

---

## Synthèse de l'étude européenne sur la consommation de médicaments

---

Le LIR, en collaboration avec la Chaire ESSEC Santé et le Pr Gérard de Pourville, publie les résultats d'une nouvelle étude, réalisée par deux analystes spécialistes de la consommation de médicaments, et retraçant 10 années de consommation de médicaments en France et dans 6 autres pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni.

Ce travail compare la consommation de médicaments en volume entre 2000 et 2011, dans 8 classes thérapeutiques les plus couramment utilisées : antibiotiques, anxiolytiques, anti-dépresseurs, anti-ulcéreux, hypolipémiants, anti-hypertenseurs, anti-diabétiques et anti-asthmatiques.

### Les premiers résultats permettent de souligner que :

- ✓ C'est la fin de l'exception française en matière de consommation de médicaments : la France affiche le taux d'évolution le plus faible et une modération relative de sa consommation de médicaments.
- ✓ Si la France était bien en 2000 le pays le plus consommateur de médicaments de ces 8 classes thérapeutiques, elle se situe en 2011 dans la moyenne européenne.
- ✓ Si la France a en effet connu un niveau comparativement élevé de sa consommation (en volume par habitant) de ces médicaments, un rattrapage s'est progressivement opéré en Europe, conduisant à une convergence des niveaux de prise en charge du diabète, du cholestérol, de l'hypertension artérielle (HTA) et de la dépression.
- ✓ En 2000, la France se plaçait, sur 7 de ces 8 classes, parmi les 3 pays les plus consommateurs. Depuis, son rang a régulièrement baissé et elle ne figure plus parmi les 3 premiers que dans 2 de ces classes thérapeutiques.

Soulignons que si des données complémentaires affineront les analyses exposées ci-après, c'est une source rigoureuse de données pour aujourd'hui mais également pour l'histoire même du médicament.

Il s'agit du comparatif le plus à jour qui apparaît comme un référentiel de qualité capable d'étoffer les connaissances de toutes celles et ceux qui s'intéressent au sujet.

Parce qu'elle offre d'importants champs d'analyses, cette étude a vocation à éclairer le débat public.

### 1. Le taux d'évolution le plus faible et une modération relative de la consommation

Les évolutions de la consommation par classe et pour 1 000 habitants sur 12 ans, de 2000 à 2011, qui sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous permettent d'établir **un premier constat** : pour cinq des huit classes - les anti-ulcéreux, les antibiotiques, les anti-dépresseurs, les anti-hypertenseurs et les hypolipémiants -, **la France présente le taux d'évolution le plus faible** sur toute la période.

Pour les anti-diabétiques, le taux de croissance français est le deuxième plus faible après l'Italie.

Quant aux prescriptions d'anxiolytiques, elles décroissent sur la période, moins rapidement qu'en Allemagne, mais à un rythme comparable à celui de la Belgique et de l'Italie.

**Tableau 1 : taux d'évolution moyens annuels par classe 2011/2000 - Hors Pays-Bas**

	Anti-Ulcéreux	Anti-biotiques	Anti-dépresseurs	Anxiolytiques	Anti-asthmatiques	Anti-diabétiques	Anti-hypertenseurs	Hypolipémiants
Allemagne	11,60%	0,10%	10,60%	-3,10%	0,20%	5,10%	7,90%	11,00%
Belgique	13,90%	0,00%	5,70%	-1,20%	-1,50%	3,30%	6,70%	10,30%
Espagne	11,60%	-1,10%	7,00%	1,20%	0,60%	3,80%	5,40%	13,90%
<b>France</b>	<b>8,70%</b>	<b>-1,50%</b>	<b>2,80%</b>	<b>-1,00%</b>	<b>2,50%</b>	<b>2,80%</b>	<b>4,80%</b>	<b>4,80%</b>
Italie	14,00%	0,60%	10,10%	-0,50%	0,80%	2,60%	5,60%	16,20%
Royaume-Uni	9,20%	2,70%	6,40%	-0,90%	1,70%	7,30%	5,50%	21,40%

### 2. Une nette régression dans cinq classes sur huit

Si la France conserve le premier rang pour la classe des antibiotiques, elle reste dans la moyenne pour les anti-asthmatiques et les anxiolytiques et régresse nettement dans les cinq autres classes : anti-dépresseurs, anti-ulcéreux, hypolipémiants, anti-hypertenseurs, anti-diabétiques.

