

Nouvelle étude inédite :**Quel aura été l'impact de l'action de la Cnamts sur la prescription hypolipémiante ?**Objectif :

Rechercher la trace d'une action régulatrice de la Cnamts sur la prescription des statines et des principales autres molécules hypolipémiantes, par une analyse des chiffres du fichier MEDIC'AM 2007 : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip

Méthodologie :

L'étude proposée ci-après, analyse l'évolution des dénombrements (nombres mensuels de patients ayant présenté un remboursement pour l'un des médicaments suivis). Le panier comprend les principales molécules hypolipémiantes, à savoir les 5 statines (simvastatine, pravastatine, fluvastatine, atorvastatine, rosuvastatine), 2 fibrates (le gemfibrozil, LIPUR[®], le mieux documenté sur le plan de son efficacité clinique, et le fénofibrate, LIPANTHYL[®], de loin le plus prescrit), l'ézétimibe, inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol, seul (ÉZÉTROL[®]) ou associé à la simvastatine (INÉGY[®]), les autres associations avec statines (PRAVADUAL[®] associant la pravastatine à l'aspirine, et CADUET[®], combinant dans une association fixe l'atorvastatine et l'amlodipine). Les autres hypolipémiants, beaucoup moins prescrits, ont été négligés (bézafibrate, ciprofibrate, colestyramine et acide nicotinique). Ceci permet donc de suivre l'évolution des comportements de prescription au travers des patientèles traitées par chaque stratégie thérapeutique, et cela indépendamment des baisses de prix ou de l'arrivée des génériques (Lesquelles introduisent un biais considérable lorsque l'on utilise les montants remboursés). Compte tenu du *fiasco* total des « grands conditionnements », aucune correction n'a été opérée sur les dénombrements des boîtes de 3 mois (84 ou 90 unités thérapeutiques, au lieu de 28 ou 30). En première approximation, il aurait été licite de multiplier par 3 les chiffres de dénombrements des grandes boîtes (délivrées au patient pour 3 mois au lieu d'un).

Résultats :

L'ézétimibe, seul ou associé à la simvastatine, la rosuvastatine (CRESTOR[®]) sont les grands gagnants de la gestion du risque, version Frédéric VAN ROEKEGHEM, puisque leur essor n'a en aucune manière été contrarié depuis le début de la convention médicale ; L'atorvastatine (TAHOR[®], et CADUET[®]) réussit à se maintenir bon an mal an autour de 25% de parts de marché, soient environ 1.000.000 de patients traités ; En revanche, rien ne semble arrêter dans leurs chutes les 2 statines soit disant soutenues par l'action des DAM et des praticiens conseils, la pravastatine et la simvastatine. Le fénofibrate est également en perte de vitesse. La part de marché cumulée pravastatine et simvastatine s'est réduite comme une peau de chagrin, passant de 43,4% en 2003 à 35,7% en 2007. Alors même que ces deux statines présentent aujourd'hui les meilleurs niveaux de preuves, tant en prévention primaire (pravastatine, études WOSCOPS et MEGA), qu'en prévention secondaire (simvastatine, études 4S, HPS, et pravastatine, études CARE et LIPID), ainsi que les coûts de traitement les plus bas !

A noter que l'absence de correction des valeurs de dénombrements pour les grands conditionnements est responsable d'une sous-estimation des résultats estimée respectivement à 7 et 8% pour CRESTOR[®] 5mg et TAHOR[®] 10mg.

Il est frappant d'observer que les faibles dosages de pravastatine et de simvastatine, à savoir les présentations dosées à 10mg, restent confidentiels (respectivement 0,2% et 0,4% du panier ; 1,3% et 2,5% des prescriptions de pravastatine et de simvastatine), alors même que la posologie de 10mg de pravastatine est précisément celle utilisée avec succès dans l'étude MEGA, meilleur essai d'intervention thérapeutique conduit à ce jour avec une statine, sur une population dont les caractéristiques de risque cardiovasculaire sont les plus proches de la population française.

A l'opposé, il suffit d'observer la courbe du CRESTOR[®] 5mg, pour vérifier que lorsque l'industrie fait la promotion d'un faible dosage, à l'arrivée c'est un franc succès (+ 129% en 2007) !

