

3.1. Analyse de la demande et du besoin des publics

2h

Chap. : Analyse de la notion de demande induite

Compétences :	C11 : Analyser les besoins et les demandes des publics des structures sanitaires et sociales, des organismes de protection sociale
Activités :	Accueillir, informer et orienter des usagers, des familles
Tâches :	Ecouter, questionner, repérer des besoins, des attentes, des demandes

Objectif :

- Comprendre, expliquer le concept de demande induite.

Contexte professionnel :

Vous êtes en stage la maternité Jeanne de Flandres de Lille, dans le service d'obstétrique, chargé de la prise en charge des grossesses normales et pathologiques.

La maternité dispose de 110 lits d'obstétrique :

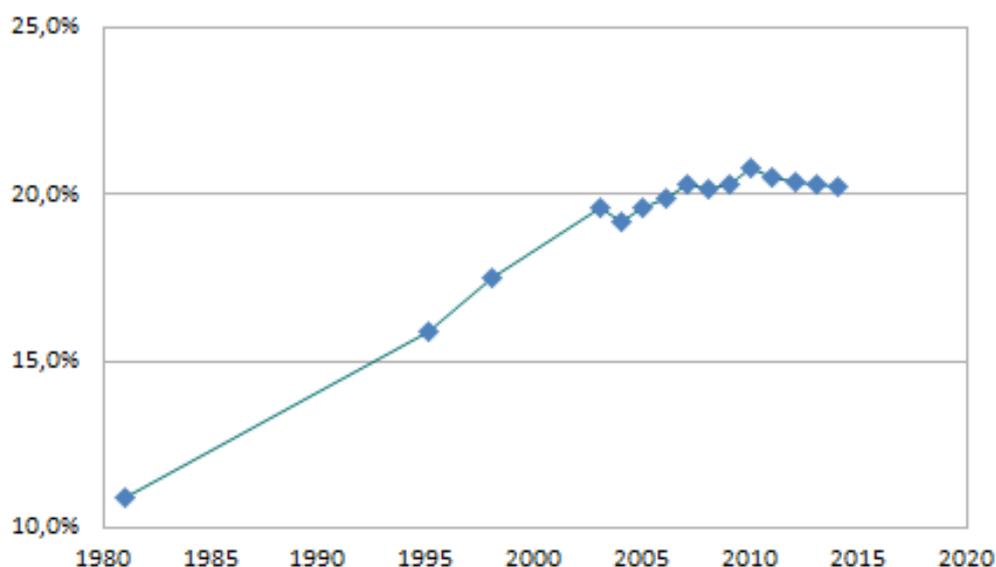
- 76 lits en maternité (96% de chambres particulières) dont 12 lits kangourou,
- 26 lits de pathologie maternelle et fœtale,
- 2 lits de surveillance rapprochée pour la mère,
- 6 lits d'hospitalisation de jour,
- 9 salles de naissance,
- 2 salles de césarienne,
- 4 salles de pré-travail,
- 7 postes d'accueil nouveaux né en salle de naissance, ...

Vous êtes chargé(e) d'analyser l'évolution de la demande de césarienne.

Analyse la demande induite

1. Analyser l'évolution du taux de césariennes, sur demande maternelle. Expliquer en quoi la demande de césarienne sur demande maternelle peut être considérée comme demande induite.
2. Présenter quelques applications de la théorie de demande induite, visant à réduire la demande induite, et réduire les dépenses
3. Justifier l'instauration des quotas de *médecins, d'infirmières par* les pouvoirs publics.

Pourcentage de césariennes en France par rapport à toutes les naissances



La répartition des césariennes

D'après le PMSI^[8], entre 2009 et 2013, la répartition entre les césariennes programmées et en urgence était la suivante :

- environ la moitié de césariennes en cours de travail ;
- un tiers de césariennes programmées ;
- le reste sont des césariennes en urgence, hors travail.

