



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

## Commissariat général à la stratégie et à la prospective

LA NOTE D'ANALYSE



03/2014  
N°09

Virginie Gimbert,  
avec la collaboration de Delphine Chauffaut,  
département Questions sociales

# Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? (volet 1)

En 2012, plus de 27 milliards d'euros ont été consacrés aux dépenses publiques de médicament en France. Parallèlement, on estime cette même année que 23 300 tonnes de médicaments n'auraient pas été utilisées. Au-delà de la question du prix du médicament – auquel sera consacré le volet 2 de cette note<sup>1</sup> –, celle de ses usages est déterminante. Quelle organisation du système de soins pourrait favoriser un usage plus raisonné, à bon escient, des médicaments ?

Le médicament n'est pas un produit comme les autres : s'il a contribué de façon décisive à l'allongement de la vie et à l'amélioration de la santé, il nécessite un usage raisonné puisqu'il peut, à défaut, détériorer l'état de santé. Cette note exa-

mine les recours au médicament en ambulatoire sur l'ensemble du cycle de vie du médicament, une fois celui-ci mis sur le marché avec un prix et, le cas échéant, un taux de remboursement. Les usages qu'en font les différents acteurs sont parfois peu pertinents (prescriptions inadaptées, conseils des pharmaciens insuffisants, utilisation peu adéquate de la part des usagers, etc.) et entraînent d'importants coûts sanitaires, économiques et environnementaux. À partir d'exemples observés dans d'autres pays, cette note propose des pistes pour une démarche globale cohérente, impliquant l'ensemble des acteurs, pour favoriser un recours pertinent au médicament. ■

1. Gimbert V. et Benamouzig D. (2014), "Les médicaments et leurs prix : comment les prix sont-ils déterminés ?", *La note d'analyse*, n° 10, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, mars.

## LES ENJEUX

En France, le niveau de consommation de médicaments est globalement important, s'accompagnant d'usages parfois peu pertinents. S'interroger sur cette consommation suppose d'observer les usages de l'ensemble des acteurs de la chaîne : entreprises pharmaceutiques, grossistes-répartiteurs, professionnels de santé (essentiellement médecins et pharmaciens) et usagers. Leurs comportements s'expliquent par des aspects organisationnels et structurels, mais aussi par des représentations collectives.

Les usages du médicament par les différents acteurs renvoient à de multiples enjeux : schématiquement, la production et la distribution, à des enjeux industriels et d'emploi ; la prescription (par les médecins) et la dispensation (par les pharmaciens) à des enjeux sanitaires, organisationnels et professionnels forts, tout comme l'utilisation finale ; la destruction du médicament renvoie, quant à elle, à des enjeux écologiques, sanitaires et financiers importants.

Comment dès lors favoriser un usage pertinent du médicament ? L'examen des usages au niveau du secteur ambulatoire (financièrement le plus important)<sup>2</sup> montre un niveau de consommation globalement élevé, voire surabondant en France (I). Cela tient à l'organisation de la chaîne du médicament et aux représentations collectives sous-jacentes (II). Cette note propose des pistes pour adopter une approche systémique qui, en incluant l'ensemble des acteurs, peut contribuer à un usage raisonné du médicament (III).

## EN FRANCE, UNE CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS GLOBALEMENT IMPORTANTE, VOIRE PARFOIS SURABONDANTE

### Un niveau de consommation parmi les plus élevés des pays européens

Par rapport aux pays voisins, la France se caractérise par une consommation importante de médicaments. En recul par rapport à 2011, les dépenses consacrées aux médicaments en 2012 représentent 18,4 % de la consommation médicale totale<sup>3</sup>. Quel que soit l'indicateur retenu, somme par habitant ou pourcentage du produit intérieur brut (PIB), la France a longtemps été en tête du peloton européen. Cela tient à des volumes de consommation élevés en comparaison internationale et à la concentration de la consommation sur les produits les plus coûteux. En particulier, la part des génériques dans la consommation globale reste peu élevée, comparative-ment à d'autres pays voisins<sup>4</sup>.

Une tendance à la baisse s'est observée récemment : en 2012, le montant des ventes des industries pharmaceutiques a globalement reculé de 1,5 %<sup>5</sup>. Certains pays nous rejoignent, voire nous dépassent désormais sur quelques classes de médicament<sup>6</sup>. Cette diminution fait suite aux politiques publiques de régulation développées depuis une quinzaine d'années (campagnes d'information auprès des professionnels et des usagers, déremboursement de médicaments, soutien aux génériques, forfait par boîte de médicament à la charge du patient, etc.), avec des objectifs de maîtrise des dépenses et d'amélioration de la santé publique. D'autres facteurs comme la crise de confiance vis-à-vis des médicaments après les scandales sanitaires récents (médiateur, pilule contraceptive, etc.) ou le renoncement aux soins, etc. expliquent également cette baisse des dépenses.

Cependant, en termes de volume, la France demeure l'un des premiers consommateurs européens de médicaments. La diminution des ventes observée en 2012 est en effet plus marquée en chiffre d'affaires qu'en unités<sup>7</sup> : 3,1 milliards de boîtes ont été vendues en 2012, soit en moyenne 48 boîtes de médicaments par habitant<sup>8</sup>.

2. L'usage du médicament à l'hôpital n'est pas traité dans cette note, du fait du circuit spécifique qu'il emprunte. Notons que si le secteur ambulatoire est le plus important, le secteur hospitalier prend de l'ampleur et a des répercussions fortes sur le domaine ambulatoire.

3. Soit l'équivalent de 525 euros (532 euros en 2011) dépensés par habitant en médicaments sur un total de 2 858 euros consacrés aux frais de santé (dont 1 300 € en frais d'hospitalisation et 722 € en soins de ville). D'après les données Eco-santé France 2013 : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DepensesSante/ConsoMedicaleTotale.htm>.

4. D'après : OCDE [2013], *Health at a Glance, OECD Indicators*, éditions de l'OCDE. En 2011, cette part atteint moins d'un quart des médicaments couverts par l'assurance maladie en France contre près des trois quarts en Allemagne, au Danemark et au Royaume-Uni, même si un plus fort recours aux génériques est à noter à la suite de l'adoption du principe "tiers payant contre générique" en 2012.

5. ANSM [2013], *Analyse des ventes de médicaments en France en 2012*, rapport.

6. C'est ce que met en évidence une étude comparée entre sept pays européens, sur huit classes thérapeutiques pendant une dizaine d'années : LIR et ESSEC Chaire santé [2012], *Évolution comparée des ventes de médicaments dans 7 pays européens (2000-2011). Premiers résultats*. Voir aussi OCDE [2013], *op. cit.*

7. ANSM [2013], *op. cit.*

8. ANSM [2013], *op. cit.*

La consommation française reste encore supérieure de 22 % à la moyenne observée dans les pays voisins<sup>9</sup> : par exemple, la consommation de psychotropes est près de deux fois plus élevée en France, notamment chez certains publics (personnes âgées, détenus, jeunes...)<sup>10</sup>.