**Tableau 2 : classement des pays par classes pharmaco-thérapeutiques (2000 VS 2011)**  
*(indice 100 = consommation du pays où elles ont les plus faibles en DDD/jr/1000)*

	antibiotiques				antiasthmatiques				antidépresseurs				anxiolytiques			
	2000		2011		2000		2011		2000		2011		2000		2011	
Max	F	250	F	331	B	194	RU	207	B	293	RU	186	B	958	B	925
E		215	E	290	RU	185	PB	158	F	277	B	186	F	774	E	865
B		184	I	288	E	131	B	153	RU	271	E	175	E	685	F	757
I		176	B	279	A	122	F	143	E	240	F	130	I	427	I	448
A		105	RU	201	F	117	E	130	A	111	A	117	A	140	PB	203
RU		100	A	165	I	100	A	108	I	100	PB	113	RU	100	A	109
Min = 100	PB	NA	PB	100	PB	NA	I	100	PB	NA	I	100	PB	NA	RU	100

	antulcéreux				antidépresseurs				antidépresseurs				antihypertenseurs			
	2000		2011		2000		2011		2000		2011		2000		2011	
Max	E	214	E	193	F	199	E	144	F	479	RU	199	A	144	A	189
RU		177	PB	164	E	151	A	138	B	352	B	197	I	142	I	147
F		147	B	139	A	127	RU	138	A	173	PB	163	F	129	E	124
A		124	RU	126	B	125	F	137	E	168	F	154	E	119	B	120
B		122	I	115	I	119	PB	135	RU	123	E	135	B	114	F	116
I		100	A	115	RU	100	B	113	I	100	A	105	RU	100	RU	102
Min = 100	PB	NA	F	100	PB	NA	I	100	PB	NA	I	100	PB	NA	PB	100

(Lecture : pour les anti-ulcéreux, la France est au dernier rang en 2011 ; l'Espagne consomme 1,93 fois plus que la France, d'où le ratio 193 pour l'Espagne.)

Ces deux observations majeures confirment l'existence d'une modération relative de la consommation par habitant en France par rapport aux autres grands pays européens. La France occupe désormais une position moyenne par rapport aux autres pays. Les deux seules classes pour lesquelles la consommation française reste encore élevée sont les classes des antibiotiques et des anxiolytiques.

### *D'une classe à l'autre, des particularités selon les pays*

L'examen détaillé des résultats dans les huit classes pharmaco-thérapeutiques considérées montre la présence d'un certain nombre de particularités selon les pays.

#### **Antibiotiques**

- La consommation totale d'antibiotiques en France a diminué de **15% sur la période 2000-2011**, cette baisse inclut une chute de la consommation de **22% entre 2000 et 2004**, suivie d'une progression, modérée depuis 2005.
- A noter que l'écart relatif entre la France et le Royaume-Uni, qui présente la consommation la plus basse sur la période, est passé de **160% à 64%**.
- En dépit d'une nette décroissance depuis les campagnes régulières menées par l'Assurance maladie, la France se situe encore aujourd'hui au premier rang, mais à un niveau comparable à l'Espagne, l'Italie voire la Belgique.