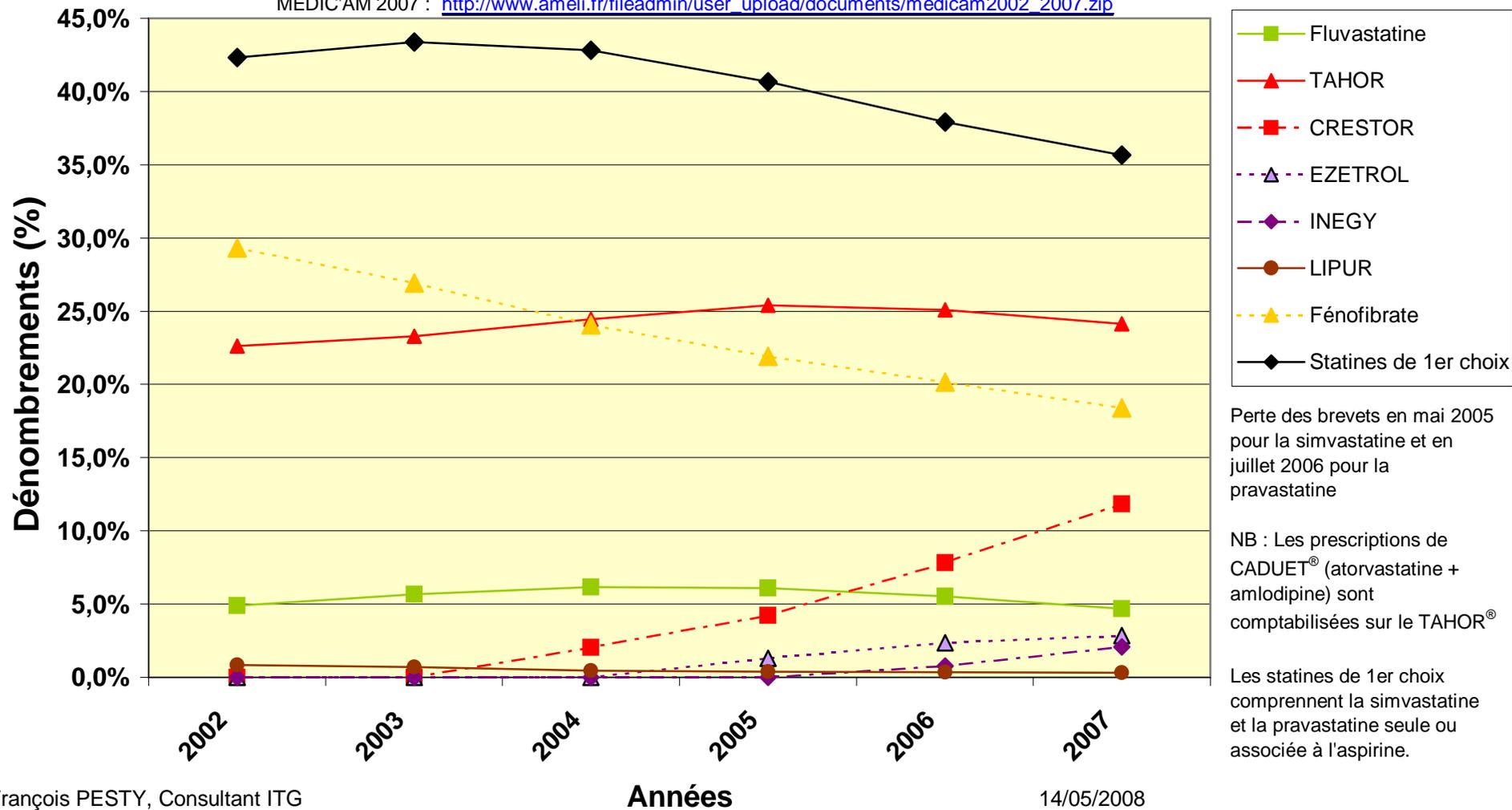
Conclusion :

L'étude ne permet pas d'objectiver le moindre impact de l'action de la Cnamts sur la prescription des hypolipémiants entre 2002 et 2007. Celle-ci semble rester sous la seule influence des laboratoires.

