

LETTRE AUX DEPUTES ET AUX SENATEURS DES COMMISSIONS DES AFFAIRES SOCIALES ET DES FINANCES – MON TEMOIGNAGE « CITOYEN » - François PESTY

A l'heure des « franchises médicales » et du trou abyssal de la sécu, savez-vous que la Cnamts refuse aux caisses d'appliquer les solutions gagnantes expérimentées en Languedoc Roussillon ?

Quand la visite des DAM est rendue « inopérante » par la Cnamts !

Analyse comparée de la visite des délégués de l'Assurance maladie (DAM) sur le médicament, lors des campagnes institutionnelles conduites par la Cnamts et des expérimentations « pilotes » menées par les caisses en région Languedoc Roussillon.

Résumé :

Condamner l'action des DAM (délégués de l'Assurance maladie) sur le médicament, sans avoir véritablement donné au dispositif toutes ses chances de réussir, serait une lourde erreur !

L'enseignement des succès obtenus par les caisses de la région Languedoc Roussillon lors de campagnes « pilotes » - L'incapacité de la Cnamts à assurer la même efficacité lors de ses campagnes - Mon témoignage « citoyen » devant la représentation nationale.

Principaux messages :

- En France, l'**économie** annuelle supplémentaire de maîtrise médicalisée sur le médicament aurait été **supérieure au milliard d'euro**, si l'on avait su optimiser les campagnes de visites médicalisée des DAM (délégués de l'assurance maladie) sur le modèle des expérimentations « pilotes » conduites par les caisses de la région Languedoc Roussillon ; Le « **retour sur investissement** » se situant entre **1.000 et 2.000 euros par médecin visité** ;
- Avec une **préparation appropriée** des DAM (formation médicale et scientifique approfondies, entraînement aux visites), un **contenu de visite de qualité**, apportant une réelle « valeur ajoutée » au médecin pour sa pratique courante, et en dotant le DAM d'**outils performants pour le pilotage opérationnel** (ciblage, mesure d'impact, retours individuels sur la pratique de chaque médecin), le succès est immanquablement au rendez-vous : **excellent accueil** des médecins ; **franches modifications des comportements** de prescription ; **économies très substantielles** sans perte de chance pour les patients ;
- A l'opposé, l'**action des DAM menée au plan national par la Cnamts n'aurait eu jusqu'ici qu'un bien modeste impact** sur les comportements de prescription (Cf. le dernier rapport de la Cour des Comptes) ;
- **Quelles différences** y-a-t-il donc entre les **expérimentations pilotes** qui se sont déroulées en région Languedoc Roussillon, et les **campagnes nationales** orchestrées par la Cnamts ? En réalité, beaucoup de choses : le « marketing pharmaceutique » et le contenu de la visite, la formation des DAM, les outils de pilotage opérationnel ;
- **Qu'est ce qui rend « inopérante » la visite institutionnelle des DAM (telle que conduite par la Cnamts) ?** Dispersion et dilution de l'action – Absence de persistance – Etranglement du ciblage – Faible enjeu des thèmes et des « cibles de changements comportementaux » retenues - Contenu de visite à faible valeur ajoutée – Argumentation de type « Y a qu'à pas » ou « Faut pas qu'on », sans pédagogie, sans preuve – Formation inadaptée (scientifique et médicale, ou aux techniques d'entretien en face à face) – Insuffisance et inadaptation des documents laissés - Absence de mesure d'impact – Non pertinence des profils individuels – Lacune du management de proximité - Rémunération démotivante et disparité du statut - Pas de véritable politique d'intéressement pour les caisses (non fongibilité des budgets) ... Bref, un grand « amateurisme » qui la rend totalement « désuète » face au rouleau compresseur des labos !

Messieurs les Présidents,

Mesdames et Messieurs les vice-présidents et vice-présidentes,

Mesdames et Messieurs les Députés et Sénateurs,

Assurément, **plus d'un milliard d'euros d'économie annuelle supplémentaire et récurrente sur le médicament**, aurait pu être réalisée depuis mon audition par le rapporteur de la commission de finances du Sénat, lors de l'examen du PLFSS 2005 ⁽¹⁾ et le projet de l'Institut PUPPEM « Pour Une Prescription Plus Efficace du Médicament » ⁽²⁾, et cela sans la moindre perte de chance pour les patients.