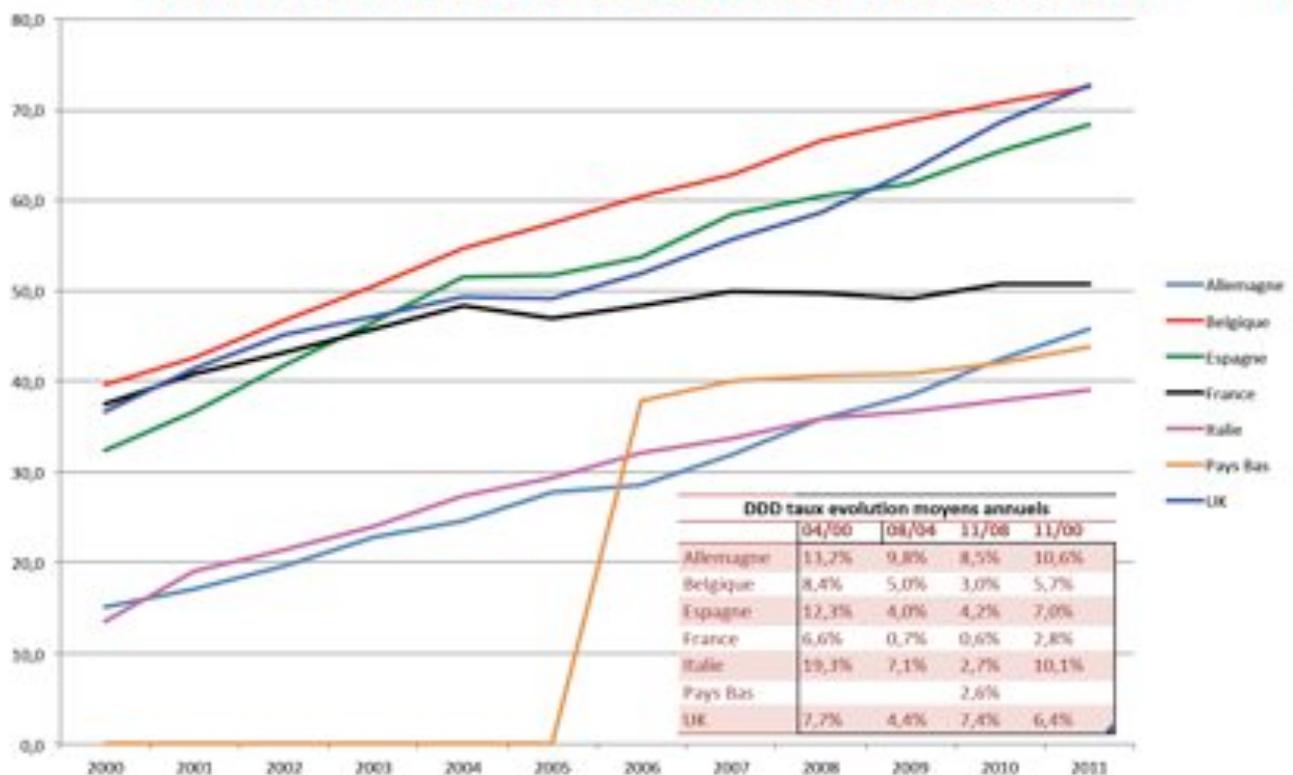
## Anxiolytiques

- Pour cette classe (considérée ici sans les hypnotiques), les disparités observées entre les pays sont très fortes (de 1 à 9). Comme pour les antibiotiques, la France se trouve parmi les trois premiers pays consommateurs en compagnie de l'Espagne, de la Belgique et de l'Italie.
- On peut souligner un niveau de consommation très supérieur à ceux de l'Allemagne et du Royaume-Uni, pays dont on connaît, plutôt que l'utilisation d'anxiolytiques, le recours important aux thérapies comportementales.
- Reste que les prescriptions d'anxiolytiques décroissent sur la période, moins rapidement qu'en Allemagne mais à un rythme comparable avec la Belgique et l'Italie.

