



« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

# « Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

François PESTY, Pharmacien, Expert conseil indépendant pour une prise en charge médicamenteuse mieux sécurisée, plus pertinente et efficiente. Membre du groupe PRINCEPS et de l'association FORMINDEP

Peut-on vraiment parler de « médecine de précision » à propos des nouvelles immunothérapies et des thérapies ciblées des tumeurs solides, de leurs biotests compagnons, et des seuils définis (ou pas) pour l'éligibilité des patients aux traitements ?

François PESTY, Pharmacien, Expert conseil indépendant pour une prise en charge médicamenteuse mieux sécurisée, plus pertinente et efficiente. Membre du groupe PRINCEPS et de l'association FORMINDEP

**Objectif** : Analyser l'impact de la médecine de précision sur la prescription de médicaments innovants, en particulier les immunothérapies et les thérapies ciblées, en fonction de l'éligibilité des patients aux traitements.

**Méthodologie** : Analyse de la littérature scientifique, des données de prescription, et des pratiques cliniques.

**Résultats** : La médecine de précision a permis d'identifier des sous-groupes de patients plus susceptibles de bénéficier de certains traitements, mais elle a également conduit à une sous-utilisation de ces médicaments en raison de critères d'éligibilité stricts.

**Conclusion** : La médecine de précision est une avancée majeure, mais elle nécessite une mise en œuvre rigoureuse et une surveillance continue pour maximiser son impact sur la prise en charge des patients.

Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7	Colonne 8	Colonne 9	Colonne 10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

**Notes et références bibliographiques**

1. [Référence bibliographique]
2. [Référence bibliographique]
3. [Référence bibliographique]
4. [Référence bibliographique]
5. [Référence bibliographique]
6. [Référence bibliographique]
7. [Référence bibliographique]
8. [Référence bibliographique]
9. [Référence bibliographique]
10. [Référence bibliographique]

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Liens d'intérêts (déclaration)



« Aucun depuis plus de 17 ans  
avec les entreprises qui  
fabriquent ou commercialisent  
des produits de santé »

Docteur en Pharmacie, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, diplômé de l'Institut Supérieur de Gestion, consultant,

Expert-Conseil indépendant :

« Pour une prise en charge médicamenteuse mieux sécurisée, plus pertinente et plus efficiente »

Membre du groupe [Princeps](#) et de l'association [Formindep](#)



pour une formation et une information médicales  
indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé  
des personnes.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Contexte

En juin 2018 <sup>1</sup>, l'assurance maladie abrogeait peut être prématurément son action de « régulation » engagée en mars 2016 <sup>2</sup> qui visait à améliorer la pertinence des prescriptions de rosuvastatine par une mise sous « accord préalable » des prescripteurs. La question se pose de savoir si les objectifs fixés avaient été atteints. Dans le cas des essais cliniques portant sur les médicaments, il est avéré que leur arrêt prématuré conduit à la production de résultats qui le plus souvent surestiment le bénéfice réellement apporté. Cette remarque n'est pas anodine puisque « JUPITER », le seul essai randomisé ayant étudié l'impact d'un traitement par rosuvastatine 20 mg sur des critères de morbi-mortalité, a justement fait l'objet d'un arrêt prématuré. La CNAMTS aurait-elle aussi arrêté cette action suite à la constatation d'effets encore plus favorables que ceux qu'elle escomptait obtenir ?

[1] : Décision du 22 mai 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge de la ROSUVASTATINE : [ici](#).

[2] : Décision du 23 février 2016 relative à la procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge de la ROSUVASTATINE : [ici](#).

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Objectifs

- Déterminer quel aura été l'impact de cette action de régulation qui a mobilisé nombre de praticiens conseil de l'Assurance maladie.
- En tirer des enseignements pour de futures actions.

[Nota] : Le travail présenté ici est une réactualisation avec les données annuelles de remboursement pour l'année 2018 et mensuelles du second semestre 2018, d'une analyse réalisée en août 2018 dans le cadre de la relecture d'un projet d'article de la Revue Prescrire

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Méthodologie

Trois séries de données de remboursements des médicaments publiées par la CNAMTS et en accès libre ont été importées sous base de données relationnelle (Microsoft Access 2016) et utilisées pour l'analyse :

- MEDIC'AM annuel 2001-2018 : [ici](#) (Tables annuelles « tous prescripteurs », délivrance en officine de ville, donc hors rétrocession ; nombres de boîtes remboursées, bases de remboursement, et montants remboursés par le régime général) ;
- MEDIC'AM mensuel (table mise en ligne en février 2019 : [ici](#), couvrant la période janvier 2015 à décembre 2018 ;
- A partir de la série brute des données mensuelles tous prescripteurs, délivrance en ville (nombres de boîtes, bases et montants remboursés), une 3<sup>ème</sup> série de données a été construite. Il s'agit des cumuls annuels mobiles, couvrant donc la période décembre 2015 à décembre 2018.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Méthodologie

Les tris des présentations pharmaceutiques par dosage et par conditionnement ont été rendus possibles grâce à des requêtes travaillant sur les libellés (En effet, ces paramètres ne sont pas individualisés dans des champs spécifiques des tables mises en téléchargement par l'assurance maladie, ils ne sont pas non plus contenus dans la base de données publique des médicaments (BDPM : [ici](#)), et l'assurance maladie ne publie plus depuis de nombreuses années le fichier complet des codes CIP ([ici](#)), qui renfermait notamment les nombres d'unités par conditionnement...)

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

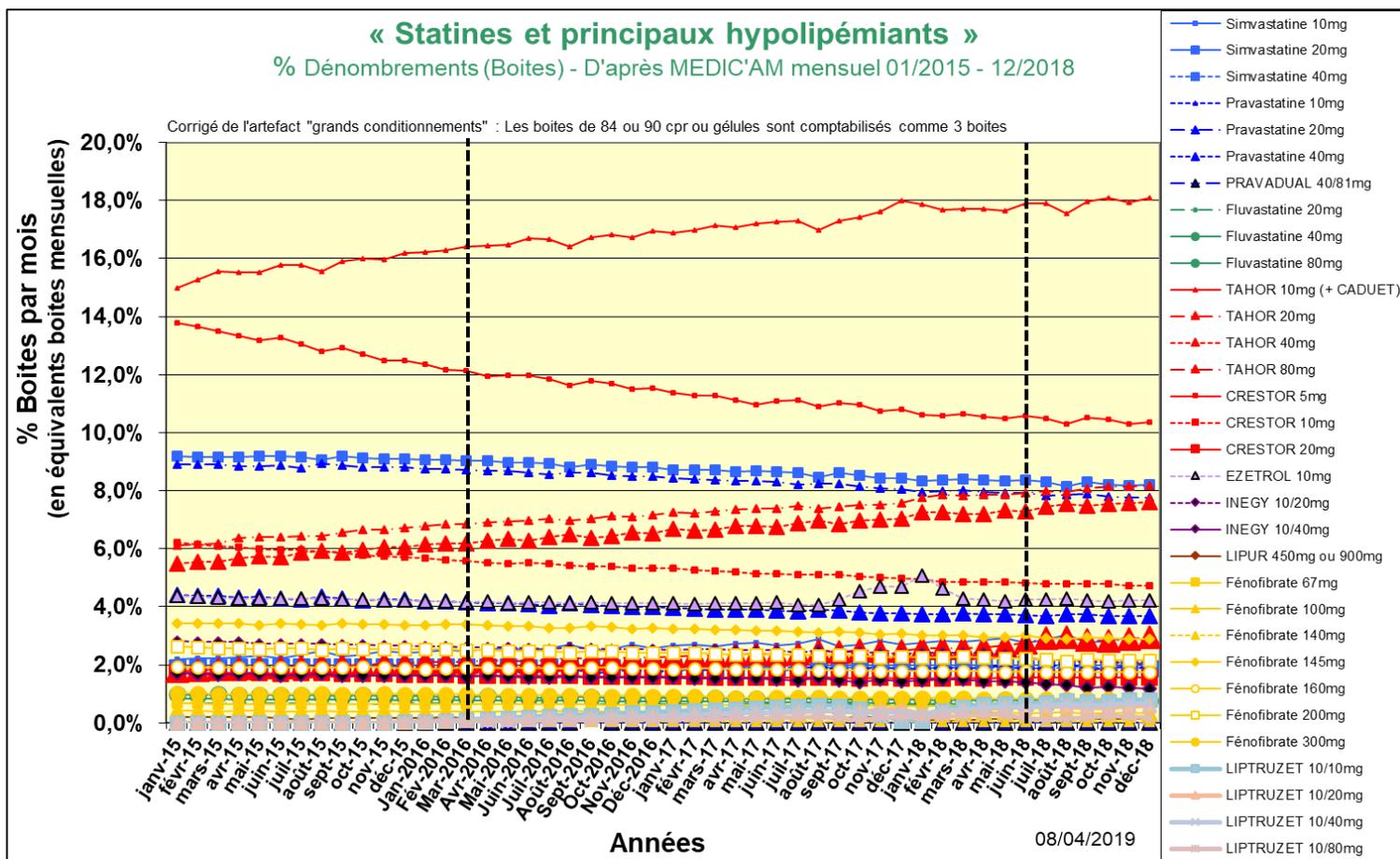
## Méthodologie

Afin de ne pas mélanger les conditionnements mensuels et trimestriels, ce que font les bases MEDIC'AM annuelle et mensuelle, une requête spécifique a été écrite afin de « mensualiser » les boîtes trimestrielles. Les nombres de boîtes trimestrielles (84 ou 90 comprimés ou gélules) ont été multipliés par 3 avant d'être ajoutés aux nombres de boîtes mensuelles (28 ou 30) ;

Les résultats des requêtes de sélection programmées sous Access ont été exportés dans les feuilles de calcul d'un fichier Excel 2016. Les graphiques d'analyse ont été bâtis à partir de ces feuilles de calcul.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