### Une mobilisation surabondante de médicaments ?

Il est difficile d'établir quel serait, globalement et pour une population donnée, le niveau optimal de consommation de médicaments, et qui concourrait à la plus grande amélioration de l'état de santé des individus, au meilleur coût. Cependant, des usages peu pertinents s'observent tout au long du cycle de vie du médicament (voir *infra*), renvoyant à des situations individuelles de "sous-consommation" (mauvaise observance de traitement, etc.) ou de "surconsommation" médicamenteuse.

Or ces situations ont des **conséquences néfastes sur la santé des populations**. D'une part, au niveau individuel, une surconsommation peut être associée à des **risques de pharmacodépendance**, même si leur prévalence reste mal connue en France<sup>11</sup>. Des **problèmes d'iatrogénie médicamenteuse**<sup>12</sup> peuvent apparaître : par exemple, on estimait en 2008 à 144 000 le nombre d'hospitalisations liées à des interactions médicamenteuses (soit 3,6 % du nombre total d'hospitalisations), une sur deux étant considérée comme évitable<sup>13</sup>. Le mauvais suivi d'un traitement médicamenteux peut également détériorer l'état de santé individuel.

D'autre part, au **niveau collectif**, des usages non pertinents ont aussi des impacts négatifs sur la santé. Le cas des antibiotiques est emblématique, un usage inadapté de ces produits favorisant l'émergence de bactéries résistantes<sup>14</sup>. Par ailleurs, les rejets dans l'environnement de médicaments – non utilisés ou sous forme de résidus – sont **nocifs pour la biodiversité et la santé humaine**, même si on en mesure encore mal l'ampleur<sup>15</sup>.

Tous ces comportements ont un **coût considérable**, notamment pour les finances publiques puisque le médicament est pris en charge, pour partie, par le système d'assurance maladie. S'il est délicat d'estimer ce coût, quelques exemples illustrent son importance<sup>16</sup>. Ainsi, le gisement de médicaments non utilisés (du fait de l'arrêt du traitement ou du dépassement de la date) est estimé en France à **23 300 tonnes** en 2012<sup>17</sup>. Cette même année, l'association Cyclamed<sup>18</sup> a collecté plus de 14 000 tonnes de médicaments ramenés à l'officine par les usagers, et qui sont ensuite détruits dans les usines d'incinération. Ce gaspillage, observé au niveau collectif en bout de chaîne, illustre l'achat inutile de médicaments qui est une des formes d'usages non pertinents.

### Un accès aux médicaments qui reste plutôt très encadré en France

Mis à part les situations d'hospitalisation<sup>19</sup> et celles où les médicaments sont vendus directement par les établissements de santé aux patients<sup>20</sup>, l'usager a généralement accès au médicament *via* la pharmacie d'officine, selon **deux modalités**. Pour les médicaments soumis à **prescription obligatoire**, l'usager doit présenter au pharmacien une **ordonnance** établie par son médecin. En revanche, **il peut obtenir sans condition les médicaments non soumis à prescription obligatoire**<sup>21</sup>. Avec les déremboursements successifs, de nombreux médicaments sont désormais en vente libre en officine et, depuis 2008, pour certains d'entre eux, en libre accès<sup>22</sup>. De plus, depuis 2013, les médicaments à prescription facultative peuvent être **achetés en ligne** (voir *infra*).

Ainsi, **l'accès au médicament tend à s'assouplir**, si on exclut la question de leur accessibilité financière<sup>23</sup>. Cette tendance suscite de nombreuses **tensions** chez les pharmaciens, nombre d'entre eux voyant ces évolutions comme une menace pour leur monopole de vente, régulièrement contesté depuis une vingtaine d'années par les acteurs de la grande distribution ou, récemment, par l'Autorité de la concurrence<sup>24</sup>. Les discussions autour de

9. Le Garrec M.-A. et Bouvet M. (2013), *Comptes nationaux de la santé 2012*, document de travail, n° 185, DREES.

10. INSERM (2012), *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*.

11. Aux États-Unis, la pharmacodépendance concernerait 1 % à 2 % de la population globale. Cf. INSERM (2012), *op. cit.*

12. C'est-à-dire d'effets indésirables liés à la prise de médicaments ou des interactions dangereuses entre médicaments.

13. Étude EMIR - *Effets indésirables des médicaments, incidence et risque*, AFSSAPS, 2008.

14. Reynaudi M. et Teillant A. (2012), "Les bactéries résistantes aux antibiotiques", *La note d'analyse*, n° 299, Centre d'analyse stratégique.

15. Remarquons que les médicaments à usage vétérinaire contribuent également à ce phénomène.

16. En Suisse par exemple, l'Office fédéral de l'environnement a estimé en 2009 que 30 % de l'ensemble des médicaments vendus dans l'année ne seraient jamais utilisés, ce qui représenterait un gaspillage de 500 millions à 1,4 milliard de francs suisses.

17. D'après une évaluation réalisée par l'institut CSA pour Cyclamed. Cyclamed (2012), "Collecte des médicaments non utilisés des foyers : où en est la France ?".

18. Composée des industriels du secteur pharmaceutique.

19. Au cours desquelles le médicament est administré au patient par les infirmiers.

20. On parle de "rétrocession hospitalière".

21. Cependant, pour prétendre au remboursement par l'assurance maladie, une prescription médicale est obligatoire même pour les médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire.

22. La liste de ces médicaments sans ordonnance et en libre accès est définie et mise à jour par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

23. De ce point de vue, les déremboursements ont contribué à rendre l'accès à certains médicaments plus sélectif.

24. En décembre 2013, cette dernière s'est déclarée favorable à la vente de médicaments non remboursables en dehors des pharmacies.

la vente sur internet ont ravivé ces tensions, y compris au sein de la profession. Alors que certains pays européens autorisent la vente de médicaments hors de l'officine ou sur internet de façon élargie (encadré 1), le monopole des officines est conservé en France. Depuis 2013, la vente par internet est autorisée, mais très encadrée : réservée aux médicaments non soumis à prescription obligatoire, elle n'est possible qu'avec un site adossé à une pharmacie physique, tenue par un pharmacien diplômé et inscrit à l'Ordre des pharmaciens.

#### ENCADRÉ 1. LA VENTE DES MÉDICAMENTS EN LIGNE : DES RÉGLEMENTATIONS DIVERSES AU SEIN DE L'UNION EUROPÉENNE

À la suite de l'arrêt "DocMorris" de la Cour européenne, en 2003, qui stipule qu'une interdiction des ventes de médicaments sur internet serait contraire au droit communautaire, le marché de la vente sur internet s'est développé dans de nombreux pays européens, principalement en Allemagne, aux Pays-Bas, en Pologne, au Royaume-Uni, en Suisse, ainsi que dans les pays nordiques. Vingt pays de l'Union européenne sur vingt-huit autorisent actuellement la vente en ligne de médicaments, à des degrés divers. L'autorisation concerne l'ensemble des médicaments, à prescription obligatoire ou non, dans sept pays (Allemagne, Danemark, Estonie, Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède). Les autres pays ont adopté des réglementations plus restrictives. Par exemple, la Belgique autorise les pharmacies qui en font la demande à vendre en ligne uniquement les médicaments à prescription facultative et chaque site internet doit être adossé à une officine physique. Si la réservation du médicament peut se faire en ligne, la délivrance et le paiement ne sont autorisés qu'en pharmacie. La France s'inscrit dans cette perspective.

