

les assises du
médicament

Hopipharm 2011 Nantes

Groupe 1

Faire évoluer l'autorisation de mise sur le
marché

Mission: identifier les **évolutions nécessaires** de la procédure et des **critères de l'autorisation de mise sur le marché (AMM)**, qu'elles soient à conduire à **l'échelon national** ou à porter à l'échelon **européen** dans cette matière fortement encadrée par le droit de l'Union.

Questions :

- intégration de la notion **d'intérêt thérapeutique** dans la prise de décision
- frontières entre les critères de l'autorisation, reposant aujourd'hui sur le **rapport bénéfice/risque**, et ceux employés pour la détermination du **service médical rendu** dans l'évaluation de santé publique.

Propositions finales le 26 mai en 4 axes et 20 points

I/ Interrogations sur le **rapport bénéfice/ risque**

1-La Directive européenne définit les conditions de refus et non ceux d'autorisation (rapport bénéfice- risque défavorable.)

2-Propositions d'évoluer vers une **définition standardisée du rapport B/R** et notamment le niveau de risque accepté. En faire un axe central des travaux de l'AFSSAPS

3-Intégrer la **praticité** d'usage

II/ Critères et cadre de la décision d'AMM

- 4- Intégrer aux critères de l'AMM l'exigence d'un **progrès thérapeutique** dont le niveau doit être défini : un nouveau princeps doit justifier d'un apport sur l'un des trois paramètres efficacité, sécurité, praticité.
- 5- Maintien de la règle des essais contre **comparateur actif** (essais de non infériorité)
- 6- **User des pouvoirs nationaux de police du médicament**, c'est à dire d'encadrer les conditions de prescription et de délivrance pour tenir compte des particularités de consommation des médicaments en France.
- 7- **Renforcer les mécanismes nationaux de régulation** : SMR , ASMR de HAS. Régulation économique par le CEPS .

II/ Critères et cadre de la décision d'AMM

- 8- Assurer une meilleure **information** des professionnels de santé s'appuyant sur un dispositif à 3 piliers:
 - AFSSAPS (données sur le produit)
 - HAS (évaluation SMR, ASMR, recommandations de Bon Usage)
 - Un nouveau service public d'information sur le médicament en réseau enrichi de toutes les données , études, évaluations, pharmacovigilance
 - Elaboration d'un « Formulaire thérapeutique national » type British National Formulary
- 9- Assurer la transparence des décisions de l'EMA (opinions divergentes des pays, discussions)
- 10- Apporter des informations sur les données utiles en pédiatrie demandées par les associations de patients

III/ Procédure et organisation

- 11-Contraintes de dossier et de délais: revoir la règle des 210 jours qui ne permet pas à l'EMA et aux agences nationales en procédure centralisée d'évaluer de manière complète les dossiers.
- 12-AMM Europe (80% des AMM) Processus de décision : remise en cause des règles de compositions et de vote au CHMP. Proposer la majorité qualifiée et non la majorité simple (1 voix par pays, 27 pays, majorité à 14)
- 13- AMM nationales (20%): proposition de travailler en sous commissions ou formation restreinte.
- 14- Intégrer les associations de patients aux commissions d'AMM France et Europe.

IV/ Le suivi post-AMM

- 15- Sera modifié par la transposition en 2012 de la nouvelle Directive Pharmacovigilance.
- 16- Permettra de réguler la suppression du renouvellement quinquennal de l'AMM de 2004
- 17- Proposition du groupe qu'à l'occasion de la transposition en 2012 de la Directive l'AFSSAPS annonce un plan d'examen des AMM nationales en vue de l'application des nouvelles modalités de suivi post AMM (place des éléments déclencheurs pour études de réévaluation du B/R, place des études types **Pharmacovigilance-PMSI**)
- 18- Organisation et financement des études post AMM: impliquer les organismes publics de recherche. Etablir un guichet unique AFSSAPS (réévaluation B/R) /HAS (réévaluation SMR) pour ces données post AMM (cf l'ancien Observatoire des prescriptions).

