

“IPhEB-Report” March 2023 publication

(January 2023 data)

Editeur responsable : Luc Vansnick, rue Archimède 11 – 1000 Bruxelles

Toute information issue de cette publication ne peut être reproduite sans autorisation écrite de l'IPhEB

IPhEB-Report est une publication de l'IPhEB. Les informations publiées dans ce document sont tirées de la base de données IFSTAT qui comprend les fournitures et prestations pharmaceutiques délivrées dans les officines ouvertes au public et remboursées par l'assurance obligatoire dans le cadre du tiers-payant. Ce document ne présente qu'un échantillon des nombreuses possibilités d'analyse permises par la base de données IFSTAT (rapidité, exhaustivité, répartition géographique, expertise, ... dans les limites de notre charte). Veuillez consulter le site web [www.ipheb.be] pour plus d'informations à ce sujet ou nous contacter par mail : info@ipheb.be pour des demandes spécifiques ou des collaborations potentielles.

Ensemble des médicaments remboursés

Les données reprises dans le tableau sont limitées aux médicaments remboursés (spécialités) et aux prestations pharmaceutiques les concernant

GLOBAL (mio)	CI	CP	PP	NB	NU	DDD	INN			
							NB (all)	% (all)	NU (all)	% (all)
2016	2.678	465,9	3.097	105,2	220,1	5.360	9,054	8,6%	9,95	4,5%
2017	2.653	469,5	3.102	102,5	250,0	5.255	8,598	8,4%	10,42	4,2%
2018	2.700	475,3	3.167	102,7	255,2	5.319	7,770	7,6%	2,56	1,0%
2019	2.699	463,1	3.161	102,4	254,8	5.321	3,990	3,9%	13,04	5,1%
2020	2.761	415,4	3.177	97,6	256,4	5.214	2,424	2,5%	14,13	5,5%
2021	2.867	389,9	3.257	98,8	265,4	5.248	2,300	2,3%	15,36	6,2%
2022	3.070	400,7	3.471	102,2	268,0	5.325	2,123	2,1%	5,91	2,2%
2023 (pred.)	3.325	407,2	3.731	103,1	317,2	5.372	2,454	2,4%	6,78	2,1%
2022/2021	+7,1%	+2,8%	+6,6%	+3,4%	+1,0%	+1,5%	-7,7%		-61,5%	
2023/2022	+8,3%	+1,6%	+7,5%	+0,8%	+18,3%	+0,8%	+15,6%		+14,7%	
202202	225,1	29,25	254,4	7,536	20,77	401,8	0,160	2,1%	0,569	2,7%
202203	267,1	35,43	302,5	9,093	21,57	472,8	0,192	2,1%	0,624	2,9%
202204	237,9	31,47	269,3	8,002	20,17	422,5	0,164	2,0%	0,516	2,6%
202205	253,9	33,82	287,7	8,574	23,86	456,2	0,174	2,0%	0,470	2,0%
202206	267,9	34,73	302,6	8,878	20,99	473,8	0,176	2,0%	0,474	2,3%
202207	234,7	29,90	264,6	7,607	22,74	408,2	0,154	2,0%	0,434	1,9%
202208	245,3	30,65	276,0	7,777	23,27	425,1	0,154	2,0%	0,486	2,1%
202209	267,1	34,17	301,2	8,750	22,53	449,4	0,176	2,0%	0,406	1,8%
202210	274,9	37,12	312,0	9,396	24,62	450,9	0,195	2,1%	0,417	1,7%
202211	273,8	36,09	309,9	9,238	21,79	465,9	0,195	2,0%	0,412	1,8%
202212	295,4	39,10	334,5	9,919	21,71	499,4	0,223	2,2%	0,265	1,2%
202301	267,0	33,32	300,4	8,400	25,83	435,7	0,197	2,3%	0,544	2,1%

Ce tableau contient les informations relatives à la délivrance des médicaments remboursés en distinguant des nombres de conditionnements (NB) et d'unités (NU)

Le tableau ci-dessous reprend la signification des différents paramètres.

CI	cost insurance	comprend l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix, ainsi que les honoraires spécifiques des pharmaciens (INN – CIV – BUM – honoraires hebdomadaires pour la tarification à l'unité)
CP	cost patient	correspond au montant des tickets modérateurs calculés en fonction de la base de remboursement ex usine, et comprend aussi l'éventuel supplément pour les médicaments dans le remboursement de référence dont le prix ex usine est plus élevé que la base de remboursement
PP	public price	prix public
NB	number of packs	nombre de conditionnements
NU	number of units	nombre d'unités de médicaments sous forme orale solide délivrés aux résidents des MRS/MRPA.
DDD	number of DDD	nombre de DDD
INN	international nonproprietary name	médicaments « flaggés » comme étant prescrit sous la dénomination commune internationale (DCI) dans l'ensemble des médicaments remboursés (all).

