

COMPTE RENDU

**Déprescrire dans une perspective
santé - environnement : quelles
pistes pour les politiques
publiques en France ?**

Journée d'étude coorganisée par les
axes Politiques de santé et Politiques
environnementales du LIEPP

4 décembre 2024

Journée d'étude

Déprescrire dans une perspective santé - environnement : quelles pistes pour les politiques publiques en France ?

Mercredi 4 décembre 2024, 9h15-16h45, Sciences Po

Compte rendu thématique

*Rédigé par Matthias Brunn, Etienne Nouguez, Eva Stahl, Max Cocard, avec le
concours de tous les participants de la Journée*

1. Introduction : Un enjeu de santé publique et environnemental

La question de la déprescription s'inscrit aujourd'hui dans un contexte de préoccupations croissantes à la fois sanitaires, économiques et environnementales. La Journée d'étude organisée par le LIEPP visait à interroger les conditions de mise en œuvre de politiques de réduction des prescriptions médicamenteuses inappropriées, en croisant les expertises de chercheurs, de cliniciens et d'acteurs institutionnels. L'objectif était d'identifier les leviers et les freins existants, tout en envisageant les perspectives de structuration d'une action publique plus ambitieuse sur ce sujet en France.

Le LIEPP (Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques) est un centre de recherche dédié à l'analyse des politiques publiques avec une approche interdisciplinaire. Depuis sa création en 2011, il s'intéresse à plusieurs thématiques prioritaires, dont les politiques de santé, environnementales, socio-fiscales, éducatives, les discriminations et politiques catégorielles, ainsi que l'évaluation de la démocratie. Dans ce cadre, un travail collectif a été initié par les axes Politiques de santé et environnement du LIEPP sur la décarbonation des systèmes de santé. Une [première journée d'étude](#) avait eu lieu en 2022 au LIEPP. Depuis, différents sujets ont été approfondis, y compris sur l'intégration de la notion de soutenabilité dans les [décisions de santé](#).

Loin d'être un simple ajustement technique des pratiques médicales, la déprescription soulève des questions fondamentales sur les normes de soins, la responsabilité des prescripteurs, l'organisation du système de santé et les attentes des patients. Alors que la maîtrise des volumes de prescription a historiquement été pensée sous un prisme sanitaire et économique – notamment en raison de son poids sur les finances publiques – la prise en compte de l'impact environnemental du médicament constitue une évolution récente et encore émergente dans le débat public. Cette nouvelle approche permet de repenser les

prescriptions non seulement en termes de pertinence clinique, mais aussi en lien avec les externalités qu'elles génèrent sur l'écosystème et les ressources naturelles.

Au fil des interventions, la journée a mis en lumière l'articulation nécessaire entre ces différentes dimensions. Réduire les prescriptions inappropriées apparaît comme une démarche qui relève autant de l'amélioration de la qualité des soins que d'un impératif écologique et économique. Cependant, de nombreux obstacles persistent, allant des contraintes réglementaires aux représentations professionnelles et aux attentes des patients, en passant par l'organisation du système de soins. Face à ces défis, plusieurs pistes ont été explorées. Loin d'être un simple exercice de rationalisation budgétaire, la déprescription s'impose ainsi comme une transformation profonde des pratiques et des organisations médicales et des politiques de santé publique, nécessitant une approche systémique et interdisciplinaire.

2. État des lieux : Impact des prescriptions médicamenteuses en France et à l'international

La France figure parmi les pays européens où [la consommation de médicaments](#) est la plus élevée. Cette tendance s'explique par une série de facteurs, incluant les habitudes de prescription, les attentes des patients, l'influence des industriels et l'organisation du système de santé. Si des initiatives ont été mises en place pour rationaliser l'usage des médicaments, la question de la surprescription demeure un enjeu majeur, notamment dans certaines classes thérapeutiques comme les psychotropes et les antibiotiques.

La surconsommation médicamenteuse n'est pas sans conséquences. Sur le plan sanitaire, elle est associée à une iatrogénie importante, entraînant chaque année [des dizaines de milliers d'hospitalisations et de complications médicales évitables](#). La polymédication, particulièrement pour les personnes âgées, constitue un facteur de risque majeur, renforçant la nécessité d'un encadrement plus strict des prescriptions et d'une meilleure réévaluation des traitements au long cours.