<https://www.cesarine.org/>

S. Heimann, La césarienne sur demande maternelle : quelle est la vraie demande de la mère ? Revue Médicale de Périnatalité. (2010) 2:8-11, <https://www.cesarine.org/avant/programmee/convenance/>

Ou <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12611-009-0050-3> (2 pages, format pdf)

Résumé : La césarienne sur demande maternelle englobe une grande variété de situations qui ne se réduisent pas toutes à une pure convenance. Une mère exprimant une envie de césarienne peut réagir dans la continuité d'un traumatisme antérieur ou peut agir suite à une information biaisée. Le dialogue mère-soignant est primordial afin de comprendre la demande maternelle sous-jacente et pour y apporter la réponse la plus adaptée, qui n'est pas nécessairement une césarienne.

Les taux de césariennes, en augmentation constante, ont incité les auteurs à se pencher sur les causes de ce phénomène. Parmi elles, la césarienne sur demande maternelle est parfois invoquée pour justifier cette augmentation [1]. Cela nous semble révélateur d'un contexte général, valorisant la césarienne au nom de la sécurité et de la maîtrise, contexte qui imprègne aussi bien les mères que les soignants. Depuis 2005, l'association Césarine, association d'usagers qui propose aux parents échange, soutien et information autour de la naissance par césarienne, a recueilli dans son forum de discussion, et lors de groupes de parole, plusieurs centaines de témoignages de mères. Notre expérience nous a montré qu'une envie de césarienne formulée par une mère masque bien souvent une réalité plus complexe, allant de la décision mal informée jusqu'à la phobie de l'accouchement. La pure convenance ne nous semble y occuper qu'une place anecdotique, tandis que le rôle des soignants ne nous semble pas à négliger [...]

S. Heimann, Revue Médicale de Périnatalité. (2010) 2:8-11

La césarienne sur demande maternelle

Une future maman peut-elle demander une césarienne sans raison médicale ? Et surtout... est-ce aussi fréquent que l'on veut bien le laisser entendre ?

[...] vous ne trouverez pas ici de conseils pratiques, mais une réflexion sur le sujet de la césarienne dite "de convenance".

Que recouvre la notion de demande maternelle.

En première approche, on pourrait définir la césarienne sur demande maternelle comme étant "une césarienne non motivée par des raisons obstétriques".

Cette définition paraît simple, mais recouvre un ensemble de réalités, toutes différentes. Autant l'exemple de Victoria Beckham, l'ancienne Spice Girl qui a demandé des césariennes pour les naissances de ses enfants, paraît clairement relever de cette définition, autant on peut se demander si les cas suivants relèvent, ou non, de la césarienne sur demande maternelle :

- Une mère ayant subi un traumatisme, tel qu'un viol ou des attouchements, pourrait ne pas être en état de vivre un accouchement par voie basse. La cause psychologique est-elle une indication médicale de césarienne ?
- Une mère ayant vécu un accouchement lourd en séquelles (par exemple déchirure ayant mis très longtemps à cicatriser), pourra souhaiter éviter de revivre cela pour son accouchement suivant. Est-on dans l'indication de césarienne ?
- Une mère dont l'enfant se présente par le siège, pour qui tous les paramètres obstétriques autorisent la tentative de voie basse s'il y a accord de la mère, mais qui choisit tout de même une naissance par césarienne, rentre-t-elle dans le cadre de la "demande maternelle" ?
- Une mère ayant subi une première césarienne, dont le dossier obstétrical lui permettrait de tenter un AVAC, mais suivie par un praticien préférant la pratique de la césarienne itérative, a-t-elle effectivement "demandé" cette césarienne ?

Est-ce fréquent ?

Dans la mesure où la définition même de la césarienne de convenance recouvre des réalités bien plus complexes qu'il n'y paraît, la vraie césarienne de convenance, celle qui correspond effectivement à une demande forte de la mère, est difficile à évaluer.

Par exemple, aux Etats-Unis, une [conférence d'état de l'art sur la césarienne sur demande maternelle](#) indique que "on estime qu'approximativement 4 à 18% des césariennes sont sur demande maternelle" (ce qui correspond à environ 1% à 4,5% des naissances) et ajoute que "la validité de ces estimations est discutable" - en effet la plupart des hôpitaux n'enregistrent pas la notion de "demande maternelle" dans leurs dossiers. [...]