## Anti-dépresseurs

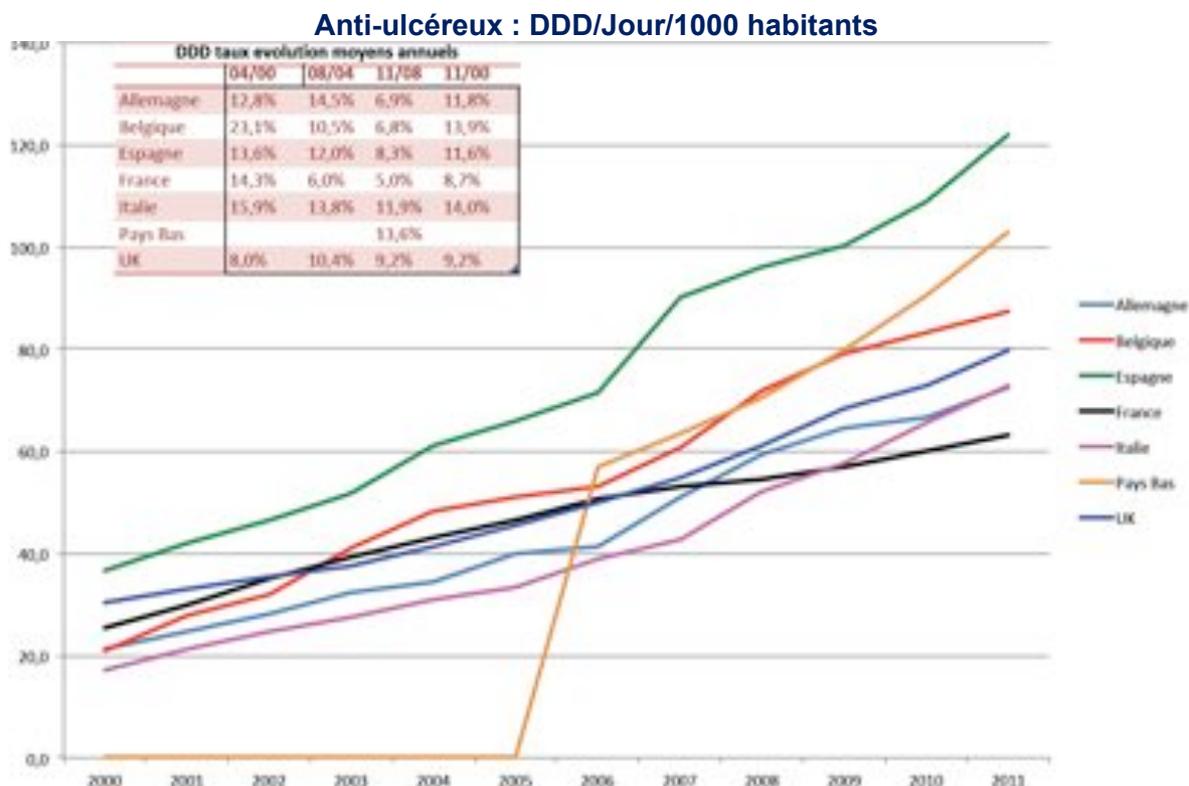
- En 2000, la France était la deuxième consommatrice des pays européens ; elle occupe maintenant la quatrième place. La consommation s'est stabilisée depuis 2004 alors qu'elle a progressé dans les autres pays et notamment au Royaume-Uni, en Espagne et en Belgique. Les résultats observés pour cette classe viennent contredire l'idée généralement acceptée d'une consommation excessive par rapport à nos voisins européens. Un constat qui avait d'ailleurs été souligné par l'Assurance maladie en 2008.