Ce week-end nos rugbymen ont été sèchement battus par les anglais, mais ce n'est pas le seul domaine où nos voisins nous sont supérieurs. D'après un communiqué de presse du gouvernement britannique datant de la semaine dernière, l'incitation suivie par les médecins généralistes de sa majesté à prescrire les statines génériquées, pravastatine et simvastatine, aurait déjà rapporté 114 millions d'euros par an ⁽³⁾. Rien de cela chez nous !

Certains observateurs dont j'étais, avaient cru bon se réjouir en début d'année 2007 lorsque la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnamts) a feint de prendre le tournant de la « **visite médicalisée de ses délégués (les DAM)** », notamment sur le médicament. Il avait été annoncé que les visites devaient accroître leur contenu médical et devenir répétitives.

Nous sommes aujourd'hui très loin du compte, et la proposition récente de l'association de consommateurs UFC – Que Choisir ?, de remplacer le dispositif des DAM par un corps de visiteurs médicaux sous la responsabilité de la HAS ⁽⁴⁾, n'est pas totalement dénuée de fondements.

Rappelons aussi, que selon une enquête publiée en janvier 2006 dans la revue Pharmaceutiques, 51% des médecins interrogés n'étaient pas satisfaits de la visite des DAM, et 56% jugeaient ces visites inutiles ⁽⁵⁾.

Pourtant, ce serait une bien regrettable erreur que de vouloir supprimer ou remplacer l'actuel dispositif des délégués de l'Assurance Maladie, sans lui avoir donné toutes ses chances.

Comme nous l'avons démontré en région Languedoc Roussillon, les équipes de DAM sont parfaitement capables de réussir, pourvu qu'on leur en donne les moyens.

Ayant personnellement accompagné depuis deux années, en tant que consultant Expert Conseil, les caisses de la région Languedoc Roussillon à l'occasion de **trois campagnes « pilotes » de visites médicalisées des DAM sur les antibiotiques et les statines**, ayant participé aussi à l'entraînement des DAM aux visites « institutionnelles », vous comprendrez que je puisse être **un observateur privilégié** pour vous apporter mon témoignage « citoyen ».

Ce débat prend encore plus de sens en le replaçant dans le contexte actuel des « **franchises médicales** » sur le médicament, qui seront prochainement débattues : Que dire en effet, de la contribution qui serait demandée à un patient traité par exemple « en prévention primaire » pour un cholestérol modérément élevé, avec un générique de la pravastatine à 10mg, et pour son hypertension avec une association de molécules génériquées (diurétique + IEC, exemple captopril + hydrochlorothiazide), contribution financière qui serait strictement identique à celle demandée à un autre patient, pourtant atteint des mêmes maux et auquel un autre médecin plus sensible à l'influence de l'information en provenance de l'industrie du médicament, aurait prescrit une nouvelle association d'hypolipémiants et un « sartan », **pour un coût 4 à 5 fois supérieur**, sans aucun avantage thérapeutique démontré ? Qui veut-on responsabiliser ? Afin de nourrir votre réflexion, j'ai placé sur la « toile » mon cas personnel, d'une grande banalité, sauf en ce qui concerne l'originalité du choix thérapeutique retenu, le moins onéreux pour l'assuré que nous sommes tous, mais aussi l'un des moins souvent prescrit (<1 %), alors même que son efficacité est parfaitement démontrée : http://puppem.com/Documents/Cas_pratique_pravastatine_10mg.pdf

Alors voici en le résumant, **mon témoignage « citoyen » sur l'action des DAM** :

Mes 8 principaux messages

1/ **Si l'on optimisait les campagnes de visites médicalisée des DAM** portant sur le médicament sur le modèle des 3 expérimentations « pilotes » conduites depuis 2 ans avec les caisses de la **région Languedoc Roussillon** sur le thème des antibiotiques et des statines, **alors les économies**, sans perte de chance pour les malades, **se compteraient par centaines de millions d'euros** pour l'Assurance Maladie : Exemple : Si les 127 autres caisses avaient reproduit la performance de la CPAM de l'Aude, **plus de 350 millions d'euros de réduction des dépenses d'antibiotiques auraient été obtenus** pour l'ensemble des régimes obligatoires et complémentaires.