Par ailleurs, la question de l'impact environnemental des médicaments est de plus en plus mise en avant. Les résidus médicamenteux [présents dans les eaux](#) constituent une source préoccupante de pollution, affectant la biodiversité et la qualité des ressources en [eau potable](#). La production, le transport, la promotion et l'élimination des médicaments participent également aux émissions de [gaz à effet de serre](#). Pourtant, à ce jour, la dimension environnementale reste largement absente des critères de régulation et de prescription. L'absence de données consolidées sur l'empreinte écologique des médicaments rend difficile l'intégration de ces préoccupations dans les pratiques professionnelles. À l'échelle internationale, [plusieurs pays](#) ont développé des approches innovantes pour encourager la déprescription. Le [Canada](#) et les Pays-Bas figurent parmi les précurseurs en la matière, avec des stratégies intégrant la formation des professionnels de santé, la mise à disposition d'outils d'aide à la décision et le développement de protocoles spécifiques pour accompagner les patients dans la réduction ou l'arrêt de certains traitements. Au Royaume-Uni, la mise en place de protocoles de décroissance progressive des doses pour les psychotropes a permis d'éviter les rechutes liées aux syndromes de sevrage. Aux Pays-Bas, des dispositifs tels que les [Tapering Strips](#), permettant un ajustement

progressif des dosages, ont montré des résultats prometteurs en limitant les risques liés aux arrêts brutaux des traitements. En Norvège, des unités spécialisées en déprescription ont été créées, offrant un accompagnement médicalisé pour les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères.

Ces expériences montrent qu'il est possible d'intégrer la déprescription dans les pratiques médicales tout en garantissant la sécurité des patients. Toutefois, elles soulignent également la nécessité d'un soutien institutionnel fort, sans lequel ces démarches restent limitées à des initiatives locales et peu structurées. Si la France s'intéresse de plus en plus à ces modèles, l'enjeu demeure de les adapter aux spécificités de son système de santé, notamment en termes de gouvernance, de financement et de formation des professionnels.

Loin d'être un simple acte de restriction, la déprescription doit être pensée comme un outil d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques. En intégrant cette démarche à l'ensemble du parcours de soins et en la structurant à l'échelle nationale, il devient possible d'en faire un véritable levier pour un système de santé plus sûr, plus efficace et plus durable.

3. Le rôle des institutions et régulateurs dans la déprescription

Un cadre institutionnel encore centré sur le contrôle des dépenses de médicaments

L'action des institutions de santé en matière de déprescription s'inscrit encore largement dans une logique de contrôle budgétaire, plutôt que dans une véritable politique de rationalisation thérapeutique. Comme l'ont souligné plusieurs intervenants, les principaux leviers mobilisés par les autorités – Assurance Maladie, Direction de la Sécurité Sociale (DSS) – relèvent avant tout des mécanismes de régulation des prix et du remboursement, via la tarification, ou encore les dispositifs de demande d'accord préalable (DAP).

Cependant, cette approche budgétaire est insuffisante pour structurer une politique publique de déprescription efficace et acceptée par les professionnels de santé. Les mesures de régulation financière sont souvent perçues par ces derniers comme des contraintes administratives supplémentaires ou comme une entrave à la qualité des soins. L'enjeu est donc de dépasser cette logique comptable pour construire un cadre d'action intégrant les dimensions médicales, environnementales et éthiques de la déprescription.

L'importance de l'Assurance Maladie dans la diffusion des bonnes pratiques

L'[Assurance Maladie](#) joue un rôle central dans la mise en œuvre des stratégies de régulation du médicament et de la promotion de la déprescription. Déjà impliquée dans le suivi des prescriptions grâce aux bases de données du Système National des Données de Santé (SNDS), elle dispose d'outils lui permettant d'identifier les pratiques de surprescription et de cibler ses actions vers certains médicaments ou certaines populations spécifiques, en se basant notamment sur les recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Des initiatives ciblées ont été mises en place, notamment des campagnes d'information adressées directement aux patients ou des dispositifs d'incitation pour les professionnels de santé. Toutefois, l'efficacité de ces démarches est limitée par des réticences des professionnels à ce qu'ils perçoivent comme un contrôle de leurs pratiques. L'exemple des campagnes visant à favoriser la substitution des médicaments de marque par des génériques

a illustré la difficulté de ces interventions : si elles peuvent modifier certains comportements, elles sont aussi perçues comme une intrusion dans la relation entre le prescripteur et son patient au nom d'impératifs purement gestionnaires.

