriction des indications a été décidée en 2019, par suite de la réévaluation de l'analyse bénéfices/risques des fluoroquinolones réalisé en 2018 au niveau Européen et au « black-box warning » mis en place dès 2016 par la FDA. Les fluoroquinolones ne doivent être prescrites qu'après avoir soigneusement évalué leurs bénéfices au regard des risques d'effets indésirables attendus, et après en avoir informé le patient.
- Une étude menée par l'Association d'aide et d'informations sur les Effets délétères des Fluoroquinolones montre que 50% des victimes (n= 220) n'ont pas été informées du risque pris pour leur santé ni par le médecin, ni par le pharmacien.

« J'en veux terriblement au corps médical qui n'a pas pris la peine de m'informer sur mes traitements donnés, sur les risques et conséquences. Ils m'ont empoisonné à vie, je n'ai plus le goût de vivre, je survie en sachant pertinemment que mon état continuera de s'aggraver et au fond, je n'attends que la fin... (femme, 50 ans) »

- La persistance des prescriptions de fluoroquinolones hors recommandations, de l'ordre de 100.000 prescriptions par mois, continuent d'engendrer de lourdes conséquences pour les personnes, généralement non informées des risques graves et invalidants de ces médicaments. Selon notre analyse, les prescriptions constituent une fraude à l'assurance maladie de plus de 20 millions d'euro par an.
- L'expérience Belge a consisté à mettre place un système de déremboursement des fluoroquinolones prescrites dans un rapport bénéfices/risques négatifs avec une obligation de déclaration électronique des motifs de prescriptions des fluoroquinolones, conservant 6 ou 7 cas de prescription autorisés dont un motif situation exceptionnelle. Les prescriptions sont ainsi passées de 2.2 DDD/1000 habitants en 2017 à 0,6 DDD/1000 habitants en 2019 soit une baisse de 72% des prescriptions.

Bandelettes sous urétrales (mesh)

Les bandelettes sous-urétrales et les implants de renfort pelvien (autrement appelés « mesh » ou treillis chirurgicaux) sont des dispositifs médicaux implantables destinés respectivement au traitement de l'incontinence urinaire et des prolapsus (descentes) des organes pelviens.

- Des travaux spécifiques ont été lancés par l'ANSM suite aux « implant files » relayant le témoignage de très nombreuses victimes de très sérieuses complications invalidantes⁵.
- La pratique a été encadrée par arrêté ministériel en 2020 posant des conditions d'évaluation initiale, d'information préalable, de contrôle, de gestion des complications.
 - **A date nous n'avons aucune évaluation concernant le respect de ces recommandations.**

Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

- De très nombreux travaux mettent en avant un important coût de ces dispositifs pour la solidarité nationale.

⁵ <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/bandelettes-urinaires-pourquoi-les-complications-s'accroissent-et-les-plaintes-aussi>

- Le traitement repose aujourd'hui très largement sur le traitement par pression positive continue (PPC) alors que les recommandations de la HAS ciblent l'orthèse mandibulaire (OAM) comme traitement de première intention pour certains patients.
- La sur prescription de PPC peut donc s'expliquer par le fait que la majorité des patients souffrent d'apnée sévères ou par le fait que les médecins ne respectent pas les recommandations.
 - **Une vérification pourrait être faite étant entendu que la prise en charge de l'OAM et de la PPC nécessitent une entente préalable.**

Médicaments sans prescriptions (pseudoéphédrine) : des risques, un blocage des pharmaciens

- Une revue de l'Agence européenne du médicament a révélé que les médicaments contenant de la pseudoéphédrine sont associés à des risques de syndrome d'encéphalopathie réversible postérieure (PRES) et de syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (RCVS), des affections graves affectant les vaisseaux sanguins cérébraux⁶.
- Le 25 janvier 2024, le comité des médicaments à usage humain (CHMP) de l'EMA a approuvé les mesures recommandées par le comité d'évaluation des risques de pharmacovigilance (PRAC) visant à minimiser les risques de syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) et de syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (RCVS) pour tous les médicaments contenant de la pseudoéphédrine, les profils de risques étant les mêmes sur toutes les spécialités.
- En France, l'ordre des médecins s'est prononcé sur l'ensemble des formes de vasoconstricteurs :