## UN SYSTÈME GLOBAL QUI CONDUIT À DES USAGES DU MÉDICAMENT INÉGALEMENT ADAPTÉS AUX BESOINS

Des usages mal adaptés sont repérables à chaque étape : prescription, dispensation, consommation finale, renvoyant aux comportements de multiples acteurs (industries pharmaceutiques, professionnels de santé, usagers), mais aussi à des logiques relevant de l'organisation globale du système de santé français.

### Un "modèle français de prescription"<sup>25</sup> peu efficient

La France se caractérise par un **niveau élevé de prescription de médicaments**, avec un recours privilégié aux molécules récentes<sup>26</sup> et un emploi des génériques encore relativement faible, même s'il est en forte croissance ces dernières années<sup>27</sup>. En France, 90 % des consultations donneraient lieu à une prescription, ce qui correspond à un taux élevé par rapport à nos voisins européens : selon une étude de 2005<sup>28</sup>, seules 43 % des consultations aux Pays-Bas, ou encore 72 % en Allemagne, font l'objet d'une prescription. En 2011, le nombre moyen de médicaments prescrits sur l'ordonnance française est de 2,87 ; 10 % des ordonnances comportent plus de six produits, 25 % plus de quatre<sup>29</sup>.

Les **médecins généralistes** seraient à l'origine de plus des trois quarts de l'ensemble de la prescription médicale, avec une médiane de prescription importante (selon une étude locale réalisée en Loire-Atlantique, la médiane approcherait les 410 000 euros annuels)<sup>30</sup>. Dans de nombreux cas, ces médecins ne font que renouveler les prescriptions reçues par les patients au cours d'une hospitalisation. Or les médecins hospitaliers ont tendance à prescrire des médicaments spécialisés<sup>31</sup> et des nouveaux produits médicamenteux appartenant au livret thérapeutique de leur établissement de santé, en général plus onéreux une fois vendus dans le secteur ambulatoire.

Par ailleurs, les médecins généralistes prennent en charge une **patientèle âgée** qui souffre souvent de plusieurs pathologies chroniques. Ces patients sont **polymédicamentés** (ils ont recours à plusieurs traitements médicamenteux simultanément) : les personnes âgées de plus de 80 ans prennent en moyenne cinq molécules différentes par jour<sup>32</sup>. Or ces situations, qui pourraient être plus nombreuses à l'avenir avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, sont délicates à appréhender et peuvent conduire à des **interactions néfastes à la santé**. Selon une récente étude de l'INSERM<sup>33</sup>, les prescriptions inadaptées sont plus fréquentes chez les sujets âgés, souffrant d'affection de longue durée, et chez les femmes.

25. Expression utilisée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) [2006], rapport sur le médicament.

26. Bensadon A.-C., Marie E. et Morelle A. [2011], *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, rapport IGAS.

27. Le Garrec M.-A. et Bouvet M. [2013], *op. cit.*

28. Déjà ancienne, cette étude fait pourtant toujours référence dans de nombreux rapports, faute de données plus récentes sur ces dimensions. CNAMTS [2005], "Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? Un dispositif d'étude mis en place par l'assurance maladie", IPSOS Santé pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

29. Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012, annexe 1 - Programme qualité et efficacité "maladie", d'après l'étude permanente de la prescription médicale en ville, IMS Health.

30. Masson P. [2011], "La prescription des médecins généralistes : conflit entre la profession médicale et l'assurance maladie", *Sociétés contemporaines*, n° 83, vol. 3.

31. On entend par "médicament spécialisé de l'officine" tout médicament préparé à l'avance, dosé au poids médicinal, présenté sous un conditionnement particulier et destiné à être vendu dans une seule officine.

32. En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la moyenne atteint sept molécules par jour. Voir Verger P. [2013], *Politique du médicament en EHPAD*, rapport.

33. Jardin M. et al. [2012], "Prescriptions médicamenteuses potentiellement inadaptées chez les personnes âgées : une étude en Provence-Alpes-Côte d'Azur à partir des données de remboursements de l'assurance maladie", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 60.

Plusieurs facteurs expliquent ce fort niveau de prescription. Un premier a trait aux représentations collectives. En France, l'acte de prescription d'un médicament est très étroitement lié à la consultation médicale, pour le professionnel de santé comme pour le patient. Prescrire un médicament est une façon symbolique de reconnaître l'état pathologique du patient. L'ordonnance peut être également considérée, au moment du paiement de la consultation par le patient, comme un contre-don de la part du médecin et comme un acte permettant de clore la consultation<sup>34</sup>. Modifier le comportement de prescription des médecins suppose ainsi de faire évoluer ces représentations, en agissant au niveau des professionnels comme des usagers (voir *infra*).

Un deuxième facteur d'explication, encore plus décisif, concerne l'offre de médicaments en France, qui est très abondante : en 2012, 2 800 substances actives sont disponibles dont 2 400 pour le secteur ambulatoire<sup>35</sup>. Les prescripteurs ont ainsi à leur disposition de multiples solutions médicamenteuses tout en ayant peu d'outils pour les discriminer.

Un troisième facteur tient aux connaissances des médecins sur les médicaments, mal adaptées aux besoins et souvent jugées insuffisantes. En 2009, près de 40 % des médecins auraient déclaré être sous-informés en matière de médicaments<sup>36</sup> et très peu d'entre eux ont eu recours à la formation continue (moins d'un médecin sur cinq a suivi une formation en 2009). Les informations sur les médicaments ont longtemps été considérées comme peu fiables du fait du poids majeur de l'industrie pharmaceutique dans la diffusion des données. L'industrie a en effet, jusqu'en 2011, largement financé la formation continue des médecins. Elle a également mené auprès d'eux, à travers les visiteurs médicaux, une politique offensive de diffusion des innovations : en 2011, elle aurait consacré 25 000 euros par médecin généraliste, soit plus d'un milliard d'euros aux visites médicales. Considérées comme un facteur incitant à la prescription, ces visites ont été encadrées dès 2004 *via* une charte définie par la Haute Autorité de santé (HAS). Malgré des rapports qui préconisaient la suppression des visites médicales<sup>37</sup>, comme par exemple en Suède où elles sont interdites, elles ont été maintenues en France, notamment pour des raisons d'emploi, même si leur encadrement a été renforcé en 2011. Si leur importance en nom-

bre diminue depuis plus d'une décennie<sup>38</sup>, les visites médicales restent pour les prescripteurs une des principales sources d'information sur les médicaments. Elles conservent une influence majeure sur les médecins hospitaliers pour les produits de spécialité.

Plusieurs évolutions récentes ont visé à répondre à ce besoin d'information indépendante : la réforme du système de formation médicale continue de 2011 prévoit désormais un financement public pour le développement professionnel continu ; le site ministériel sur le médicament constitue depuis octobre 2013 une source d'information publique facilement accessible. D'autres vecteurs d'information comme la presse professionnelle – qui reste cependant souvent liée aux industries pharmaceutiques<sup>39</sup> –, l'assurance maladie et les autorités publiques de santé (telle la HAS) devraient gagner en importance.

Depuis une vingtaine d'années, l'assurance maladie a déployé de multiples actions visant à réguler les pratiques de prescription, avec un double objectif, celui de mieux maîtriser les dépenses de santé et celui d'améliorer la qualité des prescriptions.