Groupe 2

**Renforcer le système de
surveillance des médicaments**

- ▶ Améliorer la **formation** des professionnels et l'**information** du public et des patients sur le rapport Bénéfice /Risque des médicaments
 - ▶ formation initiale et de la formation continue B/R
 - ▶ Sensibilisation tout au long de l'exercice/ notification des effets suspectés.
- ▶ Améliorer la **surveillance** au sein des ETS et en ambulatoire
 - ▶ outils simples de notification, intégrés aux systèmes d'information, à partir du dossier patient informatisé
 - ▶ retour systématique auprès du déclarant du devenir de sa notification.
 - ▶ recherche active d'évènements indésirables via le PMSI et les dossiers patients (DMP/DP)
 - ▶ Valorisation de cette activité (contrats de pôles, indicateurs qualité des soins)
 - ▶ Partage rapidement des informations de PV
 - ▶ Création d' un niveau local ETS pour la Pharmacovigilance

Surveillance des erreurs survenant dans le circuit des produits de santé

A organiser en complément de la PV

Déclaration centralisée pour les établissements de santé et analyse locale pluridisciplinaire des erreurs survenues dans le circuit

Transmission nationale à la HAS dans le cadre de l'analyse des pratiques

Améliorer la surveillance au **niveau régional**

Les CRPV structures régionales spécialisées en vigilance sont identifiées au sein d'un Service Public d'Information sur les produits de Santé (SPIPS)

Assurer au sein de ces structures des profils de postes type PH (médecins-pharmaciens)

expérience de terrain

exerçant à temps partiel en établissement de santé, permettant d'assurer une seniorisation de l'expertise.

- Améliorer la surveillance au **niveau national**
 - Centraliser à l’Afssaps toutes les données de surveillance (Base pharmacovigilance : effets indésirables graves et inattendus + Base essais cliniques + Accès Bases préclinique de l’industrie) en lien avec l’EMA
 - Organiser la coopération avec les épidémiologistes de l’INVS et utiliser leurs compétences pour analyser et interpréter les signaux issus des différentes bases de données
 - Organiser l’accès aux données précliniques, aux données des essais cliniques, aux données des v aux professionnels de santé
 - Assurer la cohérence entre RCP de médicaments de même principe actif du point de vue effets indésirables

- Revoir la **directive européenne** Pharmacovigilance
 - Médicament sous PGR
 - apposition d'un triangle noir sur le conditionnement lui-même
 - dans toutes les sources de données répertoriant ces médicaments.
 - Le PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) n'a actuellement qu'un avis consultatif,
 - devrait avoir vis-à-vis du CHMP (Committee of Human Medical Products) et du groupe de coordination à Londres une voix au moins égale pour un examen de retrait ou de mesure de précaution/ un médicament.

- Promouvoir la recherche sur le développement précoce ex biomarqueurs de sécurité
- Permettre l'accès aux bases de données nationales
 - SNIIRAM, Eudravigilance
 - dans conditions prédéfinies : protocole validé

Groupe 3

Prescriptions hors AMM

HORS AMM : CONSTATS

- CHAMP DU HORS AMM VASTE : indications mais aussi posologie, durée de traitement, populations traitées...
- INCONTOURNABLE (prise en charge des patients) ET AUTORISE (liberté de prescription)
- TRES FREQUENT: concerne aussi des principes actifs anciens qu'innovants; de nombreux patients
- Niveau de preuve dans la littérature souvent médiocre; rapport bénéfice/risque mal connu, parfois défavorable
- Problème de responsabilité : le médecin est en première ligne mais le pharmacien aussi...
- Conditions de prise en charge par l'assurance maladie à définir

POINTS CLES (2)

- DETECTER, RECENSER
 - **AMONT** : dès la demande d'AMM; Incitation (obligation?) d'élargir de demande d'autorisation → pilotage ++ du pré AMM
 - **AVAL**: Détection rapide (observatoire des pratiques, médecins et pharmaciens sentinelles, OMEDIT, relais hospitaliers); recueil des données nécessaires à leur évaluation clinique et à l'élaboration de prescription ; suivi qualitatif et quantitatif
 - Mise en place d'un dispositif de recueil et de traitement de l'information
 - Renforcer le signalement des hors AMM injustifiées

- EVALUER
 - Identifier le hors AMM justifié (Absence d'alternative ayant une AMM+ rapport bénéfice/risque favorable+ intérêt thérapeutique pour 1 patient et 1 situation donnée)
 - Niveau de preuve dans la littérature existante
 - Mise en place d'études cliniques (industriels ou renforcement de la recherche académique)
 - A défaut, mettre en place des suivis de patients
 - Ré évaluation périodique