Quelles sont les raisons invoquées par les mères ?

Les raisons suivantes sont fréquemment citées par des futures mamans s'interrogeant sur la possibilité de demander une césarienne :

- La peur d'accoucher, souvent induite par des récits catastrophiques d'accouchements par voie basse, dont nous avons tous au moins un exemple en tête ;
- Le désir de protéger son enfant d'un forceps ou d'une voie basse difficile ;
- L'illusion du "risque zéro" : l'image de la césarienne est en effet celle d'une intervention techniquement maîtrisée et sans aucun risque ni pour la mère ni pour l'enfant, à la différence de l'accouchement par voie basse, soumis à l'aléatoire ;
- La facilité : l'intervention est planifiée, ce qui permet de s'organiser (garde des aînés par exemple).

On le voit, les demandes de césariennes provenant des futures mamans sont la plupart du temps sans aucun lien médical : les femmes sont portées par leurs convictions, leurs craintes, leur environnement social, culturel, psychologique, par l'effet de "ras-le-bol" de fin de grossesse... Il semble rare de rencontrer une mère souhaitant une césarienne de convenance après avoir étudié "froidement" les risques et bénéfices des deux modes d'accouchement.

La demande maternelle est-elle influencée ?

Il n'est pas que de l'intérêt de la mère de demander une césarienne. Il peut en effet être de l'intérêt (financier ou organisationnel) du médecin d'inciter ses patientes à la césarienne, en orientant la manière dont il lui propose cette option.

On peut là encore citer les exemples de la césarienne pour siège ou de l'accouchement par voie basse après une césarienne, pour lesquels, bien souvent, les mères entendent un discours catastrophiste destiné à justifier une césarienne "à froid", au lieu d'une information équitable. Ces mères sont donc en toute bonne foi conduites à demander une césarienne, présentée comme le meilleur (voire le seul) choix possible pour leur enfant.

L'étude Listening to Mothers ^[2] s'est explicitement intéressée à cette question, et "9% des mères ont répondu avoir ressenti une pression de leur praticien pour qu'elles acceptent une césarienne".

Les préférences personnelles de l'obstétricien peuvent aussi entrer en ligne de compte : ^[3] montre que "17% des femmes obstétriciennes à Londres avec une grossesse simple choisiraient une césarienne de convenance pour elles-mêmes" (ce chiffre n'est pas une généralité, une étude belge ^[4] ne donne qu'un chiffre de 2%, une étude australienne ^[5] 11%). Si ces personnes font ce choix pour elles-mêmes, on peut imaginer qu'elles auront tendance à inciter leurs patientes à en faire de même : c'est ce que semble suggérer ^[6] "Il y a une association significative entre les préférences personnelles d'un obstétricien vers la césarienne, et le fait qu'il travaille dans un hôpital avec un taux de césariennes supérieur à 16%".

Aspects médicaux

Nous ne prétendons pas ici apporter une information exhaustive sur l'ensemble des risques et des bénéfices liés à la voie basse ou à la césarienne. Il nous paraît difficile d'établir une telle comparaison, dans la mesure où il faudrait disposer d'études comparant une voie basse "présumée simple", à une césarienne "sans raison médicale" - or à ce jour, la plupart des césariennes étant pratiquées pour raison médicale, il est difficile de faire le tri entre les effets négatifs liés à la pathologie sous-jacente, ou à la pratique de la césarienne elle-même.

De manière générale, il est reconnu qu'à court terme, la césarienne comporte plus de risques qu'une voie basse "simple". En effet, il s'agit bien d'une intervention chirurgicale, avec, comme toute intervention chirurgicale, un certain nombre de complications possibles. A contrario, l'accouchement par voie basse est un processus physiologique pour lequel le corps de la femme est - a priori - équipé. Sur le long terme, ce débat se complique, car il faut comparer des choses incomparables : comment comparer par exemple un risque de prolapsus à un risque de rupture utérine ?

