

N°4 – mars 2011

Les médicaments remboursés : Principaux constats observés par le RSI en 2009



L'analyse des bases de données de remboursements des médicaments par le RSI à ses assurés a, bien sûr, un intérêt économique pour le régime d'assurance maladie. Elle permet aussi une approche des comportements de prescriptions des médecins libéraux.

Cette analyse a été réalisée par le groupe codage de la Caisse nationale.

Les résultats financiers globaux

La pharmacie codée remboursée en officine de ville atteint en 2009, franchise incluse, **999,1 millions €**. Ce chiffre est en croissance de + **2,4 %**. En 2008, année d'introduction de la franchise de 50 centimes € par boîte remboursée, cette croissance était très basse en raison de cette nouveauté : + 0,3 %. En ne considérant pas cette franchise, la progression est de + 2,3 %. Pour la cohérence de cette étude, c'est le chiffre hors franchise (1.348,3 millions €) qui sera la base des données de ce rapport. Le taux de remboursement en rapport avec une affection de longue durée recule : - 0,2 point (23,7 %), le taux moyen de remboursement (hors franchise) gagne + 0,7 point (77,0 %).

Après une année de régression, les volumes repartent à la hausse : + 1,2 % contre - 1,3 % en 2008 en nombre de lignes prescrites et + 1,6 % contre - 2,4 % en 2008 en nombre de boîtes.

Le marché des génériques a vu apparaître fin 2009 les premiers génériques de PLAVIX® (clopidogrel), le médicament le plus coûteux pour le RSI : on peut estimer à 51,9 millions € l'économie réalisée directement grâce aux génériques en 2009.

Le groupe codage

Groupe national de travail sur le codage des actes et des prestations de la Caisse nationale du RSI, créé en 1999, il a pour mission principale de concevoir des outils d'exploitation des données du système d'information décisionnel et de mener à l'aide de ces outils des études nationales pour améliorer la connaissance des prestations remboursées par l'assurance maladie.

Son champ d'analyse est constitué par l'ensemble des codifications affinées utilisées pour la prise en charge des dépenses de santé des assurés sociaux, de manière directe (pharmacie, biologie, CCAM, LPP, TAA) ou indirecte (PMSI).

C'est un groupe pluridisciplinaire composé de praticiens conseils, de statisticiens et de gestionnaires du risque, issus des caisses régionales et de la Caisse nationale du RSI.

Tableau 1 : les médicaments au RSI en 2009

	2009	2008	Evolution
Nombre de lignes	77.223.160	76.318.903	+ 1,19 %
Nombre de boîtes	118.329.959	116.529.197	+ 1,55 %
Montant remboursable	1.348.344.081	1.328.966.206	+ 1,46 %
Montant remboursé (sans franchise)	1.037.891.821	1.014.577.317	+ 2,30 %
Montant remboursé (avec franchise)	999.111.832	975.797.328	+ 2,39 %

En 2009, les conditionnements trimestriels de médicaments se sont considérablement développés dans les 4 classes thérapeutiques de pathologies chroniques¹ où ils sont disponibles, venant à leur tour poser des difficultés de lecture des résultats en volume, en divisant le nombre de boîte par trois. L'intérêt de ces conditionnements est certain pour les assurés qui voient le coût de leur franchise également divisée par trois, et il l'est également pour l'assurance maladie, car pour un trimestre, ce conditionnement réduit en moyenne de 13 % le coût du traitement.