ENCADRER : AMM = la norme et le hors AMM = exception

- LEVIER PRIVILIGIE : les dispositifs dérogatoires : ATU, PTT, ARTICLE 56 à conforter et à étendre
- Anticiper et programmer la sortie du hors AMM : Prévoir dès le début les solutions pour y mettre un terme, financés par les laboratoires, ; Si nécessaire, dépôt d'extension d'AMM imposé.
- Prioriser / enjeux de santé publique
- Prévoir un suivi des patients (rigoureux et protocolisé) et systématiser les référentiels de prescription
- Étendre les dérogations aux recommandations émises par les autorités → adaptation de l'article 56
- Encourager les collaborations pluridisciplinaires

- COMMUNIQUER et INFORMER /professionnels et patients
 - Amélioration des procédures d'élaboration des recommandations par les agences/ transparence/ Indépendance
 - Accès à toutes les études cliniques(y compris non publiées, négatives...)
 - Gradation des recommandations / Hiérarchisation du point de vue clinique
 - Site unique / publications des recommandations et des alertes
 - Amélioration et généralisation des LAP
 - Recours aux messages électroniques d'alertes, Campagne d'information ponctuelles
 - Contrôle accru de la visite médicale/ Renforcement du contrôle de la publicité (a priori)
 - Sensibilisation aux enjeux et aux règles de prescription hors AMM dans la formation initiale et continue
 - Informer d'avantage les patients → acteurs de la décision

Améliorer la gouvernance des prescriptions hors AMM

- Définir le rôle de chef de chacune des agences
- Mobiliser le CEPS et l'assurance maladie
 - Intégrer dans les conventions avec l'industrie es objectifs relatifs à l'encadrement du hors AMM, inciter au dépôt d'AMM et au suivi des patients
 - Rôle de l'Assurance Maladie: contribuer à la détection et au suivi du hors AMM ← SNIIRAM
- Pilotage stratégique du hors AMM
 - Coordination étroite entre les différents acteurs sous l'autorité du ministère de la santé

Groupe 6

**Renforcer le contrôle et l'évaluation
des dispositifs médicaux**

Principaux constats

- Evaluation clinique des DM insuffisante
- Information insuffisante et non harmonisée
- Formation des professionnels de santé insuffisante
- Visibilité du marché des DM insuffisante (problématique des lignes génériques de la LPPR et des DM intra-GHS)

Mieux connaître les DM et information

- Instituer un organisme « vigie » chargé de l'observation médico-économique
- Mise en oeuvre d'une nomenclature et d'un identifiant unique
- Etablir une classification standardisée (CLADIMED, CNEH)
- Mise en place de RCP (RCD Afssaps , fiche Europharmat)
- Mise en place d'un contrôle sanitaire de la publicité sur les DM

Marquage CE

- Pertinence de l'auto-certification pour certains dispositifs médicaux (DMI actifs ou non)
- Validité de la classification des DM selon le niveau de risque (radio-thérapie, implants de longue durée)
- Problématique des produits frontières (préciser la notion d'action accessoire)
- Favoriser la présence des utilisateurs aux travaux de normalisation
- Renforcer la coordination entre les organismes notifiés et harmoniser leurs pratiques
- Renforcer le contrôle des ON par les AC
- Introduire la notion de certification provisoire.

Evaluation clinique des DM

- Proposition d'évaluation clinique post marquage CE sous le contrôle de l'HAS pour certaines catégories de DM avant inscription à la LPPR ou achat par les hôpitaux
- Augmenter les capacités d'auto-saisine de la CNEDIMTS notamment pour l'évaluation des DM intra GHS

Information sur les DM

- Favoriser les rencontres entre la HAS-CNEDIMTS, les OMEDIT, les CME et leurs COMEDIMS.
- Conduire une réflexion commune, regroupant notamment l'AFSSAPS, la HAS, la CNAMTS et les autres financeurs (RSI, MSA) pour développer une information à destination des patients.
- Entreprendre une action spécifique sur les notices.
- Mener des campagnes d'information auprès des patients et du grand public sur le bon usage des produits de santé pour renforcer l'alliance thérapeutique s'agissant de la « bonne prescription », de la « décision partagée » sur le rapport bénéfice/risque et sur son suivi.