Selon mes estimations, nos 3 campagnes de visites, dont le « rendement » pourrait encore être amélioré, auraient rapporté entre 3 et 4 millions d'euros d'économie annuelle récurrente (tous régimes confondus), avec **un retour sur investissement se situant entre 1.000 et 2.000 euro par médecin visité** (pour 1 à 4 visites seulement par médecin sur une période de 6 mois...) !

2/ **Les DAM de la région Languedoc Roussillon ont prouvés qu'ils sont parfaitement capables d'impacter fortement sur les comportements de prescription des médecins**, contrebalançant ainsi l'effet de la visite médicale des industriels, pour peu que leur **préparation soit appropriée (formation, entraînement aux visites)**, que **les informations apportées représentent une vraie « valeur ajoutée »** pour le médecin dans sa pratique quotidienne (=> informations inédites, auxquelles le médecin n'a pas eu accès jusqu'à présent, telles que les recommandations de bonne pratique « là où ça fait mal » pour les dernières spécialités promues par l'industrie, les études cliniques, notamment comparatives, montrant la non infériorité et parfois la supériorité des médicaments aujourd'hui génériqués, moins coûteux et délaissés par les laboratoires au profit des fausses innovations dont ils assurent massivement la promotion ; le rapport coût / efficacité des différentes alternatives thérapeutiques, sujet le plus souvent occulté et pour cause par les industriels). **Ces DAM sont ainsi valorisés** dans une posture de « spécialiste » que leur a conféré une formation pointue sur le domaine thérapeutique considéré. **Ces DAM sont motivés**, car grâce à des **outils de pilotage adaptés**, ils peuvent **mesurer précisément et presque immédiatement l'impact de leur action** individuellement auprès de chaque médecin visité, et le résultat de leur campagne à l'échelon de la caisse ou d'une région, en comparant notamment l'évolution des prescriptions chez les médecins visités et les non visités.

3/ **Les médecins libéraux** qui ont été visités par ces DAM, leurs **ont réservé un excellent accueil**, d'autant plus qu'outre la valeur ajoutée des informations apportées, il recevaient des « **retours personnalisés** » les éclairant avec pertinence sur leur pratique : retours détaillés, exhaustifs (pour les patients relevant du régime général), mensualisés et historisés sur plus de 24 mois, centrés sur une problématique médicamenteuse bien précise, actualisée (et non pas de vagues indicateurs globalisés, portant sur des données obsolètes), permettant de mesurer l'écart avec les pratiques recommandées (et non pas avec la pratique « médiane » observée sur le département ou la circonscription, qui elle, reflète une dérive collective des comportements de prescription sous l'influence du marketing des laboratoires).

Pour en savoir d'avantage, vous pouvez visiter les pages suivantes :

<http://puppem.com/prestations.aspx>

L'association d'une visite médicalisée à « valeur ajoutée » pour le médecin, avec remise d'un document synthétique, et d'un retour pertinent sur sa pratique, représentent **un levier formidable de changement des comportements**. Nous sommes dans ces expérimentations pilotes de la région Languedoc Roussillon à mi-chemin entre la visite des laboratoires, la visite académique pratiquée notamment aux USA et au Canada, ou encore en Belgique (<http://puppem.com/AD.aspx>), et l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles), telle que définie par la Haute Autorité de Santé.

4/ **Pour les industriels** du médicament, **les baisses de prix** (principales actions mises en œuvre par le plan du médicament 2006, d'après la Cour des Comptes) étant intégralement répercutées sur leurs marges, celles-ci **sont bien plus délétères que ne le seraient en réalité des pertes de part de marché**. Aux yeux des dirigeants de filiales françaises de firmes internationales, l'emploi dans leur entreprise semble plus facilement défendable (auprès de leurs sièges USA, UK...) lorsque les taux de marges sont maintenus et que la rentabilité est préservée. Je me permets d'ajouter que **les baisses de prix n'ont jamais rendu les médecins plus intelligents !**

5/ Il est généralement plus aisé de **convaincre les médecins de modifier le choix du médicament qu'ils prescrivent, plutôt que d'obtenir une abstention thérapeutique par un respect scrupuleux des indications** vraiment justifiées. Cela conduit par pragmatisme à **privilégier les actions portant sur « l'effet structure »** de la croissance des dépenses. Celui précisé à nouveau pointé du doigt dans le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. **Le retour sur investissement en est bien supérieur**. Dans l'expérience audoise inaugurale, 10% de l'économie imputable à l'action des DAM, avaient pour origine **une baisse globale du niveau de prescription** antibiotique par un meilleur respect des indications justifiées, alors que le **basculement des prescriptions** depuis les antibiotiques récents, promus et beaucoup plus coûteux vers les antibiotiques de 1^{ère} intention, aujourd'hui génériques (amoxicilline seule ou associée à l'acide clavulanique) constituait **le principal moteur d'économies** (90%).