Tableau 2 : Les 40 premiers produits en montant remboursé au titre du régime obligatoire (RO) par le RSI en 2009

Nom du produit	Mt remboursé (milliers €)	Evolution 2009/2008
PLAVIX®	36.802.634	- 10,22 %
TAHOR®	27.962.421	+ 5,73 %
INEXIUM®	15.435.525	+ 18,05 %
CRESTOR®	14.941.213	+ 22,37 %
SERETIDE®	13.569.276	+ 1,34 %
ENBREL®	12.575.046	+ 15,92 %
LUCENTIS®	11.554.350	+ 28,75 %
GLIVEC®	10.749.333	+ 7,44 %
HUMIRA®	10.321.398	+ 31,38 %
ARANESP®	9.480.914	- 0,35 %
COVERSYL®	9.426.738	- 12,79 %
INEGY®	8.696.452	+ 22,21 %
LANTUS®	8.210.255	+ 7,58 %
SYMBICORT®	8.070.637	+ 5,05 %
DOLIPRANE®	7.646.692	+ 18,33 %
NEULASTA®	7.524.097	- 1,15 %
APROVEL®	7.414.535	- 1,12 %
LOVENOX®	7.278.400	+ 12,34 %
COAPROVEL®	7.219.280	+ 0,50 %
NEORECORMON®	6.672.447	+ 4,97 %
EZETROL®	6.428.123	+ 12,71 %
ARIMIDEX®	6.338.772	- 5,06 %
TRUVADA®	6.221.944	+ 19,94 %
COTAREG®	6.143.875	- 2,60 %
PARIET®	6.135.646	+ 4,17 %
CARDENSIEL®	5.785.777	- 10,04 %
ZELITREX®	5.700.584	- 6,85 %
PYOSTACINE®	5.496.337	+ 7,41 %
EPREX®	5.303.710	- 2,21 %
ARICEPT®	5.249.668	- 14,94 %
GRANOCYTE®	5.056.389	- 0,72 %
INIPOMP®	5.035.660	- 37,08 %
SPIRIVA®	5.010.474	+ 3,44 %
TAREG®	5.004.198	- 2,43 %
EBIXA®	4.986.011	+ 4,04 %
SUTENT®	4.969.791	+ 10,72 %
LYRICA®	4.953.424	+ 18,88 %
TARCEVA®	4.893.707	+ 4,49 %
SINGULAIR®	4.863.410	+ 7,67 %
NEXAVAR®	4.651.171	+ 30,13 %

**3 classes coûteuses et leurs génériques :
Statines, Inhibiteurs de la pompe à protons, Antiagrégants plaquettaires**

Les **statines**, principale classe d'hypolipémiants, constituent la première classe thérapeutique en montant (64,9 millions €), en progression de + 1,4 %. Cette croissance est contenue notamment par la progression des conditionnements trimestriels (plus de 26 % des montants remboursés).

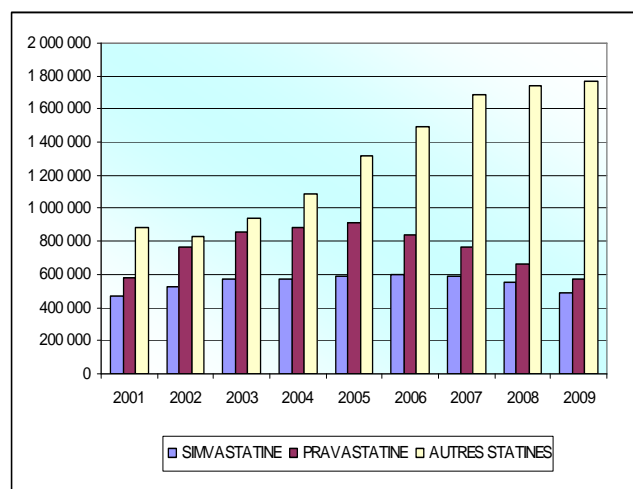


Figure 1 : Part de la simvastatine et de la pravastatine au sein de la classe des statines en nombre de lignes remboursées (données de remboursement RSI 2009)

La classe thérapeutique des statines comprend 5 molécules, dont 3 sont génériques. La simvastatine (ZOCOR®) et la pravastatine (ELISOR®), qui étaient initialement les 2 principales DCI du groupe¹, le sont respectivement depuis 2005 et 2006. On peut constater que la part de ces molécules, au sein des statines, s'est effondrée, passant de 60 % en 2003 à 37 % en 2009.