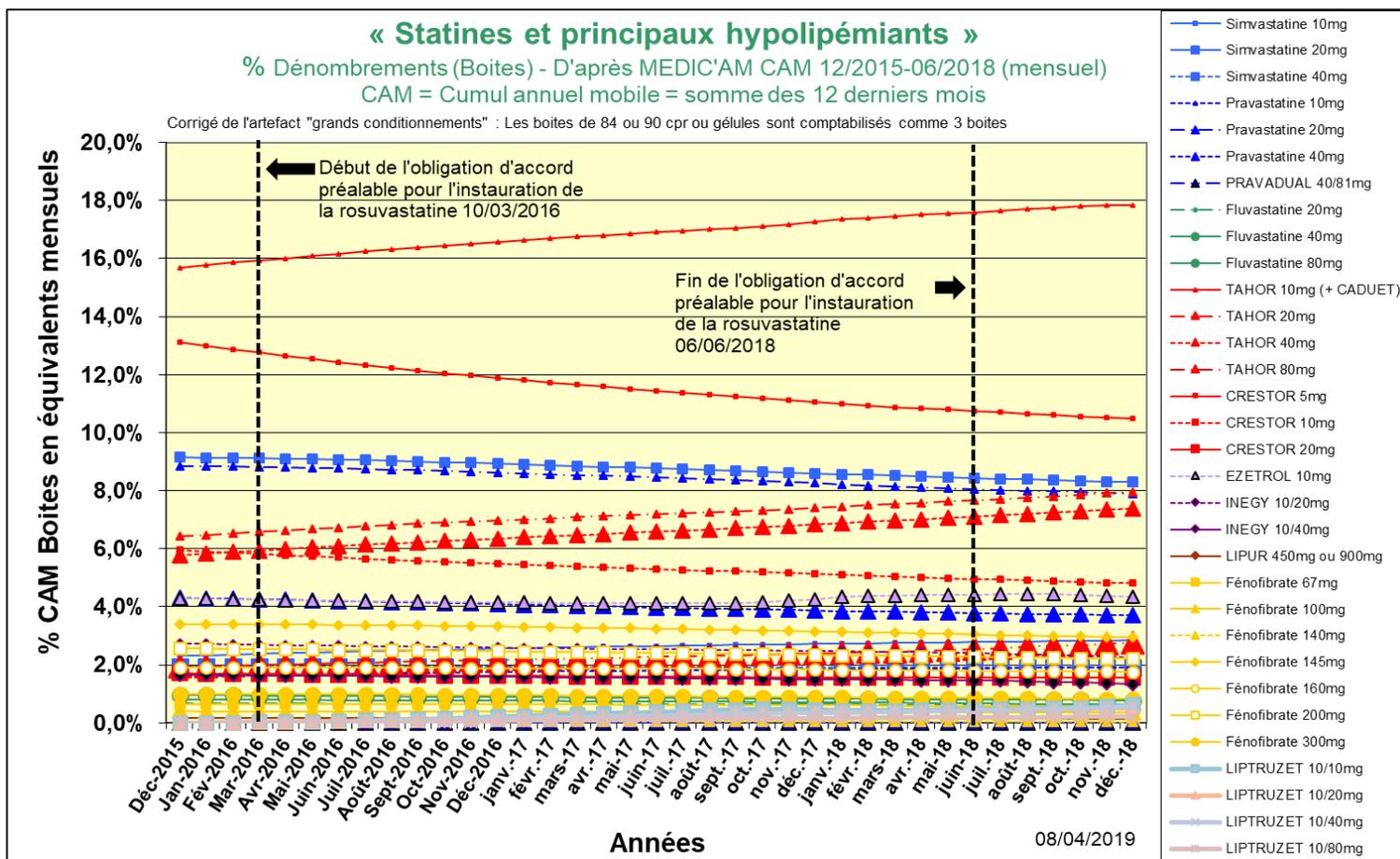
## Résultats



Ce premier graphique met en évidence qu'en janvier 2015, soient 14 mois avant l'entrée en vigueur du dispositif, la rosuvastatine était en déclin continu, en particulier sa présentation de loin la plus prescrite dosée à 5 mg, manifestement au profit de l'atorvastatine à 10 mg. Aucune accélération n'est visible lors des 14 mois qui ont suivi le démarrage du dispositif. Son déclin paraît même ralentir à partir de mai 2017.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

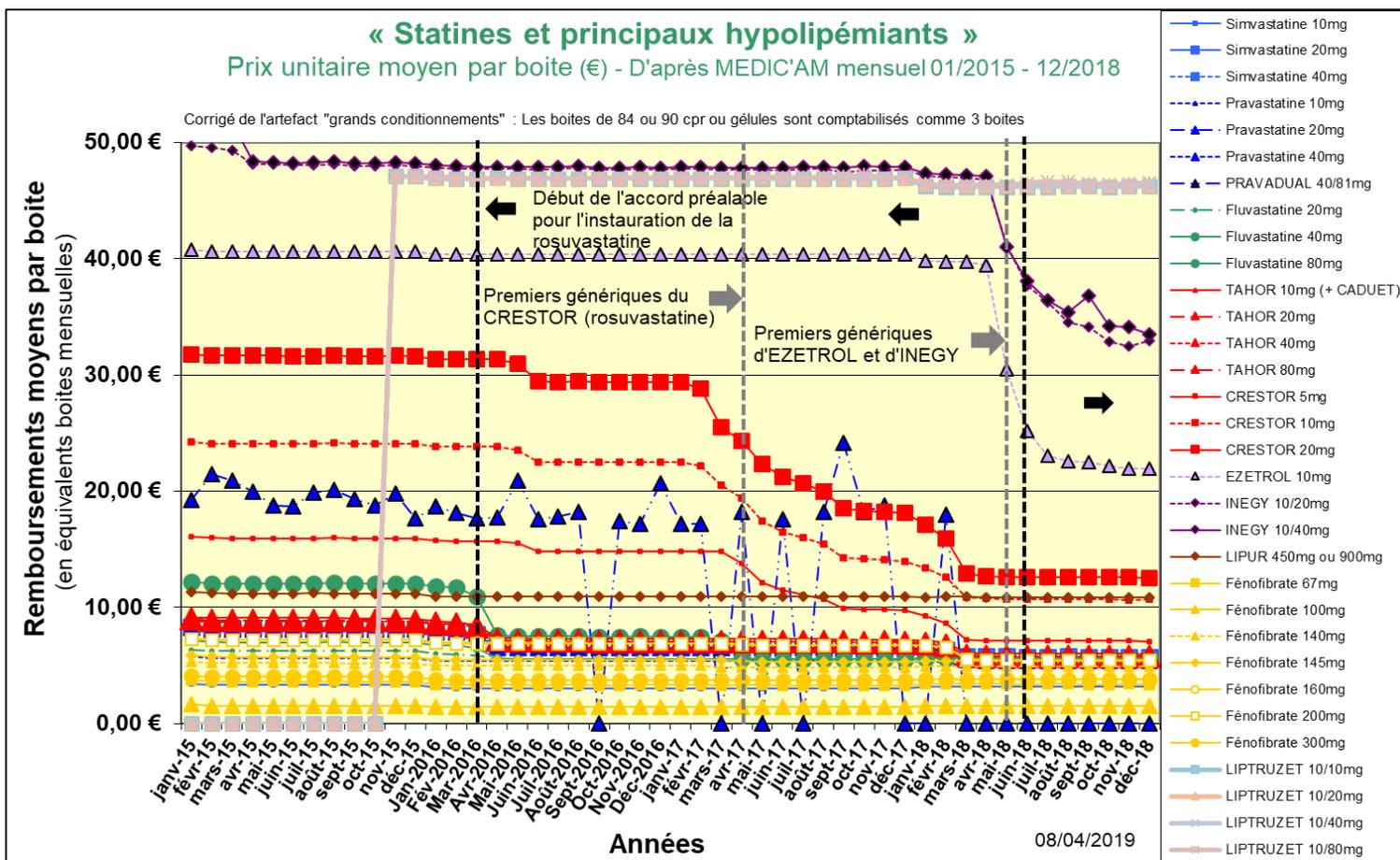
## Résultats



L'utilisation des cumuls annuels mobiles permet de lisser les variations observées sur les données mensuelles brutes (nombre de jours dans le mois, variations saisonnières...). Un quelconque impact du dispositif administratif mis en place par la CNAMTS se matérialiserait immédiatement par une rupture de tendance des courbes. L'arrêt du dispositif en juin 2018 ne semble pas non plus avoir produit le moindre changement.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Résultats



La baisse des montants remboursés est en réalité uniquement liée dans le cas du CRESTOR® à l'arrivée des génériques et aux baisses de prix subséquentes.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Discussion

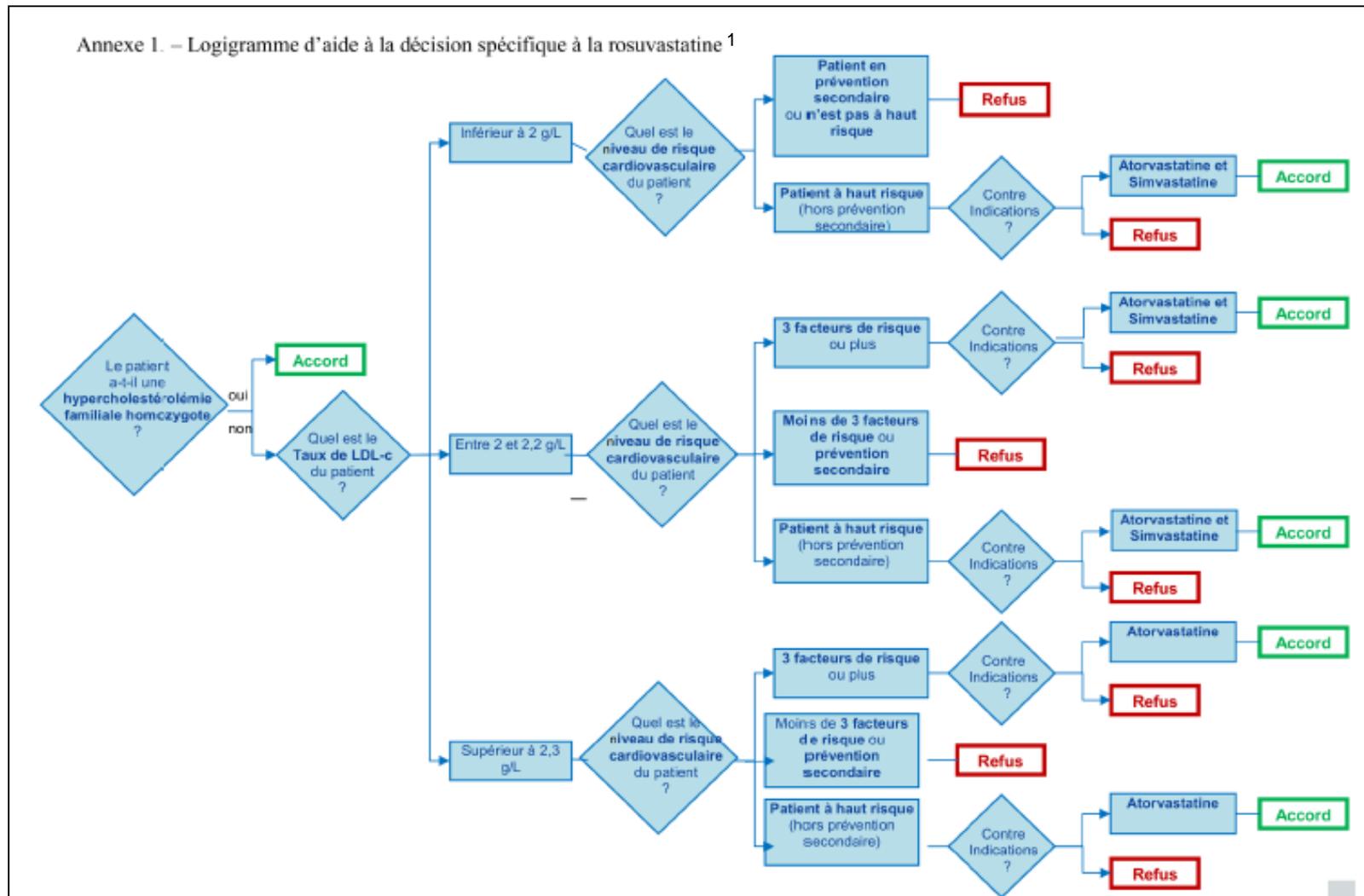
Quelles sont les raisons de l'absence d'impact du dispositif de contrôle administratif des prescriptions de rosuvastatine mis en place par l'Assurance maladie ?