Le rôle de l'ANSM dans la régulation de la déprescription

[L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé](#) (ANSM) joue un rôle clé dans la régulation des pratiques de prescription en France. En tant qu'autorité de régulation, elle est responsable de l'évaluation du rapport bénéfice/risque des médicaments, de la surveillance des effets indésirables ou de la diffusion de documents de bon usage ou de mesure de réduction du risque des médicaments. L'ANSM contribue également à la réévaluation du bénéfice-risque des médicaments dans leurs indications thérapeutiques, en lien avec les données les plus récentes, et se positionne ainsi en faveur de réduction des indications ou de retrait des médicaments jugés inefficaces ou présentant un risque¹ excessif au regard du bénéfice.

Dans un objectif de prévention, l'ANSM a mis en place une politique de santé publique de lutte contre le mésusage et de promotion du bon usage afin de cibler ses actions et sa communication sur des classes de médicaments à risque et de sensibiliser les prescripteurs et les patients au bon usage. Son action s'inscrit dans une dynamique plus large de sécurisation, des prescriptions, notamment via la diffusion de mesures de réduction du risque ou la promotion de bonnes pratiques de prescription voire de déprescription. Cette démarche s'inscrit dans une dynamique interinstitutionnelle, en collaboration avec la HAS, l'Assurance Maladie, les OMEDIT (Observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique) et les professionnels de santé.

Le rôle de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans l'amélioration de la qualité des soins

La [HAS](#) joue un rôle central dans l'amélioration de la qualité des soins, notamment au travers de ses missions d'évaluation des produits de santé en vue de leur remboursement, et de production de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Elle a également développé des outils spécifiques pour optimiser le bon usage des médicaments. L'ensemble des documents produits par la HAS sont rendus publics et accessibles. La HAS rappelle dans ces différents documents que les traitements non médicamenteux sont parfois les plus adaptés en première intention. Cependant, ces recommandations ne sont pas systématiquement appliquées par les professionnels de santé.

La HAS a récemment dévoilé son projet stratégique² avec notamment l'ambition de défendre la qualité des soins dans un système de santé en tension en ancrant la pertinence et la sécurité dans les pratiques professionnelles, d'éviter ainsi les interventions inutiles ou inappropriées, et de poursuivre et approfondir ses travaux sur le sujet santé-environnement. La HAS entend notamment prendre en compte les enjeux environnementaux des technologies de santé³ mais souligne l'absence actuelle d'indicateurs d'impact environnemental (notamment sur l'analyse du cycle de vie [ACV]) robustes et homogènes.

¹ En avril 2021, l'ANSM a publié sa doctrine sur la question du mésusage dans la revue [Frontiers in pharmacology](#).

² [Haute Autorité de Santé - La HAS dévoile son projet stratégique 2025-2030](#)

³ [Feuille de route sante environnement has.pdf](#)

Le rôle de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS)

La DSS intervient à plusieurs niveaux de la régulation des produits de santé. S'agissant du bon usage et de la juste prescription des produits de santé, la DSS a récemment co-piloté la mise en œuvre de la délivrance d'antibiotique par les pharmaciens (dans les cas d'angine et de cystite simple de la femme avec notamment la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique) permettant ainsi à la fois un meilleur accès aux soins pour les patients grâce au dense maillage territorial des officines, mais aussi un usage plus approprié des antibiotiques par un accompagnement professionnel.

La DSS a récemment travaillé à la mise en œuvre de la prescription renforcée avec la CNAM et à son premier déploiement sur la classe thérapeutique des a-GLP1 (sémaglutide, ...) qui concernent les personnes atteintes de diabète. Cette mesure vise à éviter certains usages détournés de cette classe thérapeutique, notamment chez les personnes souhaitant une perte de poids mais non atteinte de diabète.

4. Les freins à la mise en œuvre de la déprescription

Si la nécessité d'encourager la déprescription est de plus en plus reconnue, sa mise en œuvre se heurte à de nombreux obstacles d'ordre institutionnel, culturel, économique et scientifique. Plusieurs interventions lors de la journée d'étude ont mis en évidence les tensions qui existent entre les principes de rationalisation des prescriptions et la réalité des pratiques médicales, où la prescription demeure souvent un réflexe conditionné par l'organisation du système de soins et par les attentes des patients.

Le contexte institutionnel et réglementaire

Le cadre réglementaire français n'intègre que marginalement la question de la déprescription. Les politiques de régulation du médicament sont encore largement centrées sur les critères de remboursement, les prix et les volumes de consommation plutôt que sur l'accompagnement des professionnels dans la réduction des prescriptions inappropriées.