Propositions du SYNPREFH

- Améliorer la qualité de l'évaluation des DM dans le cadre de la refonte de la directive européenne
- Assurer la tenue d'une base de données exhaustive des DM présents sur le marché
- Développer les référentiels normatifs qui valent présomption de conformité aux exigences essentielles
- Favoriser une meilleure connaissance du système de Matérovigilance au sein des établissements de santé et surtout au niveau communautaire
- Assurer le suivi transitoire de certains DM identifiés « à risque » « innovants »
- Améliorer les travaux de la CNEDIMTS en volume de DM traités par an

Propositions du SYNPREFH

- Améliorer les travaux de la CNEDIMTS en volume de DM traités par an
- Assurer une diffusion large des référentiels
- Organiser un réseau d'évaluation post marché en lien avec les instances régionales (OMEDIT) et les DRCI
- Suivre les consommations des produits pris en charge
- Améliorer le niveau de formation et d'information sur le Dispositif médical et le marquage CE

Groupe 5

Gouvernance : optimiser et clarifier

- Rapport en deux parties :
 - Une organisation globalement rationnelle mais des missions à clarifier, des coordinations à instaurer et des acteurs à rapprocher
 - Améliorer la sécurité sanitaire et restaurer la confiance : réformer l'expertise pour conforter les processus de décision
- *! Document de travail du 24/05/11 sans préjuger des modifications avant la réunion plénière du 31/05/11 et le final pour le Ministre le 07/06/11 !*

- Proposition 1 : « *recentrer* » le positionnement et les missions respectives des différentes instances
- Proposition 2 : maintenir, « *sous réserve de précisions* », la Commission de l'Intérêt Thérapeutique à l'HAS (ex. Commission de Transparence)
- Proposition 3 : évaluer l'activité des CPP
- Proposition 4 : renforcer le pilotage et la gestion des missions de vigilances
- Proposition 5 : supprimée (PV > InVS) pour l'alternative 6 >
- Proposition 6 : maintenir, sous réserves d'ajustements, la pharmacovigilance à l'AFSSAPS
- Proposition 7 : supprimée car coordination existante et fonctionnelle (coordination nationale de veille sanitaire)

- Proposition 8 : développer la transparence et simplifier la gestion des liens et conflits d'intérêts
- Proposition 9 : envisager la transposition en France du « Sun Shine Act » en vigueur aux Etats-Unis
- Proposition 10 : rééquilibrer expertise interne et expertise externe
- Proposition 11 : clarifier les rôles et missions respectifs des experts internes et des experts externes
- Proposition 12 : valoriser la métier d'expert et clarifier son statut (*cf Even / Debré*)
- Proposition 13 : distinguer expertise et décision
- Proposition 14 : en amont de la décision, exiger la collégialité et le recueil d'avis contradictoires
- Proposition 15 : responsabiliser les pouvoirs publics

Remarques personnelles

- *La politique du médicament à l'hôpital et le Synprefh de 1983 (FHF) à 2011*
- Le CHU de 1958...
- Observateur mandaté, cadre global... difficile
- Santé publique et PIB
- Opinion publique et intérêt général
- Europe et France
- Macrocosme national et microcosme COMEDIMS
- Evolution des circulations d'informations



MOTION SYNPREFH – INPH
27 mai 2011

Idées forces :

1- Décloisonner, coordonner, intégrer :

- Afssaps, HAS, INCA, émetteurs institutionnels de recommandations
- Professionnels de santé, grand public, patients
- Etablissements de santé, ambulatoire, médico-social
- Formation initiale et continue, Information, EPP, DPC
- Types d'informations, de recommandations, de données, de produits, de vigilances

2 – Aider les professionnels de s'approprier de manière effective les recommandations de haut niveau de preuve dans leurs pratiques thérapeutiques :

Créer un Service Public, maître d'ouvrage, chargé de :

- Défendre la qualité et la pertinence de l'information en matière
 - De formation initiale
 - De formation continue
 - D'information des professionnels, du public et des patients
- Proposer des outils, leviers, méthodes, valorisations pragmatiques et modernes :
 - mêmes données et informations à la base
 - hiérarchisées par niveaux de preuve, utilité, rapports favorables bénéfiques/risques
 - adaptées du point de vue langage, canaux, vecteurs, supports aux spécificités des usagers et solliciteurs
(lisibilité, intelligibilité, compréhension, applicabilité ...)