Parallèlement, les 2 molécules non génériques, l'atorvastatine (TAHOR®) et la rosuvastatine (CRESTOR®) poursuivent en 2009 une progression plus sensible en montant qu'en volume (en raison du biais lié à l'accroissement des boîtes trimestrielles) : TAHOR®, second produit le plus coûteux par nom commercial, progresse de 1,5 million €, alors que CRESTOR® présente la plus forte progression d'un produit en 2009 : + 2,7 millions €. Simvastatine et pravastatine perdant respectivement 0,9 et 1,8 million €, on constate une vraie désaffection pour les produits génériques.

La simvastatine n'est pas entièrement désuète aux yeux des prescripteurs : en témoigne le succès d'INEGY®, qui associe simvastatine avec un autre hypolipémiant (ezetimibe)², et qui est le 12^{ème} produit le plus coûteux en montant : il gagne 1,6 million € en 2009.

¹ La troisième statine générique est la fluvastatine (LESCOL®).

² INEGY®, en raison de cette association, n'est pas classé au sein de la classe des statines.

Le succès des statines ne se dément donc pas et les choix de prescriptions se déplacent, essentiellement, vers des médicaments sans générique.

Les **inhibiteurs de la pompe à protons** (« IPP »), médicaments anti-ulcéreux, occupent le deuxième rang des remboursements par classes thérapeutiques (48,5 millions €). Leur montant régresse de 1,1 million € en 2009. Cependant ils demeurent l'une des classes thérapeutiques dotée d'un très fort accroissement en volume³ (+ 117 milliers de lignes). Des mesures économiques ont en effet permis de réduire le coût de cette classe : la principale est l'apparition de génériques pour l'oméprazole (2004), le lansoprazole (2007) et le pantoprazole (2009). La mise sous génériques du pantoprazole, jusqu'alors très évolutif (+ 1 million € (+ 11,1 %) en 2008), a permis une régression importante des montants en 2009, avec une baisse de 2,1 millions € (- 18,8 %).

Sur les 5 molécules d'IPP existantes, les 3 possédant des génériques régressent en volume en 2009, alors que les deux autres, PARIET® (rabéprazole, + 2 % en 2009) et surtout INEXIUM® (ésoméprazole) poursuivent leur progression. C'est dorénavant INEXIUM®, proche parent de MOPRAL® (oméprazole)⁴, qui domine la classification des IPP en montant remboursé (**15,4 millions €** : + 2,4 millions € en 2009) et pointe en 3^{ème} position parmi les produits les plus coûteux pour le RSI.

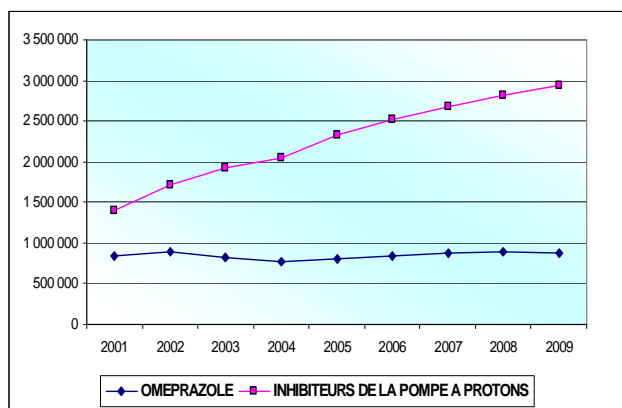


Figure 2 : Evolution parallèle de l'oméprazole et des IPP en nombre de lignes remboursées (données de remboursement RSI 2009)

Pour les IPP, comme pour les statines, les thérapeutiques génériquées, autrefois privilégiées par les prescripteurs (ZOCOR® (simvastatine) était le produit le plus coûteux pour le RSI dans les années 90, MOPRAL® (oméprazole) l'a été jusqu'en 2003), paraissent devenir désuètes dès lors que l'annonce est faite de leur générication, de nouveaux médicaments non génériqués, prenant le relais sur les ordonnances (TAHOR®, CRESTOR® et INEGY® pour les statines, INEXIUM® pour les IPP).