L'absence de données consolidées et de référentiels

Une des limites identifiées est l'absence de mise à jour régulière des données disponibles sur les impacts sanitaires et environnementaux des prescriptions et de la surconsommation de médicaments. Plusieurs intervenants ont souligné qu'il était difficile d'obtenir des chiffres consolidés et récents sur les hospitalisations liées à l'iatrogénie médicamenteuse, le nombre de prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM) ou encore les impacts environnementaux des médicaments.

Les bases de données fragmentées, peu actualisées et peu adaptées à un suivi précis des évolutions des prescriptions limitent l'élaboration de recommandations robustes et l'évaluation des effets réels des politiques de déprescription.⁴

Les contraintes pesant sur les professionnels de santé

Les médecins généralistes et spécialistes font face à des contraintes structurelles et temporelles qui compliquent la réévaluation des prescriptions. Le manque de temps en consultation, l'absence de dispositifs d'accompagnement et le suivi irrégulier des patients

⁴ En effet, les données probantes sur la durée optimale de prescription des psychotropes, mais aussi d'autres classes, sont très lacunaires : si l'initiation des traitements est bien documentée, les modalités d'arrêt et la justification de leur maintien au long cours restent largement non évaluées.

limitent les initiatives de déprescription. De plus, la culture médicale privilégie encore l'acte de prescrire, perçu comme un gage de prise en charge efficace. Ces obstacles sont renforcés par des [dynamiques relationnelles : en EHPAD](#), les médecins coordonnateurs, présents sur l'établissement, peinent à influencer les comportements de prescription des médecins traitants, tandis qu'en ville, beaucoup de généralistes hésitent à modifier les prescriptions initiées par un spécialiste, de peur de heurter la relation de confiance avec leurs confrères ou leurs patients. Ainsi, suivant les [travaux de Laura Duprat](#), on peut distinguer généralement des pratiques délégatives, les médecins s'abstenant de modifier les traitements initiés par un spécialiste ou un confrère, tandis que d'autres développent des pratiques non-délégatives, assumant pleinement la réévaluation et l'ajustement des prescriptions, parfois en rupture avec les décisions antérieures. Ces enjeux concernent également les relations entre les médecins, les infirmiers et [les pharmaciens](#), ces deux professions intervenant de plus en plus en amont ou en aval de la prescription. Cette capacité à déprescrire dépend donc moins des connaissances médicales que [des configurations relationnelles et organisationnelles](#) dans lesquelles les praticiens exercent.

[Les attentes et représentations des patients](#)

Un autre frein majeur repose sur les perceptions et les attentes des patients, qui associent souvent la prise médicamenteuse à la qualité des soins. L'arrêt d'un traitement peut être perçu comme une forme d'abandon ou de dégradation de la prise en charge, d'autant plus lorsque les bénéfices de la déprescription ne sont pas immédiatement visibles. Les effets de sevrage et de rechute liés à l'arrêt de certains médicaments, notamment les psychotropes, constituent un facteur supplémentaire de réticence. Certains dispositifs internationaux, comme les Tapering Strips aux Pays-Bas ou les programmes de déprescription en Norvège, montrent que l'accompagnement progressif et structuré des patients est essentiel pour surmonter ces résistances.

[5. Les leviers d'action : vers une meilleure articulation entre institutions, professionnels et patients](#)

Tout au long de la journée, les intervenants ont souligné qu'aucune politique de déprescription ne saurait réussir sans une articulation étroite entre les institutions de régulation, les professionnels de santé et les patients. Plusieurs leviers d'action ont ainsi été identifiés, reposant à la fois sur des dispositifs techniques, des dynamiques professionnelles et des évolutions culturelles.

[Une politique d'incitation et d'accompagnement, pas seulement de régulation](#)

La nécessité d'intégrer la déprescription dans les conventions médicales a été largement soulignée. L'objectif est de valoriser les pratiques de réduction des prescriptions inappropriées, plutôt que de les sanctionner. Cela suppose une reconnaissance institutionnelle du travail de réévaluation, aujourd'hui peu visible et rarement valorisé dans les modèles de financement existants.

[Des outils intégrés aux pratiques de soin](#)

Plusieurs intervenants ont insisté sur la nécessité de systèmes d'aide à la décision clinique intégrés aux logiciels de prescription. Ces outils doivent être conçus non comme des dispositifs de contrôle, mais comme des ressources pour soutenir la pratique médicale. La question de l'acceptabilité a été posée : des systèmes intrusifs ou mal conçus peuvent

générer une « fatigue à l'alerte » ou renforcer les tensions entre soignants et institutions. À l'inverse, un design collaboratif, fondé sur les usages, peut renforcer l'adhésion.