Faute de pouvoir établir une comparaison détaillée, contentons-nous de revenir sur quelques mythes à propos de la césarienne :

"Une césarienne est plus rapide qu'un accouchement"

Vrai si l'on s'arrête à l'acte lui-même, mais faux si l'on intègre à cela le temps passé allongée avec une perfusion et une sonde urinaire.

"Avec une césarienne, je n'aurai pas mal"

Certes, avec une césarienne, on ne passe pas plusieurs heures à subir des contractions. Mais à l'inverse, après une césarienne, le ventre aura été ouvert puis suturé : des difficultés pour se lever et marcher peuvent apparaître pendant quelques jours. Même si le traitement de la douleur en post-opératoire s'améliore constamment, les suites d'une césarienne peuvent être douloureuses.

"La césarienne est sans risque pour la mère"

La césarienne est une intervention chirurgicale, de mieux en mieux maîtrisée, mais qui comporte les mêmes risques que toute intervention. Citons par exemple le risque de phlébite (risque prévenu par des injections dans les jours suivant l'opération), le risque d'infection de la cicatrice, ou encore le risque d'infection urinaire dû à la sonde. A plus long terme, la césarienne augmente les [risques sur les grossesses suivantes](#) : le risque de rupture utérine bien entendu, mais aussi le risque de mauvaise insertion du placenta.

"La césarienne est sans risque pour l'enfant"

Il arrive parfois que l'enfant soit blessé lors de la césarienne, par un coup de bistouri un peu trop appuyé. Par ailleurs, même si les données manquent, on commence à penser que la voie de naissance a un effet sur la santé future de l'enfant, notamment concernant [l'asthme et les allergies](#).

"L'accouchement par voie basse fait souffrir l'enfant, la césarienne lui évite ce traumatisme"

Les études récentes tendraient à prouver qu'au contraire, le mécanisme de l'accouchement "prépare" le bébé à sa vie extra-utérine. Ceci est notamment visible au travers des statistiques sur la détresse respiratoire du nouveau-né, nettement plus fréquente en cas de césarienne sans travail ou si l'on est loin du terme. Vous trouverez plus d'informations sur la page [votre bébé](#) de ce site. Notons également que certains [ostéopathes](#) pensent que l'absence de modelage des os du crâne peut être source de difficulté pour l'enfant.

"Grâce à une césarienne, la mère n'est pas déformée"

La césarienne permet d'éviter les déchirures graves du périnée, puisque ce dernier n'est pas sollicité par le passage du bébé. Mais en réalité, ce sont seulement 0,4% des accouchements qui auront cette conséquence - et il est probable que la vraie prévention de la déchirure du périnée consisterait à ne pas faire pousser la mère dans une position anti-physiologique.

Par ailleurs, des séances de rééducation du périnée sont proposées aux mères afin de re-tonifier leur périnée, et, parfois, le simple fait d'avoir porté un bébé pendant 9 mois rend cette rééducation nécessaire.

[...] Aspects éthiques pour le médecin

En France, tout patient responsable peut refuser un traitement, mais la question se pose de savoir s'il peut en exiger un. Un médecin peut légitimement s'interroger sur le fait d'accepter de pratiquer une opération chirurgicale lorsque celle-ci n'est pas nécessaire, sachant que l'opération est porteuse d'un certain nombre de risques.

Il serait alors tentant pour le médecin d'essayer de convaincre la mère de renoncer à sa demande de césarienne, par un argumentaire sur les risques et les bénéfices de chacun des modes d'accouchement, mais en réalité, la demande d'une césarienne ne se base que très rarement sur des arguments chiffrables. Puisqu'il s'agit le plus souvent de l'expression d'un certain nombre de croyances et de peurs, il serait souhaitable que les médecins puissent prendre le temps de l'écoute et de l'explication, afin de comprendre les angoisses de la mère, et de lui permettre de les résoudre.