- En premier lieu, Le logigramme décisionnel, annexé au JO du 10 mars 2016, instaurant l'obligation d'accord préalable pour la rosuvastatine, est un exemple « d'usine à gaz » comme seule l'administration est capable d'imposer, et qu'il faudrait montrer dans les facultés de médecines.

[1] : Logigramme décisionnel annexé au JO du 10 mars 2016, instaurant l'obligation d'accord préalable pour la rosuvastatine : [ici](#)

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Discussion



[1] : Logigramme décisionnel annexé au JO du 10 mars 2016, instaurant l'obligation d'accord préalable pour la rosuvastatine : [ici](#)

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Discussion

Il eut été certainement plus compréhensible de définir les conditions propices à un accord préalable octroyé par le médecin conseil. A savoir, être atteint d'une hypercholestérolémie familiale homozygote (une centaine de cas en France) ou bien, présenter un haut risque cardiovasculaire ou au moins 3 facteurs de risque, hors prévention secondaire et être intolérants à l'atorvastatine et à la simvastatine (LDL-chol entre 2,0 g/l et 2,2 g/l) ou à l'atorvastatine (LDL-Chol > 2,3 g/l).

- En second lieu, l'absence de réponse de la CPAM dans un délai de 15 jours valait acceptation de la prise en charge. Un délai sans doute trop court à tenir pour l'institution.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Conclusion

La mise sous accord préalable des prescripteurs pour l'instauration de la rosuvastatine est un échec.

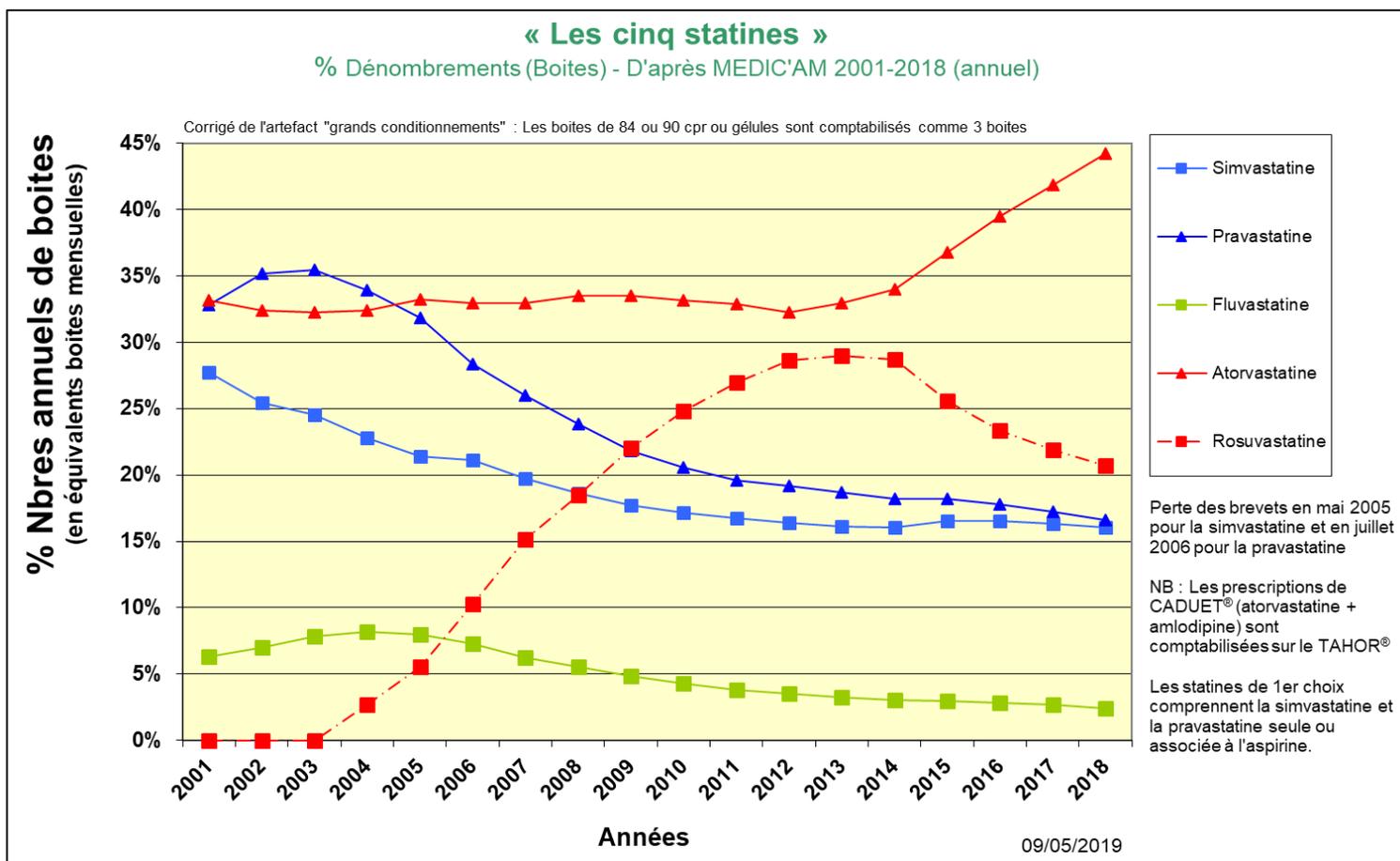
Nous aurions pu également faire les mêmes constatations pour EZETROL® et INEGY®, l'ézétimibe seul ou associé à la simvastatine, également sujet sur la même période à un dispositif analogue <sup>1,2</sup>.

[1] : Décision du 23 février 2016 relative à la procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge des médicaments hypocholestérolémiants suivants: l'EZETIMIBE, qu'il soit pris seul ou en association fixe avec de la SIMVASTATINE : [ici](#).

[2] : Décision du 17 décembre 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge de l'EZETIMIBE, seul ou en association fixe avec de la SIMVASTATINE : [ici](#).

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

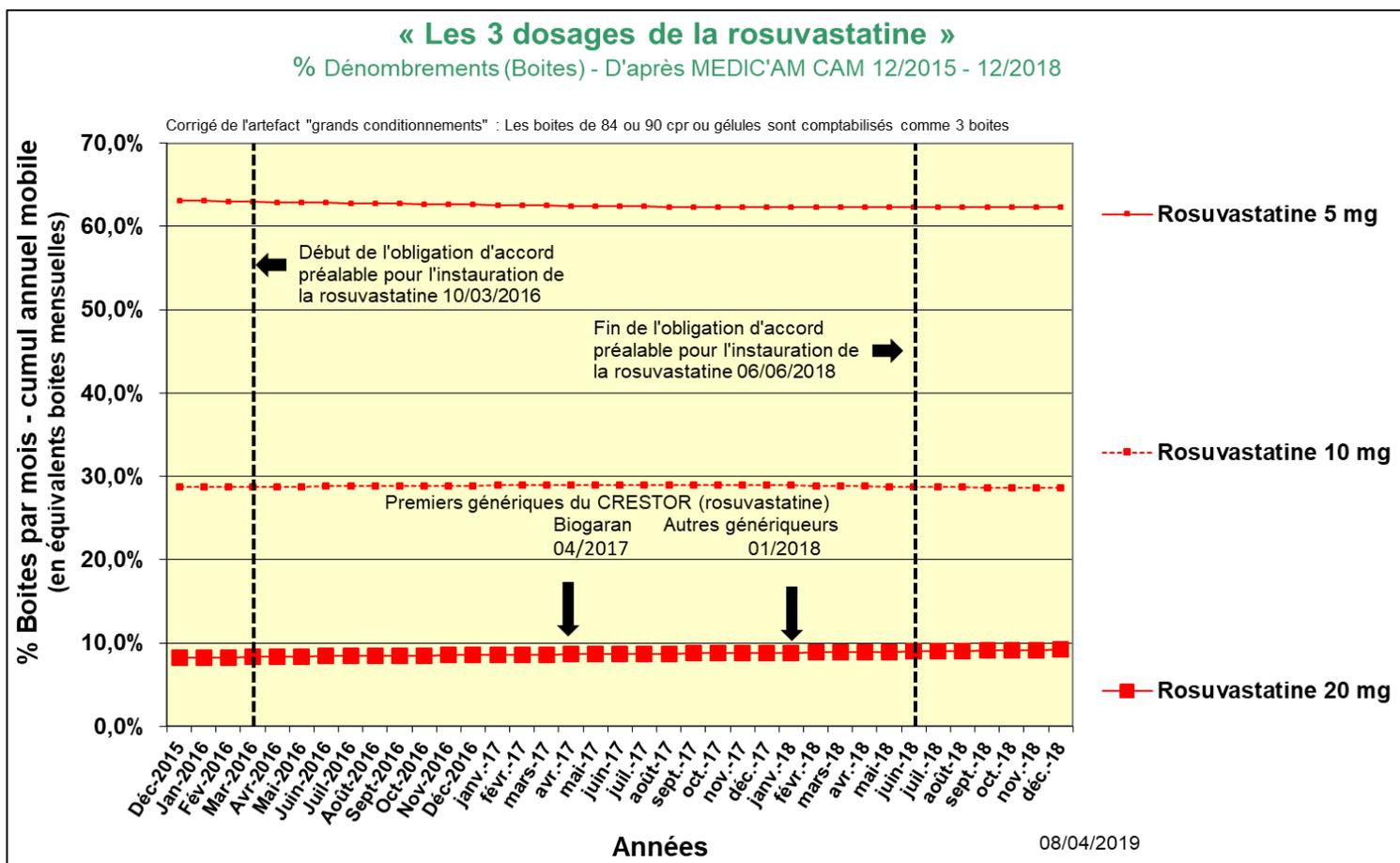
## Conclusion



Plus généralement, Les actions de régulation menées par l'assurance maladie, entretiens confraternels, visites des délégués de l'assurance maladie (DAM), rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), et donc « mise en accord préalable », se sont avérés incapables de soutenir la prescription des anciennes statines, la pravastatine et la simvastatine, pourtant bien moins onéreuses et à l'efficacité clinique beaucoup mieux documentée, contre les statines plus récentes.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Conclusion



La maîtrise des dépenses est comptable (baisse de prix et génériques) et en aucun cas « médicalisée ». La CNAMTS a-t-elle seulement tenter d'expliquer avec pédagogie aux médecins prescripteurs de rosuvastatine, notamment par le biais de visites de DAM, que plus de 90% des traitements par rosuvastatine sont à des dosages (5 et 10 mg) jamais associés à un bénéfice clinique dans des essais randomisés ?

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Conclusion

Le renoncement de la CNAMTS à mettre en place des interventions visant à améliorer la pertinence et l'efficacité de la prescription médicamenteuse, au travers de l'exemple de l'abrogation du dispositif d'obligation d'accord préalable, prend de l'ampleur et peut inquiéter lorsque l'on examine son récent rapport « Charges et Produits 2019 » intitulé « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 publié en juillet 2018 <sup>1</sup>.

(voir en annexes)

[1] : Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 ». 262 pages. Juillet 2018 : [ici](#).