Le rôle des collectifs professionnels et des dynamiques locales

L'engagement des professionnels de santé dans des réseaux collaboratifs constitue un levier déterminant. À ce titre, l'exemple du programme APIMED ([Groupes Qualité](#)), expérimenté dans plusieurs départements, montre comment la constitution de collectifs de praticiens favorise la mise en discussion des pratiques de prescription, la construction d'outils partagés et l'appropriation progressive de la déprescription comme enjeu professionnel.

De même, à [Nantes](#), des démarches de coordination pluriprofessionnelle ont été mises en œuvre dans des structures de soins primaires pour permettre des évaluations partagées des traitements, mobilisant médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers autour de protocoles de déprescription ciblée.

Les OMEDIT (Observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique) ont également été cités comme des acteurs clefs dans l'accompagnement méthodologique des établissements de santé, en appui à ces dynamiques collectives.⁵

Le [travail en réseau pluriprofessionnel](#) s'avère in fine un levier prouvé.

Une implication renforcée des patients et usagers

La réussite d'une politique de déprescription repose aussi sur l'acceptabilité sociale des démarches engagées. Plusieurs participants ont plaidé pour une implication plus précoce des associations de patients dans l'élaboration des mesures de régulation, afin d'éviter que la réduction des traitements soit perçue comme une privation de soins. La décision médicale partagée et la pédagogie de la déprescription apparaissent ainsi comme des conditions nécessaires à une politique juste et efficace.

6. La déprescription en psychiatrie : un enjeu spécifique

Une surprescription structurelle des psychotropes

La question de la déprescription en psychiatrie se pose avec une acuité particulière en raison de la forte prévalence des prescriptions inappropriées ou prolongées de psychotropes. Les [anxiolytiques](#), les antidépresseurs, les antipsychotiques et les hypnotiques sont souvent prescrits sur de longues durées, parfois au-delà des recommandations cliniques, ce qui expose les patients à des effets secondaires importants et à des risques de dépendance.

Plusieurs intervenants ont rappelé que cette surprescription s'explique par plusieurs facteurs systémiques :

- **Un manque de recours aux alternatives non médicamenteuses**, comme la psychothérapie ou les approches psychosociales, souvent en raison d'une offre de soins insuffisante.
- **Une pression temporelle sur les prescripteurs**, notamment en médecine générale, qui conduit à privilégier une réponse pharmacologique rapide.

⁵ Exemples de l'[OMEDIT Grand-Est](#), qui a mené plusieurs travaux sur la déprescription et ses enjeux transversaux et de l'OMEDIT Normandie qui travaille sur la [transition écologique](#).

- **Des habitudes de prescription difficiles à remettre en question**, y compris pour des psychiatres chevronnés, du fait d'une culture médicale ancrée dans la primauté du médicament.⁶
- **Une demande forte de certains patients**, qui associent parfois la prise de médicaments à la seule forme possible de traitement, renforcée par un manque d'éducation thérapeutique sur les effets et les limites des psychotropes.

Les obstacles spécifiques à la déprescription en psychiatrie

Contrairement à d'autres classes de médicaments, la déprescription en psychiatrie est particulièrement délicate en raison des effets de sevrage et du risque de rechute. Ces risques sont souvent mal compris et peuvent être confondus avec une reprise des symptômes de la pathologie initiale, ce qui conduit à des réintroductions prématurées des traitements, voire à une escalade médicamenteuse.

L'exemple des benzodiazépines est particulièrement illustratif : alors que ces molécules sont recommandées pour des usages limités à quelques semaines, de nombreux patients restent sous traitement pendant des années. Les difficultés liées au syndrome de sevrage et à la gestion de l'anxiété sans médicament expliquent en partie cette inertie thérapeutique.

D'autres classes de psychotropes, comme les antipsychotiques, posent également des défis spécifiques. [Des études récentes](#) ont montré que l'arrêt progressif des antipsychotiques pour certains patients atteints de schizophrénie stabilisée pouvait être bénéfique, à condition d'être accompagné et encadré. Cependant, les protocoles de réduction de doses restent encore peu développés et insuffisamment intégrés aux pratiques courantes.