On sort là du cadre de la médecine mécanique "symptôme donc prescription de soin", pour revenir vers la notion d'accompagnement humain. Ce dialogue entre le médecin et la future maman est fondamental, et, plus il sera entamé tôt pendant la grossesse (pourquoi pas lors de la visite du 4ème mois), plus il aura de chances de porter ses fruits.

Notons que le système français actuel, dans lequel bien souvent les futures mamans sont suivies d'abord par leur gynécologue de ville, puis à l'hôpital par différents intervenants, dans le cadre de consultations courtes car trop nombreuses, rend l'établissement de ce dialogue bien difficile.

Après dialogue, et après information éclairée des risques et des avantages des deux modes de naissance, il se peut que la mère confirme son choix de césarienne. Certains médecins accepteront alors d'accéder à cette demande, d'autres, pour des raisons professionnelles ou déontologiques, ne le souhaiteront pas. Il leur est alors possible d'orienter cette mère chez un confrère. [...]

<https://www.cesarine.org/avant/programmee/convenance/>

Le concept de demande induite

La littérature relative aux phénomènes de demande induite a permis de révéler le pouvoir discrétionnaire des médecins. Le diagnostic du médecin lui confère une information privée sur l'état de santé de son patient¹ qu'il peut manipuler pour maximiser son utilité. La définition de la demande induite proposée par Rice [1983] est fondée sur cette asymétrie d'information. Il définit la demande induite comme la capacité du médecin à choisir une quantité (ou une qualité) différente de traitements de celle qui serait choisie par le patient, si celui-ci était parfaitement informé. Les phénomènes de demande induite sont généralement interprétés comme des comportements de risque moral de la part des offreurs de soins. Néanmoins, la définition proposée par Rice fait apparaître que ces phénomènes, s'ils relèvent effectivement d'un risque de moralité, les producteurs de soins ne se comportant pas comme des agents parfaits pour leurs patients, reposent sur une structure d'information asymétrique exogène. En effet, si un médecin possède un avantage informationnel sur ses patients concernant l'évaluation des pathologies qui les caractérise, il n'a initialement aucun pouvoir sur la déclaration et la nature des pathologies. La cause originelle des phénomènes de demande induite est donc un problème de manipulation de l'information privée et peut alors s'interpréter comme de la sélection adverse. Le second aspect qui nous semble important est l'ambivalence qui caractérise l'objectif des médecins. Entre les deux hypothèses opposées où le médecin est un agent parfait de ses patients ou cherche seulement à maximiser son profit, les économistes de la santé semblent avoir trouvé un consensus autour d'un objectif à deux composantes : la première est le profit, la seconde, l'état de santé des patients. À l'instar de nombreux auteurs², nous considérerons donc que ces deux arguments entrent dans la fonction d'utilité des médecins. [...]

[David Bardey](https://www.cairn.info/revue-economique-2002-3-page-581.htm#), Dans [Revue économique 2002/3 \(Vol. 53\)](#), pages 581 à 588, <https://www.cairn.info/revue-economique-2002-3-page-581.htm#>

L'hypothèse de demande induite : un bilan économique par Lise Rochaix et Stéphane Jacobzone.

En économie de la santé, l'hypothèse de demande induite conduit à transformer la perception de la demande de soins. Celle-ci ne refléterait pas seulement les choix en termes d'utilité du patient, mais pourrait aussi être déterminée par les motivations implicites du médecin. Cette hypothèse très discutée a fait l'objet de multiples études empiriques. [...]. Au niveau empirique, le débat académique semble en partie clos et n'est pas définitivement tranché, compte tenu des limites des outils. Néanmoins, un tel bilan souligne l'importance des incitations auxquelles sont exposés les médecins dans leur pratique. Ceci n'est pas sans incidence quant à la réflexion en termes de mécanismes de rémunération des offreurs et peut éclairer certains choix de politique économique. [Abstract](#)

Un consensus se forme donc sur la nécessité de prendre en compte dans les modèles l'interaction "médecin-patient" de façon globale, et en intégrant les asymétries d'information au profit du médecin. Dans cette optique, la définition désormais retenue pour la demande induite est celle de Rice (1983) : la demande induite correspond à la mesure dans laquelle un médecin peut recommander et imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information que lui.

https://www.persee.fr/docAsPDF/ecop_0249-4744_1997_num_129_3_5862.pdf

¹ Ou de façon équivalente sur la pathologie qui le caractérise.

