



Comité d'interface avec les représentants des médecins généralistes

Compte rendu de la séance du 22 avril 2022

Membres du comité d'interface présents

M. Francis ABRAMOVICI
M. Guillaume AVENIN
M. Sylvain BOUQUET
M. Antoine DE BECO
M. Hugo FIGONI
M. Paul FRAPPE
M. François LACOIN

Membres de l'ANSM

Mme Souad FAIDI
Mme Camille INGOUF
Mme Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL
Mme Nathalie RICHARD
Mme Caroline SEMAILLE
Mme Jeanne STIRNWEISS
Mme Rose-Marie TUNIER

Institut ViaVoice

Mme Amandine MESSINA

22 04 2022





ORDRE DU JOUR RÉALISÉ

1. Actualités	3
A. Partage du retour du CMGF	
B. Actualités ANSM	
C. Actualités du CMG	
2. Expérimentation cannabis médical	5
3. Prévention du mésusage et promotion du bon usage	7
4. Programme de travail	12

Introduction

1. Actualités

A) Partage d'expérience sur le CMGF

Paul FRAPPE précise que la réunion de débriefing du congrès aura lieu le 19 mai. Il est toutefois déjà à noter que la dynamique est relancée puisque le niveau de fréquentation était au moins identique à celui d'avant la crise et de nombreux passages ont été relevés sur les stands. Les retours sont extrêmement positifs. Quelques pistes sont d'ores et déjà évoquées pour la suite comme le développement des partenariats avec les autres conseils nationaux professionnels (CNP) voire la constitution d'un village des CNP. Des actions sur la thématique du dispositif médical pourraient également être développées.

François LACOIN estime que la première session commune CMG-ANSM sur le mésusage s'est plutôt bien passée mais regrette que la seconde, malgré la présence de Yazdan YAZDANPANA, n'ait pas attiré plus de monde en raison notamment de la difficulté du thème abordé (l'innovation) et de son horaire (samedi matin).

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL précise que ce partenariat doit être poursuivi car la présence de l'ANSM au congrès de médecine générale est importante. S'agissant des deux tables rondes, celle sur le mésusage a plutôt bien fonctionné. Les nombreuses questions soulevées ont démontré l'importance de ce sujet, ce qui valide leur démarche collaborative sur la politique de santé publique de lutte contre le mésusage. Celle sur l'innovation a souffert d'un mauvais timing.

Caroline SEMAILLE a également constaté qu'il y avait peu de monde dans les ateliers du samedi matin.

Camille INGOUF souhaite que l'an prochain, l'ANSM récupère son stand originel. Toutefois, même si s'il était beaucoup plus petit, celui-ci a attiré du monde. L'affluence la plus forte a été atteinte le jeudi puis est allée décroissant jusqu'au samedi.

Paul FRAPPE précise que le CMG essaye de mettre des sessions plus attractives le samedi pour inciter les gens à venir. De plus, un tarif à la journée plus attractif pourra être pratiqué à l'avenir.


B) Actualités ANSM

Point sur la COVID-19

Caroline SEMAILLE annonce que la Haute autorité de santé a suivi la proposition de l'ANSM d'augmenter les doses d'Evusheld en prophylaxie. La même problématique de la dose se pose pour Xevudy mais celle-ci ne sera probablement pas augmentée. La question du Molnupiravir de Merck, pour lequel l'ANSM avait fait un avis favorable pour une utilisation en dernière ligne, est discutée au niveau européen.

Sylvain BOUQUET relève un problème d'information et de disponibilité concernant Paxlovid. Celui-ci étant peu utilisé et peu prescrit, les PUI ne l'ont pas et doivent passer par leur grossiste, ce qui prend du temps. Concernant l'accès à l'information, une réflexion est nécessaire pour trouver les bons canaux : les médecins reçoivent parfois 3 DGS Urgent par jour, il est parfois difficile de tous les lire.