Un **antiagrégant plaquettaire**, PLAVIX® (clopidogrel) occupe depuis 2004, la première place en montant remboursé. L'apparition en 2009 de ses premiers génériques a entraîné une baisse de plus de 10 % en montant (- 4,2 millions €), alors que la molécule de clopidogrel continuait de progresser de 2 % en volume. PLAVIX® n'avait jusqu'alors pour concurrence directe que TICLID®, commercialisé par le même laboratoire, peu prescrit du fait d'effets secondaires hématologiques.

De nouvelles habitudes de prescription

La prescription **d'antibiotiques** est devenue, partout dans le monde, mais particulièrement en France, un problème de santé publique. Au cours de la dernière décennie, un important programme de sensibilisation a été mis en place par l'assurance maladie, tant auprès des assurés que des médecins, afin d'en rappeler les indications.

Ce programme a été un succès assez net entre 2001 et 2005, période qui a vu le nombre de lignes d'antibiotiques remboursées par le régime AMPI régresser de 20,5 %. Mais depuis 2006, la tendance s'inverse : les volumes se sont accrus de 30,1 % (+ 5,3 % en 2009, la classe pharmacologique des antibiotiques n'étant surpassée que par les antalgiques en évolution des volumes). Les progrès effectués au cours des 5 premières années ont été effacés : les prescriptions d'antibiotiques sont repassées au niveau le plus haut de toute la décennie⁵.

En montant, les antibiotiques progressent en 2009 de + 0,5 million €, après une baisse de 3 % en 2008. L'effet générique est particulièrement conséquent dans cette famille de médicaments où tous les principaux produits (à l'exception notable de PYOSTACINE®) sont génériqués. En 10 ans, le poste des antibiotiques a ainsi perdu 3,1 millions € (- 7,9 %), très majoritairement en raison de l'apparition des génériques.

La famille d'antibiotiques qui profite le plus de ce regain de croissance est celle des **pénicillines**, l'une des plus anciennes, et celles dont les indications sont les plus larges. En 4 ans, les pénicillines ont progressé de **+ 50,5 %** en nombre de lignes, dont **+ 9 %** en 2009. Elles avaient régressé de plus de 23 % entre 2001 et 2005

Aucun phénomène infectieux particulier n'a été avancé par les instituts de veille sanitaire permettant d'expliquer ce retour en force des antibiotiques. La pandémie virale de grippe A de 2009 a surtout permis à un traitement antiviral, TAMIFLU®, de progresser de + 650 %

³Seules 3 classes thérapeutiques ont plus progressé que les IPP en 2009 : la vitamine D, les antitussifs, et les antalgiques antipyrétiques.

⁴ INEXIUM® et MOPRAL® sont tous les deux commercialisés par le même laboratoire

⁵ 3,2 millions de lignes en 2009, surpassant le « record » de 2001 (3,1 millions de lignes).

Les médicaments du rhume et de la toux ont été fortement impactés par les mesures d'accroissement du ticket modérateur, voire de déremboursement de ces dernières années. Le remboursement des thérapeutiques « expectorantes » a été effectif début 2006. On a pu constater la progression immédiate en volume d'une autre famille qui avait été nettement moins touchée par ces modifications, la classe de médicaments antitussifs. L'HELICIDINE®, le principal antitussif, a ainsi progressé de 138 % depuis 2005, et est aujourd'hui le 16^{ème} médicament en volume⁶.

Une autre progression, est celle, impressionnante, du **paracétamol** (DOLIPRANE®, EFFERALGAN®, DAFALGAN®) : + 110 % en 10 ans en nombre de boîtes remboursées⁷ pour le paracétamol non associé. Il s'agit depuis 1999 de la molécule de très loin la plus prescrite. L'évolution de 2009 s'accélère : le nombre de lignes remboursées s'est accru de 11,8 %, et le nombre de boîtes de 12,5 %.