D'une part, des actions d'accompagnement des médecins sont menées par les délégués à l'assurance maladie (DAM). Avec la mise en place de nouveaux outils informatiques, l'assurance maladie a mis en évidence la forte disparité des pratiques de prescription entre médecins. Si les caractéristiques de la patientèle (âge, état de santé, comportement de santé) jouent pour partie, ce sont surtout celles des prescripteurs qui semblent déterminantes. Les DAM assurent des visites au cabinet des prescripteurs, en ciblant prioritairement ceux qui sont situés au-delà de la moyenne de prescription, pour échanger sur leurs pratiques et les inciter à les modifier afin d'arriver à une "juste prescription", adaptée aux besoins de la population.

D'autre part, s'y ajoutent, depuis 2011, des incitations financières à prescrire des médicaments génériques dans le système de rémunération à la performance des médecins généralistes. Elles restent cependant marginales dans le système de rémunération des médecins essentiellement à l'acte, qui favorise un fort niveau de prescription<sup>40</sup>. Ces incitations financières traduisent surtout la volonté de réduire les dépenses : elles visent à encourager la prescription de génériques plutôt qu'à optimiser le volume de médicaments prescrits.

34. Voir les travaux de l'anthropologue Sylvie Faisang, notamment *L'automédication ou les mirages de l'autonomie ?*, PUF, 2012 ; *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, PUF, 2001.

35. ANSM (2013), *op. cit.*

36. Bras P.-L., Kiour A., Maquart B. et Morin A. (2011), *Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau*, IGAS.

37. Par exemple, Bras P.-L. et al. (2011), *op. cit.*

38. Le nombre de visiteurs médicaux est passé de 24 000 en 2004 à près de 16 000 en 2013.

39. Une exception est la revue *Prescrire* par exemple, dont le financement est assuré par les médecins.

40. Albouy V. et Deprez M. (2008), "Mode de rémunération des médecins", *Lettre Trésor-Éco*, n° 42.

Dans d'autres pays, la régulation s'est faite de manière plus radicale. Par exemple<sup>41</sup>, au Royaume-Uni, les médecins disposent d'un "**budget de prescription**", négocié avec le *National Health Service* (NHS) : adapté à leur patientèle, il sert à étalonner leur pratique. En Allemagne, où un tel dispositif existe, les "gros prescripteurs" peuvent ainsi se voir allouer des sommes selon les résultats obtenus. Ces systèmes, plus ou moins souples (avec ou sans justification de dépassement, avec ou sans pénalités) donnent *a minima* un étalon de la prescription souhaitable.

Il faut noter que lorsque les pouvoirs publics ne régulent pas les pratiques de prescription, ce sont les acteurs privés qui s'en préoccupent. Le cas des États-Unis l'illustre bien avec un mécanisme de "**pré-autorisation**" mis en place par les assureurs (encadré 2), qui soumet le remboursement de certains médicaments à un accord préalable de l'assureur.

#### ENCADRÉ 2. AUX ÉTATS-UNIS, UNE PROCÉDURE DE "PREAUTHORIZATION"

La plupart des assureurs, publics et privés, ont mis en place des outils de gestion stricts pour encadrer la pratique des professionnels, et donc optimiser leurs dépenses. Ils ont notamment dressé des listes regroupant des actes médicaux et des traitements [lourds, coûteux, perçus comme de confort, etc.] nécessitant une "pré-autorisation" de leur part. Sans cet aval, le patient n'est pas remboursé. Le médecin doit transmettre le dossier à l'assureur, qui vérifie la pertinence du choix effectué [en fonction des caractéristiques du patient, du diagnostic, de l'historique des prises de médicaments]<sup>42</sup>. Puis l'assureur valide, ou non, la prescription initiale du médecin. Les médicaments visés concernent de très nombreuses pathologies (cancer, ostéoporose, asthme, etc.) et varient selon les assureurs<sup>43</sup>.

En France, à ces incitations financières s'ajoutent des actions davantage orientées vers une **plus grande qualité des prescriptions**. L'élaboration de recommandations médicales par la Haute Autorité de santé y participe, même si cet outil pourrait être amélioré pour mieux répondre aux besoins concrets des médecins<sup>44</sup> : citons notamment la réflexion engagée sur la prise en charge des personnes âgées polymédiquées. Ces démarches transversales peinent à se développer, souvent faute de données suffisantes sur les situations de polyopathologies.

Le portail public sur le médicament, lancé en octobre 2013, devrait également être une aide précieuse pour les prescripteurs.

#### Une dispensation des médicaments encore trop peu inscrite dans une logique de santé publique

Le pharmacien est, avec le médecin, le principal interlocuteur des patients au moment de leur passage à l'officine. Il joue ainsi un **rôle de régulateur de la consommation** des médicaments, sur le plan économique comme sur la qualité de l'usage.

D'un point de vue de **santé publique**, le pharmacien a pour **mission d'informer l'usager** sur les médicaments, notamment sur leurs effets secondaires. Son intervention lors de la vente peut alors influencer les comportements, d'achat et de consommation. Ainsi, des travaux<sup>45</sup> ont montré que lorsque le pharmacien conseille le patient, en face à face, au début du traitement – parfois simplement en rappelant la prescription –, l'observance du traitement est meilleure (régularité, poursuite du traitement à son terme). Cependant, **la pratique reste hétérogène**<sup>46</sup>, la délivrance de médicaments de prescription facultative sans conseil adapté restant largement répandue.

Ces comportements peuvent pour partie s'expliquer par le **mode de rémunération des pharmaciens** en officine, essentiellement liée au nombre de boîtes de médicaments vendues<sup>47</sup>, ce qui tend à favoriser une délivrance abondante, voire excessive. Avec la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) de 2009, le pharmacien voit **sa fonction de professionnel de santé renforcée**, notamment avec des missions de prévention, de dépistage et de suivi des patients en affection de longue durée. Dans le cadre d'un "entretien thérapeutique", il pourrait proposer au patient un point global sur l'ensemble de ses traitements, et contribuer ainsi à détecter des possibles interactions médicamenteuses. Cela se pratique déjà dans plusieurs pays, comme au Royaume-Uni où le pharmacien réalise des "bilans de médication". Certaines évolutions de la rémunération des pharmaciens – qui tendent à déconnecter partiellement la rémunération du prix du médicament ou du nombre de boîtes vendues – devraient ainsi contribuer à favoriser une consommation raisonnable de médicaments (voir *infra*).

41. Par exemple, en 2010, le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale a proposé l'adoption de "budget de prescription" afin de parvenir à une consommation sobre de médicaments.

42. Lapensee K. (2003), "Analysis of a Prescription Drug Prior Authorization Program in a Medicaid Health Maintenance Organization", *Journal of Managed Care Pharmacy*.

43. Comparaison des listes publiées sur leurs sites par les assureurs.

44. Gimbert V. (2012), "Les recommandations médicales : un outil pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ?", *La note d'analyse*, n° 291, Centre d'analyse stratégique.

45. Taitel M., Jiang J., Rudkin K., Ewing S. et Duncan I. (2012), "The impact of pharmacist face-to-face counseling to improve medication adherence among patients initiating statin therapy", *Patient Prefer Adherence*, n° 6.