**Antidépresseurs : DDD/Jour/1000 habitants**



## Anti-ulcéreux

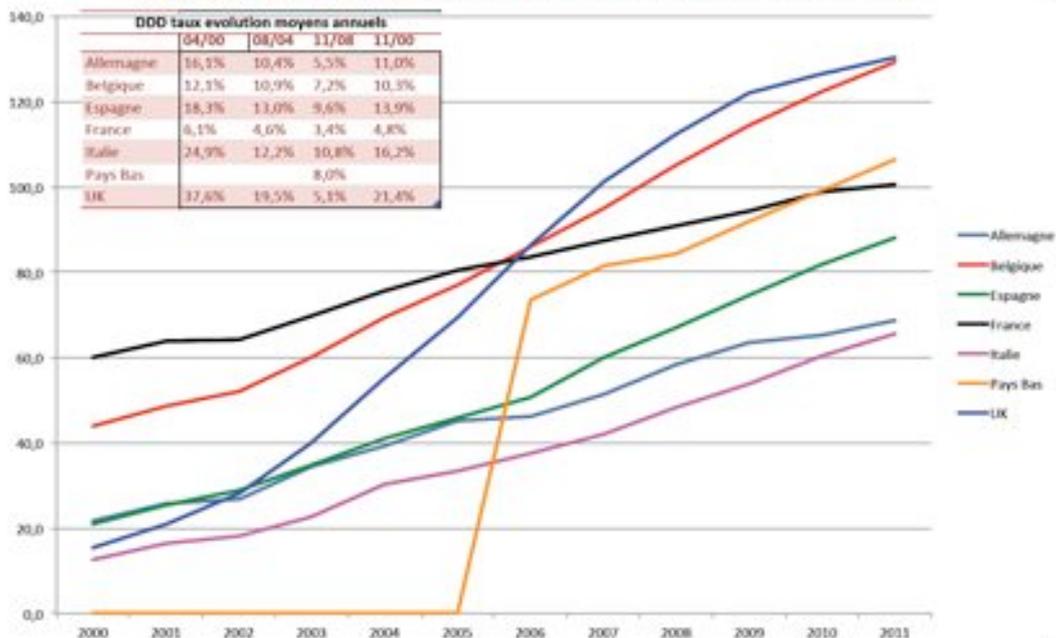
- La France est maintenant au dernier rang (elle était au troisième en 2000). **Cette rétrogradation s'explique par des taux d'évolution chez nos voisins deux fois supérieurs au nôtre depuis 2005.**



## Hypolipémiants

- La France, qui occupait le premier rang pour cette classe en 2000, se situe maintenant au quatrième rang (et au cinquième concernant les statines). Comment expliquer cette évolution notable ?
  - En fait, la France a été « dépassée » à partir de 2005 par le Royaume-Uni, la Belgique puis plus récemment par les Pays-Bas. Il faut tenir compte ici de l'augmentation des populations prises en charge et de l'évolution des attitudes thérapeutiques depuis 15 ans dans plusieurs pays.
  - La croissance très rapide de la consommation d'hypolipémiants au Royaume-Uni, passé du 4<sup>ème</sup> au 1<sup>er</sup> rang sur la période, relève sans doute de la mise en place, par le NHS, d'une politique volontariste de réduction des risques cardio-vasculaires, au regard du retard du pays dans ce domaine.

## **Hypolipémiants : DDD/Jour/1000 habitants**



## Anti-

### hypertenseurs

- La prévalence de l'hypertension dans les États membres semble se situer autour de 20%. Pour cette classe, c'est l'Allemagne qui se situe au premier rang, suivie par l'Italie. On sait qu'il s'agit des deux pays où la population des plus de 65 ans est la plus forte (20-21% en Allemagne et en Italie, contre 16-17% dans les autres pays). A noter également que l'Allemagne est le pays où le recours aux associations thérapeutiques (2 ou 3 médicaments associés) est le plus systématique. La France est au cinquième rang (elle occupait le troisième en 2000), dans un groupe de cinq pays dont les niveaux de consommation sont relativement proches.
- Le poids des inhibiteurs du système rénine-angiotensine est relativement homogène en Europe (de 39% à 53% selon les pays). La France est numéro 6 (42%).

### Anti-diabétiques

- L'étude a considéré la consommation des antidiabétiques oraux, mais aussi celle des insulines, ce qui était important dans la mesure où l'utilisation des insulines dans le traitement du diabète de type 2 est croissante ces dernières années et est particulièrement élevée en Allemagne, aux Pays-Bas, voire au Royaume-Uni (les insulines sont deux fois plus utilisées en Allemagne qu'en France).
- Sur l'ensemble des anti-diabétiques, la France se situe aujourd'hui au quatrième rang (elle occupait le premier en 2000), en sachant que cinq pays sont pratiquement au même niveau : Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, France, Pays-Bas.

### Anti-asthmatiques

- Dans ce domaine, le Royaume-Uni se situe à un niveau nettement plus élevé que ses voisins en raison de sa forte prévalence de la maladie asthmatique (au moins deux fois supérieure à celle observée dans les pays continentaux).
- La France se situe au quatrième rang, en position assez proche de celle d'autres pays, Belgique, Pays-Bas et Espagne. A noter aussi que la consommation de cette classe a très peu évolué depuis 2005.