² McGuire [2000] pour une synthèse de la littérature sur...

L'influence de l'offre sur la demande

Le premier facteur d'offre est le **progrès technique**. La diffusion du progrès technique a été particulièrement importante dans le secteur de la santé (scanners, RMN). Certaines innovations ont permis de réaliser des économies (vaccins) tandis que d'autres ont entraîné des augmentations de coûts. De plus, les nouvelles techniques médicales peuvent stimuler la demande dans la mesure où les offreurs bénéficient d'un marché captif, mais cela peut aussi révéler une demande latente.

[...]

Le second facteur d'offre est l'augmentation du **personnel** et des **installations de santé**. L'augmentation de l'offre peut en effet conduire à un accroissement de la demande (la demande induite par l'offre). Au niveau théorique, la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale des médecins associée à la faible sensibilité des patients aux prix. L'excès d'offre de soins peut alors contribuer à la hausse des dépenses de santé.

[...]

Cette théorie de la demande induite par l'offre a conduit à l'instauration de quotas (*médecins, infirmières*) qui ne sont pas sans poser des problèmes. En effet, l'offre chute au moment où le vieillissement nécessite un accroissement du personnel. Cette relative pénurie est alors un facteur de pression à la hausse des salaires.

Le troisième facteur d'offre est le **prix des soins** qui, comme sur tout marché, est susceptible d'affecter à la fois la demande et l'offre. Le prix relatif des soins (c'est-à-dire le rapport de l'indice du prix des dépenses de santé au prix de la consommation des ménages) a théoriquement un effet négatif sur la demande (*une hausse de prix réduit les volumes demandés*) et ambigu sur l'offre (une hausse de prix encourage les prestataires à produire plus, mais peut aussi leur permettre de travailler moins pour un revenu égal). Une étude empirique sur le Québec (Rochaix 1993) montre que les prestataires cherchent à garantir le maintien de leur revenu plutôt qu'à l'augmenter à la faveur des hausses de prix. Une hausse de prix peut ainsi, à l'initiative de l'offre, réduire les volumes et son effet sur les dépenses est donc ambivalent.

<https://www.senat.fr/rap/I03-424-1/I03-424-126.html>, 10 novembre 2019

Le paiement à la capitation (forfaitaire) enfin expérimenté en France

Très usité en Grande-Bretagne par exemple, le mode de paiement des médecins à la capitation devrait être expérimenté en France dès 2019. Ce mode de rémunération consiste à verser au médecin, pour une période donnée, un forfait correspondant à la prise en charge d'un patient (voir aussi [Nouveaux modes de rémunération des soins : vers un paiement forfaitaire par capitation ?](#)).

Des centres de santé pour tester la rémunération en « patientèle totale »

L'expérimentation, rendue possible grâce à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018, sera menée par l'Institut Jean-François Rey, dirigé par le Dr Alain Beaupin, qui regroupe 10 centres de santé. C'est ce qui a été annoncé lors d'une conférence organisée en amont du 58e congrès des centres de santé début octobre

Philippe Anaton, 30 octobre 2018, <https://francais.medscape.com/voirarticle/3604506>

Prescriptions des médecins : l'influence des laboratoires à la loupe

Selon une étude, les médecins français recevant des cadeaux auraient tendance à faire des prescriptions « plus chères et de moindre qualité ».