Remarque : ce tableau n'inclut pas les changements suite à la reprise du MAF (maximum à facturer) dans le système du tiers payant depuis le 1 janvier 2015. Dans le passé les montants du MAF étaient déjà transférés des dépenses des patients vers les dépenses de l'INAMI, mais sans apparaître dans les données. Pour la cohérence des données, nous n'avons donc pas changé la signification du sigle « CP ».

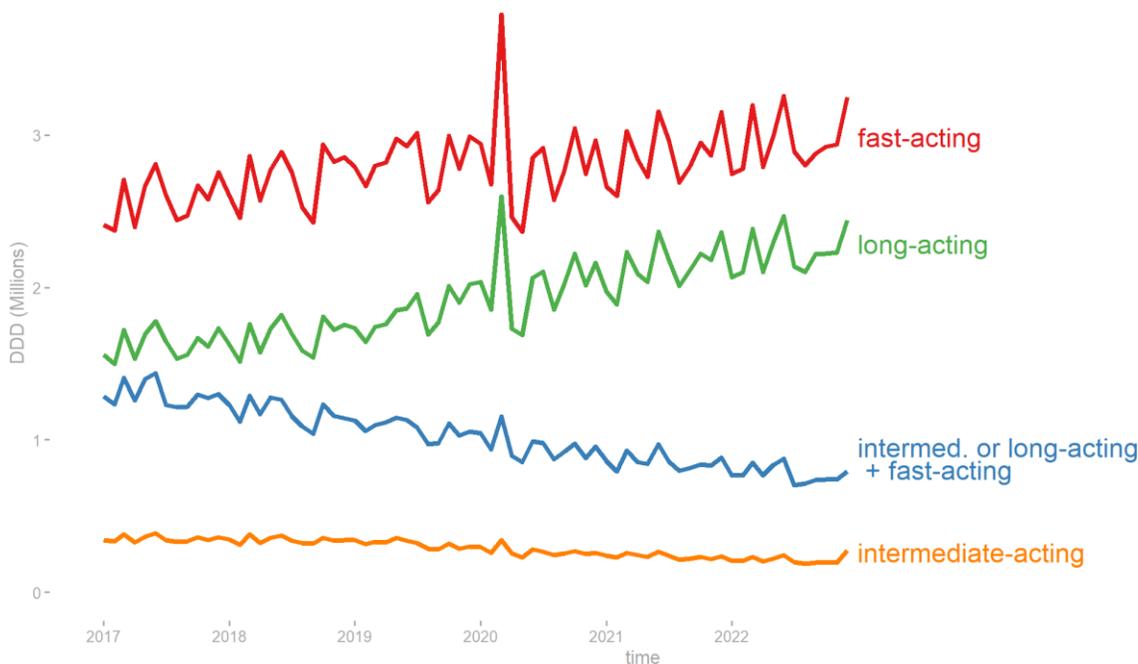
Zoom sur les évolutions au sein des Anti-diabétiques

Dans la catégorie des antidiabétiques, on distingue deux grands groupes : les insulines (A10A) et les autres antidiabétiques (A10B). Pour commencer, une brève description de la consommation dans la classe des insulines est présentée. Ensuite, les autres antidiabétiques sont étudiés plus en détail.

Insulines (A10A)

Analyse de l'évolution des insulines.

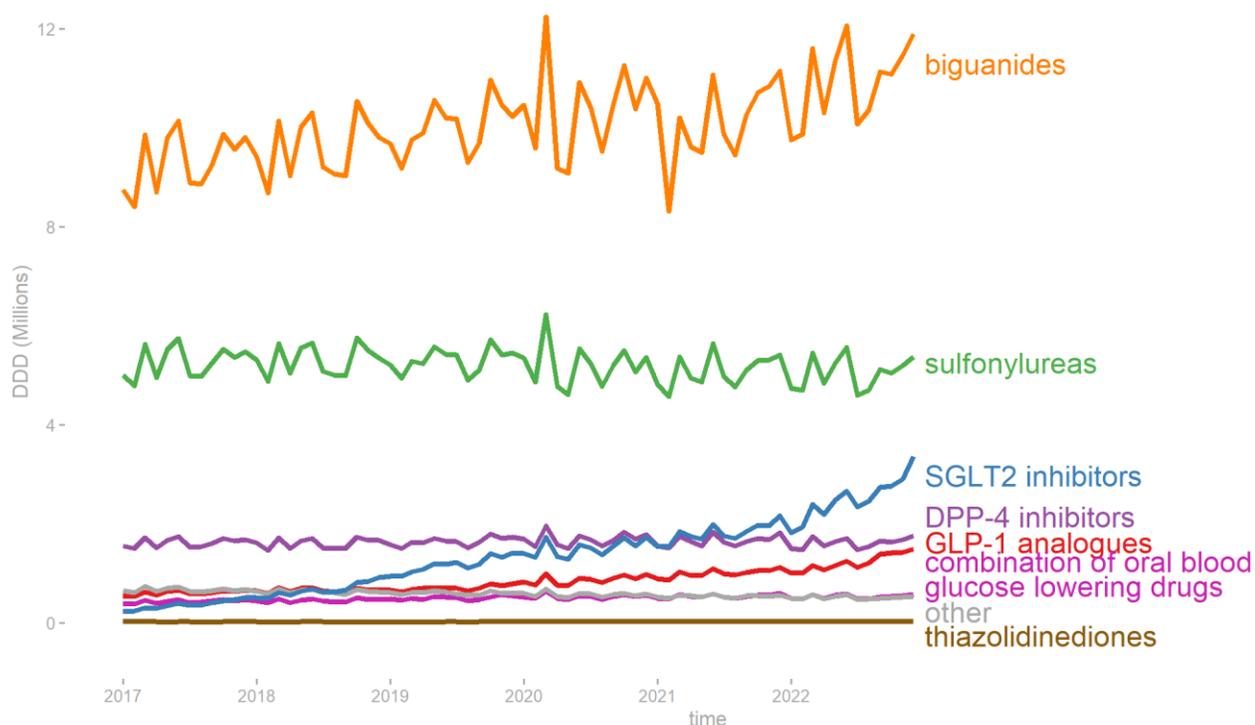
Graphique 1 : Evolution de la consommation des insulines (DDD)



