

10-3

LES PRESCRIPTIONS D'IPP

Chez l'adulte, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont indiqués dans le traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) et de l'oesophagite par RGO, dans la prévention et le traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque ainsi que dans l'éradication d'*Helicobacter pylori* et le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Cinq IPP sont actuellement commercialisés en France. Trois sont génériques : oméprazole, lansoprazole, pantoprazole et deux sont encore protégés par un brevet : ésoméprazole, rabéprazole. La fiche 10-7 du rapport de la CCSS de juin 2009 mettait en évidence le poids croissant des prescriptions d'IPP non génériques, en particulier celles d'ésoméprazole, et le coût important qu'elles représentent pour l'assurance maladie. La présente fiche propose un éclairage complémentaire en s'interrogeant sur l'usage des IPP et le respect des autorisations de mise sur le marché (AMM), enjeu tout aussi important en termes de dépenses publiques. Elle s'appuie pour cela sur l'Etude permanente de la prescription médicale (EPPM) de la société IMS-Health (cf. encadré 1).

Quels patients, quels prescripteurs ?

9 boîtes d'IPP sur 10 sont prescrites par des médecins généralistes

Entre juin 2008 et mai 2009, près de 58 millions de boîtes d'IPP ont été distribuées en France par les pharmaciens d'officine, occasionnant des remboursements par l'assurance maladie proches de 970 M€. Un peu plus de 90% de ces prescriptions émanent de médecins généralistes. Viennent ensuite les gastro-entérologues et les rhumatologues.

86% des boîtes d'IPP sont prescrites à des patients âgés de 40 ans et plus. Par ailleurs, plus de la moitié des prescriptions d'IPP sont destinées à des femmes (54%). Néanmoins, ce dernier résultat ne permet pas d'affirmer que celles-ci consomment en moyenne davantage d'IPP que les hommes, car il n'est pas calculé à population consommante identique par sexe (cf. encadré 2). A titre indicatif, une étude récente¹ a plutôt révélé le fait qu'à pathologie et âge donnés, les médecins tendent à davantage prescrire les IPP aux hommes.

Des écarts de pratiques relativement prononcés

En moyenne, les médecins libéraux des spécialités représentées dans l'échantillon EPPM ont prescrit chacun près de 660 boîtes d'IPP entre juin 2008 et mai 2009 (cf. graphique 1), occasionnant chacun près de 11 000 € de remboursement d'IPP par an. Le nombre de boîtes d'IPP par médecin apparaît en augmentation : il s'établissait à 610 boîtes en moyenne par prescripteur deux ans auparavant et à 620 boîtes un an plus tôt.

Compte tenu de leurs indications, les prescriptions d'IPP se concentrent sur les généralistes, les gastro-entérologues et les rhumatologues. Ceux-ci prescrivent ainsi plus de 800 boîtes par an d'IPP soit plus de 3,3 fois plus que les cardiologues (245 boîtes). De même, les médecins âgés de 50 ans et plus sont davantage prescripteurs d'IPP (705 boîtes par an). A *contrario*, les médecins femmes prescrivent moins d'IPP (585 boîtes par an). Ce dernier résultat peut néanmoins s'expliquer par le fait que les tranches d'âges jeunes sont surreprésentées parmi la population de femmes médecins. Enfin, les pratiques en matière de prescription d'IPP sont très variables selon les régions : les médecins d'Ile-de-France, d'Alsace-Lorraine, du nord et de l'ouest prescrivent en moyenne plus de 725 boîtes d'IPP par an. A l'inverse, les praticiens du sud-ouest en ordonnent un peu moins de 300 par an.

¹ Karine Chevreul (2008), Les facteurs non médicaux de la décision médicale dans le cadre de la prescription des IPP, CIRES – Recherche sur le système de santé 2005-2007.