« Statines et principaux hypolipémiants »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

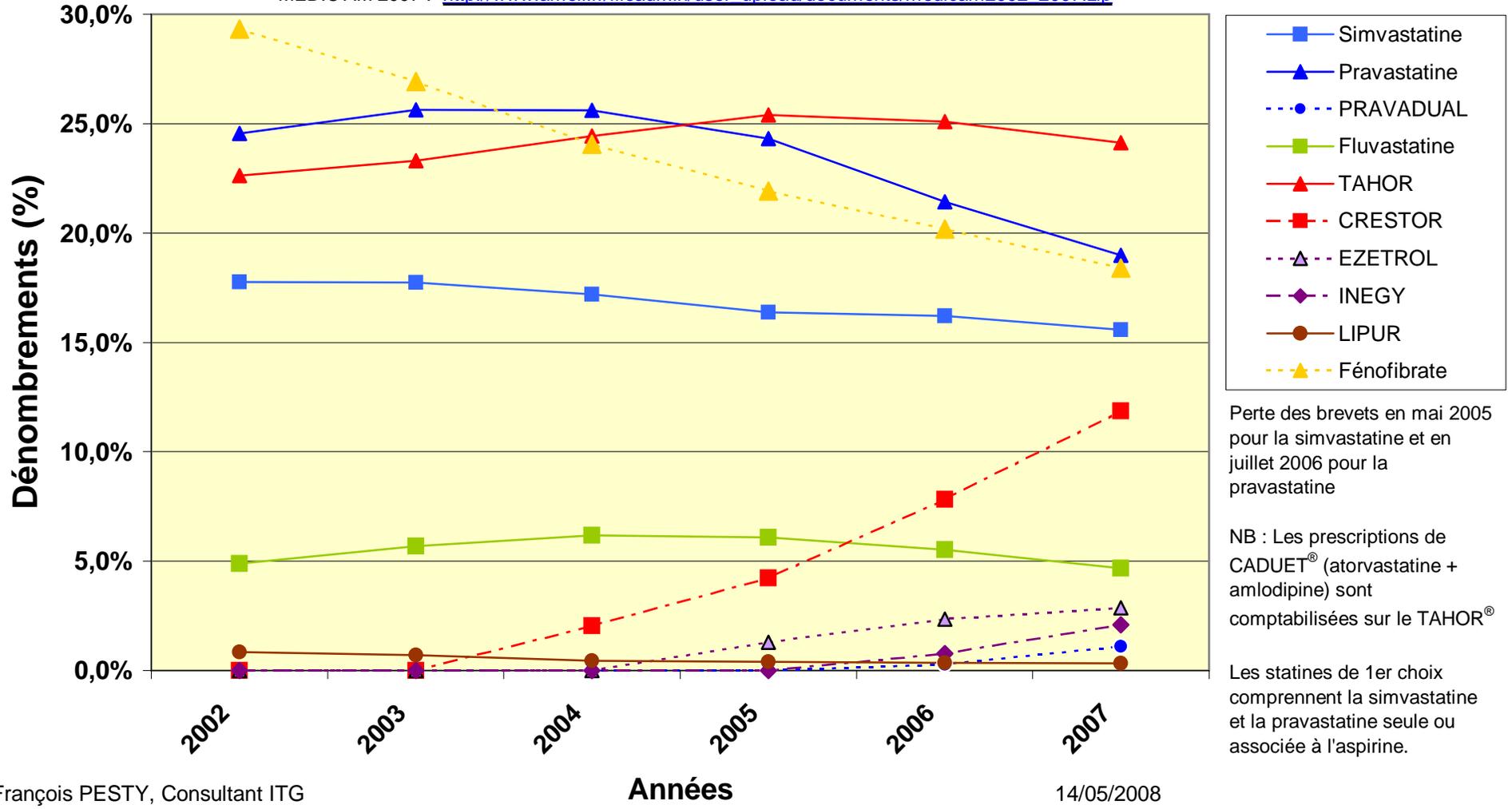
MEDIC'AM 2007 : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip



« Statines et principaux hypolipémiants »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip



Perte des brevets en mai 2005 pour la simvastatine et en juillet 2006 pour la pravastatine