Les plus importantes sont les analogues de l'insuline à action (ultra-)rapide, qui affichent une légère tendance à la hausse. Il s'agit surtout de l'insuline aspart (A10AB05). Viennent ensuite les analogues de l'insuline à action prolongée, qui affichent également une tendance à la hausse. La consommation de ces dernières a même commencé à augmenter un peu plus rapidement en 2019. Il faut en chercher la raison dans la commercialisation de l'insuline degludec (A10AE06). Celle-ci s'est toutefois stabilisée en 2022. C'est toujours l'insuline glargine (A10AE04) qui représente de loin la plus grande part de la consommation dans ce groupe. En revanche, une évolution décroissante est observée dans les associations d'insuline à rapidité d'action différente. L'évolution dans ce groupe est principalement due aux associations d'insuline aspart (A10AD05).

Autres antidiabétiques (A10B)

Graphique 2: évolution de la consommation dans A10B (DDD)

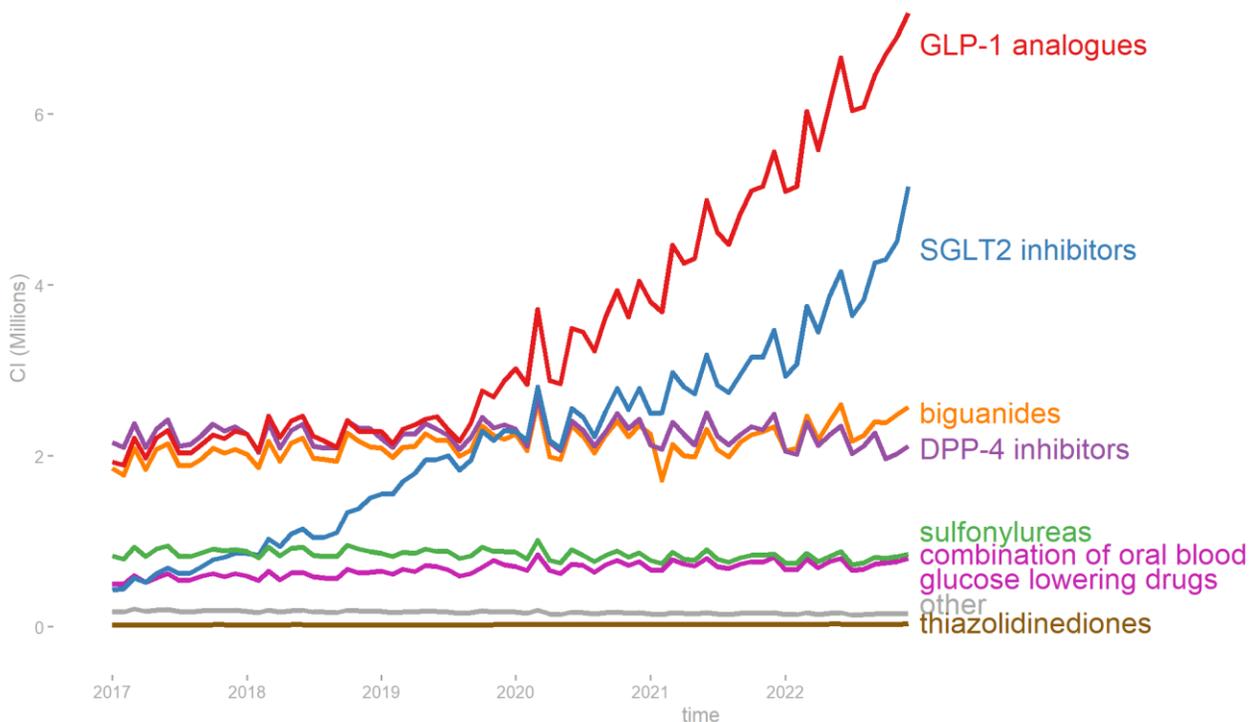


Les biguanides (en particulier la metformine) et les sulfonylurea sont depuis longtemps les classes les plus importantes en terme de consommation. On remarque, dans les biguanides, une augmentation régulière de la consommation, tandis que dans les sulfonylurea elle reste très stable.