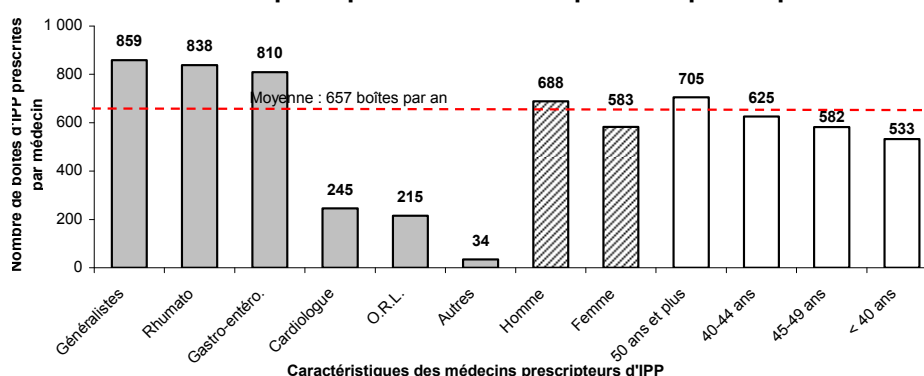
Encadré 1 : Source et champ des données utilisées

Ce travail repose essentiellement sur l'exploitation des données de l'Enquête Permanente de la Prescription Médicale (EPPM) de la société IMS Health. Ce panel tournant (chaque trimestre¹ sont interrogés environ 720 médecins panellisés et 115 nouveaux médecins) vise à suivre l'évolution des prescriptions des médecins libéraux. Il recueille pour cela des informations sur l'ensemble des consultations et visites réalisées par le médecin enquêté sur 7 jours consécutifs par trimestre. Les données ainsi disponibles dans l'EPPM sont : les caractéristiques du médecin et du patient, les caractéristiques des séances (lieu, diagnostics, prescriptions) ainsi que, le cas échéant, le détail des prescriptions (médicaments prescrits, posologie, nombre de boîtes et motifs de la prescription).

Les médecins inclus dans l'EPPM sont des médecins installés, de moins de 66 ans, exerçant en France métropolitaine, hors Corse, et dont l'activité libérale représente au moins 75% de leur activité totale. Toutes les séances sont retenues, qu'elles aient donné lieu à prescription ou non. Outre les médecins généralistes et les médecins à exercice particulier (à condition que l'exercice particulier représente moins de 25 % de leur activité), l'échantillon inclut des médecins du sport, des allergologues et des médecins spécialistes (angiologues, cardiologues, dermatologues, endocrinologues, gastro-entérologues, gynécologues, neurologues, psychiatres et neuropsychiatres, ophtalmologues, oto-rhino-laryngologistes (ORL), pédiatres, pneumologues, rhumatologues). Les autres spécialités (urologues, chirurgiens, radiologues...) ne sont pas représentées de même que les remplaçants, les dentistes, les urgentistes et les centres médicaux.

L'analyse présentée ici porte principalement sur la période de juin 2008 à mai 2009. Les informations sur les prix et les taux de remboursement des IPP ont été obtenues par appariement avec les données GERS – qui retracent les ventes des grossistes-répartiteurs aux officines –, l'EPPM ne recensant que le nombre de boîtes prescrites. De plus, l'analyse a nécessité le recours au nombre de professionnels exerçant une activité libérale en France métropolitaine, issu du SNIR 2007.

Graphique 1 : Nombre de boîtes d'IPP prescrites par médecin entre juin 2008 et mai 2009 selon les principales caractéristiques des prescripteurs



Source : DSS/6B sur données IMS-Health, GERS et SNIR.

Encadré 2 : Les principales limites de l'étude

L'EPPM permet de caractériser les patients mais pas de les identifier. Il n'est donc pas possible de déterminer combien de patients ont été suivis par un médecin, ni combien de séances sont attribuables à un patient donné. De ce fait, il n'est pas possible de définir la quantité d'IPP prescrite pour chaque catégorie de patient ni d'étudier précisément les prescriptions associées d'IPP et d'AINS.

Par ailleurs, les informations tirées de la base EPPM sont appliquées à l'ensemble des ventes d'IPP observées sur le marché officinal, alors qu'elles ne concernent qu'une partie des prescripteurs libéraux. On suppose donc implicitement que la pratique des professionnels non représentés dans l'EPPM est identique à la pratique moyenne de ceux qui y sont étudiés.