La seconde plus importante évolution en nombre de boîtes en 2009, par ailleurs, n'est autre que l'association du tramadol au paracétamol (ZALDIAR®, IXPRIM®) + 223 milliers d'unités (soit 7 fois moins que le paracétamol seul).

L'année 2009 a été marquée par l'annonce de l'arrêt de commercialisation de l'association paracétamol + dextro-propoxyphène (DI ANTALVIC®)⁸, qui a régressé de 769 milliers de boîtes. Le paracétamol non associé semble en avoir été le bénéficiaire, mais son évolution a été plus de 2 fois supérieure.

Les **corticoïdes** présentent une progression en volume tout aussi importante, mais essentiellement limitée à une molécule, la prednisolone (SOLUPRED®), qui, depuis 2001, s'est accrue de 131 % (+ 9 % en 2009). En montant, cette évolution est différente : SOLUPRED® venant d'être génériqué, la prednisolone (générique) régresse de 3 % et le SOLUPRED® de 39,2 %.

C'est un médicament principalement prescrit par les omnipraticiens (77 %), alors que la prednisone (CORTANCYL®) est plus souvent initiée par un spécialiste (les rhumatologues essentiellement) ; elle présente une évolution beaucoup plus faible.

La progression des antibiotiques, des antalgiques, et des corticoïdes pourrait nous conduire à une hypothèse, qui mériterait certainement une étude complémentaire : le déremboursement de certains produits pourrait-il être à l'origine de nouvelles habitudes de prescriptions de la part des praticiens et conduire à des schémas thérapeutiques remboursables plus controversés ?

Les produits coûteux : une progression continue

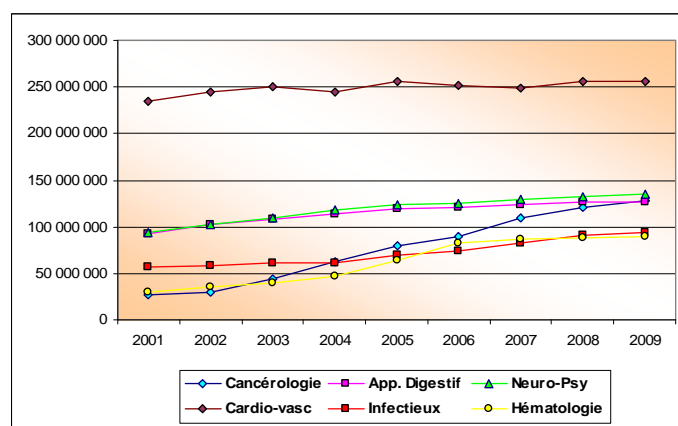


Figure 3 : Evolution des 6 principales classes anatomiques en montant remboursé (données de remboursement RSI 2009)

Le prix moyen d'une ligne remboursée a peu progressé en 2009 : **13,44€ (+ 15 centimes €)** contre + 70 centimes en 2008). Mais celui des **40 produits les plus coûteux** pour le RSI évolue nettement, passant de 35,81 € en 2008 à 37,78 € en 2009, soit près de 2 € de plus. Une classe « anatomique » de médicament poursuit une très forte évolution : celle des **anticancéreux et immunomodulateurs**. Ces médicaments sont de plus en plus prescrits (+ 2,2 % en nombre de lignes), mais surtout de plus en plus coûteux : leur progression de **+ 7,9 millions € (+ 6,6 %)** demeure de loin la plus importante de l'année, même si cette évolution s'amointrit depuis deux ans (elle avait progressé de 20 millions € en 2007 et 11,1 millions € en 2008). Surtout, le prix moyen de cette classe, particulièrement important (**298,69 €**), augmente beaucoup plus que la pharmacie totale : **+12,45 €**