Cependant, on peut observer de nouvelles classes qui émergent et augmentent fortement. Cela concerne principalement les inhibiteurs de SGLT-2 (A10BK, les gliflozines) et les analogues de GLP-1 (A10BJ, les incrétonomimétiques). Nous constatons aussi que leur augmentation ne se traduit pas par une diminution dans les autres groupes. L'utilisation des médicaments de ces classes se fait principalement comme un traitement adjuvant.

Evolution des dépenses INAMI

Graphique 3: évolution des dépenses INAMI dans A10B

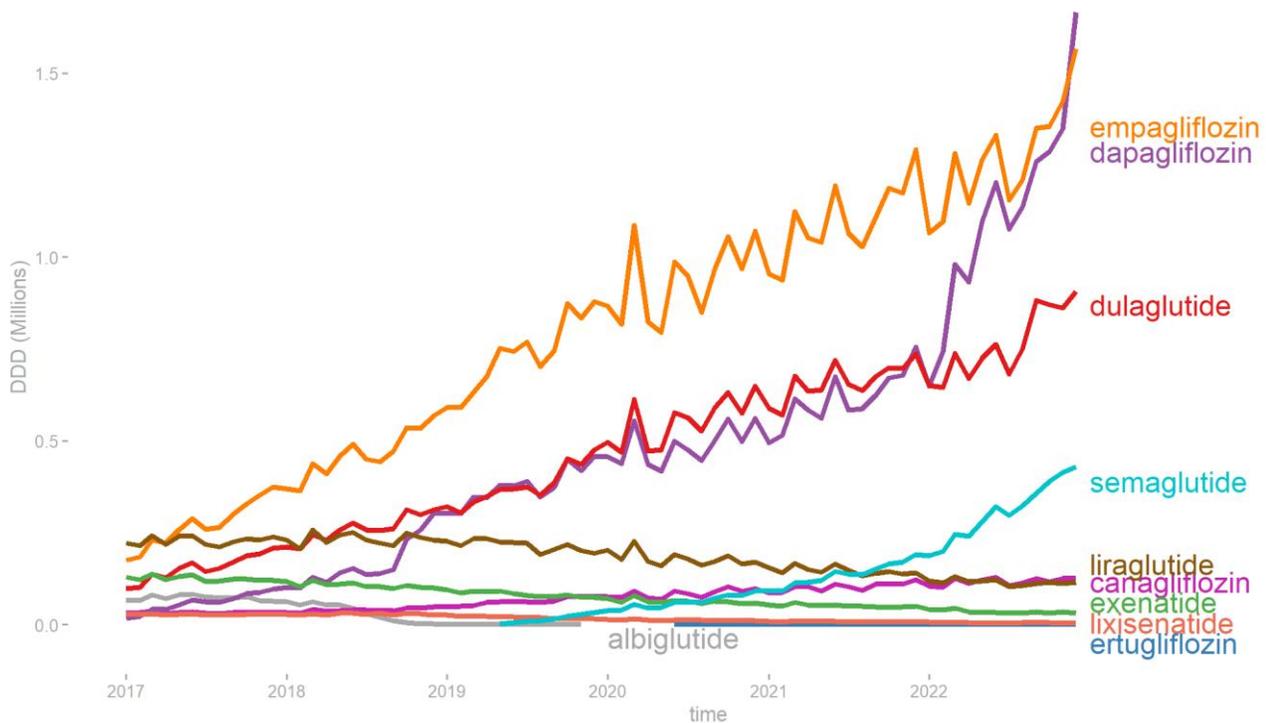


Lorsque nous examinons l'effet sur les dépenses de l'INAMI, nous pouvons voir une raison importante pour laquelle ces groupes de médicaments suscitent beaucoup d'intérêt. Ces dernières années, ces dépenses ont augmenté de manière très spectaculaire. En particulier, les analogues du GLP-1 et les inhibiteurs du SGLT2 font désormais partie des classes ATC qui génèrent les dépenses les plus élevées de l'INAMI. Au niveau ATC4, les classes les plus coûteuses pour l'INAMI sont les incrétinomimétiques en 9ème position et les gliflozines en 13ème position (chiffres pour l'ensemble de l'année 2022). Les évolutions ne montrent aucun signe de stabilisation pour le moment.