L'opportunité du placebo honnête et des alternatives non médicamenteuses

Un débat a émergé autour de la question de la prescription de placebo en psychiatrie et plus largement en médecine. Certains intervenants ont plaidé pour une réhabilitation du [placebo honnête](#), c'est-à-dire un placebo prescrit en toute transparence, comme une alternative pour éviter certaines prescriptions inutiles de psychotropes tout en répondant à la demande de prescription du patient (dans une logique pragmatique de réduction des risques).

Des études ont montré que dans des cas de dépression légère à modérée, les antidépresseurs n'apportent que très [peu de bénéfice supplémentaire](#) par rapport à un placebo. Dans cette perspective, un placebo honnête pourrait être proposé comme une première option dans certains cas, avant d'envisager un traitement médicamenteux.

En parallèle, les psychothérapies comme la thérapie comportementale et cognitive, les approches basées sur la méditation, ou encore certaines pratiques de soins dites "non conventionnelles" pourraient jouer un rôle clé dans la réduction de la consommation de psychotropes. La promotion d'une approche globale du soin, intégrant les dimensions psychologiques et sociales, est un levier fondamental pour limiter la surprescription.

⁶ Certaines [représentations médicales](#) contribuent au maintien de prescriptions prolongées, notamment l'idée que les troubles psychiatriques étant « chroniques », les traitements doivent l'être aussi, sans que le rapport bénéfice/risque à long terme soit réellement établi.

Une approche systémique nécessaire

Pour favoriser la déprescription en psychiatrie, une approche pluridisciplinaire et systémique est indispensable. Cela implique :

- Une meilleure formation des prescripteurs aux enjeux du sevrage et aux stratégies de réduction progressive.
- Une sensibilisation des patients pour déconstruire certaines croyances sur les psychotropes et les informer sur les alternatives.
- Un renforcement des dispositifs de suivi, notamment en ambulatoire, pour accompagner les patients dans l'arrêt progressif de leur traitement.
- Une association plus forte des autres professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, psychologues) à la stratégie thérapeutique
- Une évolution des recommandations et des pratiques cliniques, en intégrant davantage les stratégies de déprescription dans les référentiels de soins.

Loin d'être un simple enjeu de réduction des coûts ou de maîtrise budgétaire, la déprescription en psychiatrie s'inscrit donc dans une démarche plus large d'amélioration des soins, visant à limiter les risques iatrogéniques et à promouvoir une approche plus individualisée et adaptée aux besoins réels des patients.

7. Enjeux et tensions autour de la déprescription : entre équité, soutenabilité et acceptabilité

Au fil des interventions, la déprescription est apparue comme un objet de politique publique à la croisée de plusieurs logiques – sanitaires, économiques, sociales et environnementales – dont les articulations restent encore fragiles. Si l'objectif de réduire les prescriptions inappropriées fait largement consensus, sa mise en œuvre soulève des tensions qu'il convient d'objectiver.

Plusieurs participants ont souligné que les populations les plus vulnérables – en termes de précarité sociale, d'isolement ou d'exposition à la maladie – sont aussi celles qui reçoivent le plus de prescriptions potentiellement inappropriées. En retour, ces mêmes populations disposent souvent de peu de ressources pour questionner les traitements ou engager une démarche de réduction, notamment en l'absence d'alternatives disponibles ou accessibles. Dans certains contextes, la réduction des traitements peut être perçue non comme une amélioration du soin, mais comme un retrait ou une privation. Ces perceptions constituent un obstacle important à l'acceptabilité des démarches de déprescription, surtout lorsqu'elles sont associées à des injonctions économiques ou gestionnaires.

En parallèle, les inégalités d'accès à l'innovation thérapeutique ont également été pointées : la diffusion de nouveaux traitements, ou à l'inverse la capacité à sortir d'un traitement au long cours, dépendent en partie du niveau d'information et des ressources sociales des patients, mais aussi de leur inscription dans un territoire disposant de structures de coordination. La déprescription ne saurait donc être pensée indépendamment des dynamiques d'accès aux soins, ni des inégalités qu'elle peut reproduire ou atténuer.

Enfin, la dimension environnementale du médicament a été rappelée à plusieurs reprises comme un levier possible pour renouveler les politiques de santé. Pourtant, les outils

d'évaluation environnementale sont encore peu mobilisés dans les décisions de prescription, et les données disponibles restent éparpillées. Le rôle de l'information partagée – à destination des professionnels comme des patients – apparaît ici comme central pour permettre l'intégration de cette dimension sans créer de nouvelles tensions.

Ces éléments invitent à penser la déprescription dans toute sa complexité, en prenant en compte la pluralité des valeurs, des attentes et des contraintes qui pèsent sur les acteurs concernés.