Comme en 2008, ce sont les deux **immunomodulateurs**, **ENBREL® et HUMIRA®**, initialement destinés à des pathologies rhumatismales, qui progressent de la manière la plus conséquente : + 4,6 millions € (+23,4%) contre + 3,8 millions € en 2008, occupant aujourd'hui les 6ème et 9ème places en coût. Ces deux médicaments concernent essentiellement deux tranches d'âge : 20-39 ans (ou HUMIRA® et ENBREL® sont 1er et 2ème), et 40-59 ans (respectivement, 4^{ème} et 3^{ème}, cette tranche correspondant à plus de 52 % des montants remboursés pour ces deux produits). Leurs indications s'étendent aujourd'hui à d'autres pathologies : s'ils représentent plus de 55 % des montants remboursés des prescriptions de rhumatologues libéraux, ils commencent à s'étendre à d'autres spécialités, comme les gastro-entérologues (maladie de Crohn) et les dermatologues (Psoriasis).

⁶ A noter que les antitussifs ont été contre-indiqués chez les enfants de moins de 2 ans par l'AFSSAPS le 29 avril 2010.

⁷ Rappelons que le paracétamol peut aussi être délivré sans ordonnance, et qu'une partie de ses volumes est donc non remboursée.

⁸ A noter que l'arrêt de commercialisation du DI ANTALVIC® (et de ses génériques) n'est toujours pas effective.

Les **anticancéreux** sont en moindre progression en 2009 : les « inhibiteurs de la protéine kinase » présentant tout de même la 3^{ème} plus forte progression d'une classe thérapeutique, avec + 3,8 millions €. Leur prix moyen est le plus important de toute la pharmacie de ville : 2862,14 €. Le premier produit de cette famille est GLIVEC®, 8^{ème} en coût, en progression de + 7,4 %. NEXAVAR® affiche la plus forte augmentation de groupe en 2009, avec + 1,1 million €, à 4 places d'un autre inhibiteur, SUTENT®.

Les anticancéreux commencent eux aussi à posséder des génériques, ce qui est à l'origine, en particulier, de la forte baisse des antiandrogènes (- 1,3 millions €), tout particulièrement avec la bicalutamide (CASODEX®).

Une autre catégorie de produits particulièrement coûteux est représentée par les **traitements ophtalmologiques** de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (« DMLA »), et plus particulièrement, voire quasi exclusivement l'un d'entre eux : LUCENTIS®. Commercialisé en 2007, il a représenté la progression la plus importante d'un produit en 2008 (+ 5,9 Millions €), et il demeure la deuxième plus importante progression en 2009 : + 2,9 millions €. A lui seul, il représente 38,2 % des dépenses liées aux prescriptions des ophtalmologues libéraux, ce qui place désormais ces derniers comme les spécialistes médicaux ayant la prescription la plus onéreuse, devançant les cardiologues. LUCENTIS® est désormais le 7^{ème} médicament le plus onéreux en 2009, avec un coût moyen de 1109,93 €, malgré une baisse de son prix de près de 15 % en août 2008. Il est le deuxième médicament en terme de coût chez les plus de 80 ans.

Les autres progressions marquantes

Les **anti-diabétiques** progressent sensiblement : + 2,6 millions €, quoique moins nettement qu'en 2008 (+ 4,8 millions €). Ce sont les traitements du diabète de type 2 qui évoluent le plus : tandis que les glitazones (ACTOS®), les inhibiteurs de l'alpha glucosidase (GLUCOR®), et même les sulfamides (gliclazide : DIAMICRON®) sont en régression importante, et que les biguanides (metformine) se maintiennent, ce sont les nouveaux traitements du diabète, mis sur le marché en mars 2008, JANUVIA®, XELEVIA® (deux sitagliptines, de la famille des inhibiteurs de la DPP IV, + 3,4 millions€), ou BYETTA® (anti diabétique non insulinique injectable + 1,1 millions €) qui présentent des évolutions record. Toute cette évolution s'effectue dans un contexte nouveau de conditionnement trimestriel, auquel échappent ces nouveaux traitements. A préciser que les coûts de traitement journaliers (CTJ) ne sont pas les mêmes non plus : il est proche de 0,27 € pour la metformine. Les autres molécules, indiquées quant à elles en 2^o intention, ont un CTJ à 0,79€ pour la glitazone, proche de 1,80 €, pour JANUVIA® et XELEVIA, et pour BYETTA® 3,67 €.