Les gliflozines et les incrétinomimétiques plus en détail

Examinons plus en détail les deux groupes ayant connu la plus grande évolution, jusqu'au niveau des principes actifs. Comme précédemment, nous examinons d'abord la consommation.

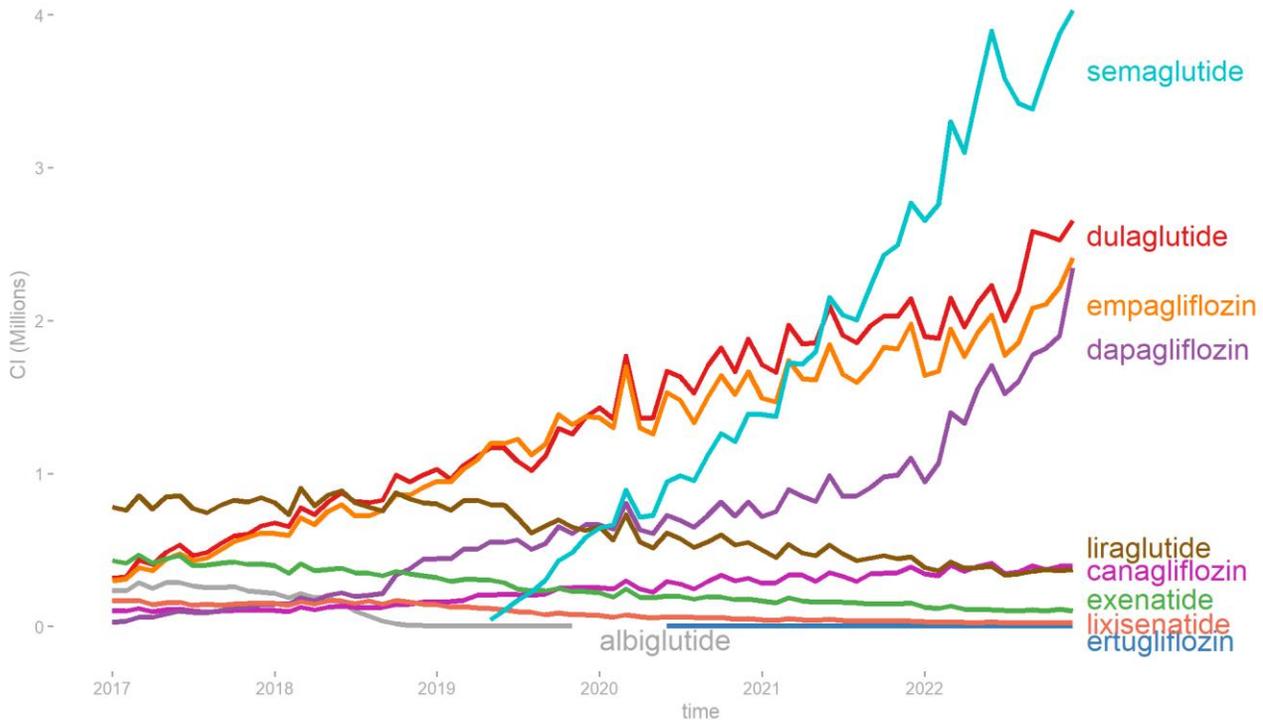
Graphique 4 : évolution de la consommation (en DDD) au sein de A10BJ et A10BK



On peut constater que jusqu'à encore récemment, l'empagliflozine (Jardiance[®]) était la molécule la plus utilisée. Toutefois, fin 2022, la dapagliflozine (Forxiga[®]) l'a supplanté. Nous remarquons que cette dernière a connu une nette augmentation en 2022. Ceci peut être expliqué par l'élargissement des indications concernant ce médicament. En effet, depuis janvier 2022, celui-ci est remboursé non seulement pour les patients diabétiques, mais aussi pour les indications d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance rénale chronique. Il semble donc plausible qu'une grande partie de cette augmentation soit due à ces nouvelles indications.

Parmi les inhibiteurs du groupe GLP-1, le dulaglutide est le médicament le plus utilisé. Il est suivi par le sémaglutide (Ozempic[®]), qui a connu une très forte augmentation ces dernières années. La presse a très souvent évoqué la possibilité d'un lien entre l'utilisation de ce médicament dans le cadre de la perte de poids et sa récente indisponibilité. Cependant, il s'agit ici de consommation remboursée, ce qui implique que l'on ne devrait constater ici que la consommation prescrite pour l'indication du diabète.