François LACOIN rappelle que le Paxlovid rentrera dans le domaine public courant début mai, ce qui simplifiera la prescription. Tous les pharmaciens pourront avoir une boîte d'avance. Cependant, comme il ne sera plus en accès précoce, il faudra inciter les médecins généralistes à participer au suivi de cohorte qui ne sera plus obligatoire.



Guillaume AVENIN met en garde contre la diffusion massive d'une nouveauté thérapeutique et la nécessité d'avoir du recul pour garantir la sécurité. Le médecin généraliste tient une place évidente dans la sécurité du médicament.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL remarque que pour le Paxlovid, la prescription est réservée aux patients ayant un risque d'évoluer vers une maladie sévère. Le propre de l'accès précoce, lors de la crise sanitaire et le Sars-Cov-2, est de gérer du risque et de l'incertitude en permanence. Elle ajoute qu'une réflexion devra être menée afin de faciliter l'information des médecins généralistes sur les médicaments peu prescrits.

Point sur le dossier Philips

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL rappelle qu'une décision de police sanitaire a été prise pour contraindre Philips au remplacement rapide des appareils. 20% l'ont été à ce jour sur un objectif de 75 % à fin juin 2022. Environ 390 000 patients sont concernés (90 % par les appareils à PPC et 10 % par les ventilateurs). Un gros travail est actuellement effectué avec les professionnels de santé, les associations de patients en termes de réassurance pour rappeler aux patients l'importance de continuer à utiliser ces dispositifs dans l'attente de leur remplacement. Une association de patients, la FFAAIR, a déjà porté plainte.

Sylvain BOUQUET déplore que les médecins n'aient pas été informés de ce problème.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL rappelle que l'ANSM a diffusé l'information dès juin 2021 après avoir été informée par Philips un vendredi soir du rappel mondial de 4,5 millions d'appareils pour un risque cancérigène.

Caroline SEMAILLE remarque que le CMG était peu représenté lors des six réunions organisées avec les parties prenantes. Un CST est prévu le fin mai/début juin pour lequel le docteur LABORIT a été sollicité.

Rose-Marie TUNIER considère qu'une réflexion doit être menée sur la façon d'informer le grand public et les médecins par un autre biais que les médias.


François LACOIN relève que l'ANSM a pris la décision de dire aux patients de continuer à utiliser ces appareils alors que les médecins généralistes n'avaient pas les données techniques et scientifiques par rapport aux risques.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL explique que cette décision a été prise avec les professionnels de santé qui suivent le sujet depuis juin 2021. Celle-ci est révisable à tout moment en fonction des éléments apportés par Philips sur la caractérisation de la toxicité possible des particules. Les premières études épidémiologiques ne mettent pas en évidence le risque cancérigène. L'objectif du CST sera justement de faire un état des lieux des informations et de voir si les recommandations doivent être mises à jour.

2. Expérimentation du cannabis médical

Nathalie RICHARD, directrice de projet à l'agence, rappelle que l'expérimentation du cannabis à usage médical a débuté le 26 mars 2021 pour deux ans. Elle concerne 3 000 patients en file active. La primo-prescription est réservée à des structures hospitalières de référence volontaires (287 à ce jour). L'usage du cannabis médical a été réservé à certaines indications : les douleurs neuropathiques (plus de la moitié des patients), la sclérose en plaques, les épilepsies pharmaco-résistantes, l'oncologie, les soins palliatifs et la spasticité hors sclérose en plaques. Une centaine de patients sont inclus chaque mois dans le dispositif. A ce stade, 1 100 patients sur les 1 660 inclus poursuivent l'expérimentation. Certains ont arrêté en raison d'effets indésirables ou pour non-efficacité.