8. Recommandations pour structurer une politique publique de la déprescription

Cette dernière section regroupe les principales pistes d'action identifiées lors de la journée, à partir des retours d'expérience, des travaux de recherche et des initiatives institutionnelles. Elle propose des axes concrets pour structurer une politique publique de la déprescription, fondée sur la coopération, la clarté des cadres, et une culture partagée du soin raisonné.

Clarifier les cadres d'action et les responsabilités professionnelles

L'absence de recommandations claires alimente une forme d'insécurité professionnelle et institutionnelle, notamment lorsqu'il s'agit de réviser un traitement initié par un autre professionnel. Cette incertitude est particulièrement marquée dans les contextes d'interdépendance médicale, comme les EHPAD ou la médecine générale de ville. Une clarification des marges de manœuvre en matière de déprescription – sur les plans réglementaire, juridique et organisationnel – apparaît essentielle pour soutenir les praticiens dans leurs décisions.

Renforcer les dynamiques territoriales et les réseaux de professionnels

Les projets locaux, les actions des OMEDIT, ou encore les démarches portées par les CPTS et les maisons de santé pluri-professionnelles, montrent qu'il est possible d'ancrer la déprescription dans les pratiques de soin, dès lors qu'elle est intégrée à une organisation collective, avec des outils, du temps, et un pilotage dédié. Plusieurs intervenants ont exprimé le souhait de structurer un réseau français de la déprescription, à l'image du Canada, permettant de fédérer les expérimentations, mutualiser les savoirs, et diffuser une culture commune.⁷

Valoriser la déprescription dans les cadres conventionnels et institutionnels

Pour encourager les professionnels à s'engager, la déprescription doit être reconnue et valorisée dans les contrats, les conventions médicales, les mécanismes de rémunération, et les référentiels de formation. Cela suppose aussi de faire évoluer les indicateurs de performance, en intégrant des dimensions de pertinence, de qualité du suivi, ou de coordination, et non plus seulement des volumes d'actes.

⁷ Initiative actuellement en cours et portée notamment par des chercheurs de l'Université de Nantes où s'est tenu la [deuxième conférence internationale sur la déprescription](#) en 2024 et qui porte plusieurs [projets de recherche](#) majeurs dans le domaine.

Promouvoir une culture du soin sans recours systématique au médicament

La déprescription invite à repenser la place du médicament dans les pratiques de soins. Cela implique de soutenir les alternatives thérapeutiques, notamment en santé mentale ou dans les soins aux personnes âgées, et de renforcer le rôle des approches non-médicamenteuses. Cela passe par la formation, la coordination pluriprofessionnelle, et le développement d'outils partagés, mais aussi par une réflexion sur les représentations sociales du soin, trop souvent associées à la prescription.

Soutenir la recherche interdisciplinaire et participative

La production de données adaptées et la construction de savoirs contextualisés sont des conditions nécessaires au pilotage de politiques de déprescription. Des travaux comme ceux présentés à la journée montrent l'intérêt de croiser sociologie, science politique, économie, santé publique et médecine pour éclairer et agir sur les conditions concrètes de mise en œuvre. Une recherche plus participative, associant académiques, professionnels et patients, est également nécessaire pour identifier les obstacles, documenter les trajectoires et évaluer les effets.

Inscrire la déprescription dans les politiques de transition écologique

Réduire la consommation de médicaments s'inscrit dans les objectifs de soutenabilité du système de santé. L'intégration de l'impact environnemental dans les politiques de bon usage, la diffusion de données sur l'empreinte carbone des traitements, ou encore le développement de l'écoconception des pratiques, sont autant de leviers complémentaires pour faire converger les enjeux de santé publique, d'économie et d'écologie.

9. Conclusion : Structurer la déprescription comme un levier d'amélioration du système de santé

La journée a mis en lumière la nécessité d'inscrire la déprescription dans les politiques de santé publique, non comme une mesure de réduction des coûts, mais comme une démarche de qualité, de sécurité et de durabilité des soins. Loin de se limiter à une baisse du nombre de traitements, il s'agit de repenser la pertinence des prescriptions, en tenant compte de leurs effets sanitaires, sociaux, économiques et environnementaux.

Les échanges ont souligné plusieurs défis majeurs : faire évoluer des pratiques et des organisations de soins encore centrées sur la prescription, clarifier les cadres réglementaires, renforcer la coopération entre institutions, professionnels et patients, et faire émerger une culture partagée de la sobriété thérapeutique.