Graphique 5: évolution des coûts INAMI au sein de A10BJ et A10BK



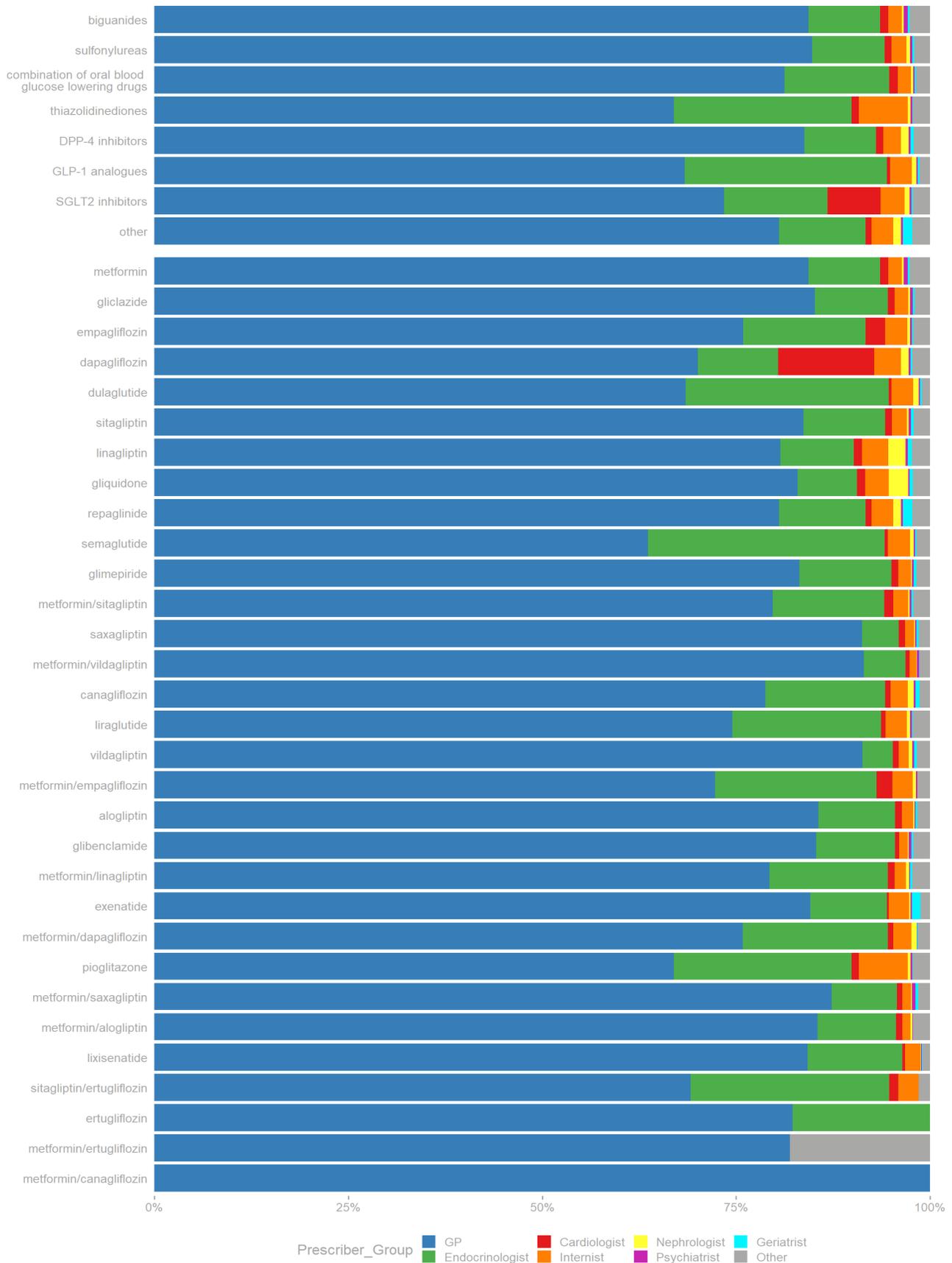
Si l'on examine les dépenses de l'INAMI pour ces médicaments, les incrétinomimétiques ont un prix plus élevé que les gliflozines. Le sémaglutide se distingue comme la substance dont les dépenses INAMI sont les plus élevées depuis 2022.

Pour la dapagliflozine, nous constatons également une forte augmentation de la consommation depuis son extension à l'indication de l'insuffisance cardiaque. Étant donné que le remboursement pour l'insuffisance cardiaque est dans la catégorie B, alors que dans le contexte du diabète, il est dans la catégorie A, le coût de l'INAMI pour l'insuffisance cardiaque est un peu plus bas que pour le diabète. Mais l'augmentation reste très évidente.

Prescripteurs

Examinons les groupes les plus importants de prescripteurs pour ces médicaments.