Source AFP, Modifié le 06/11/2019 à 06:15 - Publié le 06/11/2019 à 01:47 | Le Point.fr

C'est une étude qui vient mettre les pieds dans le plat. Selon des médecins, chercheurs et ingénieurs à l'université de [Rennes](#), les médecins qui sont choyés par les laboratoires ont tendance à faire « des prescriptions plus chères et de moindre qualité ». En revanche, ceux « qui ne reçoivent aucun avantage de la part de l'industrie pharmaceutique sont associés en moyenne à de meilleurs indicateurs établis par l'Assurance maladie quant à l'efficacité de leurs prescriptions, et celles-ci coûtent globalement moins cher ».

Ces résultats ne démontrent pas de lien de cause à effet mais « renforcent l'hypothèse selon laquelle l'industrie pharmaceutique peut influencer les prescriptions des médecins généralistes, et offrent un aperçu sur l'étendue de cette influence », soulignent l'université, le CHU et l'École des hautes études en santé publique dans un communiqué.

« Cette influence, parfois inconsciente chez les médecins, peut conduire à choisir un traitement qui n'est pas optimal, au détriment de la santé du patient et du coût pour la collectivité », ajoutent-ils. L'étude, parue dans le *British Medical Journal* (BMJ), repose sur le croisement de deux bases de données : la première est le portail Transparence santé, sur lequel doivent être déclarés tous les « liens d'intérêt » des professionnels de santé, et notamment les équipements, repas, frais de transport ou d'hôtel offerts par des entreprises du secteur (laboratoires pharmaceutiques, fabricants de dispositifs médicaux, etc.), à partir d'un montant de 10 euros.

90 % des médecins ont reçu un cadeau

Selon cette base, « près de 90 % des médecins généralistes ont déjà reçu au moins un cadeau depuis 2013 », souligne Pierre Frouard, médecin généraliste à Rennes et coordonnateur de l'étude. « C'est la première étude de cette ampleur en France » qui exploite les données de ce portail, souligne Bruno Goupil, premier auteur de l'étude, interrogé par l'Agence [France](#)-Presse.

La seconde base est le Système national des données de santé (SNDS), fusion née en 2017 de deux bases de données pré-existantes et qui recense consultations, actes médicaux, prescriptions de médicaments et hospitalisations remboursés en conservant l'anonymat des assurés.

41 000 médecins généralistes

Les auteurs ont passé au crible les prescriptions d'un peu plus de 41 000 médecins généralistes travaillant exclusivement en libéral et les ont classés en six groupes, en fonction du montant des avantages perçus au cours de l'année 2016.

Ils ont ainsi mis en évidence qu'« en moyenne », « le groupe de médecins n'ayant reçu aucun avantage (...) est associé à des prescriptions moins coûteuses, plus de prescriptions de médicaments génériques par rapport aux mêmes médicaments non génériques » (pour trois types de médicaments), « moins de prescriptions de vasodilatateurs et de benzodiazépine pour des durées longues », dont l'usage est déconseillé par l'Assurance maladie, « moins de prescriptions de sartans » par rapport à une autre famille de médicaments, recommandés pour leur efficacité similaire avec un moindre coût.

Les lourdes dépenses des laboratoires

En revanche, « il n'existe pas de différence significative pour la prescription d'aspirine, de génériques d'antidépresseurs ou de génériques d'inhibiteurs de la pompe à protons », des médicaments anti-acidité. Les auteurs montrent également que plus le montant total des avantages perçus est élevé plus le surcoût moyen par prescription augmente, tout comme le déficit de prescription des versions génériques pour les antibiotiques, les antihypertenseurs et les statines.

« Les firmes pharmaceutiques dépensent énormément d'argent dans la promotion des médicaments (23 % de leur chiffre d'affaires soit plus que pour la recherche) dont les cadeaux ne sont qu'une partie », souligne le Dr Goupil, citant un rapport de la Commission européenne publié en 2009. « Il semble peu probable que cet argent soit dépensé à perte et les résultats de notre étude concordent avec les études existantes en faveur d'une influence sur les prescriptions », ajoute-t-il.

https://www.lepoint.fr/sante/prescription-des-medecins-l-influence-des-laboratoires-a-la-loupe-06-11-2019-2345516_40.php

Publié le 06/11/2019 à 01:47 | Le Point.fr