¹ L'EPPM utilise la notion de trimestres saisonniers et non civils. Le 1^{er} trimestre couvre les mois de mars à mai, le 2^{ème} de juin à août, le 3^{ème} de septembre à novembre et le dernier de décembre à février.

15% des IPP seraient prescrits hors indication de l'AMM

L'une des spécificités de la base EPPM est qu'elle permet d'identifier la pathologie qu'une prescription donnée est censée traiter. Dès lors, il devient en théorie possible de repérer les cas de bon ou de mauvais usage des médicaments, par rapport aux recommandations de bonnes pratiques¹. L'interprétation des résultats doit cependant s'entourer de précautions. Aucune information n'est en effet disponible sur l'existence d'antécédents, l'intolérance des patients à un traitement ou encore le contexte des consultations. De surcroît, comme indiqué plus haut, l'EPPM ne donne pas d'indication sur les coprescriptions de médicaments, qui ne peuvent qu'être supposées. Dans le doute, il a été supposé que l'AMM était respectée pour les maladies pour lesquelles une association avec un AINS était suspectée.

55% des boîtes et 59% des remboursements d'IPP sont utilisés pour traiter les maladies de l'appareil digestif, qui constitue leur indication principale (cf. graphique 3). Vient ensuite le traitement des maladies ostéo-articulaires (16% des boîtes, 12% des remboursements), pour lesquelles l'usage d'AINS est indiqué notamment en raison de leur propriété antalgique. Enfin, la prescription d'IPP dans le contexte de la prise en charge des affections du système cardio-vasculaire pourrait s'expliquer par le souci de prévenir d'éventuelles lésions gastriques, chez les patients à risque, liées à la prise d'aspirine à dose d'antiagrégant.

Sous les hypothèses retenues, 15% des IPP, tant en valeur qu'en volume, seraient prescrits en dehors des indications prévues : par exemple, des IPP sont parfois prescrits pour traiter des dyspepsies (douleur épigastrique) ou des gastroentérites. Ces prescriptions *a priori* injustifiées, concernant tous les diagnostics, représenteraient 150 M€ de remboursements. Ce sont les médecins généralistes qui utiliseraient le plus souvent les IPP hors AMM (15% de leurs prescriptions). Compte tenu de leur poids dans les prescriptions totales d'IPP, ils sont donc à l'origine de l'essentiel des utilisations potentiellement « injustifiées ». Pour les gastro-entérologues, environ 7% de leurs prescriptions s'écarteraient de l'AMM ; cette proportion n'atteindrait que 2% pour les rhumatologues mais ce faible résultat peut aussi provenir du choix de retenir une définition très large de l'AMM.

De nouveaux outils sont disponibles pour mieux orienter les prescriptions

L'utilisation massive des IPP trouve vraisemblablement son origine dans la forte pression commerciale des laboratoires, mais aussi dans le fait que les IPP ont véritablement révolutionné le traitement des affections gastriques : plus efficaces que leurs alternatives thérapeutiques, ils occasionnent également moins d'effets secondaires et sont bien tolérés. Dans ce contexte, les IPP constituent pour les médecins un moyen pratique et fiable de protéger les patients contre la survenue de complications, mais aussi de se protéger contre une « erreur » de diagnostic. Aussi, les médecins ont peu à peu élargi leurs prescriptions hors des indications, en instaurant parfois un traitement par IPP sans examens préalables².

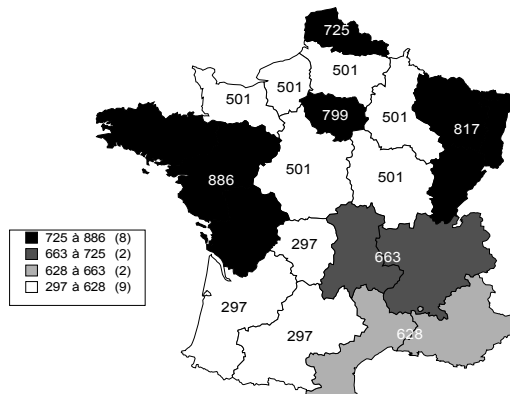
Dans le cadre de la maîtrise médicalisée, des actions visent à limiter progressivement l'utilisation des IPP en dehors des indications prévues. Ces actions sont appuyées par l'avis scientifique de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle a par ailleurs réaffirmé qu'aucune différence cliniquement pertinente entre les IPP en termes d'efficacité et de tolérance ne permet de justifier l'utilisation d'une molécule plutôt qu'une autre de sorte qu'elle préconise de privilégier la moins coûteuse dans une indication donnée.