46. Voir les enquêtes menées par UFC-Que choisir en 2012.

47. Bras P.-L. et al. (2011), *op. cit.*

En ce qui concerne le recyclage du médicament, le pharmacien a pour mission de récupérer gratuitement les médicaments périmés ou non utilisés : il les collecte et les transmet à Cyclamed en vue de leur incinération. La plupart des pharmaciens ont, pour ce qui est de l'information au public, une action plutôt "passive", qui se limite souvent à la mise à disposition de brochures et de plaquettes de Cyclamed dans leurs pharmacies.

### Des mésusages du médicament également importants du côté du patient

Plusieurs types de mésusages peuvent être repérés au niveau du patient. Premièrement, **une mauvaise observance des traitements médicamenteux** prescrits par le médecin ou préconisés par le pharmacien **peut obérer, au moins partiellement, l'effet désiré**. Un des cas courants est l'arrêt de la prise des antibiotiques une fois les symptômes disparus, mais avant la guérison. Certains médicaments complexes (pour les traitements anticancéreux en particulier) imposent des contraintes parfois très précises en matière de prise, souvent difficiles à respecter par le patient.

Deuxièmement, **des pratiques d'automédication peuvent se révéler peu adaptées, voire dangereuses**. On estime qu'en 2011, **plus des deux tiers des Français de 18 à 64 ans ont pratiqué l'automédication**, et qu'en 2012, près de 70 % ont utilisé de une à six fois des médicaments sans ordonnance<sup>48</sup>. Ces pratiques d'automédication peuvent être pertinentes : elles peuvent par exemple répondre à des problèmes de santé bénins de façon autonome et méritent ainsi, sous cet angle précis, d'être encouragées et soutenues. D'autres usages apparaissent cependant risqués pour la santé. Ainsi, un consommateur sur deux ne lirait pas les notices, ce qui peut donner lieu à des erreurs de dosage (selon la même enquête, 40 % surestiment la dose nécessaire en ibuprofène). Près d'un individu sur quatre déclare avoir déjà consommé des médicaments au-delà de la date indiquée<sup>49</sup>. Ces résultats sont comparables à ceux d'autres pays<sup>50</sup>.

Parmi les **pratiques d'automédication les plus nocives**, figurent celles qui consistent à **réutiliser des médicaments délivrés sur ordonnance** et conservés dans la pharmacie familiale. À la différence d'autres pays, anglosaxons et nordiques notamment, ces pratiques sont par-

ticulièrement développées en France<sup>51</sup> : en 2012, près de 60 % des personnes interrogées déclarent réutiliser les médicaments de leur pharmacie, prescrits ou non<sup>52</sup>. S'il est difficile de mesurer les effets réels de ces pratiques, le recours à des reliquats de traitement peut être préjudiciable à la santé, surtout pour certains produits comme les antibiotiques par exemple.

Enfin, la participation de l'utilisateur au recyclage pourrait encore être améliorée. Malgré des campagnes d'information régulières, le dispositif Cyclamed reste parfois mal connu. De plus, la conservation chez soi d'une pharmacie familiale est encore trop liée à des représentations collectives positives.

## REPENSER L'ENSEMBLE DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

### Adopter une démarche globale

Les mésusages identifiés sont étroitement liés au mode de fonctionnement de toute la chaîne du médicament : depuis la prescription, la dispensation et l'administration par les différents professionnels de santé, jusqu'au mode de consommation du produit par l'utilisateur. Ainsi, dans certains pays plus vertueux en matière de consommation de médicaments comme les Pays-Bas (encadré 3), **c'est l'ensemble de la chaîne, incluant prescripteurs, dispensateurs, distributeurs en gros, fabricants et usagers, qui est organisée pour que la consommation soit plus efficiente**.

#### ENCADRÉ 3. AUX PAYS-BAS, UNE ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ QUI FAVORISE UNE CONSOMMATION PEU IMPORTANTE DE MÉDICAMENTS<sup>53</sup>

Un ensemble de caractéristiques du système néerlandais permettent une consommation au plus juste des besoins des patients.

En premier lieu, **l'utilisateur bénéficie d'une large information sur la santé et en particulier sur les médicaments**. De nombreuses brochures sont à sa disposition dans les pharmacies et dans les cabinets médicaux. Elles indiquent des conseils à suivre pour améliorer son état de santé, des informations sur les dangers potentiels des médicaments. En deuxième lieu, **l'accès aux médicaments prescrits reste limité**. D'une part, les soins primaires sont organisés de sorte que l'accès direct de l'utilisateur au médecin n'est pas systématique. L'assistante médicale du cabinet oriente le

48. D'après un sondage Afipa / TNS Sofres réalisé en 2011, puis en 2012.

49. D'après un sondage BVA réalisé en 2010.

50. Par exemple, au Royaume-Uni, d'après un sondage réalisé par Care en 2012 auprès de cinq mille adultes, un quart d'entre eux aurait déjà pris des médicaments ayant dépassé la date de péremption, deux tiers ne liraient pas la notice et un sur dix choisirait lui-même le dosage.

51. D'après les travaux de l'anthropologue Sylvie Fainzang. Par exemple : Fainzang S. (2012), *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, PUF, Paris.

52. Sondage Afipa / TNS Sofres, *op. cit.*

53. Cet encadré s'appuie sur les travaux de Sophia Rosman. Voir Rosman S. (2010), "Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas", in Schweyer F.-X. et Bloy G., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESS, Rennes.

patient, le cas échéant, vers une infirmière praticienne (s'il y en a une) ou vers un médecin. Cette infirmière praticienne, qui a suivi une formation de niveau master, peut également orienter l'utilisateur vers le médecin. Depuis 2012, elle peut prescrire des médicaments dans certains secteurs d'intervention (maladies chroniques, soins intensifs, prévention, santé mentale ou soins aigus). D'autre part, lorsque le patient est reçu par un médecin, celui-ci a une pratique de prescription très limitée. Généralement, une prise en charge non médicamenteuse est proposée en première intention. Si une prescription médicamenteuse est ensuite envisagée, elle porte tout d'abord sur des médicaments anciens et peu onéreux et, en seconde intention seulement, sur des produits plus récents et plus onéreux.

En troisième lieu, **la dispensation du médicament en pharmacie est individualisée**, ce qui limite les possibilités de réutilisation ultérieure du médicament. Le patient se voit délivrer le nombre de pilules correspondant au traitement prescrit, avec un conditionnement personnalisé, portant son nom.

Il s'agit donc de **repenser l'ensemble du cycle de vie du médicament pour garantir un usage raisonné et adapté aux besoins**. Cela suppose de reconsidérer la prescription et la dispensation du médicament ainsi que le mode de consommation d'une part, et d'impliquer tous les acteurs d'autre part (industriels, distributeurs, professionnels de santé et usagers).

### Prescrire autrement

**Au-delà de l'objectif d'amélioration de la qualité des prescriptions**, une démarche plus ambitieuse favoriserait un mode de prescription plus sobre et plus efficient.