Pour avancer, il faudra conjuguer production de données, formation, outils d'aide à la décision, modes de coopération collective (impliquant les professionnels et les usagers) et ancrage territorial des initiatives. La dimension écologique, en particulier, peut constituer un levier mobilisateur pour repenser les pratiques et fédérer les acteurs autour d'une vision élargie du soin.⁸ Cette journée constitue une première étape vers une approche collective, coordonnée et responsable de la déprescription.

⁸ Cette idée évoque également de nombreuses questions sur l'impact d'un cadrage environnemental de la déprescription. Par exemple, certains patients pourraient-ils refuser de prendre leur traitement pour des raisons environnementales ?

Annexe I : Programme de la Journée

9h15 Mot d'accueil - Charlotte Halpern, directrice de l'axe Politiques environnementales du LIEPP

Introduction - Matthias Brunn (LIEPP) et Etienne Nouguez (LIEPP et CSO)

9h30-10h45 Session 1 : Etat des lieux : l'impact des médicaments, la déprescription et la sobriété médicamenteuse en France et à l'étranger

Animation des échanges avec la salle : Charlotte Halpern (LIEPP, CEE)

- Définitions, cadrage épidémiologique et économique - Zeynep Or (IRDES) et Matthias Brunn (LIEPP)
- Revue de la littérature internationale sur la déprescription : qui, où, quoi, comment... - Eabha Manley (EHESP/IRDES)
- Impact environnemental des médicaments - Nicolas SENN (Université de Lausanne)
- Les travaux du SHIFT project sur le médicament - Mathis Egnell
- Définition des principes de l'écoprescription et décarbonation des prescriptions de médicaments - Frédéric Bounoure, Université de Rouen

11h-12h45h Session 2 : Le rôle des méta-prescripteurs (industriels, agences sanitaires, sociétés savantes, assurance maladie, gouvernement...) et de leurs instruments dans le développement de la déprescription

Animation des échanges avec la salle : Anneliese Depoux, LIEPP et Centre des politiques de la Terre, - Université Paris Cité et Etienne Nouguez, LIEPP et CSO

- Agnès Laforest-Bruneaux (ANSM)
- Charlotte Masia (HAS)
- Sophie Kelley et Emmanuel Gigon (CNAM)
- Raoul Santucci et Pierre Le Quinio, OMÉDIT Grand Est

13h45-15h Session 3 : Le poids de l'organisation du système de soins et les relations entre professionnels et entre organisations sur la (dé)prescription

Animation des échanges avec la salle : Odessa Dariel (EHESP)

- Jean-François Huon et Jean-Pascal Fournier (Sphere-Inserm) : le projet de déprescription à Nantes
- Patrick Castel (CSO) et Maël Dieudonné (ENSAE) : un retour sur « L'impossible contrôle consultatif entre pairs. Le cas des relations entre médecins dans les EHPAD » (article dans sociologie du travail, 2024)
- Laura Duprat (CSO) : Enjeux relationnels de la prescription : les médecins face aux injonctions à la déprescription
- Dialogue avec les chercheurs:
 - Sylvain Bouquet (CMG)
 - Jean-Pierre Thierry (France Asso Santé et Le Lien)
 - Hervé Le Neel (association APIMED : l'expérience des Groupes Qualité)

15h-16h15 Session 4 : Les dimensions environnementale, sanitaire, économique et sociale dans le cadrage des politiques de déprescription

Animation des échanges avec la salle : Delphine Cabelguenne, Collectif CERES et SFPC

- Maurice-Pierre Planel (ancien président du CEPS ; UPEC et Chaire Santé Sciences Po)
- Fabrice Berna (CHU Strasbourg et Inserm U1329) et Maeva Musso (Hôpitaux Paris Est Val de Marne et AJPJA) : la déprescription en psychiatrie et le contexte spécifique de cette discipline
- Pierre Chirac (La revue Prescrire) : le rôle de la revue dans la déprescription et les évolutions en terme d'éco-prescription
- Claire Traon (CNAM)
- Bénédicte Colnet (DSS)

16h30 Conclusion et perspectives

Annexe II : Liste des participants invités présents

Nom	Organisation
Henri Bergeron	LIEPP
Nicolas Brunet	CPAM de Loire Atlantique
Sophie Dubois	SFTG
Alexander Parry	IRDES
Thomas Morel	Université de Nantes
Céline Bouglé	OMEDIT Normandie
Sonia Emprin	UPC Chaire Aging Up
Florence Lallemand	SFAR
Blandine Juillard-Condat	IRDES