Ce travail constitue une première analyse ; il comporte encore de nombreuses limites et pourrait être approfondi, par exemple par une étude plus précise du respect des recommandations dans une indication donnée. Il met cependant en évidence le fait que les cas de « mauvais usage » des IPP n'apparaîtraient pas massifs. Ils ne sont toutefois pas négligeables, d'autant que l'interprétation de l'AMM retenue ici n'est pas très restrictive.

¹ Cette identification a été réalisée par un médecin de la DSS.

² *ibid.*

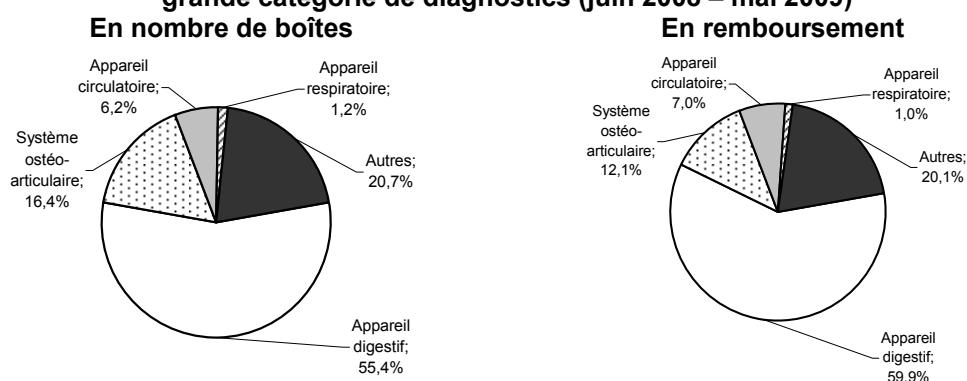
Graphique 2 : Nombre de boîtes d'IPP prescrites par médecin entre juin 2008 et mai 2009 selon les régions



Source : DSS/6B sur données IMS-Health, GERS et SNIR 2007.

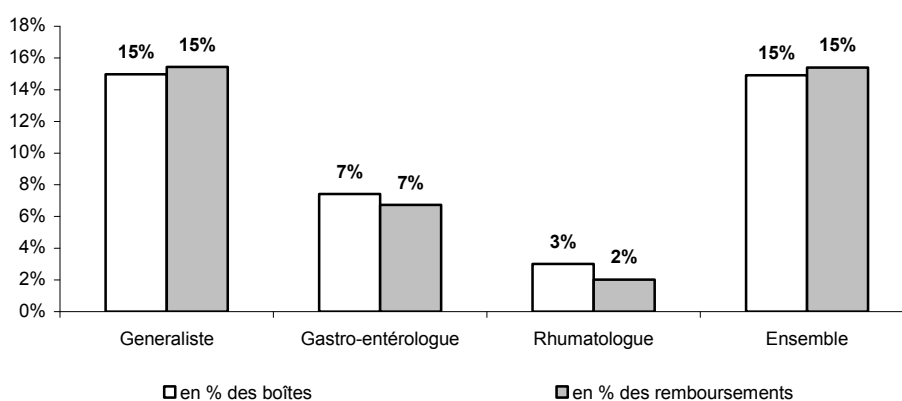
L'EPPM permet seulement d'établir des résultats par zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT), qui regroupent plusieurs régions. Cela explique l'égalité des résultats pour plusieurs régions.

Graphique 3 : Répartition du nombre de boîtes et des remboursements d'IPP par grande catégorie de diagnostics (juin 2008 – mai 2009)



Source : DSS/6B sur données IMS-Health et GERS.

Graphique 4 : Proportions de prescriptions hors AMM par spécialité de médecins



Source : DSS/6B sur données IMS-Health et GERS.