6/ A l'opposé des résultats significatifs obtenus lors des expérimentations pilotes de la région Languedoc Roussillon, **l'action des DAM menée au plan national par la Cnamts n'aurait jusqu'ici produit qu'un bien modeste impact** sur les comportements de prescription. Pour s'en convaincre, il suffit de relire le rapport septembre 2007 de la Cour des Comptes ⁽⁶⁾ (seulement 17 millions d'économie liée aux inflexions de la prescription, sur un total de 185 millions prétendument obtenus en 2005) ou mon étude personnelle à partir des données MEDIC'AM 2006, dont la presse s'est faite l'écho ⁽⁷⁾.

Des résultats en définitive extrêmement décevants !

7/ **Qu'est-ce qui différencie les expérimentations pilotes** en région Languedoc Roussillon, **des campagnes nationales** conçues par la Cnamts ?

Bien des choses en réalité :

- **Le « marketing pharmaceutique »** : **Les messages diffèrent tant sur le fond que sur la forme**. Lors des expérimentations pilotes nous insistons **d'avantage sur le choix du médicament** (« switch » ou basculement des prescriptions, depuis les médicaments récents, coûteux, largement promus et prescrits, vers les médicaments anciens, bons marchés, mais encore au cœur des recommandations de bonne pratique), et un peu **moins sur le respect des indications** (sans pour autant y renoncer, mais par pragmatisme nous savons d'expérience que le retour sur investissement sera moins bon) ; En fin d'entretien, **une plaquette ou brochure** reprenant l'ensemble des messages délivrés est remise au médecin (essentiel pour consolider sa décision). Mais, il y aurait beaucoup d'autres choses à dire, tant les différences sont importantes à ce niveau (Soyons clair : La Cnamts n'a pas aujourd'hui en interne les compétences requises en « Marketing pharmaceutique » et en « Management de la visite médicale » ! Devenir compétitif avec l'industrie dans le domaine de l'influence sur la prescription médicale ne s'improvise pas).
- **La formation des DAM** : Il s'agit réellement d'en faire des **spécialistes**, des « **super visiteurs médicaux** », car non seulement les DAM doivent appréhender correctement les messages portés par les laboratoires, mais aussi assimiler des connaissances supplémentaires correspondant aux informations occultées par les industriels : points défavorables des recommandations de bonne pratique, études cliniques comparatives négatives, coûts de traitement journaliers comparés. D'où une formation « intensive » sur 2 ou 3 jours minimum, suivie d'un gros travail personnel de chaque DAM pour « digérer » cette somme de connaissances. Après appropriation, **l'entraînement à la visite** avec des animateurs coach, anciens de l'industrie pharmaceutique et experts en visite médicale est absolument indispensable pour préparer les DAM. Ce n'est pas en

confiant à un praticien conseil le soin d'animer un programme « minimum » (1 seule journée pour les statines) de formation scientifique élaboré par les médecins nationaux de la Cnamts et sans rapport direct avec les messages à délivrer lors de la campagne, puis en laissant la liberté à chaque caisse d'organiser l'appropriation de la campagne avec le manager DAM et le cas échéant un praticien conseil de l'ELSM, que l'on prépare au mieux les DAM !

- **Le pilotage opérationnel des campagnes :** Tout diffère et aucun des outils de pilotage présentés plus haut, et sans lesquels il n'est pas possible de progresser, ne sont actuellement mis à la disposition des DAM par la caisse nationale : ciblage, indicateurs et tableaux de bord, analyse comparative médecins visités / médecins non visités, analyse de performance individuelle des DAM, retours individualisés.

8/ **Quelles sont les raisons de l'inefficacité des campagnes nationales** élaborées par la Cnamts ?