Un comité scientifique temporaire composé de médecins, de représentants de patients, de l'ANSM et d'un représentant du CMG se réunit tous les mois. Plus de 500 médecins de structure hospitalière et



autant de pharmaciens d'officine ont été formés et participent à l'expérimentation. Toutefois, la prise en charge par la médecine générale semble insuffisante puisque malgré la possibilité donnée aux patients d'être suivi par un médecin libéral après leur inclusion, seuls 20 % d'entre eux en ont désigné un contre 60 % un pharmacien d'officine. L'absence de relais de la prise en charge des patients par leur médecin traitant commence à freiner les inclusions par les centres de référence hospitaliers qui ne peuvent pas augmenter leur file active de patients suivis qui doivent retourner à l'hôpital chaque mois. Par ailleurs, beaucoup de patients souhaitent une prise en charge par leur médecin généraliste, indépendamment des raisons logistiques.

Si l'ANSM s'est adaptée aux remontées des professionnels de santé en allégeant la formation, en adaptant le registre, en modifiant les critères d'inclusion en cancérologie, certains points de blocage persistent comme la légitimité d'utiliser le cannabis à des fins médicales ou le manque de preuves scientifiques. Des retours positifs des patients et des médecins concernant l'efficacité du traitement ont néanmoins été enregistrés.

Caroline SEMAILLE ajoute qu'un rapport d'évaluation de l'expérimentation sera rendu au Parlement en septembre afin de décider d'une éventuelle généralisation. Les enjeux étant nombreux, notamment en termes de création d'une filière française de production de cannabis médical, il est important d'identifier et de comprendre les potentiels freins à la participation des médecins généralistes.

Francis ABRAMOVICI pense que l'ensemble des freins repérés ont été énumérés : l'expérimentation a déjà été menée à l'étranger, la volonté des médecins d'avoir une formation plus pragmatique, le changement de démographie médicale qui fait que de nombreux jeunes praticiens refusent de prendre des patients complexes, l'avis de l'Académie de médecine... Par ailleurs, le cannabis est vendu sous forme de CBD en ville : ce nouveau commerce crée un risque de confusion que l'ANSM a, dès le départ, tenté d'éviter. À cela s'ajoute la difficulté pour les médecins de travailler avec les centres anti-douleurs en raison d'une communication qui n'est pas toujours aisée par manque de temps.

Sylvain BOUQUET remarque qu'il est plus simple pour le patient d'aller à la boutique de CBD en bas de sa rue que dans le centre anti-douleur qui se trouve à une heure trente de route. De plus, la formation constitue un frein réhibitoire pour les médecins.

Nathalie RICHARD reconnaît que la formation créée par l'ANSM (réalisée en partie avec des médecins étrangers prescrivant déjà le cannabis médical) était peut-être trop complexe. Le quiz final pour la validation a depuis été simplifié et certains modules ne sont plus obligatoires ce qui a raccourci le temps de la formation. Le dispositif de l'expérimentation n'étant pas destiné à être pérenne, la formation pourrait ne plus être obligatoire.

Guillaume AVENIN suppose que la concurrence du CBD-automédication a court-circuité une partie de l'expérimentation. Par ailleurs, les généralistes ayant une pratique très locale, il est nécessaire, pour les mobiliser, de se baser sur le tandem pharmacien-médecin plutôt que le centre antidouleur.


Nathalie RICHARD confirme la nécessité de mettre en place des liens plus importants entre les centres de référence et les généralistes. Des initiatives locales ont été initiées comme à Clermont-Ferrand.

François LACOIN estime que l'ANSM se heurte au problème des études mal nées. Au départ, les médecins n'ont pas été très entendus et ont eu l'impression d'être la dernière roue de la charrette. Les choses doivent donc être remises à plat.

Caroline SEMAILLE admet qu'il faudrait procéder différemment en termes de communication. Elle entend aussi la confusion entre CBD et cannabis. Une simplification est nécessaire pour faire comprendre l'intérêt du cannabis pour certains patients. De plus, le statut exact de ce médicament, s'il était généralisé, n'est pas encore connu.