La réforme proposée conduit à consolider le dispositif sur 3 piliers :

1- AFSSAPS

2- HAS - INCA

3- Service Public d'Information sur les Produits de Santé
organisé en

- Niveau national
- Niveau régional

Ces 3 piliers du dispositif en matière de médicaments et produits de santé suivent les principes communs établis dans le Système National de Santé

- en matière de politique de conflits potentiels d'intérêts, de transparence
- de responsabilité, de statut de lanceur d'alerte, de déontologie et de respect de la relation individuelle entre patients et professionnels de santé, et notamment du secret médical et professionnel
- des critères préférentiels sont définis ex emplo de la dénomination commune des médicaments

1. L'AFSSAPS

diffuse et recueille les informations en lien direct avec ses attributions cadrées de régulation, autorisation, veille et police sanitaire des produits de santé.

L' Afssaps produit et gère le répertoire national intégral, structuré et actualisé des données et caractéristiques de l'ensemble des produits de santé centrées sur :

- *statuts et particularités* :

produits commercialisés ou non ; AMM ; ATU ; PTT ; LPPR ; groupes génériques ; SMR ; ASMR ; HGHS ; PGR ; PIH ; Réserve Hospitalière ; liste rétrocession...

- *historiques / évolutions datées repérables des données de veille :*

- retraits d'AMM ; extension/restrictions d'indications ; effets indésirables actualisés
- renforcement des mises en garde ; interactions médicamenteuses
- changements de compositions, de dénominations, de titulaires d'AMM ; de statuts ; retraits de lots
- ruptures de stocks et alternatives transitoires de remise à disposition
- stabilités et compatibilités physico-chimiques des produits reconstitués
- risques et signalements d'erreurs et de confusions avérées ou latentes, induites par les produits, dénominations, présentations et conditionnements, documents et supports promotionnels ; contrefaçons ; interdictions de publicités ; condamnations ; amendes ...

- L'ensemble de ce répertoire et de ses champs de données est interfaçable avec les logiciels de prescription, dispensation, administration et surveillance des médicaments.
- L'Afssaps assure de façon efficiente la communication et le signalement relatifs à ce périmètre de données et à leur évolution.
- L'Afssaps s'appuie, pour la transmission et le recueil des informations et données de sécurité des produits, sur les structures régionales spécialisées en vigilances, identifiées au sein du Service Public d'Information sur les Produits de Santé

2. HAS – INCA

-émettent les Recommandations de Pratiques Thérapeutiques
- fixent le cadre des méthodes et processus via référentiels,
chartes et protocoles :

- de collaboration entre professionnels,
- d'EPP / DPC,
- de pratiques de prescription et de bon usage des produits de santé,
- de certification / revalidation des logiciels et outils, ainsi que des aptitudes et compétences professionnelles individuelles.

- Pour ce faire, s'allient le concours des sociétés savantes et des collèges de spécialités pour le DPC.
- Assurent de façon efficiente la communication et le signalement relatifs à ce périmètre de fonctions et à leur évolution, en s'appuyant sur les structures régionales généralistes et spécialisées en matière de santé publique et évaluation, identifiées au sein du Service Public d'Information sur les Produits de Santé.

3. Service Public d'Information sur les Produits de Santé

Un service et non une agence

- créé pour les professionnels et le public
- qui en conduisent et/ou utilisent les structures et activités de terrain
- dont la mission vise la qualité et l'amélioration effective des pratiques et du bon usage des produits de santé, ainsi que l'efficacité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients.

Rôle Spécifique du SPIPS

- produire et diffuser des services et outils facilitant la connaissance et l'appropriation
 - des données et recommandations des structures nationales HAS, AFSSAPS, INCA
 - de toute source d'évaluation de fort niveau de preuve :
 - recommandations internationales -OMS ou étrangères ; sociétés savantes
 - Evaluations Assurance Maladie et Mutualité ; collaboration Cochrane ; Revues indépendantes ex Revue Prescrire ; associations de patients....