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Annexe 1 – Décryptage du rapport charges et produits 2019 de la Cnamts <sup>1</sup>

Tout particulièrement, dans le chapitre « Améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses - pour une nouvelle approche » à partir de la page 157, l'assurance maladie affirme qu' « il est beaucoup plus difficile de faire évoluer des pratiques, une fois qu'elles se sont installées, que d'éviter qu'elles ne se diffusent ou de prévenir leur adoption ». Elle ajoute qu' « Il en résulte une efficacité bien moindre d'actions qui, suffisamment anticipées et menées au plus tôt avant ou pendant l'arrivée d'un médicament, auraient permis d'obtenir des résultats beaucoup plus importants ». Et conclue sur « Prévenir plutôt que guérir - de l'importance d'avoir une approche prospective et réactive de la pertinence » en indiquant qu'elle souhaite développer des outils préventifs et prospectifs afin d'intervenir beaucoup plus tôt.

Cette affirmation selon laquelle le curatif ne marche pas est infondée. Des campagnes « pilotes » de visites médicalisées des délégués de l'assurance maladie sur la thématique des hypolipémiants et des statines en particulier, ont été conduites avec succès pour 3 caisses. Avec la CPAM de Montpellier (2006-2007, Voir le graphique p 214 du rapport IGAS 09/2007 « L'information des médecins généralistes sur le médicament »), la caisse de Nouméa (CAFAT, 2008-2009) et la CPAM de La Manche (2009-2010).

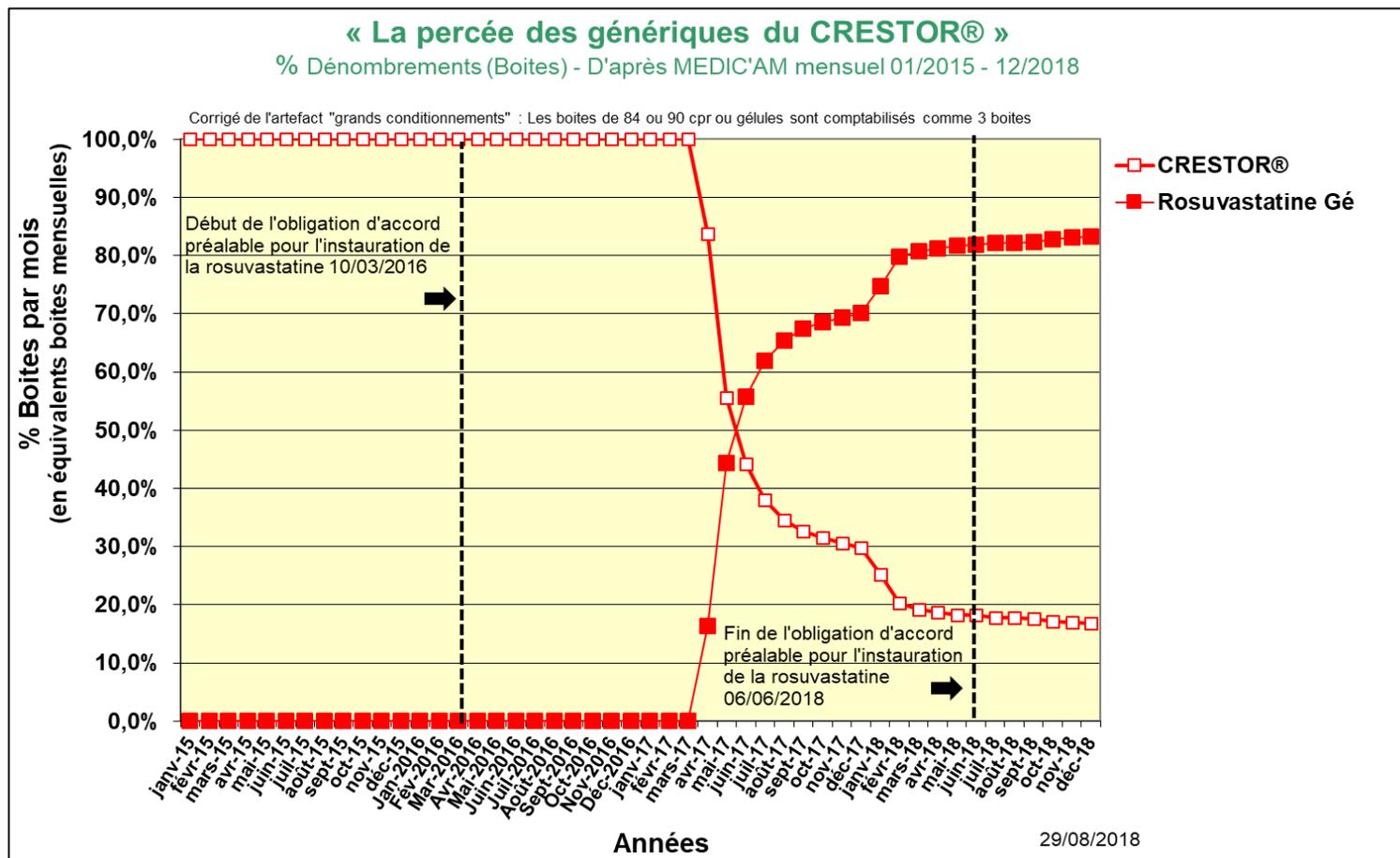
A noter que ce rapport, comme les précédents, ne dresse aucun bilan d'activité, concernant les entretiens confraternels, les visites de DAM chez les médecins et les pharmaciens, ainsi que devant les CME des hôpitaux, les nombres de visites et d'entretiens, les thèmes abordés, les argumentaires... Ils n'ont aucun compte à rendre...

Alors plutôt que de renoncer aussi aux actions « curatives » de type entretiens confraternels et visites de DAM, la CNAMTS ferait mieux d'analyser et de « repenser » la manière dont sont conduites ses actions...

[1] : Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 ». 262 pages. Juillet 2018 : [ici](#).

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

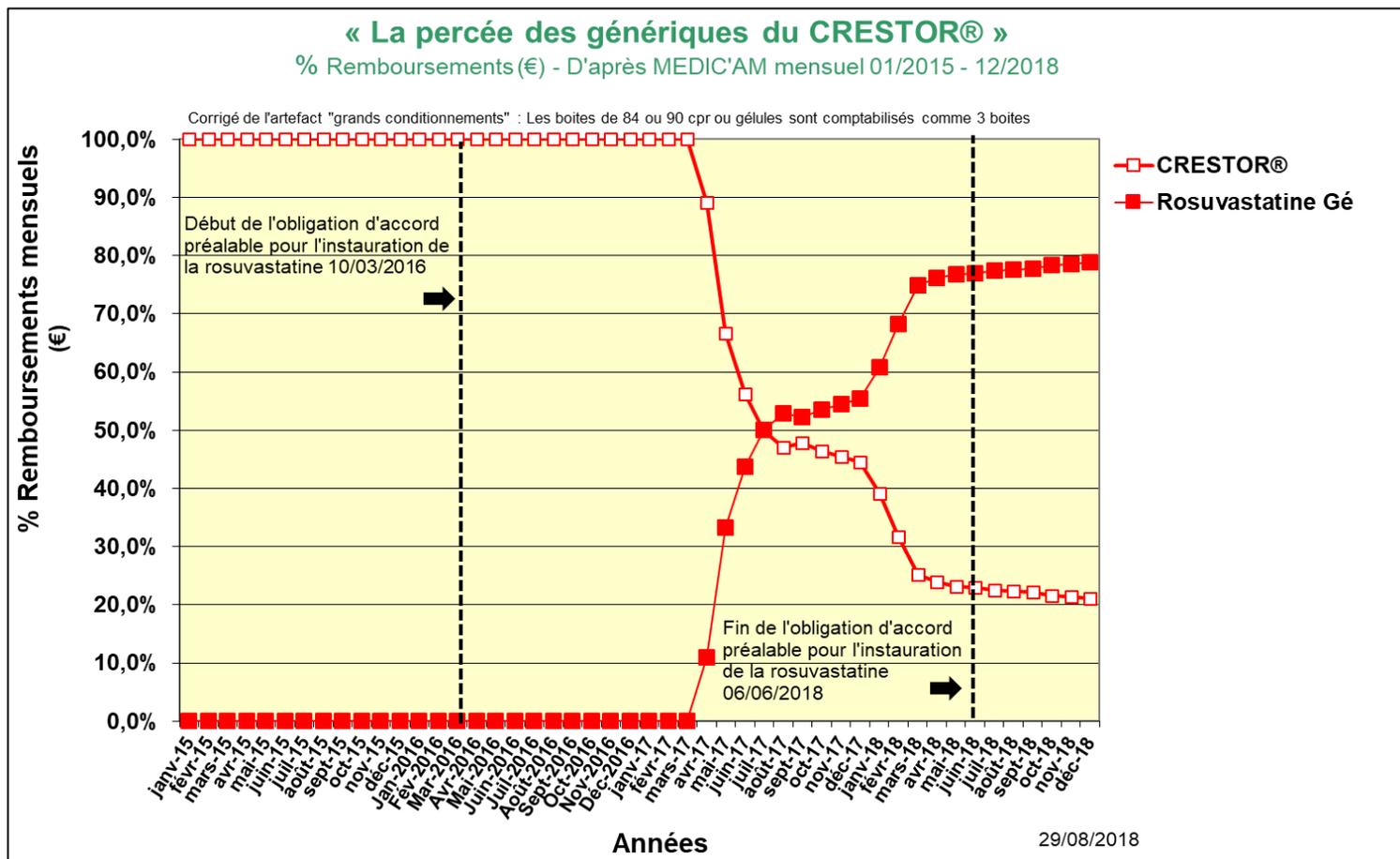
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : Après la perte de son brevet, la substitution du princeps CRESTOR® par ses génériques a été extrêmement rapide, la barre des 50% ayant été franchie dès le 3<sup>ème</sup> mois. En juin 2018, pas moins de 82% des boîtes sont substituées. La CNAMTS décide alors d'abroger l'obligation d'accord préalable...