Graphique 6: Répartition parmi les prescripteurs de la consommation dans A10B

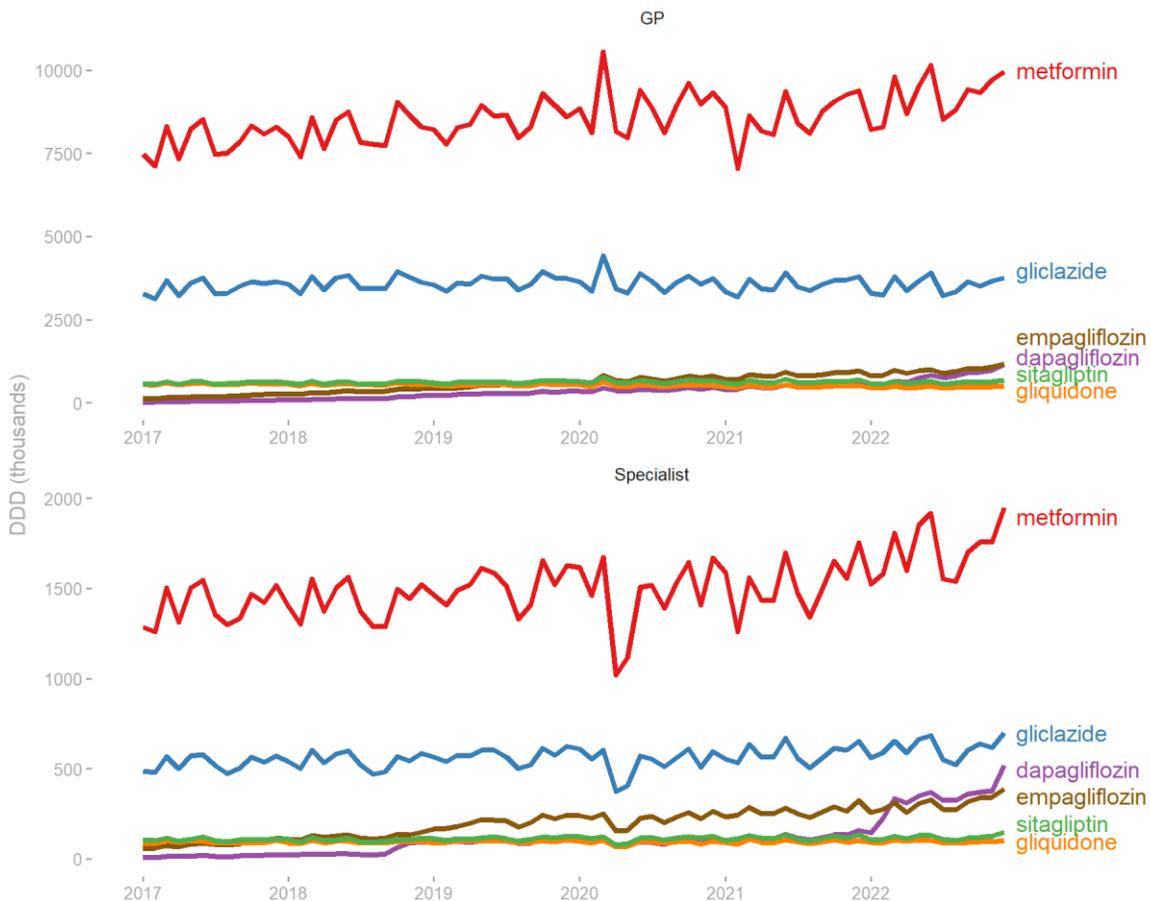


Dans ce graphique, les molécules sont ordonnées en fonction de leur consommation en 2022, de façon décroissante. En bas du graphique nous trouvons dès lors les plus anecdotiques.

Il est important de constater que la majorité des prescriptions viennent des médecins généralistes. Leur proportion représente environ trois quarts de la consommation. Une deuxième majorité vient logiquement des endocrinologues. On voit pour le dapagliflozine qu'une grande partie vient des cardiologues. Ceci peut s'expliquer par le remboursement de ces médicaments dans les cas d'insuffisance cardiaque depuis janvier 2022

Regardons maintenant à quoi ressemble l'évolution des prescripteurs pour les principes actifs les plus importants.

Graphique 7: Évolution de la consommation des prescriptions des médecins généralistes par rapport aux spécialistes