Tout d'abord, un **travail d'évaluation et de sélection des médicaments** permettrait de recommander, en une liste courte, les plus efficaces. En complément des recommandations de la Haute Autorité de santé sur les prises en charge par pathologie, il conviendrait de fournir aux prescripteurs des outils réduisant les choix possibles parmi les médicaments présents sur le marché. Le rapport de l'IGF et de l'IGAS<sup>54</sup> recommande ainsi, en 2012, d'établir une liste de référence telle qu'elle existe déjà en Suède (encadré 4). Mise à la disposition des professionnels de santé et du public, elle constitue un élément clé qui a permis d'obtenir en l'espace d'une décennie des modifications substantielles en termes de comportement de prescription.

#### ENCADRÉ 4. EN SUÈDE, UN OUTIL DE TRI EFFICACE : LA LISTE DE MÉDICAMENTS RECOMMANDÉS ("KLOKA LISTAN", OU "WISE LIST" EN ANGLAIS)

Dans la région de Stockholm, une liste présente les 200 médicaments les plus essentiels, susceptibles d'être utilisés pour les soins primaires ou à l'hôpital, et ayant prouvé leur efficacité.

Cette liste restreinte est destinée aux prescripteurs (médecins généralistes ou spécialistes) et au grand public. Elle est facilement accessible pour les professionnels et le public, notamment via le portail régional indépendant pour l'information sur les médicaments (elle comprend également les interactions médicamenteuses et la posologie recommandée).

Aujourd'hui, près de neuf prescripteurs sur dix en suivent les recommandations. Les pratiques ont ainsi changé en l'espace d'une dizaine d'années. Ce succès s'explique tout d'abord par la légitimité de cette liste : elle a en effet été coproduite par des prescripteurs, par des experts dans le domaine du médicament, reconnus et indépendants, et par des usagers. De plus, la liste est un outil parmi d'autres : la formation médicale continue, une mise à disposition via internet des recommandations professionnelles et des incitations financières ont accompagné cet outil.

Il conviendrait également d'inciter les médecins à développer davantage **la réflexion sur leurs pratiques de prescription**. Si les "groupes de pairs", mis en place dans certaines régions, répondent à cet objectif, il faudrait systématiser ces pratiques et favoriser la participation des pharmaciens, comme aux Pays-Bas (encadré 5). Ces groupes d'échange pourraient améliorer la prise en charge des patients, en particulier des personnes polymédicamenteuses. En France, ces échanges sont très peu fréquents et restent dépendants de l'action individuelle de quelques acteurs.

#### ENCADRÉ 5. AUX PAYS-BAS, UN CADRE INTERPROFESSIONNEL POUR DISCUTER DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION<sup>55</sup>

Aux Pays-Bas, des groupes de réflexion réunissent des médecins généralistes, mais aussi des pharmaciens d'officine. Ceux-ci communiquent aux médecins des informations sur leurs pratiques de prescription et participent aux débats afin de les modifier. Ces groupes exercent un fort contrôle social sur leurs membres : le fait de prescrire différemment des autres pouvant conduire à une certaine marginalisation, les médecins suivent en général les recommandations en matière de prescription.

54. Linsky V. et al. (2012), *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*, rapport de l'Inspection générale des finances (IGF)/Inspection générale des affaires sociales (IGAS), n° 2012-M-007-03 et RM2012-083P.

55. Cet encadré s'appuie sur Rosman S. (2010), *op. cit.*



Enfin, puisque l'ordonnance est un objet clé de la relation entre patient et médecin, elle **gagnerait à être utilisée autrement**, notamment pour prescrire des modes de prises en charge non médicamenteuses, susceptibles également d'améliorer l'état de santé. Cela pourrait se traduire, plus systématiquement qu'aujourd'hui, par la prescription d'autres thérapies (psychologues, etc.), mais aussi de conseils en termes d'hygiène de vie (sport, alimentation, etc.). Certaines initiatives vont déjà dans ce sens : par exemple, la ville de Strasbourg<sup>56</sup> expérimente depuis 2012 le remboursement de cours de sport, prescrits par un médecin à des patients ciblés. Alors que, selon la HAS, de nombreux freins demeurent<sup>57</sup>, des outils pourraient favoriser l'adoption de ces nouveaux modes de prescription : par exemple, aux Pays-Bas, les conseils de bonne hygiène de vie ou relatifs à la démarche à suivre en cas de maux bénins sont prodigués sous forme de fiches prêtes à l'emploi ou inscrits sur une ordonnance (encadré 6). En France, la HAS, de par son rôle majeur en termes d'élaboration de recommandations médicales aux professionnels, pourrait constituer ces documents à destination des usagers

#### ENCADRÉ 6. AUX PAYS-BAS, DES FICHES-CONSEILS POUR LES PATIENTS<sup>58</sup>

Lors de la consultation, les médecins peuvent délivrer des conseils en matière d'hygiène de vie ou d'alimentation, notamment en remettant à leur patient des fiches déjà prêtes et préparées par l'IVM (*Instituut Vertaantwoord Medicyngebruik* ou *Dutch Institute for Rational Use of Medicine*). La société savante NHG rédige de nombreuses fiches à l'attention du patient, par thématique et par maladie. Le point de départ peut être également les symptômes des patients.

Les brochures d'information à destination du patient sont nombreuses et disponibles dans les salles d'attente des cabinets médicaux et dans les officines de pharmacie. Elles apportent des informations générales sur les médicaments, mais aussi sur les démarches à suivre en cas de premiers symptômes, avant de consulter un médecin.

L'ensemble de ces transformations n'est possible que si les prescripteurs disposent d'une **information indépendante et de qualité sur les médicaments et sur les prises en charge alternatives**. De nombreux pays se sont déjà dotés d'un organisme public d'information sur les

médicaments qui fait référence (notamment au Canada, en Allemagne, en Belgique, aux Pays-Bas et en Nouvelle-Zélande). Cependant, l'information sur les prises en charge non médicamenteuses reste éparpillée et peu structurée. Certains pays ont des sites internet dédiés, comme les États-Unis<sup>59</sup>, ou proposent une approche globale, comme le NHS britannique, très utile pour orienter les professionnels de santé comme les usagers. La France s'est, quant à elle, dotée en 2013 d'un site d'information sur le médicament qui a le mérite de rassembler différents éléments de qualité sur le sujet, même si l'approche reste focalisée sur le médicament au sens strict.

### I Informer l'usager

Dans un contexte marqué ces dernières années par une simplification pour l'usager de l'accès au médicament non soumis à prescription obligatoire, **prévenir les mauvaises pratiques d'automédication** devient un enjeu majeur. **D'avantage et surtout mieux informer le patient** est ainsi une priorité. Au-delà des plans nationaux, tels que ceux menés dans les années 2000 sur les antibiotiques avec un volet de sensibilisation des professionnels et du grand public ("les antibiotiques, c'est pas automatique"), qui peuvent avoir une certaine efficacité<sup>60</sup>, trois vecteurs pourraient être mobilisés simultanément : la présentation du médicament, les professionnels de santé (notamment les pharmaciens) et un site internet d'information pour tous.