Ce qui caractérise les campagnes institutionnelles :

- **Une totale dispersion (Zapping) et dilution de l'action :** Pas moins de 14 ou 15 thématiques différentes auront été abordées en 2007 par les DAM (Ex : chez le médecin généraliste, IPP, antibiotiques, statines, prévention du cancer du sein, ALD et ordonnancier bizonne, transport des malades, visites à domicile, lits médicalisés, indemnités journalières, et pour certaines caisses, la promotion de l'offre « historique remboursement »...), chez au moins 3 catégories différentes de professionnels de santé (la nouvelle convention avec les masseurs kinésithérapeutes, l'objectif de substitution générique avec les pharmaciens d'officines). Dès lors, comment voulez-vous que la visite des DAM ait le moindre impact sur les comportements de prescription ?
- **Des campagnes sans réelle persistance** (5 visites annuelles chez les 50.000 médecins à haut potentiel de prescription, mais 1 seule visite par thématique et 2 mois d'intervalle au minimum entre chaque visite),
- **Un ciblage trop étroit des médecins à visiter** (10-25% du potentiel dans le meilleur des cas) : saupoudrage de l'action...
- Le choix de **thèmes ou de « comportements cibles » à enjeu modique** (exemple de la « dyspepsie fonctionnelle » qui représente moins de 10% des indications pour les IPP (Inhibiteurs de la pompe à protons, 1^{ère} campagne nationale de la Cnamts en début d'année),
- Un **message** le plus souvent de type « **Yaka** » « **faut qu'on** », ou pire, « **yakapa** » « **faut pas qu'on** » ! Aucune alternative laissée au médecin – Information purement descendante – Aucune pédagogie dans la démarche – On ne cherche pas à convaincre, mais plutôt à imposer son point de vue - Argumentation sans fournir les preuves – Les médecins, ainsi méprisés, n'apprécient pas du tout et au mieux il écoutent « poliment »...
- **L'argumentation n'est pas optimisée** (exemple de la campagne « statines » débutée depuis juin 2007 : l'étude MEGA, incontestablement la plus belle étude d'intervention thérapeutique jamais réalisée sur les statines, publiée le 30 septembre 2006 dans la prestigieuse revue médicale The Lancet, n'est même pas citée, alors que l'objectif de cette campagne est de promouvoir la prescription des faibles dosages, notamment la pravastatine à 10mg ! Cela pose naturellement le problème de l'absence d'une vielle documentaire et scientifique réactive et efficace à la Cnamts sur de tels sujets...
- « Incohérences » et « fautes de styles » dans **les aides de visite et les déroulés d'argumentation**, susceptible d'induire chez le médecin visité une réaction hostile dès le début de l'entretien (objection, scepticisme, indifférence, rejet). L'impression générale est un travail vraiment « bâclé »,
- Les Questions / Réponses à **objections**, élaborées pour préparer les DAM aux visites, portent sur des situations **éloignées de la réalité** ou ayant vraiment peu de chance de se produire (logique puisque leurs auteurs ne possèdent ni l'expérience de la visite médicale, ni celle de l'exercice libéral de la médecine),