Nathalie RICHARD rappelle qu'il ne s'agit pas d'un essai clinique mais d'une expérimentation dont les conditions ont été définies par décret en Conseil d'État. Il n'y a donc pas une latitude énorme pour modifier les conditions de l'expérimentation.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL ajoute que l'expérimentation est prévue jusqu'en mars 2023. Il serait impossible, dans un laps de temps aussi court, d'en modifier les conditions qui ont été fixées par



un décret du Conseil d'État. Il est donc nécessaire, dans le cadre actuellement défini, d'identifier les points sur lesquels l'ANSM peut bouger et ce dont les médecins ont besoin pour passer le cap. Des adaptations ont déjà été réalisées concernant la formation.

Paul FRAPPE considère que le médecin traitant doit être impliqué dès l'initiation. Prendre le relais du centre anti-douleur, faire une formation pour une prescription qui peut être considérée comme subie n'est pas très motivant pour le médecin et peut être mal vécu. Il faut dire aux généralistes qu'il ne s'agit pas d'un effet de mode et communiquer sur le bénéfice/risque.

Nathalie RICHARD confirme que le lien entre le médecin, le centre de référence et le patient doit être le plus précoce possible et rappelle que le dispositif est basé sur le volontariat : il n'y a ni obligation de prescrire du cannabis médical ou de prendre le relais. Dans le cadre de la commission Stupéfiants, il a été proposé que des généralistes volontaires puissent se former et constituer un pool afin de prendre le relais de la prescription en ville.

Sylvain BOUQUET n'y est pas favorable car il sera difficile de trouver des médecins pour constituer des pools et les médecins traitants n'enverront pas leurs patients vers eux.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL suggère que les 300 médecins généralistes impliqués dans l'expérimentation aient un rôle d'ambassadeurs et partagent leur expérience pour lever les interrogations ou les inquiétudes.

Nathalie RICHARD rapporte que des webinaires sont organisés avec les médecins spécialistes concernés par chacune des indications. Ceux-ci pourraient donc être étendus aux généralistes impliqués dans l'expérimentation qui feraient office de porte-parole auprès de leurs pairs.

Guillaume AVENIN voit mal comment il pourrait participer puisqu'il n'a pas de demande de prise en charge de la part de ses patients. Cependant, il ne voit pas de difficulté dans le fait qu'un des cinq médecins de son cabinet soit formé pour faire office de relais. Par ailleurs, il doute que les données de l'expérimentation permettront aux médecins d'avoir une attitude claire par rapport au bénéfice médical compte tenu de la large automédication au cannabis du pays.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL rappelle qu'une autorisation de mise sur le marché ne veut pas dire obligation de prescription. Les médecins traitants ont leur libre arbitre pour définir si l'option thérapeutique proposée est adéquate. Pour autant, l'objectif de l'ANSM est de voir si les conditions d'adhésion des généralistes sont réunies. Si cela n'est pas le cas, cela sera un réel point d'interpellation. L'absence de demande de prise en charge par les patients est, quant à elle, due à des indications restreintes (en dernière intention, après échec de toutes les options thérapeutiques). Le sujet pour l'ANSM est de créer les conditions les plus adéquates pour qu'il y ait une possibilité d'utilisation à tous niveaux, avec les centres de référence et un indispensable relais par la ville. Les centres anti-douleur étant parfois éloignés de patients aux pathologies invalidantes, il est nécessaire d'emmener l'ensemble des professionnels de santé.

Sylvain BOUQUET suggère que le centre anti-douleur contacte d'emblée le médecin généraliste pour que celui-ci sache qu'il peut intégrer le dispositif s'il le souhaite.

Nathalie RICHARD précise que le registre qui suit chaque patient de l'expérimentation, permet d'identifier les médecins et de communiquer avec eux pour les informer.