#### Faire évoluer la présentation du médicament

Étant donné que l'usager peut avoir un accès direct à certains médicaments (au sein de l'officine ou *via* la vente en ligne), **le médicament lui-même devrait, dans sa présentation et son conditionnement, contenir toutes les informations pertinentes**. Elles représentent pour les entreprises pharmaceutiques des protections juridiques. Par ailleurs, les notices mériteraient d'être simplifiées. L'emballage pourrait être plus lisible pour l'usager : une mention explicite pourrait être portée sur les boîtes des médicaments accessibles sans prescription médicale<sup>61</sup>, de façon à les distinguer des autres produits dans la pharmacie familiale ; il conviendrait ainsi de mieux faire connaître la signalétique déjà existante.

De plus, afin de limiter les risques liés à la réutilisation de médicaments antérieurement prescrits et conservés, la **question du conditionnement adéquat** devrait être

56. En partenariat avec le régime local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé.

57. Notamment la question du temps requis pour expliquer au patient les recommandations, éventuellement la question de la validité scientifique des autres modes de prises en charge, ou encore la dimension symbolique du médicament. Voir Haute Autorité de santé [2011], *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, rapport d'orientation.

58. Cet encadré s'appuie sur Rosman S. [2010], *op. cit.*

59. Notamment le centre gouvernemental *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), qui évalue les médecines non conventionnelles, forme les chercheurs et informe les professionnels et le grand public. Voir Reynaudi M. [2012], "Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?", *La note d'analyse*, n° 290, Centre d'analyse stratégique.

60. Dans le même esprit, aux États-Unis, une semaine de campagne publique "Medicine Abuse Action Campaign" permet d'informer sur les risques liés au mésusage d'un médicament.

61. Certains acteurs, comme l'AFIPA (Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable), préconisent la mise en place d'un logo spécifique pour les médicaments d'automédication.

reposée. De nombreux pays (comme les États-Unis et le Royaume-Uni) ont par exemple opté pour une **dispensation du médicament à l'unité** : les pharmaciens remettent à l'usager le nombre exact d'unités dont il a besoin pour la durée de son traitement. Un tel dispositif contribuerait à un **moindre gaspillage**, à une **réduction des risques sanitaires** liés à l'automédication et à une **meilleure observance**.

En France, cette solution a été régulièrement écartée du débat<sup>62</sup> : elle poserait des difficultés organisationnelles, tant pour les industriels<sup>63</sup> qui devraient revoir une partie de leurs chaînes de production<sup>64</sup> que pour les officines qui devraient se réorganiser pour délivrer les médicaments de façon individualisée dans des conditions de sécurité adéquates (traçabilité notamment). Malgré ces difficultés, la ministre de la Santé a annoncé en septembre 2013 le lancement d'une **expérimentation** sur la délivrance de certains antibiotiques à l'unité dans les officines volontaires, ces antibiotiques étant prescrits pour une durée stricte et pouvant se révéler dangereux en cas d'utilisation inadaptée.

Par ailleurs, **des solutions techniques permettent d'accompagner les patients fragiles**. Par exemple, le pilulier électronique (encadré 7) peut faciliter l'observance du traitement en limitant les oublis ou les erreurs, notamment pour les personnes âgées ayant des pertes d'autonomie importantes.

#### ENCADRÉ 7. AU ROYAUME-UNI, UN PILULIER ÉLECTRONIQUE POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE

Un projet-pilote, soutenu financièrement par le NHS du West Midland<sup>65</sup>, propose à des personnes âgées d'utiliser un pilulier électronique pour améliorer l'observance de leur traitement médicamenteux [éviter les oublis]. Le pilulier est préparé par les pharmaciens contre une rémunération de 20 £ par patient. Il est programmé pour distribuer les médicaments aux heures prévues par les professionnels de santé. Presque l'ensemble des 380 participants, dont le tiers souffrait d'un stade précoce de démence, disent avoir amélioré leur qualité de vie grâce à ce pilulier. Les économies réalisées par le NHS sont estimées à plus de 430 000 £, soit 1 700 £ par patient sur six mois.

#### Faire évoluer les missions du pharmacien dans un cadre de coopération élargi

Soumis à d'importants changements de conditions de travail ces dernières années, le pharmacien pourrait se

repositionner sur deux types de missions. Premièrement, une **mission de conseil à l'usager** : déjà inscrite dans le code de déontologie, elle pourrait être considérablement **renforcée**. Celle-ci devient en effet plus vitale dans un contexte marqué par un accès simplifié aux médicaments non soumis à prescription obligatoire. Au moment de la dispensation, le pharmacien pourrait **informer systématiquement l'usager** de la posologie, des effets secondaires associés ou des possibles interactions avec d'autres médicaments, mais aussi **proposer des conseils d'éducation à la santé (hygiène alimentaire, sportive, etc.)** et informer des modalités de retour des restes de médicaments à la pharmacie. Toutes ces informations pourraient être dispensées par oral – comme le code de la santé publique le prévoit déjà – ou par écrit, *via* des dispositifs simples (fiches d'information standardisées pour les usagers, messagerie électronique dans le cas de la dispensation par internet).

Pour que les conseils du pharmacien soient pertinents et individualisés, cela nécessite un **partage d'informations avec le médecin, mais aussi avec les autres professionnels de santé** (par exemple, les infirmiers qui interviennent à domicile auprès de personnes âgées dépendantes). Alors que le pharmacien ne dispose aujourd'hui que d'informations parcellaires (*via* le dossier pharmaceutique et la lecture de l'ordonnance), il conviendrait de proposer des outils intégrant l'ensemble des informations pertinentes collectées par le médecin ou par d'autres professionnels<sup>66</sup>. Le pharmacien pourrait être davantage associé aux travaux de réflexion sur les pratiques des prescripteurs (médecins), à la manière des Pays-Bas (encadré 5). De telles évolutions supposent d'**organiser un cadre de coopération entre pharmaciens et médecins et, plus largement, de constituer une équipe de soins primaires pluridisciplinaire**, incluant médecins, infirmiers et pharmaciens<sup>67</sup>.

Au-delà de cette mission renforcée de conseil et d'information, le pharmacien d'officine et son équipe pourraient assurer une seconde mission : la **préparation des doses individuelles à administrer**. Aujourd'hui, les pharmaciens jouent ce rôle de façon informelle pour les patients âgés dépendants à domicile et pour certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans un contexte de vieillissement de la population, cette mission pourrait gagner en importance, à condition de repenser l'organisation du travail (entre le pharmacien et son équipe) et l'espace au sein de l'officine, afin de garantir un haut niveau de sécurité sanitaire.

62. Voir les débats parlementaires : question écrite, Mme Aurillac : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-116106QE.htm>.

63. L'industrie pharmaceutique est un secteur industriel important : il représenterait en 2011 environ 108 000 emplois directs et 33 000 emplois indirects.

64. Les entreprises du médicament et la société [2012], *Les conditionnements ne favorisent-ils pas le gaspillage ?*, 100 questions que l'on nous pose.

65. <http://www.westmidlandsiep.gov.uk/index.php?page=604>

66. Voir les recommandations de : Reynaudi M. et Sauneron S. [2011], "Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? La télésanté", *La note d'analyse*, n° 255, Centre d'analyse stratégique.

67. Anger E., Gimbert V. et al. [2011], "Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé", *La note d'analyse*, n° 254, Centre d'analyse stratégique.