- **Absence de mesure d'impact** des campagnes : Ce qui ne se mesure pas, ne peut être amélioré ! Principe de base à toute démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Production de **profils individuels** par médecin utilisant des **indicateurs non pertinents et périmés** (exemple : IPP sur septembre, octobre et novembre 2006 pour une campagne débutée au premier trimestre 2007 ; Utilisation de profils construits sur les données 2006 pour une campagne statines débutant en juin 2007...), pour les antibiotiques c'est pire encore du fait de la saisonnalité et des variations épidémiques ; Par ailleurs, toute comparaison proposée avec une moyenne ou une médiane calculée sur l'ensemble des médecins rattachés à la caisse est inopportune (Elle incite les médecins les plus vertueux, donc la moitié, à se « reposer sur leurs lauriers » et elle « banalise » la dérive collective des pratiques)... L'objectif comportemental doit être « calé » sur la pratique recommandée (référentiel) et non pas sur la pratique constatée !
- **Pas de documentation remise** aux médecins : Comment le médecin visité pourrait-il alors prendre la moindre décision de changement s'il ne dispose même pas d'un support écrit lui rappelant l'argumentation développée lors de la visite ?
- **Formation très insuffisante** des DAM sur les plans **scientifique, pharmaceutique et médical**,
- Les DAM et leurs managers méconnaissent **les bases des techniques de communication et d'entretien** en face à face, qui ne sont pas présentées lors du processus institutionnel de certification professionnelle,
- **Absence de management de proximité** (pas, ou trop peu de visites « duo » : DAM + manager),
- **Autonomie des caisses** nuisible à la coordination des campagnes et **problème de management du réseau** : Les caisses choisissent les moyens qu'elles souhaitent déployer et leur « timing » de campagne...
- **Disparité statutaire des DAM, et rémunération démotivante** (3 à 4 fois inférieure à celle d'un visiteur médical),
- **Pas de véritable politique d'intéressement pour les caisses** (non fongibilité des budgets : ne serait-il pas possible pour les caisses qui s'engagent avec efficacité dans la démarche, de pouvoir « réinjecter » une part des économies réalisées et dûment documentées, pour développer ce type d'action (recrutement de DAM, actions de formation ou de communication ...).
- **Fixation d'objectifs conventionnels déjà atteints** avant même d'avoir commencé toute action (non prise en compte des baisses de prix et des générations dans la fixation des objectifs conventionnels d'évolution des montants remboursés – Mais, c'est en train d'être rectifié avec l'article 30 du PLFSS 2008...).

Non vraiment, la Caisse nationale ne connaît rien de l'efficacité du « marketing pharmaceutique » et de la conduite des réseaux de visite médicale des laboratoires.

D'après l'agenda des commissions sur le site de l'Assemblée Nationale, la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale s'apprête à auditionner demain 18 octobre 2007 à 11h30 M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur Général de la Cnamts. Peut être aurez-vous après ce courrier quelques questions supplémentaires à lui poser...

Qu'il me soit autorisé d'ajouter ici une note finale toute personnelle :

Sachez Mesdames et Messieurs les Députés et Sénateurs, que malgré (peut être même à cause, je n'ose quand même l'imaginer ...) la qualité des visites réalisées par les caisses primaires de la région Languedoc Roussillon, leur excellent accueil par les médecins visités, leur fort impact sur les pratique de prescription et leur intérêt économique pour notre système solidaire de santé, malgré tout cela, la Direction de la Caisse nationale a interdit aux autres caisses d'adopter les mêmes approches méthodologiques, me privant au passage de 4 missions régionales en 2006...

Ce courrier est fait à ma seule et unique initiative, car ma détermination reste entière pour que les choses changent enfin.

Notons qu'il serait aussi probablement très utile pour éclairer les débats à venir autour de la discussion du PLFSS 2008 devant la représentation nationale, de rendre public le récent rapport de l'IGAS sur « l'information du médecin généraliste sur le médicament » dont certaines personnes « autorisées » ont pu déjà prendre connaissance...

En vous remerciant de l'intérêt que vous voudrez bien porter à ce témoignage, Mesdames et Messieurs les Députés et Sénateurs, je vous prie de croire en l'expression de ma plus haute considération.

Bien cordialement

François PESTY
Consultant ITG, Expert Conseil en visite médicalisée des DAM
2, Square Gay Lussac
78330 Fontenay le Fleury
Francois.PESTY@Wanadoo.fr
www.puppem.com
<http://perso.orange.fr/pouruneprescriptionplusefficientedumedicament>
<http://www.itg.fr>

01 30 45 03 59 (domicile)
08 75 37 15 31 (Voice on IP)
06 88 89 53 51 (GSM)

- (1) : <http://perso.orange.fr/pouruneprescriptionplusefficientedumedicament/documents/AuditionFrancoisPESTYauSenat.pdf>
- (2) : <http://perso.orange.fr/pouruneprescriptionplusefficientedumedicament/documents/PourUnePrescriptionPlusEfficiente.pdf>
- (3) : <http://puppem.com/Actualites.aspx>
- (4) : <http://www.quechoisir.org/Enquete.jsp?id=Ressources:Articles:80388078F5E9E5A8C1257359004A9038&catcss=SAN000>
- (5) : http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq133_44_dossier.pdf
- (6) : <http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RELFSS/Chap9-depense-medicament.pdf>
- (7) : http://puppem.com/Documents/Etude_inédite_MEDICAM_2006_FP_07-2007.pdf