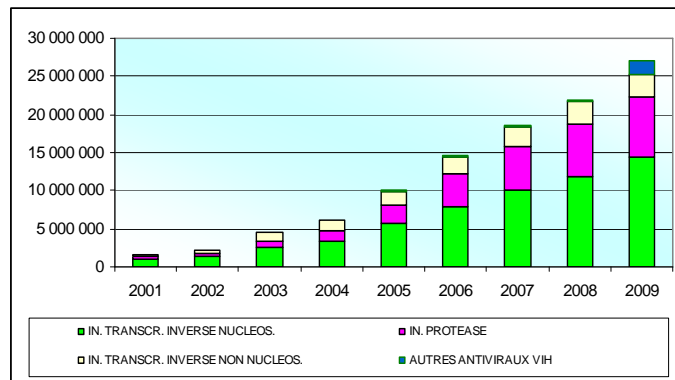


Figure 4 : évolution des thérapeutiques anti-HIV en montant remboursé (données de remboursement RSI 2009)

Les **thérapeutiques anti-HIV** poursuivent leur importante progression qui mêle à la fois nouveauté thérapeutique et délivrance officinale en progression par rapport aux rétrocessions hospitalières¹⁰.

En 9 ans, le montant remboursé pour le traitement antiviral du SIDA a été multiplié par 17, et progresse encore de + 23,8 % en 2009 (+ 5,2 millions €). C'est la progression des anti-HIV qui explique le fort accroissement de la classe des anti-infectieux en montant (+ 3,5 millions €). Ces anti-HIV constituent l'une des classes les plus coûteuses (en moyenne 450,28 €). De plus, plusieurs médicaments sont le plus souvent associés, dans le cadre d'une tri, voire d'une quadrithérapie. Les familles des « inhibiteurs de la transcriptase inverse nucléosidiques et nucléotidiques » et des « anti-protéases » comportent des formes déjà associés, comme TRUVADA® (537.29 €), et KIVEXA® (474.24 €), pour la première, KALETRA® (512.86 €) pour la seconde. Mais ces associations se font au sein de leur propre famille, et n'évitent pas l'indispensable prise d'une molécule d'une autre catégorie. REYATAZ® (anti-protéase, 490.60 €) ou ISENTRESS® (une nouvelle famille, classée dans les « autres », 902.31 €), peuvent ainsi se rajouter aux précédents produits au sein d'un traitement.

Le vaccin anti-papillomavirus

2008 avait été l'année de la consécration du vaccin dirigé contre plusieurs valences de papillomavirus, en prévention du cancer du col de l'utérus, et intéressant une classe d'âge précise de jeunes filles. Avec + 4,6 millions €, la progression de GARDASIL®, le principal produit, avait été l'une des plus importantes de cette année.

⁹ Dernière les immunomodulateurs rhumatismaux et les antidiabétiques inhibiteurs de la DPP IV.

¹⁰ Les traitements spécifiques de l'infection HIV bénéficient d'une possibilité de rétrocession hospitalière, y compris pour des produits commercialisés en pharmacie de ville.

En 2009, le phénomène s'inverse du tout au tout : ce vaccin chute de -2,5 millions € (- 42,4 %) en montant remboursé, et de 65 milliers de lignes (- 37 %) en volume. Cet effondrement touchant essentiellement GARDASIL®, qui représente près de 97 % des prescriptions¹¹.