## En conclusion

**Cette étude comparative et réalisée dans la durée, corrige une somme d'idées reçues sur la consommation de médicaments en France.**

***Elle révèle une convergence du comportement des pays européens en matière de consommation de médicaments : la France se place dorénavant dans la moyenne européenne.***

***L'analyse des résultats produits peut nourrir de nombreuses réflexions intéressantes pour l'avenir du système de santé français : place des génériques, définition des stratégies thérapeutiques, prise en charge des maladies chroniques et l'accès de tous aux médicaments innovants.***

### ***Pour précisions techniques***

---

#### **La méthode utilisée en DDD**

L'indicateur utilisé par la société IMS pour chaque produit est le nombre d'unités standards (Standards Units, SU). L'unité standard se définit comme l'unité de prise contenue dans un conditionnement (comprimé, gélule, cuillerée, bouffée, injection).

Dans l'étude présentée ici, les SU ont été converties en « doses quotidiennes définies » (Daily Defined Dose, DDD), indicateur conçu par le centre OMS dédié à la méthodologie d'étude statistique des médicaments.

En effet, la « DDD » est de longue date la méthode universelle de mesure de la dose d'entretien quotidienne moyenne supposée pour un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte. Le calcul des DDD est établi par l'OMS à partir de la quantité de produit actif contenu dans un conditionnement.

L'indicateur final de vente retenu dans l'étude est alors le nombre de jours de traitement pour 1 000 habitants et par jour (DDD/jr/1000).

Cette méthodologie DDD donne une meilleure idée de la consommation réelle d'un médicament ; par exemple, pour une boîte de 30 comprimés d'un médicament utilisé à la posologie de 2 comprimés par jour, l'indicateur DDD retiendra un chiffre de 15, alors qu'avec l'indicateur SU, on aurait retenu le chiffre de 30. De plus, la méthodologie DDD qui permet de normer le calcul de la consommation va rendre cohérentes les comparaisons des niveaux entre les pays.

Par rapport à la méthodologie de l'OMS, l'étude présente une adaptation : chaque fois que l'on était en présence d'une association thérapeutique fixe (de deux ou trois médicaments associés), la DDD de la molécule de base a été multipliée par 2 ou par 3 pour être au plus près de la réalité de la consommation. Par exemple, dans le cas d'une association anti-hypertensive avec un sartan + un inhibiteur calcique + de l'hydrochlorothiazide, la DDD du sartan a été multipliée par trois.

#### **Une étude initiée en 2004 - mise à jour**

Une première phase de cette étude, présentée en 2007, portait sur la période 2000/2004 dans cinq pays européens (France, Allemagne, Royaume-Uni, Italie, Espagne) et sur sept des principales classes pharmaco-thérapeutiques. On constatait alors que si la France était en 2000 le premier consommateur de médicaments pour quatre des sept classes étudiées (antidiabétiques oraux, antidépresseurs, anxiolytiques, et antibiotiques), elle ne l'était plus dans aucune classe en 2004, tout en restant un des trois premiers pays consommateurs dans la majorité des classes.

Par ailleurs, entre 2000 et 2004, un rapprochement s'était opéré entre les pays, aussi bien pour les niveaux que pour les structures de consommation. Pourtant, l'idée reçue d'une France championne toutes catégories de la consommation médicamenteuse en Europe et même au-delà n'en continua pas moins à être diffusée dans l'opinion publique.

Il importait de poursuivre cette observation de la consommation dans la durée et donc de prolonger l'étude avec l'analyse des données recueillies les années suivantes. Les résultats présentés aujourd'hui portent donc sur l'évolution comparée de la consommation de médicaments entre 2000 et 2011, dans sept pays européens et sur huit classes thérapeutiques. En effet, deux pays ont été ajoutés : la Belgique (données intégrées à partir de l'année 2000) et les Pays-Bas (données intégrées à partir de 2006) ; et pour les classes thérapeutiques, ont été ajoutés les anti-ulcéreux et les insulines.

