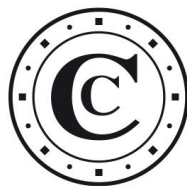


Cour des comptes



RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS,
ORGANISMES ET PERSONNES CONCERNÉS

LE BON USAGE DES PRODUITS DE SANTÉ

Rapport public thématique

Septembre 2025

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS, ORGANISMES ET PERSONNES CONCERNÉS

**Réponse reçue
à la date de la publication (05/09/2025)**

Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam)..... 4

Destinataire n'ayant pas répondu

Madame la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles
--

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (CNAM)**

J'ai pris connaissance avec intérêt du rapport public thématique que vous m'avez transmis dans le cadre de l'enquête sur le bon usage des produits de santé.

De nombreux développements et recommandations de votre relevé d'observations définitif ont tenu compte des compléments apportés dans le cadre du contradictoire et je tiens dès à présent à vous remercier des évolutions rédactionnelles apportées.

1/ D'une façon générale, si je souscris en grande en grande partie aux recommandations de ce rapport et son contenu, je souhaite toutefois partager avec vous quelques remarques qui concernent certaines de ces recommandations ainsi que des développements afférents, au regard des propositions que nous portons dans le rapport Charges et Produits pour 2026.

Premièrement, concernant les actions d'information et de sensibilisation des prescripteurs, je vous confirme notre volonté de mettre à disposition des médecins traitants, dès 2026, les 15 indicateurs de pertinence pour l'ensemble de leur patientèle. Ces indicateurs seront restitués à l'échelle de chaque patient, régulièrement mis à jour de manière infra-annuelle et accessibles depuis ameli.pro, en parallèle du profil de prescription d'antibiotiques que vous mentionnez. L'enjeu est de faire évoluer de façon progressive d'ici 2027, l'actuel relevé individuel d'activité et de prescriptions, peu ergonomique et peu consulté, vers une version digitalisée, régulièrement actualisée et en datavisualisation. En ce qui concerne l'information destinée aux établissements de santé, en lien avec la recommandation n° 2 et comme évoqué dans ma précédente réponse, il est effectivement nécessaire d'améliorer la communication autour de leurs pratiques prescriptives. Ainsi, nous prévoyons que les profils des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) soient accessibles en datavisualisation, tout en renforçant l'identification des praticiens hospitaliers, afin de leur fournir le même niveau d'information que les médecins installés en ville.

Par ailleurs, et à l'instar de ce qui est fait pour les établissements, nous travaillons à l'instauration d'une visite annuelle systématique à destination des médecins généralistes. Celle-ci viserait à établir un programme personnalisé en matière de pertinence fondé sur les 15 programmes d'action conventionnels, sur le profil de prescription du médecin et de ses caractéristiques propres.

Le rapport souligne, dans le cadre de la recommandations n° 5 que le dispositif d'accompagnement à la prescription est un levier opportun d'encadrement des prescriptions, et doit dès lors être étendu à d'autres médicaments. Je rejoins cette proposition ; il pourrait être effectivement étendu à certains médicaments et actes au-delà des analogues du glucagon-like peptide 1. Ce téléservice a par ailleurs vocation à être progressivement ouvert aux prescripteurs hospitaliers en 2027.

De manière plus générale, et dans l'objectif de réduire les mésusages, nous souhaitons intensifier les actions en faveur de la déprescription, identifiée comme un levier dans le rapport. Je tiens d'ailleurs à rappeler que la convention médicale de 2024 a créé une consultation de déprescription, tandis que l'avenant 1 à la convention pharmacien a renforcé l'attractivité des bilans de médication, contribuant ainsi à la lutte contre la polymédication. Cette dynamique devra s'accompagner d'un renforcement de l'accompagnement des professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital. Une évaluation de l'opportunité d'étendre le champ des consultations longues de déprescription en ville et en Ehpad ainsi qu'une révision des mécanismes conventionnels associés sont également envisagés.

Je partage également votre constat sur le bilan des Cages; si leur mise en œuvre a permis de construire un dialogue entre les établissements sur les thématiques prioritaires de pertinence et de mettre en place des accompagnements spécifiques, il apparaît que les résultats liés à ces contractualisations demeurent limités au regard de l'évolution des PHEV. C'est pourquoi nous proposons, en LFSS pour 2026, la mise en place d'un nouveau dispositif d'intéressement des établissements à la pertinence, plus souple et plus incitatif, permettant de partager les gains réalisés en matière de PHEV entre l'Assurance maladie et l'établissement.

En outre, et comme vous l'avez relevé, nous avons porté la mesure de limitation des délivrances des pansements et produits nécessaires à sept jours de traitement, introduite par l'arrêt du 13 mars 2025. Nous avons pour ambition, dès 2026 et progressivement jusqu'à 2030, d'étendre ce dispositif à de nouveaux produits de santé.

Enfin, je souhaite réaffirmer que l'Assurance maladie est pleinement investie dans l'évaluation de l'impact carbone et environnemental des prescriptions et entend limiter le gaspillage en favorisant la réutilisation des produits de santé non ouverts et non périmés. Au-delà des études menées en

2025 visant à mieux connaître l'ampleur du gaspillage¹, l'Assurance maladie souhaite développer à grande échelle la réutilisation des dispositifs médicaux et des médicaments non ouverts et non périmés, notamment dans le cadre du décret du 17 mars 2025, qui ouvre la voie au développement d'une véritable filière de reconditionnement et de réemploi des dispositifs médicaux usagés. Dans ce cadre, un travail est engagé avec l'ANSM pour permettre la remise en circuit de certaines boîtes de médicaments non ouvertes et non périmées. Des travaux plus opérationnels seront à conduire avec les pharmaciens, les industriels, les PUI et les grossistes-répartiteurs pour que la réutilisation des médicaments non utilisés — lorsqu'elle est possible — devienne progressivement la norme.

II/ Au-delà de ces remarques sur les recommandations du rapport, je souhaiterais également apporter quelques précisions à certains développements et données mobilisés dans le rapport.

Premièrement, le rapport mentionne que « l'ordonnance numérique au bon usage des produits de santé grâce à différents champs à compléter qui permettent de gagner en précision ». Il convient toutefois de souligner un autre avantage essentiel du dispositif non mentionné : la sécurisation des ordonnances, en raison de leur caractère infalsifiable.

En outre, les LAP sont mentionnés, mais sans mention des systèmes d'aide à la décision médicale (SADM), qui apparaissent pourtant comme des leviers intéressants de promotion du bon usage des produits de santé.

Voilà les principaux éléments de réaction que je souhaitais porter à votre connaissance.

¹ « Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette » (RésoMédit, C2DS et Assurance maladie) : menée au sein de 212 établissements volontaires, cette étude a permis de quantifier les déchets issus des médicaments (DIMED) éliminés, d'identifier les motifs d'élimination de ces DIMED, d'en estimer l'impact économique et l'impact carbone et de dégager des propositions d'amélioration des pratiques. Les résultats de cette étude seront connus à l'été 2025. PERIMED (ANSM, Cyclamed et Assurance Maladie) : cette étude relative aux médicaments PERimés et aux gaspillages MEDicamenteux concerne les médicaments ramenés à l'officine et présents dans les boîtes Cyclamed. Les résultats seront connus en fin d'année 2025 et devraient permettre de dégager des priorités d'actions pouvant porter sur les durées de conservation, la prescription, le conditionnement ou encore l'éducation des patients.