L'origine de ce déclin est lié à l'importance de son succès initial sur la tranche d'âge concernée, mais pourrait être également lié à des contre publicités portant sur le risque, pourtant modeste, que cette vaccination entraînerait.

La pharmacie d'origine hospitalière

2009 marque le début du codage des médicaments facturés en sus des GHS, au cours des hospitalisations. Ce codage ne concerne actuellement pour l'assurance maladie que les établissements privés (33,6 millions € : + 17,6 %). Les anti-infectieux (16,8 % du montant), des traitements hématologiques (17 %), et surtout des anticancéreux et immunomodulateurs (58,4 %) sont les catégories dominantes remboursées.

Les thérapeutiques rétrocédées par les hôpitaux sont dans l'ensemble codées. Toutefois, la facturation transmise s'effectuant généralement sous forme papier, ce codage est très peu retranscrit en pratique. Le coût des rétrocessions s'est élevé à 51 millions € en 2009.

La part des prescriptions hospitalières exécutées en officine de ville ne cesse de progresser (19,3 % du montant remboursé en 2009 contre 18,1 % en 2008). La pharmacie de ville d'origine hospitalière, qui ne représentait que 8,5 % en 2002, dépasse dorénavant largement les prescriptions de l'ensemble des spécialistes libéraux (17 %), pourtant elles aussi en nette progression en 2009.

Conclusion

La dépenses de pharmacie de ville en 2009 s'inscrivent dans un cycle de progression beaucoup plus modeste depuis quelques années. Certaines mesures économiques de nature collective, comme le développement des génériques, la franchise médicale, le conditionnement trimestriel, les baisses de prix et les déremboursements de thérapeutiques à faible service médical rendu ont grandement participé à ce résultat.

Malgré ces mesures économiques, certains phénomènes, médicaux, sociaux, ou financiers tendent à favoriser l'augmentation de ces dépenses,, tels la reprise importante de la croissance des antibiotiques, le déclin instantané des produits dès lors qu'ils sont génériques, la progression toujours plus importante de thérapeutiques très ciblées, ou les fluctuations de prescriptions concernant certains médicaments, comme la vaccination anti-papillomavirus.

Ces facteurs influant sur les dépenses en terme de progression étant identifiés, des mesures de correction devraient être mises en place afin d'en encadrer les conséquences.

¹¹ CERVARIX®, l'autre vaccin anti-papillomavirus, est lui en progression. Mais sa délivrance demeure extrêmement confidentielle.

Les méthodes de classification

Pour Médic-RSI, nous avons adopté un fichier élaboré par la CNAMTS à partir de systèmes de codification préexistants, pour l'ensemble des médicaments.

L'élément de base de la codification est le code CIP (« Club Inter Pharmaceutique »), qui est le numéro d'identification attribué au médicament.

Pour apprécier son usage, il est classé selon une codification à plusieurs niveaux, la codification ATC (Anatomique, Thérapeutique, Chimique), établie par un groupe de recherche de l'OMS, qui possède l'avantage de posséder plusieurs niveaux de classification.

Codé sur 7 caractères, le premier d'entre eux correspond à un niveau anatomique ou fonctionnel : c'est la « Classe anatomique » dans Médic-RSI, qui constitue le 1^{er} niveau de classification, le plus large (14 groupes).

Le 2^{ème} niveau est constitué des 3 premiers caractères du code ATC : c'est la « Classe pharmacologique », qui découpe les différentes classes anatomiques en 86 sous-groupes décrivant le principal usage thérapeutique.

Le 3^{ème} niveau comporte un caractère supplémentaire, et correspond aux classes thérapeutiques.

Le 4^{ème} niveau s'affine sur 5 caractères : ce sont les familles chimiques/thérapeutiques.

Le 5^{ème} et dernier niveau constitue le code ATC lui-même : il correspond au principe actif du produit, généralement équivalent à la dénomination commune internationale (« DCI »). Il est toutefois à noter que selon sa fonctionnalité, cette dénomination peut être éclatée sur plusieurs classes pharmacologiques.