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

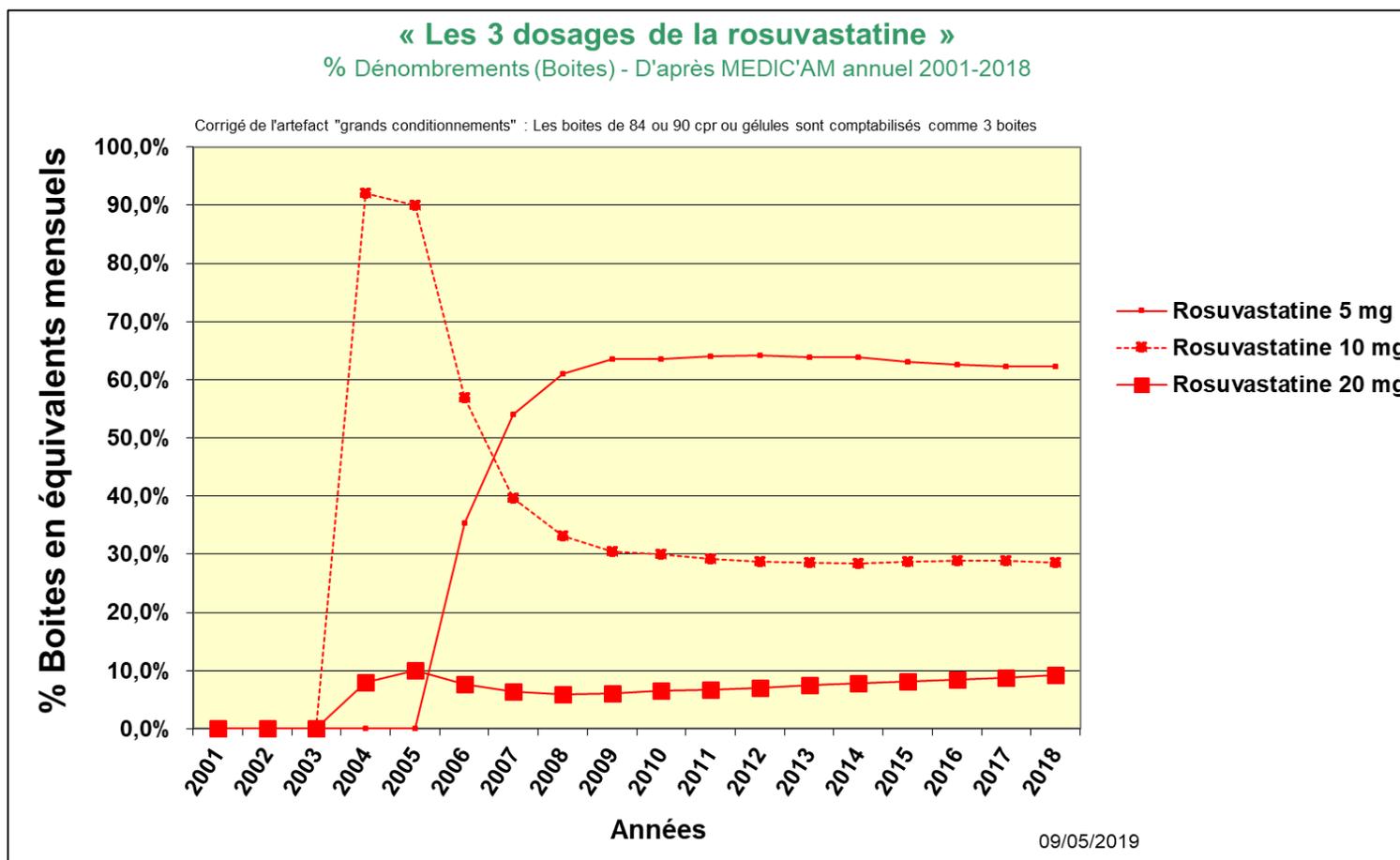
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : En juin 2018, lorsque la CNAMTS abroge l'obligation d'accord préalable, les génériques concentraient 77% des montants remboursés pour la rosuvastatine. La substitution atteint 79% des montants remboursés en décembre 2018.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

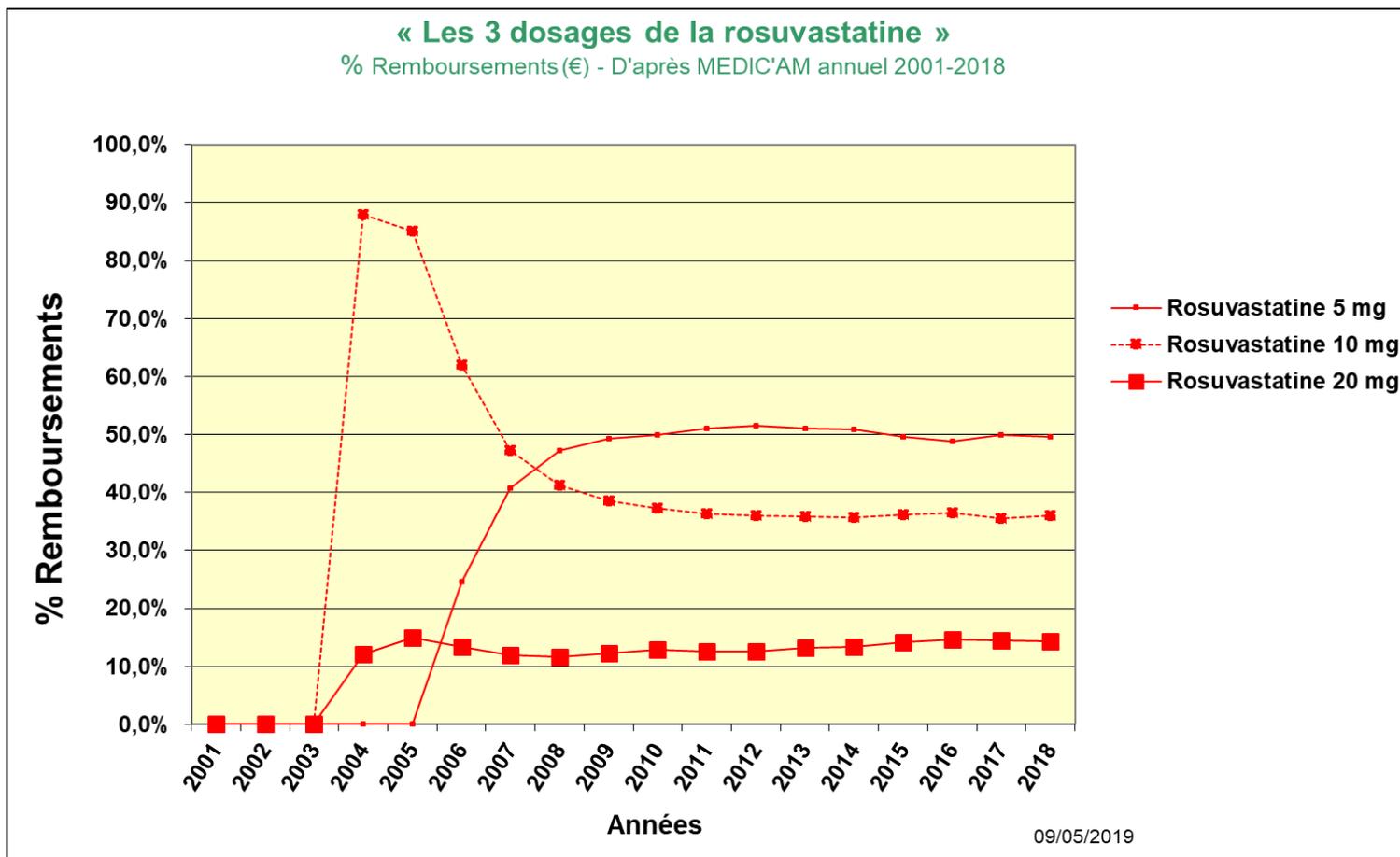
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : La rosuvastatine à 20 mg, commercialisée en France depuis 2004, n'a jamais dépassé 10% des boîtes (équivalents mensuels) remboursées pour cette statine. La présentation à 5 mg lancée en 2005, s'est vite imposée comme la plus prescrite avec plus de 60% des boîtes remboursées

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

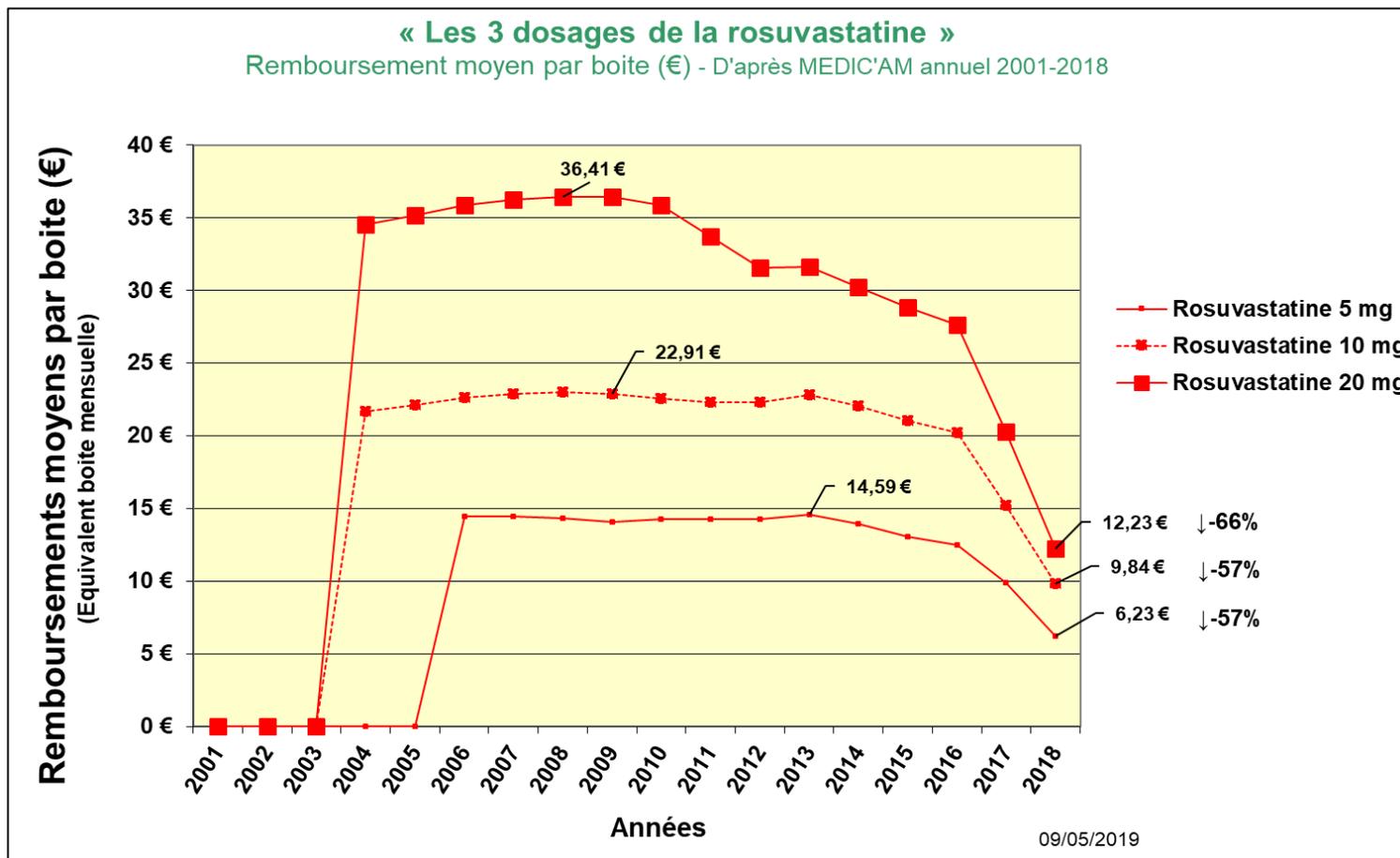
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : La présentation dominante dosée à 5 mg a toujours représenté environ 50% des montants remboursés depuis 2009, et celle à 20 mg jamais plus de 15%, alors que c'est le seul dosage évalué sur des critères de morbi-mortalité dans un seul essai clinique très critiqué...