Avec l'évolution récente des conditions de travail du pharmacien en officine, la profession semble aujourd'hui à un tournant. Dans un contexte fortement marqué par des scandales sanitaires autour du médicament où les intérêts commerciaux et industriels ont parfois primé, la traditionnelle conciliation entre des objectifs commerciaux et des objectifs de santé publique est devenue plus délicate. L'actuel climat de méfiance vis-à-vis du médicament et des industries pharmaceutiques pourrait favoriser un **repositionnement plus clair du pharmacien comme professionnel de santé, étape indispensable** aux évolutions esquissées. Cela suppose de **faire évoluer considérablement leur mode de rémunération**, en prolongeant les projets actuels sur la mise en place d'une rémunération spécifique par forfait de l'éducation thérapeutique du patient<sup>68</sup>.

#### **Informier l'utilisateur sur les médicaments dans une démarche globale d'éducation à la santé**

Mieux informer l'utilisateur sur les médicaments est une nécessité, à l'heure où son autonomie est régulièrement prônée et où les conditions d'accès au médicament s'assouplissent. Cet objectif devrait s'inscrire dans une **démarche globale d'éducation à la santé** afin que l'utilisateur puisse être responsable de sa santé et qu'il sache réagir en cas d'apparition de premiers symptômes. Idéalement, dès le plus jeune âge, des connaissances en matière de santé pourraient être dispensées pour apprendre à la préserver et développer une hygiène de vie satisfaisante, à savoir décrypter des symptômes simples et y faire face. Des informations concernant le médicament devraient être délivrées : quand y a-t-on recours, comment l'utiliser, que faire du médicament une fois utilisé ? Idéalement, cette éducation à la santé pourrait être intégrée dans le cadre scolaire dès le premier cycle<sup>69</sup>.

Elle devrait également s'appuyer sur **de multiples supports d'information** : brochures d'information (émanant d'autorités publiques reconnues comme la HAS) diffusées dans les cabinets médicaux et en pharmacie, campagnes nationales d'information, site internet public dédié, etc. Le site public créé en 2013 regroupe ainsi des informations sur le médicament, son circuit, sa surveillance, ainsi que sur son bon usage et les précautions à prendre. Ce site gagnerait à considérer le médicament comme **une solution parmi d'autres** pour remédier à un problème de

santé de faible ampleur et à présenter les **prises en charge alternatives** possibles<sup>70</sup>. De nombreuses informations, souvent déjà existantes mais de façon dispersée, ayant trait à la préservation de la santé (conseils en termes d'hygiène de vie, d'alimentation, d'activité physique, etc.) pourraient être rassemblées sur ce site : par exemple, pour les benzodiazépines, sont présentées quelques solutions simples pour éviter d'y avoir recours. Ce type d'information mériterait d'être systématiquement développé. Enfin, **une entrée par symptômes** ("j'ai mal à...") permettrait de mieux répondre aux besoins de l'utilisateur et de garantir sa réelle autonomie, comme le font déjà certains sites privés<sup>71</sup>.

#### **CONCLUSION**

**Modifier les comportements des professionnels de santé comme des patients, pour renforcer la pertinence du recours au médicament, nécessite une démarche globale et collective sur l'ensemble de son cycle de vie. En particulier, cela suppose, d'une part, de développer une réflexion collective et critique sur le médicament en y associant les professionnels (prescripteurs ou dispensateurs) comme les usagers du système de soins et, d'autre part, d'accompagner le changement des pratiques des professionnels comme celles des usagers. Cette étape est cruciale si on vise un optimum de la consommation, permettant d'atteindre une meilleure santé au meilleur coût. Cela nécessite une véritable responsabilisation de l'ensemble des acteurs intervenant sur le circuit du médicament<sup>72</sup>.**

**Mots clés :** médicament, système de santé, usagers, coopération entre professionnels de santé, médecins généralistes, pharmaciens.

68. Notamment dans le cadre de la convention 2012.

69. Ou au cours d'une journée dédiée à l'information sur les gestes de premiers secours. Voir Reynaudi M. et Sauneron S. (2013), "Gestes de premiers secours : une responsabilité citoyenne", *La note d'analyse*, n° 321, Centre d'analyse stratégique.

70. Reynaudi M. (2012), "Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?", *La note d'analyse*, n° 290, Centre d'analyse stratégique.

71. Par exemple, le site [www.eurekasante.fr](http://www.eurekasante.fr) de la société Vidal propose des entrées par symptômes, ce qui facilite l'accès à l'information pour l'utilisateur.

72. **Remerciements** : I. Adenot (Conseil national de l'ordre des pharmaciens), E. Anger (pharmacien), C. Biot (Direction de la sécurité sociale), N. David, E. Maaliki, A. Mayer et M. Verdie (Direction générale de la santé), T. Demerens (CNAMTS), D. Lecomte-Somaggio (AFIPA), B. Legay et C. Mir (Direction générale de la prévention des risques, ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie), T. Moreau-Defarges (Cyclamed), S. Rosman (INSERM).

Les notes d'analyse du Commissariat général à la stratégie et à la prospective sont publiées sous la responsabilité éditoriale du commissaire général. Les opinions qui y sont exprimées engagent leurs auteurs.

## DERNIÈRES PUBLICATIONS A CONSULTER

Retrouvez les dernières actualités du Commissariat général à la stratégie et à la prospective sur :

-  [www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)
-  [CommissariatStrategieProspective](https://www.facebook.com/CommissariatStrategieProspective)
-  [@Strategie\\_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)

Commissariat général  
à la stratégie  
et à la prospective

[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr), rubrique publications

### Notes d'analyse :

- N° 01 ■ Un fonds européen pour l'emploi des jeunes - Proposition pour une initiative (juin 2013)
- N° 02 ■ Internet : prospective 2030 (juin 2013)
- N° 03 ■ Approvisionnements en métaux critiques : un enjeu pour la compétitivité des industries française et européenne ? (juillet 2013)
- N° 04 ■ Les compagnies aériennes européennes sont-elles mortelles ? Perspectives à vingt ans (juillet 2013)
- N° 05 ■ Pour un secteur des semences diversifié et innovant (octobre 2013)
- N° 06 ■ Intensifier et réorienter les transferts de technologies bas carbone pour lutter contre le changement climatique (octobre 2013)
- N° 07 ■ Doha, Varsovie, des conférences de transition vers un accord climatique mondial en 2015 (octobre 2013)
- N° 08 ■ Analyse des big data – Quels usages, quels défis ? (novembre 2013)

La note d'analyse n° 09 - mars 2014 est une publication du Commissariat général à la stratégie et à la prospective  
Directeur de la publication :  
Jean Pisani-Ferry, commissaire général  
Directrice de la rédaction :  
Selma Mahfouz, commissaire générale adjointe  
Secrétaires de rédaction : Delphine Gorges, Valérie Senné  
Dépôt légal : mars 2014 - N° ISSN : 1760-5733  
Contact presse : Jean-Michel Roullé, responsable de la communication - 01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38  
[jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr](mailto:jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr)

Lieu d'échanges et de concertation, le Commissariat général apporte son concours au Gouvernement pour la détermination des grandes orientations de l'avenir de la nation et des objectifs à moyen et long termes de son développement économique, social, culturel et environnemental. Il contribue, par ailleurs, à la préparation des réformes décidées par les pouvoirs publics.



[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)