François LACOIN suggère une « cosignature » pour s'assurer que le médecin est au courant et diminuer le sentiment de subir une prescription.

3) Prévention du mésusage et promotion du bon usage

Présentation des résultats de l'enquête d'opinion sur les usages et comportements relatifs à la prescription, la délivrance et la prise de médicaments

Souad FAIDI présente la politique publique de prévention du mésusage qui a été initiée en 2019. Celle-ci cible le mésusage intentionnel inapproprié avec un but médical. Les enjeux de cette politique visent à :

- créer un climat de coopération entre les différents acteurs de la chaîne de soin, partager et faire connaître cette politique au niveau institutionnel, notamment avec la HAS et la CNAM ;
- créer au travers des concertations multi-acteurs une prise de conscience collective sur les risques afférents ;
- développer des outils d'information et de pédagogie pour promouvoir la culture du bon usage du médicament ;
- élaborer et pérenniser un processus d'anticipation.

Cette politique a été construite sur deux grands axes :

- un axe anticipation qui a pour objectif de prioriser les actions de prévention du mésusage. Il repose sur deux socles : une cartographie des molécules les plus à risque et un plan d'action en fonction de priorités ;
- un axe pédagogie et communication

Jeanne STIRNWEISS précise que les phases de concertation ont pour objectifs d'identifier avec les patients et les professionnels de santé les freins au bon usage et les solutions pour le favoriser.

Cette concertation se réalisera au sein des comités d'interface avec le CMG, avec les pharmaciens, mais également avec le collège des conseillers, le conseil scientifique et le Comité d'information sur les produits de santé (CIPS). Cette concertation débutera par la présentation de d'une enquête d'opinion réalisée par l'Institut Viaoice à la demande de l'ANSM pour avoir un état des lieux des usages et connaissances relatives à la prescription, la délivrance et l'utilisation des médicaments. Ensuite, les volontaires des comités seront appelés à participer à des groupes de travail afin de proposer des mesures permettant de prévenir le mésusage et d'améliorer le bon usage des médicaments. Le travail de tous les comités sera rassemblé pour établir un plan d'action.

Amandine MESSINA de l'institut Viaoice expose les principaux enseignements de l'enquête sur les usages et comportements relatifs à la prescription, la délivrance et l'utilisation des médicaments.


Paul FRAPPE trouve cet exposé très intéressant mais estime qu'il aurait fallu distinguer le préventif et le curatif. Il aurait également été intéressant de connaître les raisons pour lesquelles les patients ne donnent pas toutes les informations à leur médecin. Enfin, il déplore qu'il n'y ait rien sur la perception du risque en cas de diminution des doses.

Amandine MESSINA précise qu'une trentaine de questions ont été posées et qu'il s'agit des principaux enseignements. Il fallait trouver un juste milieu entre une longueur de questionnaire acceptable et ce qui permettait d'être opérationnel.

Paul FRAPPE s'interroge sur le message que les médecins peuvent tirer de cette enquête. Si ceux-ci doivent insister davantage sur les effets indésirables, peut-être préfèrent-ils aussi ne pas trop avertir leurs patients pour les convaincre de prendre le traitement.

Francis ABRAMOVICI voit dans cette enquête une sorte de socle sur lequel travailler. Elle révèle des comportements naturels. Il serait toutefois intéressant de pouvoir la croiser avec un peu de qualitatif et d'éléments de signalements d'événements indésirables quand il y a eu mésusage afin d'avoir les leviers permettant ensuite d'améliorer les choses.

Guillaume AVENIN estime que la terminologie médicament traduit des situations très variables où le risque lié à l'adaptation des traitements n'est pas le même par exemple une personne de 19 ans va penser au paracétamol tandis qu'une personne de 65 ans à son AVK. Il est toutefois formidable que les médecins et les pharmaciens soient perçus comme les premières sources d'information. Cela valide l'importance du groupe thérapeutique du CMG.