## Le choix des 8 classes

Les médicaments de ces 8 classes sont des médicaments destinés au traitement de maladies majeures, fréquentes et essentiellement traitées en ville dans tous les pays couverts par l'étude. Les médicaments de ces classes sont essentiellement des médicaments de prescription.

Le choix des classes a également été fait en fonction de leur importance en termes de dépenses (de 35% à 40% des dépenses totales de médicaments dans la majorité des pays couverts par l'étude) et de leur circuit de distribution afin de disposer de comparaisons pertinentes entre les pays. Ainsi, les médicaments dits de spécialité comme les anticancéreux peuvent être largement distribués en milieu hospitalier et donc introduire un biais dans les comparaisons internationales.

## Les auteurs

L'étude a pu être effectuée grâce au travail de Pierre Chahwakilian et Antoine Ferrier-Battner : deux analystes spécialistes de la consommation de médicaments, en collaboration avec la chaire ESSEC Santé et le Pr Gérard de Pourville, et avec le soutien du LIR, Think Tank innovation santé, qui a financé l'achat des données à IMS Health.

## D'autres résultats attendus pour septembre

Les résultats présentés portent uniquement sur les volumes de consommation approchés par les ventes de médicaments réalisées en pharmacies d'officine, à partir des panels de la société IMS.

L'étude ne comporte pas à ce stade d'analyse des coûts.

Le LIR proposera dans un second temps des explications à ces volumes (morbidité, systèmes de santé et actions de santé publique).

## A propos de l'association LIR

---

Ses seize entreprises adhérentes sont toutes des filiales rattachées à des groupes pharmaceutiques internationaux dont la raison d'être est la recherche et l'innovation en santé.

Les présidents engagés au sein de l'association sont réunis autour de trois objectifs :

- Renforcer la sécurité sanitaire,
- Développer l'excellence et la compétitivité de la recherche française,
- Contribuer à l'efficacité du système de soin.

Organisé sur le mode d'un Think Tank, le LIR a acquis au cours de ses 15 ans d'existence une excellente notoriété parce qu'il produit des analyses rigoureuses sur toutes les questions du progrès thérapeutique et fait de son association un espace de réflexion et de dialogue ouvert et constructif dont l'ambition est de garantir aux Français un égal accès à l'innovation.

En savoir plus : [www.lir.asso.fr](http://www.lir.asso.fr)

### CHIFFRES CLES 2011

- **16 filiales**
- **26 926 salariés**
- **1/3 de l'industrie** pharmaceutique
- **38% des emplois** en production
- Chiffre d'affaires de **11,4 milliards**
- **42,8 % du marché** intérieur français
- **709 millions** d'euros investis en R&D en 2010
- **70% des essais cliniques** réalisés en France
- Plus de **8 médicaments (ASMR 1 à 3) sur 10** répondant à des besoins de santé critiques
- Plus de **4 médicaments sur 5**, proposés dans la prise en charge du sida par exemple, proviennent des laboratoires du LIR

## A propos de la Chaire ESSEC Santé

---

Créée en 1989, la Chaire ESSEC Santé témoigne de la volonté du groupe ESSEC de répondre aux besoins de formation, de recherche et d'études des entreprises et des institutions de santé. Depuis 2007, le Professeur Gérard de Pouvourville, économiste de la santé, en est le titulaire.

**La Chaire assure trois missions :**

1. Sélectionner et former des étudiants du groupe ESSEC souhaitant faire carrière dans les industries de la santé, les hôpitaux et cliniques, les cabinets conseils, les assurances...
2. Développer les compétences des professionnels de santé dans le domaine de la gestion et de l'économie de la santé.
3. Développer la recherche grâce à une cellule spécialisée dans l'économie et la gestion de la santé participant à la réflexion sur la maîtrise des dépenses de santé, au développement des évaluations médico-économiques des produits de santé, à la réforme des modes de financement et de l'évaluation de la qualité ainsi qu'à la gestion des risques des établissements hospitaliers publics et privés.