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

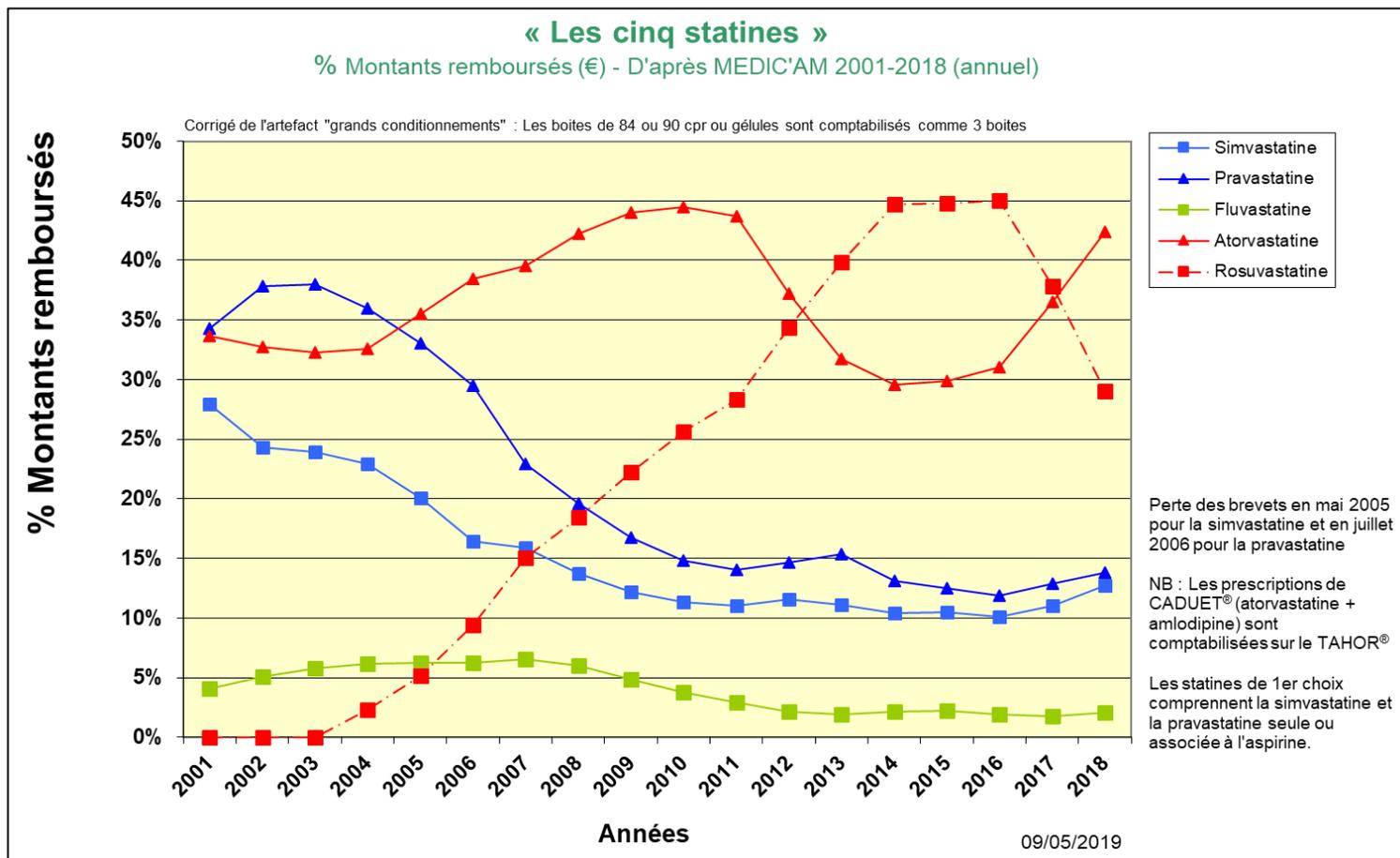
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : Les prix des présentations de CRESTOR® dosées à 5 et 10 mg n'ont que peu baissé avant l'arrivée de leurs génériques. Les baisses de prix ont été plus conséquentes dès 2010 pour la forme dosée à 20 mg, la plus onéreuse, soit 7 années avant la perte du brevet.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

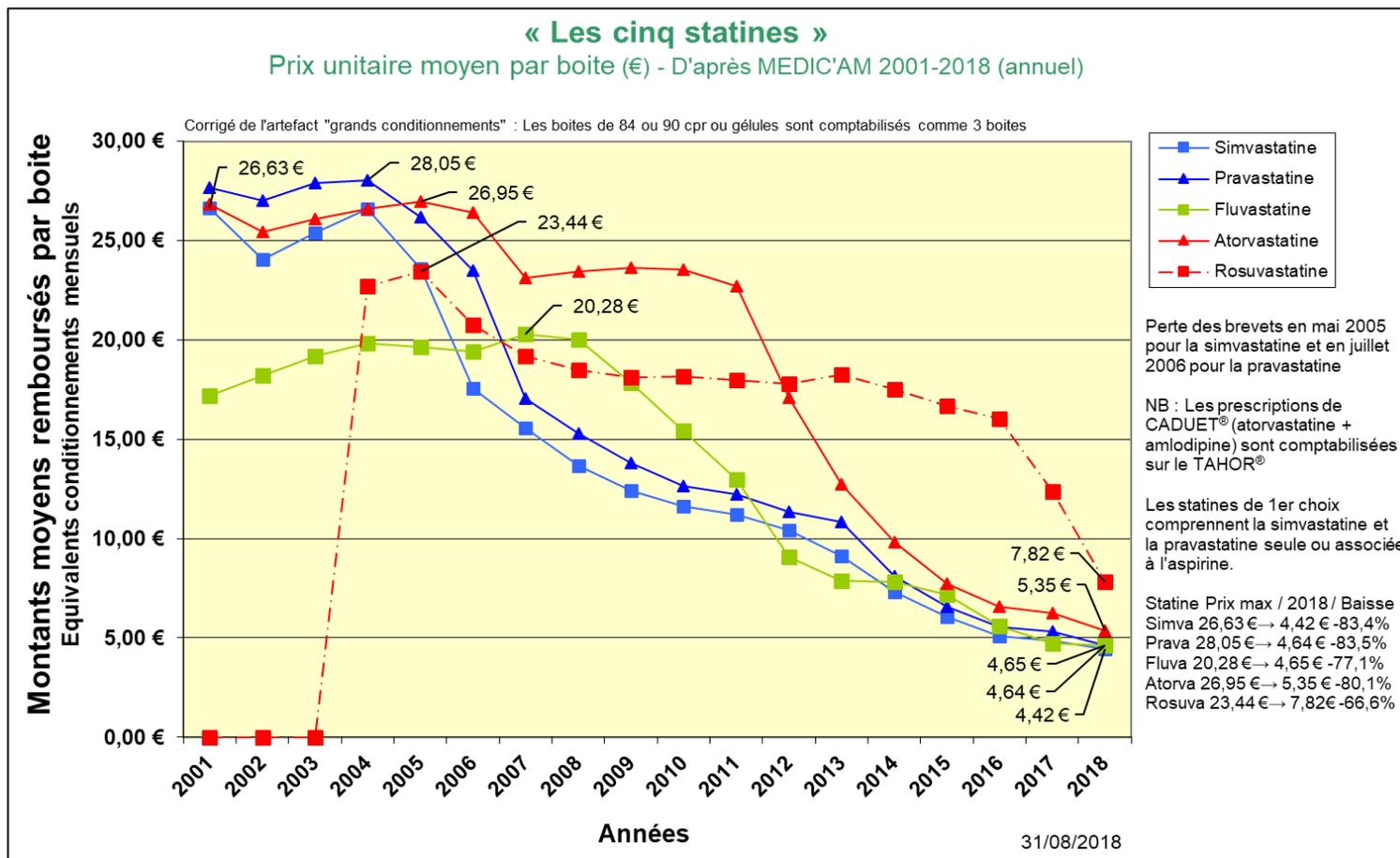
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : Avec 45% de parts de marché en montants remboursés de 2014 à 2016, la rosuvastatine était devenue le premier poste de dépense des statines. Ce sont les baisses de prix et l'arrivée des génériques qui la feront chuter en 2017 où elle sera rejointe par l'atorvastatine propulsée par l'accroissement de ses volumes et le relatif maintien de ses prix

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

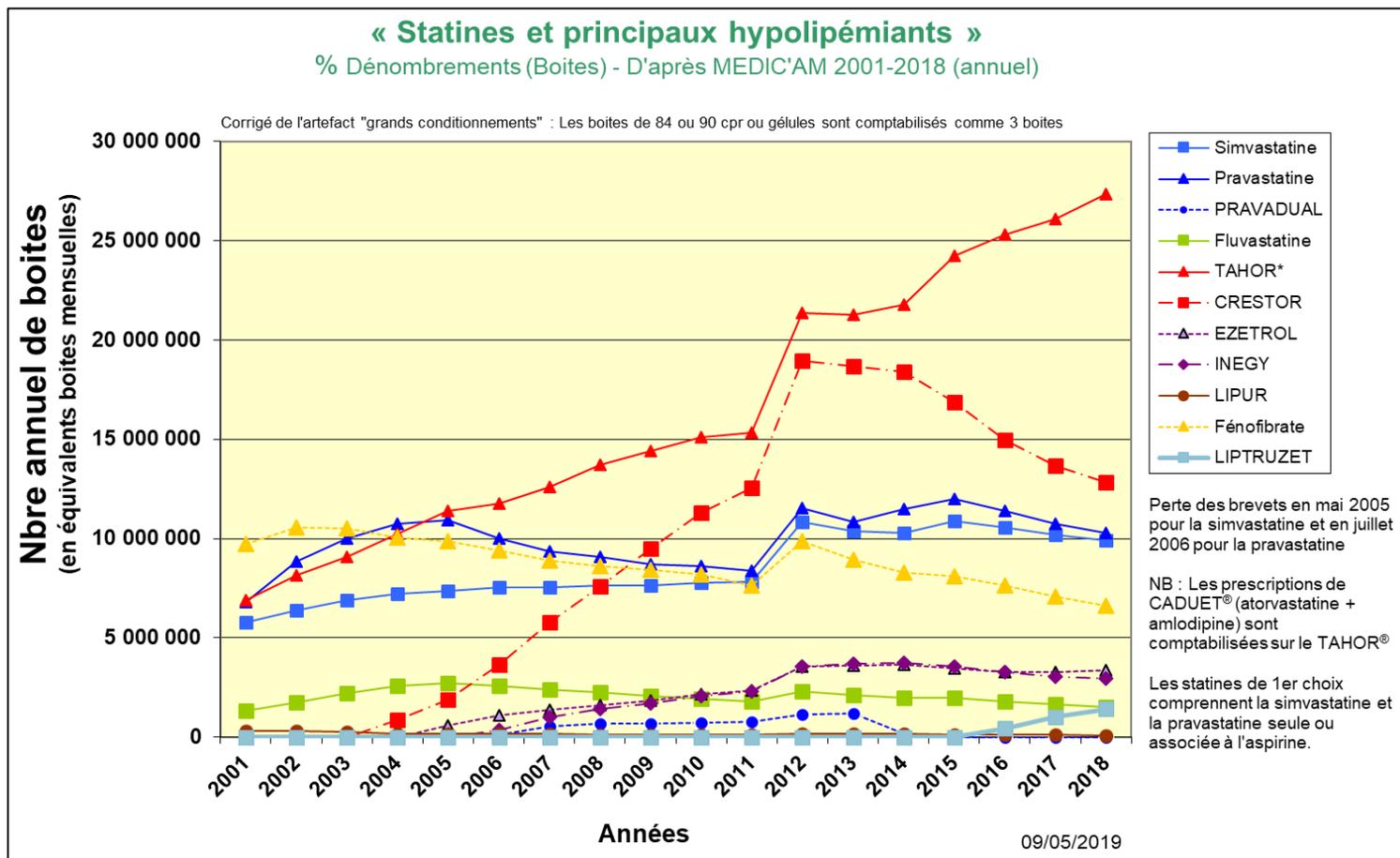
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : Les baisses de prix très conséquentes et répétées ainsi que la substitution par les génériques ont occasionné un effondrement des prix sans jamais stimuler la prescription des 2 statines les moins onéreuses et les mieux documentées sur le plan de leur efficacité clinique. Cette perte de rentabilité généralisée alimenterait-elle les pénuries de médicaments ?