Le service fonctionne sous la forme :

- d'un réseau national concepteur/ promoteur /diffuseur d'outils et méthodes d'appropriation des recommandations dans les pratiques et les actions
 - Le Centre National assure les liens transversaux avec l'Afssaps ,la HAS – et INCA
- structuré en centres régionaux et locaux assurant ou accompagnant des fonctions généralistes

- Formation initiale et continue, généraliste et spécialisée
- Education citoyenne et scolaire ; éducation thérapeutique des patients
- Diffusion / Publication / Campagnes de communication :
 - bulletins, fiches,...
- Renseignements/ consultations à la demande

- Visite académique et autres méthodes concourant au DPC/EPP
 - notamment RMM/REMEDI autour d'erreurs médicamenteuses et tous événements / dysfonctionnements évitables dans les pratiques d'usage des produits de santé
- Recherche : méthodologies d'information, mesures d'impact
- Observation des pratiques, des préoccupations récurrentes des professionnels de santé ou de public (forums) ; des difficultés particulières d'appropriation des recommandations ...
- Repérages de signaux : fonctions de vigilances

- Les centres régionaux
 - déclinent les projets, actions, et productions du centre National
 - vers lequel ils transmettent les observations issues de leur veille, et leurs demandes de développement de services et outils coordonnés.
 - appuient, accompagnent et associent les travaux et programmes des ARS, OMEDIT, conférences et schémas régionaux de santé, centres de références
 - notamment sur les études et recherches épidémiologiques et économiques en matière d'utilisation de produits de santé .
 - ont accès aux résultats d'enquêtes et études produites par les organismes publics et privés
 - Assurance Maladie, Mutualité, IRDES, GERS, IMS, Cegedim...

- Ils sont conduits par des professionnels de santé : pharmaciens et autres médicaux et paramédicaux
 - notamment pour les centres remplissant des missions et activités spécialisées au sein du réseau
- Ils associent des représentants des usagers
 - notamment, pour les centres ayant des activités spécialisées via les associations directement en lien avec les problématiques de leur ressort. Ex : Amalyste et centres remplissant les missions de pharmacovigilance ; Réseau DES/ Filles DES : Centre remplissant la mission du CRAT ; etc
- Ils recourent à des compétences externes :
 - méthodologistes, rédacteurs, socioanthropologues, psychologues, comportementalistes, informaticiens, publicitaires, consultants en communication,

- Ils recourent préférentiellement :
 - aux nouvelles technologies de l'information et de la communication :
 - internet, intranet, e-learning, video, applications smartphones, supports de synthèse ex du British National Formulary
 - aux méthodes participatives de proximité
 - ateliers, revues/suivis de dossiers et d'événements, réunions de pairs et de concertations pluridisciplinaires, visite académique....

- Ils s'appuient sur des services de pharmacie hospitalière
 - au niveau régional, les pharmacies de CHU
 - au niveau des territoires de santé, des hôpitaux de référence
 - Qui sont en matière de produits de santé, à la croisée véritable des circuits et relations les plus en prise avec les interfaces :
 - professionnelles : spécialistes et généralistes, hospitalières et libérales (y compris personnels soignants, paramédicaux, éducateurs et auxiliaires de vie)
 - le public et les patients
 - les administrations et organismes de protection sociale : ARS, Inspection de la Pharmacie, Assurance Maladie, Mutualité....

- Certains centres assurent, pour le compte du réseau, des fonctions ou missions spécialisées complémentaires
 - Vigilances:
 - actuels CRPV et CEIP, en lien direct spécifique avec l’Afssaps;
 - médicaments et grossesse
 - ex CRAT, Paris ;
 - antiinfectieux
 - ex Medqual, CHU Nantes ;
 - erreurs médicamenteuses
 - ex groupe REMED de la SFPC, réseau Eviter l’Evitable de la Revue Prescrire ;
 - vaccinations, prévention, prophylaxies et voyages
 - ex Institut Pasteur et centres de vaccinations;

Certains centres assurent, pour le compte du réseau, des fonctions ou missions spécialisées complémentaires

- législation et droit pharmaceutique
 - ex service de documentation pharmaceutique du CHU de Lyon
- DM/DMI
 - ex association EuroPharmat, et autres ;
- Identification des médicaments en cas d'intoxication volontaire ou accidentelle
 - ex centre anti-poisons de Nancy
- Compléments alimentaires
- Médicaments vétérinaires
- Toxicomanies et dopage
 - ex CEIP
- Vecteurs généralistes institutionnels d'informations de bon usage
 - ex Cespharm ...

Discussion