Sylvain BOUQUET convient qu'il y a l'aigu et le chronique. S'agissant de l'information non donnée, il y a notamment ce qui est gênant, comme les risques de MST. Il y a également un problème lié aux thérapeutiques alternatives, qui sont de plus en plus nombreuses, et dont les patients n'osent pas parler car ils ont peur de la réaction du médecin.

Amandine MESSINA reconnaît que la prise de remèdes dits naturels est un vrai sujet. C'est quelque chose que le patient va cacher au médecin.

Antoine DE BECO encourage les médecins à aller chez le pharmacien afin de constater les conseils que celui-ci donne aux patients notamment en termes de remèdes naturels.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL souligne, à ce sujet, toute l'importance de la mise en place du réseau des correspondants médecins généralistes – pharmaciens d'officine mis en place en partenariat avec le CMG, la FSPF et l'USPO.

Paul FRAPPE tire trois messages de cette enquête :

- la relation médecin-patient est déséquilibrée ;
 - la nécessité de rendre fonctionnel l'espace santé afin qu'il ne soit pas un dépôt de documents
 - l'inscription systématique des données biologiques (fonction rénale) sur l'ordonnance.
- Il y a pour ce dernier point une part de vœu pieux qui, s'il était exaucé, ne fonctionnerait pas dans la réalité.

Concernant la relation médecin-patient, le besoin d'une information neutre pourrait être comblé par une base dans laquelle tout serait centralisé et qui serait mise en forme pour les patients sur une interface commune, avec Ameli Santé par exemple.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL se demande si pendant la consultation le médecin pourrait montrer très brièvement une vidéo.

Francis ABRAMOVICI estime que le patient risque de s'emmêler les pinceaux s'il doit retenir plus de deux ou trois informations en sortant de chez le médecin. Les libéraux ne seront jamais exhaustifs. Il faudrait donc se demander comment prioriser les choses en fonction de situations déterminées.


Pour Jeanne STIRNWEISS, la préparation de la consultation peut être un sujet intéressant car celle-ci est relativement courte. Si le patient prend l'habitude de la préparer avec des questions, cela pourrait être utile.

Sylvain BOUQUET constate, s'agissant des échanges d'informations, qu'il n'est pour l'instant pas possible d'avoir un partage du dossier pharmaceutique. De plus, le DMP n'est utilisable ni par les services d'urgence ni par les SAMU alors que c'était le but à l'origine. Tant que celui-ci ne sera pas structuré, il ne servira à rien. Il reste donc en pratique beaucoup de travail à faire.

François LACOIN demande si la question sur les solutions pour favoriser le bon usage des médicaments a été posée au grand public. Les médecins ne peuvent pas l'améliorer seuls. Il faut avoir le vécu, le retour et les solutions des patients.

Amandine MESSINA répond qu'il serait stérile de demander de manière ouverte au grand public ce qu'il faudrait faire. Il peut souhaiter avoir plus d'informations de la part de leur médecin mais ne pas savoir comment faire concrètement.

Guillaume AVENIN estime que le côté très général des questions pose des soucis d'interprétation notamment en termes de perception des risques. Le médecin a l'impression de donner des informations adéquates en cas de surdosage alors que le patient perçoit un manque d'information. Cet écart important est dangereux car il suggère que les patients sortent sans comprendre quels sont les risques de leur traitement. Il est cependant très satisfait de voir que les liens entre pharmaciens et médecins semblent aussi complémentaires et efficaces.



Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL partage ce dernier point car pour les professionnels de santé, le bon usage n'est pas une thématique solitaire. Le triptyque médecin, pharmacien, patient est important.

Amandine MESSINA analyse que la différence de perception des médecins et des patients concernant les contre-indications montre la crainte de ces derniers de ne pas avoir toutes les informations et de découvrir un jour que le médicament pris comportait des contre-indications. Ils voudraient connaître le niveau de risque sans pour autant avoir une liste détaillée de ceux-ci. Ils se demandent si le médecin va penser à dire ce qui est évident pour lui mais pas pour le patient.