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

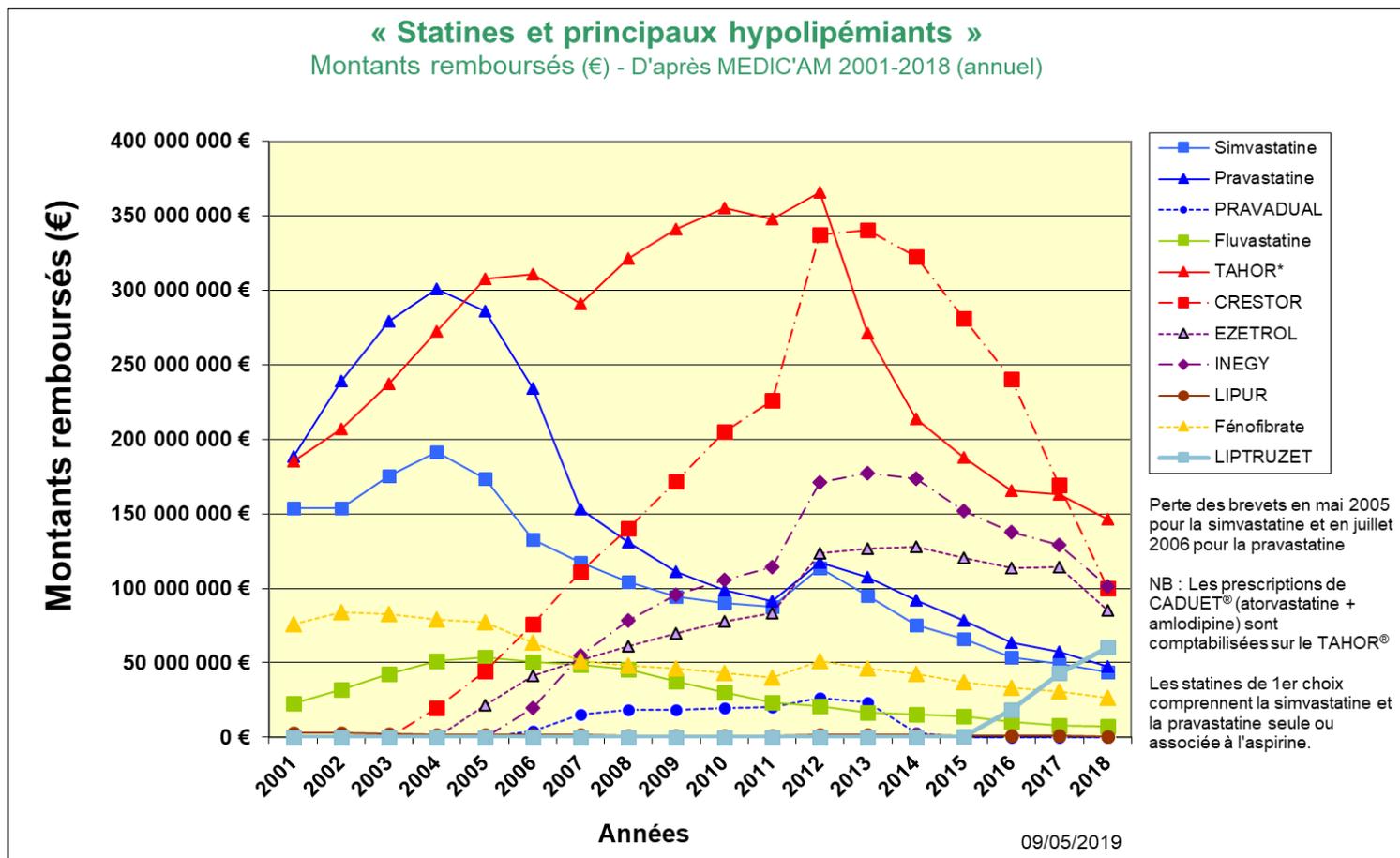
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : Un grand gagnant, l'atorvastatine qui fait la course en tête depuis 2005. Ses résultats dans les essais cliniques sont pourtant plus faibles et inconstants sur les critères de morbi-mortalité que ceux de la pravastatine (prévention primaire et secondaire) et de la simvastatine (prévention secondaire uniquement).

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

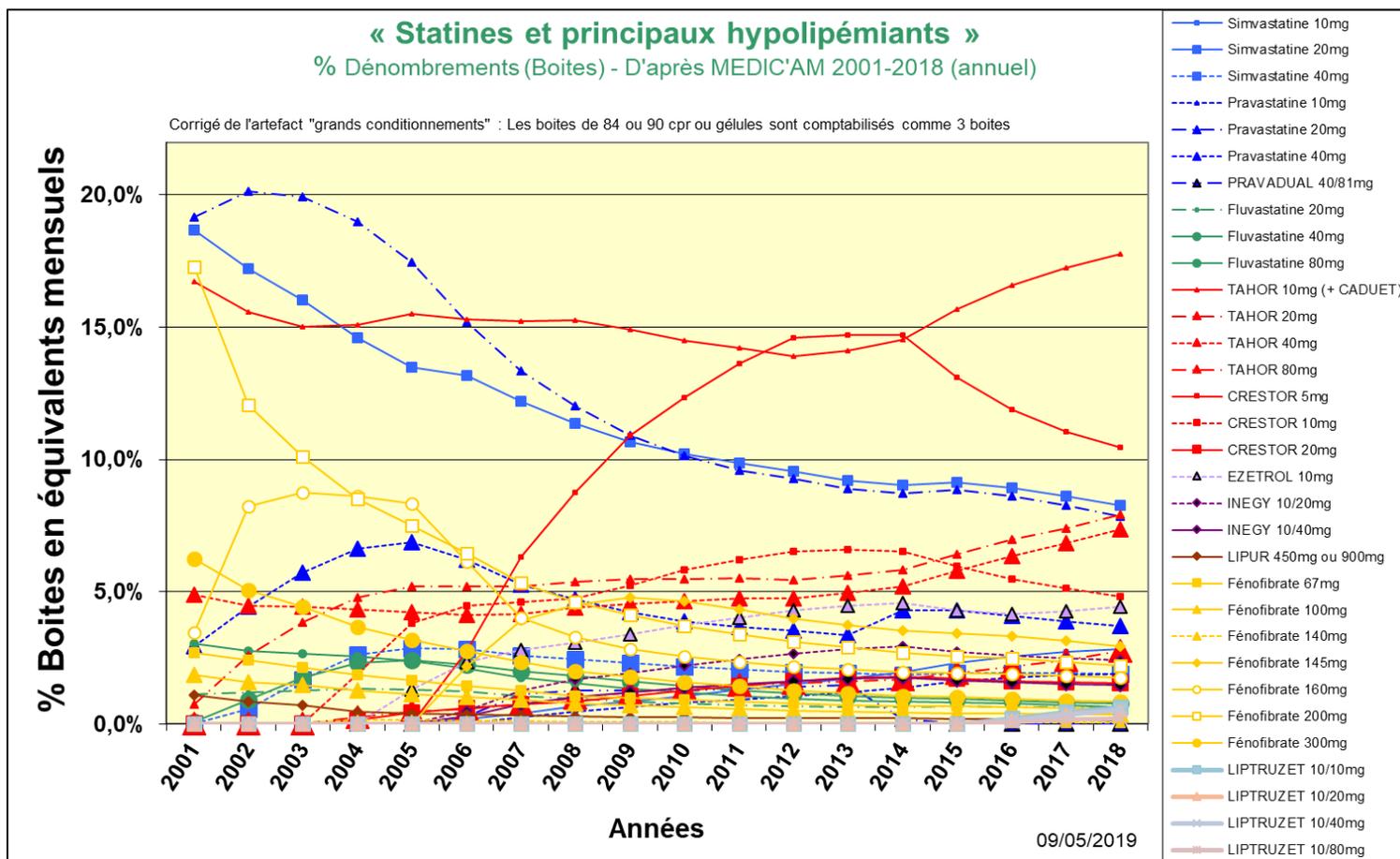
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : La maîtrise des dépenses est purement comptable. Les ressources financières sont consacrées prioritairement au remboursement des hypolipémifiants ayant les plus bas niveaux de preuves cliniques. LIPTRUZET® surfant opportunément sur un « no man's land » marketing profite de son brevet d'exclusivité pour monter au nirvana...