« Dans le cadre de la rhinopharyngite bénigne d'origine virale, le CNP d'ORL et de chirurgie cervico-faciale et le collège de la médecine générale déconseillent l'usage de vasoconstricteurs oraux et locaux au regard des risques d'accidents vasculaires graves qu'ils sont susceptibles d'induire pour un service médical rendu incertain ou insuffisant. En pratique des mesures simples associant mesures hygiéno-diététiques et éventuellement paracétamol suffisent et sont à encourager. Dans l'intérêt de la santé publique, l'Ordre des médecins s'associe à cette recommandation. »
- La communication de l'ANSM (2023)⁷ n'a pourtant concernée que les formes orales, les syndicats de pharmaciens ayant refusé de s'associer à une communication incluant l'ensemble des spécialités, les médicaments continuent d'être vendus sans précaution⁸.
 - A défaut d'un retrait d'AMM prononcé par l'Agence Européenne, un renforcement du rôle de contrôle du pharmacien mérite d'être envisagé.

5. Communiquer une meilleure information aux prescripteurs, usagers et personnes malades

- De nombreux rapports et travaux citent la demande des patients comme l'un des facteurs premiers de mésusage favorisant la sur prescription de produits de santé.

⁷ <https://ansm.sante.fr/actualites/en-cas-de-rhume-evitez-les-medicaments-vasoconstricteurs-par-voie-orale>

⁸ <https://www.quechoisir.org/actualite-medicaments-contre-le-rhume-officiellement-deconseilles-mais-vendus-sans-precaution-n118822/>

- Une enquête réalisée en 2012 pour la Fédération hospitalière de France (FHF) auprès de 803 médecins - pour moitié hospitaliers et pour moitié libéraux¹ - a pourtant mis en évidence que 28 % des actes étaient considérés comme n'étant pas « pleinement justifiés »⁹.
- Les médecins interrogés avançaient plusieurs motifs pour expliquer cette situation : en premier lieu la demande des patients (cité par 85 % des répondants), puis la peur du risque juridique (58 %), le problème de formation (38 %), l'absence de référentiels partagés (37 %), l'absence de contrôle des pratiques (27 %), enfin l'incitation économique (20 %).
- Plusieurs causes profondes d'une évolution trop lente des comportements des prescripteurs comme des usagers peuvent être évoquées :
 - Une sous-estimation des risques associés à la polymédication et aux mésusages (sur prescription).
 - Une absence de prise en compte des indicateurs de résultats pertinents
 - Le non-respect des recommandations de bonne pratique
- Les habitudes de consommation et de prescription sont donc la résultante d'une évolution sur longue période qui explique la situation particulière de la France (pour certaines classes thérapeutiques).

Nous proposons de :

Mieux identifier les niveaux et les causes de sur prescription à partir des données françaises et des comparaisons internationales avec les pays voisins ayant les mêmes indicateurs de santé que la France

De renforcer la communication destinée aux professionnels de santé et aux usagers. Il s'agit également de donner toute l'information nécessaire aux patients lors des consultations initiant ou renouvelant des prescriptions.

De généraliser les messages du type « les antibiotiques ce n'est pas automatique »

Le projet consisterait à élargir ce type de messages aux classes thérapeutiques concernées et à associer **France Assos Santé dans la stratégie de communication institutionnelle**.

La communication au grand public - mérite par ailleurs d'être en premier lieu éducative (intérêt ou non de tel médicament par rapport aux données scientifiques) et non moralisatrice / culpabilisatrice.

D'augmenter les études de pharmaco-épidémiologie menées par EPI-PHARE

Permettant des actions ciblées sur des catégories de la population, des pathologies ou des molécules et d'associer France Assos Santé en misant sur une convention entre FAS et le GIP EPI PHARE précisant les conditions de coopération (communication définie en commun avec FAS et les associations concernées en fonction des résultats d'études, commandes d'études spécifiques par FAS en fonction des besoins identifiés dans son réseau).

⁹ <https://www.fhf.fr/actualites/articles/sondage-les-medecins-face-aux-pratiques-dactes-injustifies>

De développer la culture de la sécurité patient grâce à une meilleure information sur les risques iatrogéniques et son fardeau exprimé en termes de morbi-mortalité et de mieux expliciter les mesures efficaces.

De trouver les modalités juridiques pour imposer les logiciels d'aide à la prescription « dernière génération »

En 2018, le Conseil d'État estimait que ces logiciels étaient qualifiés de dispositifs médicaux, ils doivent faire l'objet d'un marquage CE et ne peuvent se voir imposer en sus la certification de la Haute Autorité de Santé¹⁰.

¹⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2864746/fr/certification-des-logiciels-d-aide-a-la-prescription-une-demarche-primordiale-pour-l-amelioration-des-pratiques-des-medecins