Camille INGOUF annonce que la campagne rappellera des principes généraux de bon usage du médicament car rien ne remplacera la singularité d'une relation médecin-patient.

Guillaume AVENIN aborde la thématique de l'amélioration des notices de médicaments. Prescrire a développé une rubrique « Message Clé » sur les médicaments qui est tout à fait inspirante.

Sylvain BOUQUET pense qu'il faut séparer la notice réglementaire d'une notice d'information.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL rappelle que la notice était à la fois un document d'information et un document réglementaire fixé par des règles européennes. Celle-ci étant particulièrement illisible, une réflexion a été mise en place au niveau européen mais aussi au niveau national, à l'ANSM, sur des formats dématérialisés qui ne la recopieraient pas en tant que telle mais apporteraient des informations plus digests pour les patients.

Paul FRAPPE explique que, lors d'un cours sur l'information complexe en médecine générale, ils ont distingué l'information technique (pour aider le patient à comprendre le médicament), de l'information massive (pour retrouver toute l'information dans son exhaustivité et pouvoir la hiérarchiser), et le côté relationnel : les médecins mentent souvent au patient par omission pour le convaincre. Le patient a besoin de vérifier si l'information a été complète, de se situer par rapport à la relation avec son médecin.

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL en conclut que la mise à disposition d'informations robustes et documentées, accessibles à tous les niveaux, professionnels ou patients, est très demandée. Une réflexion doit donc être menée afin d'avoir un lieu dédié avec des formats courts. Les messages clés doivent être priorités. Un travail doit également être fait au niveau des formats (visuels, vidéos). Il faut essayer d'être le plus concis pour essayer de capter l'attention dans un temps court d'où la stratégie d'état des lieux que l'ANSM a mobilisée avec Viavoice et la sollicitation des comités d'interface pour ces séances de travail afin de compiler ensuite l'ensemble, d'où vont se dégager des premières pistes et ensuite des prétests dans des focus groupes voir ce qui fonctionne ou pas.

4) Programme de travail

Jeanne STIRNWEISS souligne que le programme de travail est très axé « bon usage » : bon usage en général, bon usage des traitements de la douleur, bon usage en pédiatrie, bon usage des benzodiazépines avec aussi la possibilité de développer ensemble des questions-réponses sur des sujets d'actualité. Le sujet de l'information étant revenu de façon régulière lors de cette session, il serait donc intéressant de monter un groupe de travail en parallèle.


Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL souhaiterait avoir une ou plusieurs réunions dédiées sur le sujet de l'information afin d'aborder les aspects pratico-pratiques avec des cas concrets.

Sylvain BOUQUET confirme qu'il faut un groupe spécifique sur ce sujet et suggère une aide de personnes dont la communication est la spécialité.

François LACOIN souhaite des précisions concernant les attentes de l'ANSM sur le programme de travail proposé dans le cadre de la convention.

Jeanne STIRNWEISS rappelle les éléments :

- comprendre les freins au bon usage dans la pratique du médecin généraliste ;

- 
- déterminer des leviers et mesures qui pourraient être engagés pour améliorer le bon usage par les médecins généralistes mais également par leurs patients en général ou sur des sujets particuliers (pédiatrie, traitement de la douleur, benzodiazépines).
 - le développement d'outils numériques dédiés aux médecins généralistes sur le bon usage des médicaments.

En parallèle de la prévention du mésusage en général, les cas de produits où un mésusage important est observé seront abordés. Les benzodiazépines ressortent particulièrement dans la cartographie ainsi que les traitements de la douleur. Tous les sujets d'actualité seront également abordés.

Un événement sur le bon usage des médicaments à l'image de la journée qui avait été organisée sur les erreurs médicamenteuses pourra être envisagé en parallèle.