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

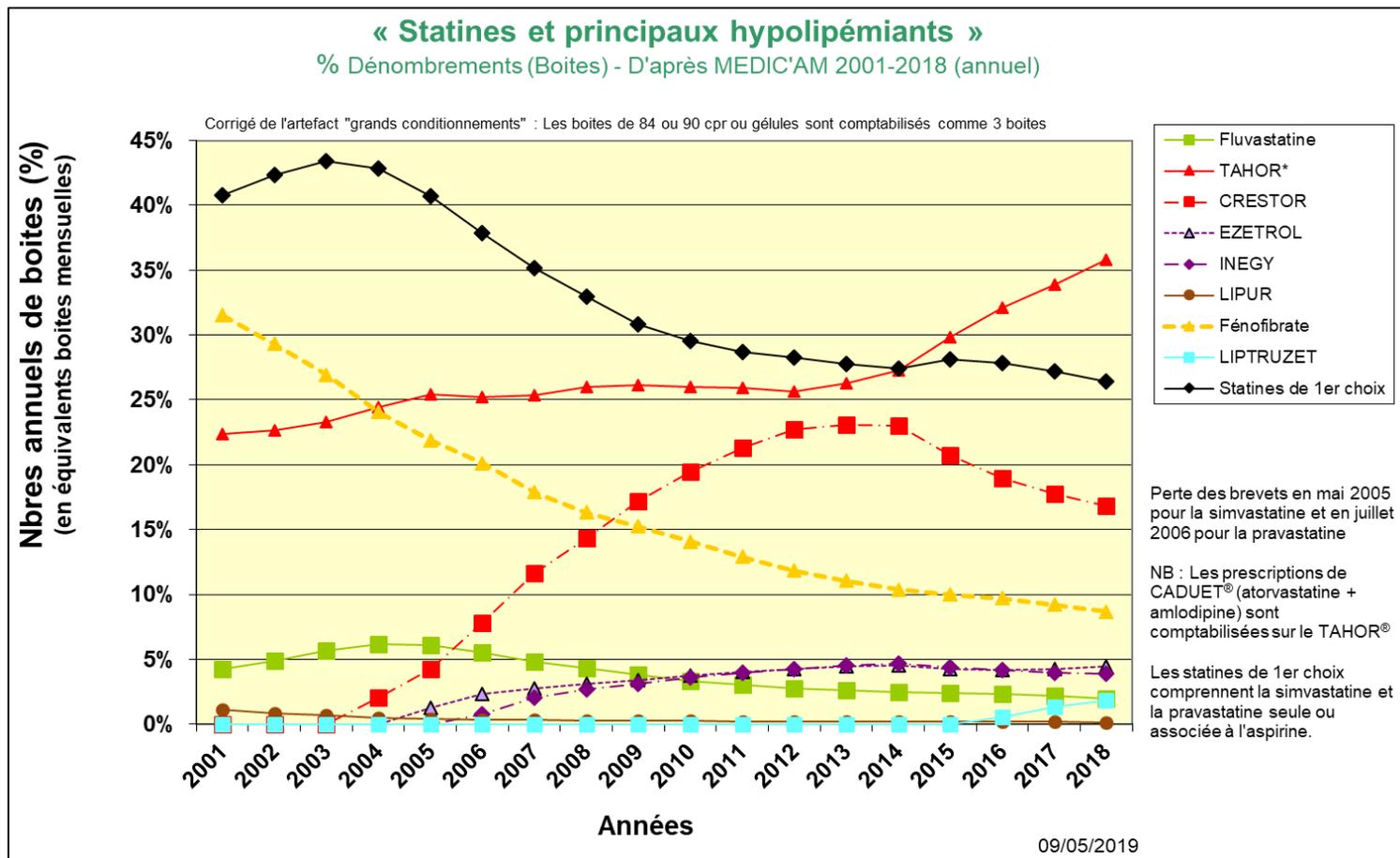
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : Les parts de marché en boîtes équivalents mensuels des 32 présentations d'hypolipémiants les plus prescrites ou remboursées évoluent au gré des efforts promotionnels des firmes plutôt que des niveaux de preuves cliniques. Les anti-PCSK9, PRALUENT® et REPATHA®, aux prescriptions encore confidentielles en 2018, n'ont pas été inclus.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

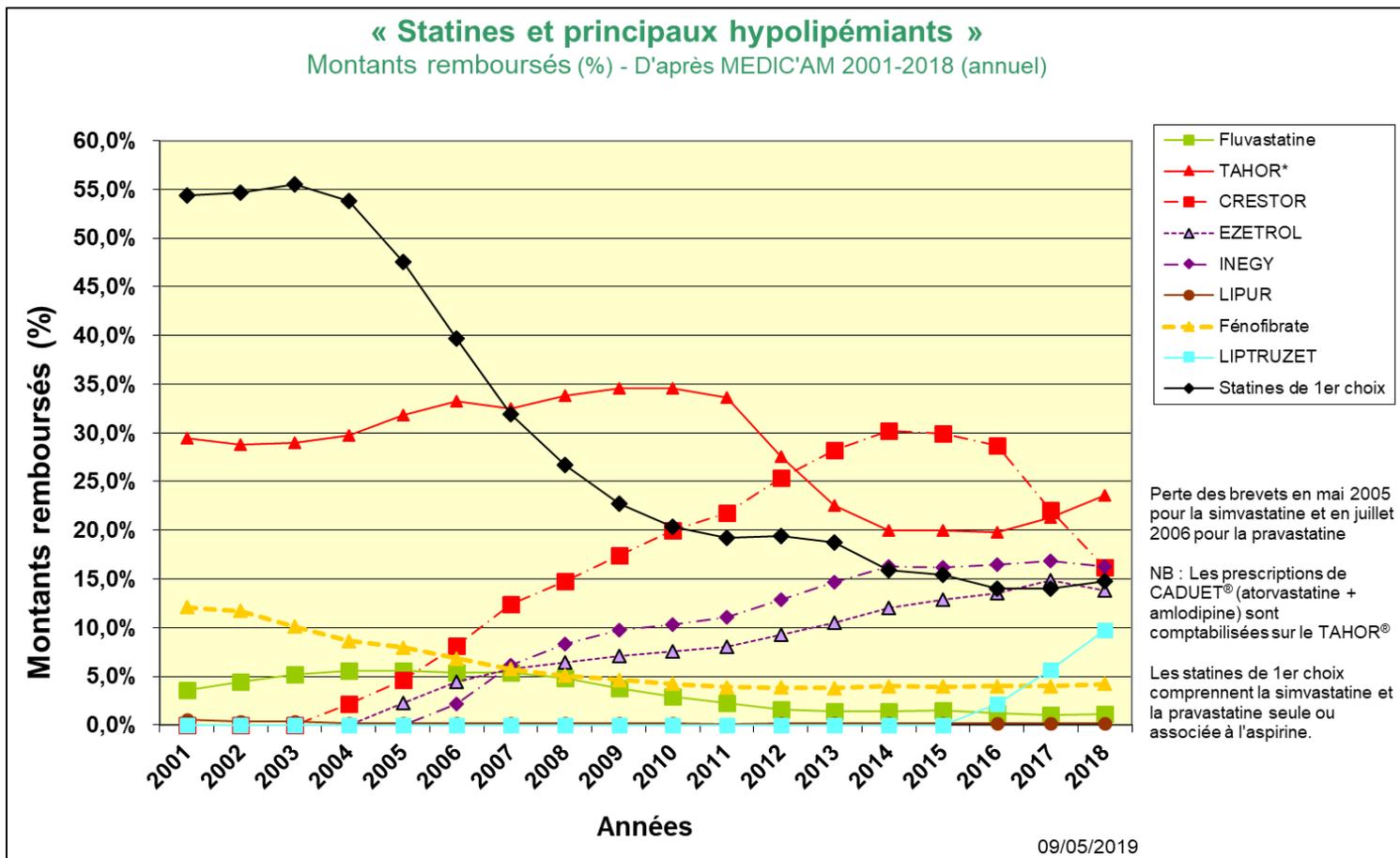
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : Depuis la perte de leurs brevets respectivement en mai 2005 et juillet 2006, la simvastatine et la pravastatine, statines de 1<sup>er</sup> choix, n'ont pas bénéficié du soutien d'actions efficaces dites de régulation qu'elles auraient pourtant mérité de la part de autorités de santé et de l'assurance maladie. Leurs parts de marché en boîtes a chuté de 39%.

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

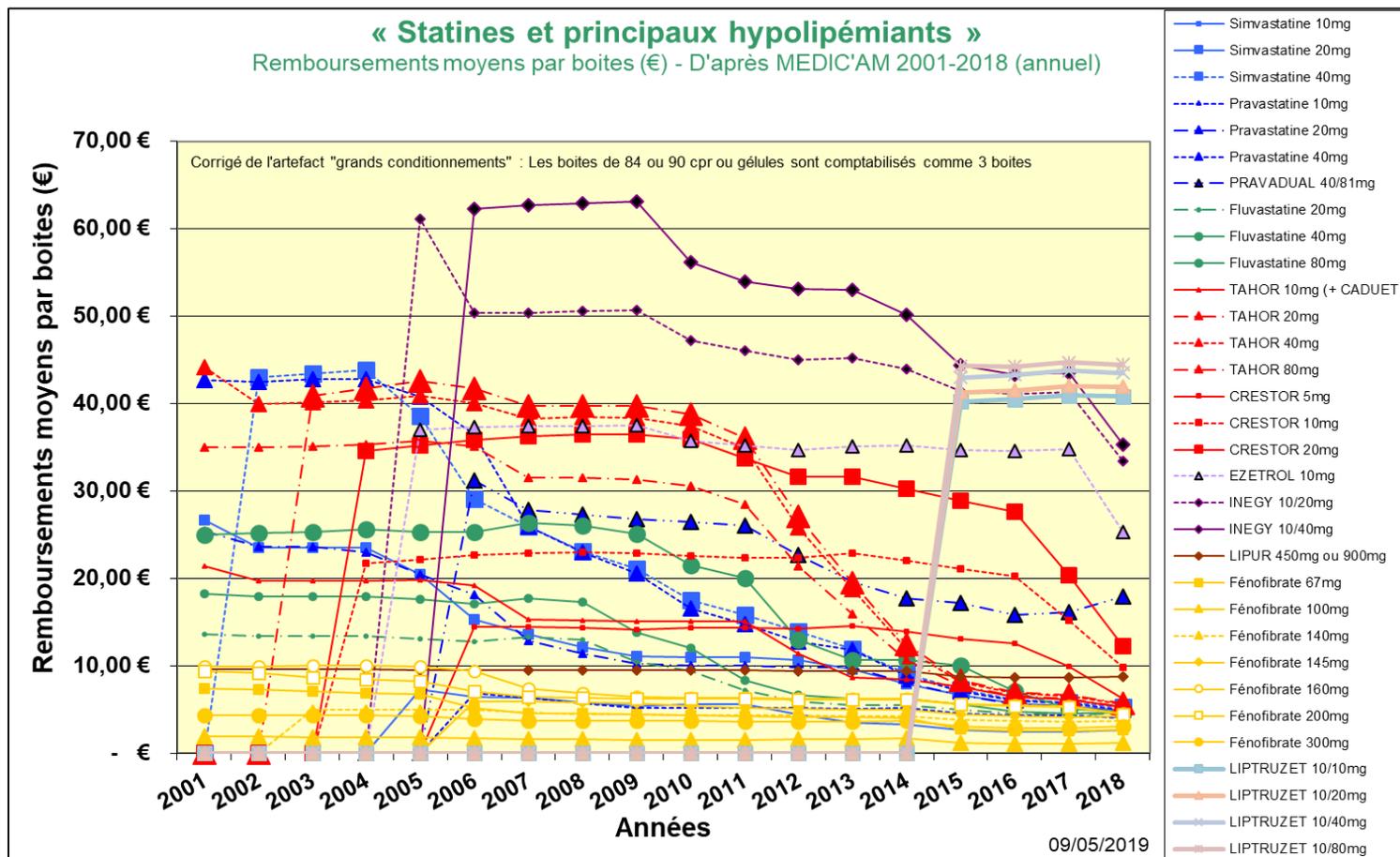
## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : Et de 73% en part de marché de montants remboursés...

« Quel impact aura eu sur les prescriptions de la rosuvastatine, l'obligation d'accord préalable avant son instauration, mise en œuvre par la CNAMTS entre mars 2016 et juin 2018 ? »

## Annexe 2 – Autres graphiques réalisés pour cette étude



Commentaires : Néanmoins d'important différentiels de coûts de traitement subsistent, ouvrant la possibilité de conduire d'autres actions de régulation pour améliorer l'efficacité de la prescription des hypolipémiants. En 2018, LIPTRUZET®, associant l'atorvastatine et l'ézétimibe, est devenu l'option thérapeutique probablement la moins efficace.