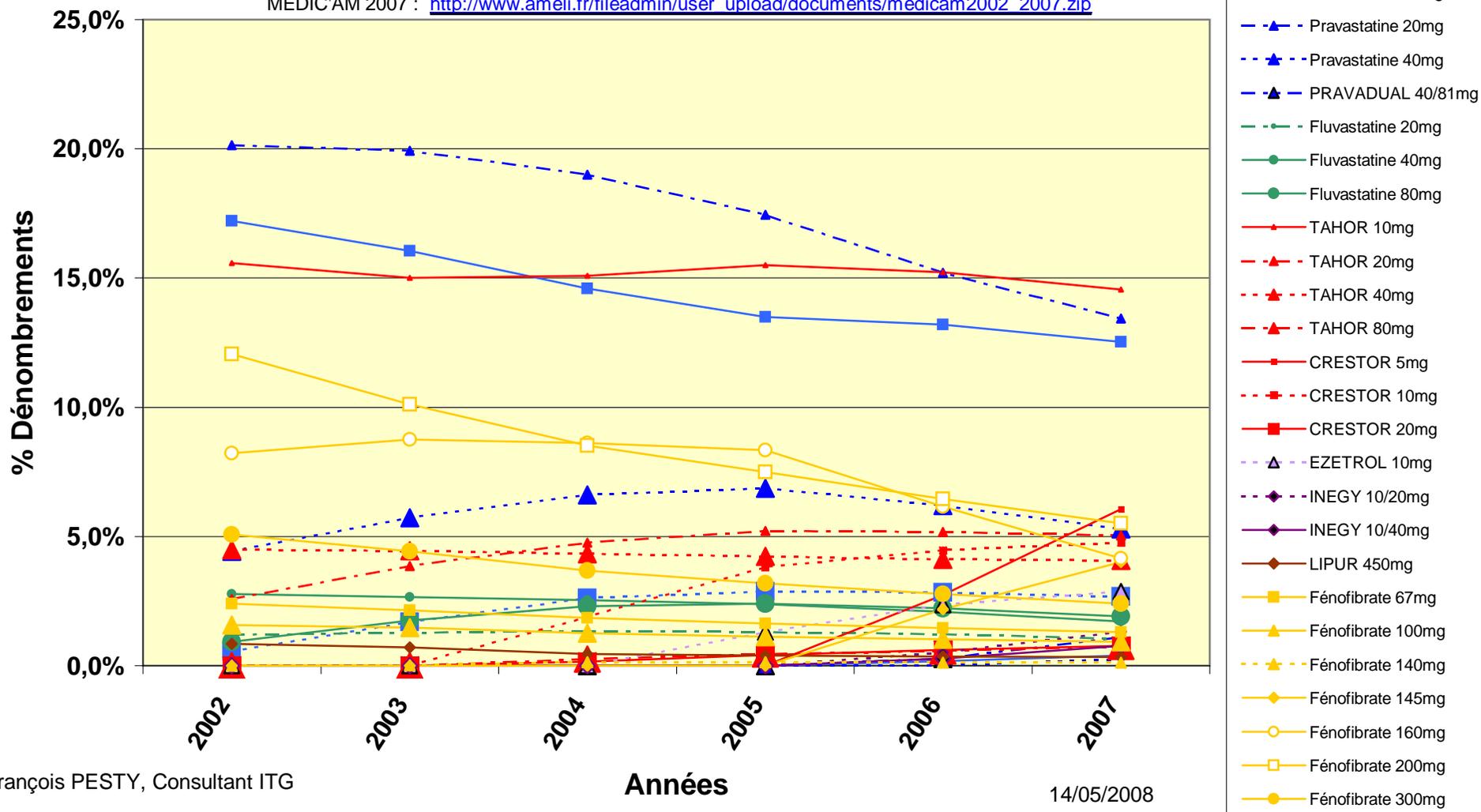
NB : Les prescriptions de CADUET® (atorvastatine + amlodipine) sont comptabilisées sur le TAHOR®

Les statines de 1er choix comprennent la simvastatine et la pravastatine seule ou associée à l'aspirine.

« Statines et principaux hypolipémiants »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip



« Statines et principaux hypolipémiants »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip