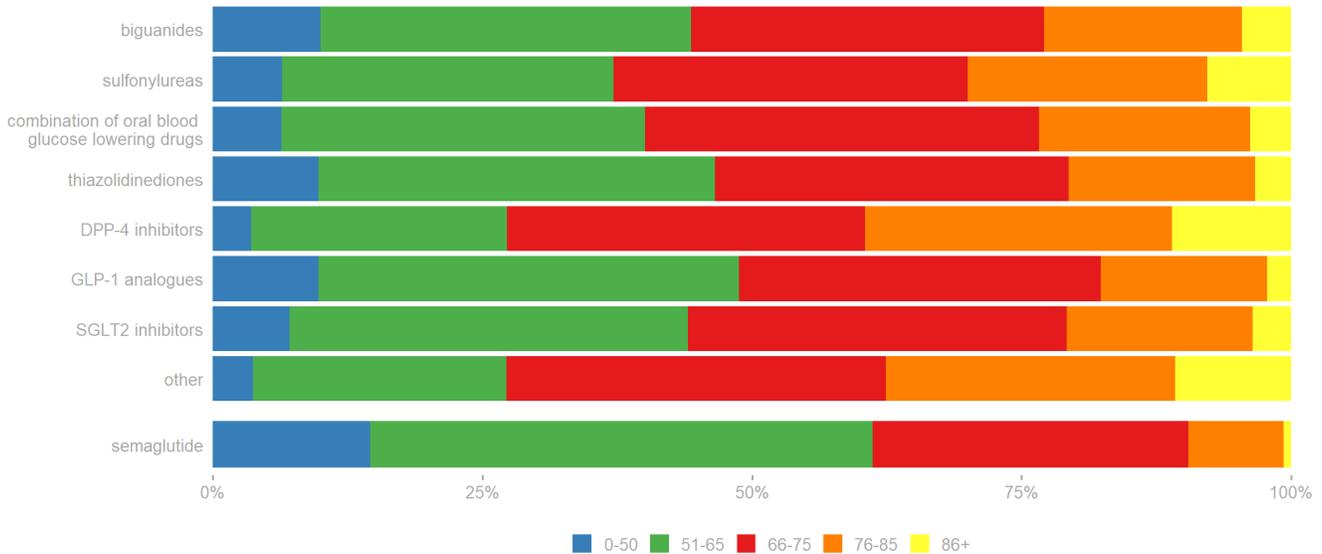
Cette évolution montre des effets remarquables, notamment l'évolution de dapagliflozine. L'augmentation chez les spécialistes coïncide avec l'ajout de l'indication pour insuffisance cardiaque. C'est donc à partir de 2022 que la proportion parmi les cardiologues augmente soudainement. Cette augmentation est plus limitée chez les médecins généralistes.

On remarque un autre effet intéressant au début de la crise du Covid. On voit que le pic de la consommation, survenu juste avant le confinement, vient des prescriptions faites par les médecins généralistes. Ceux-ci étaient disponibles sans doute plus rapidement que les spécialistes. On voit aussi que pendant la période du confinement il y a une forte baisse des prescriptions par des spécialistes, ce qu'on ne voit pas chez les généralistes. Là encore, une meilleure disponibilité des médecins généralistes semble être l'explication logique. Il faut souligner que les échelles entre les deux graphiques sont bien différentes : le creux chez les spécialistes est beaucoup plus petit que le pic chez les généralistes.

Âge

Après les prescripteurs, on regarde la répartition par âge des différents groupes.

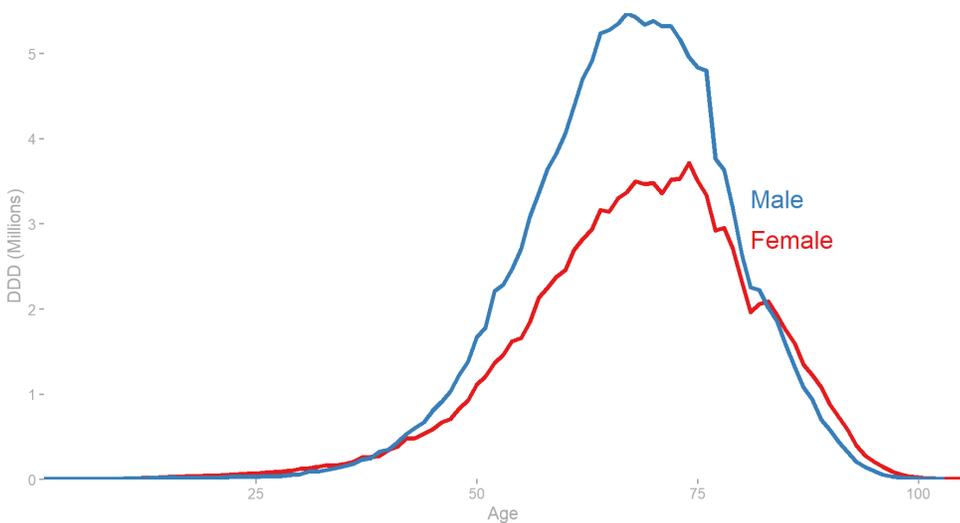
Graphique 8: Répartition des âges par groupe



D'une manière générale, la plupart des composants sont similaires. Comme prévu, ce sont surtout les patients les plus âgés qui utilisent des antidiabétiques. On observe les populations les plus âgées avec les inhibiteurs de DPP-4 et autres. Le sémaglutide se distingue parmi les constituants individuels. Ici on observe une proportion particulièrement élevée de patients relativement jeunes.

Sexe

Graphique 9: Distribution par âge de la consommation dans A10B

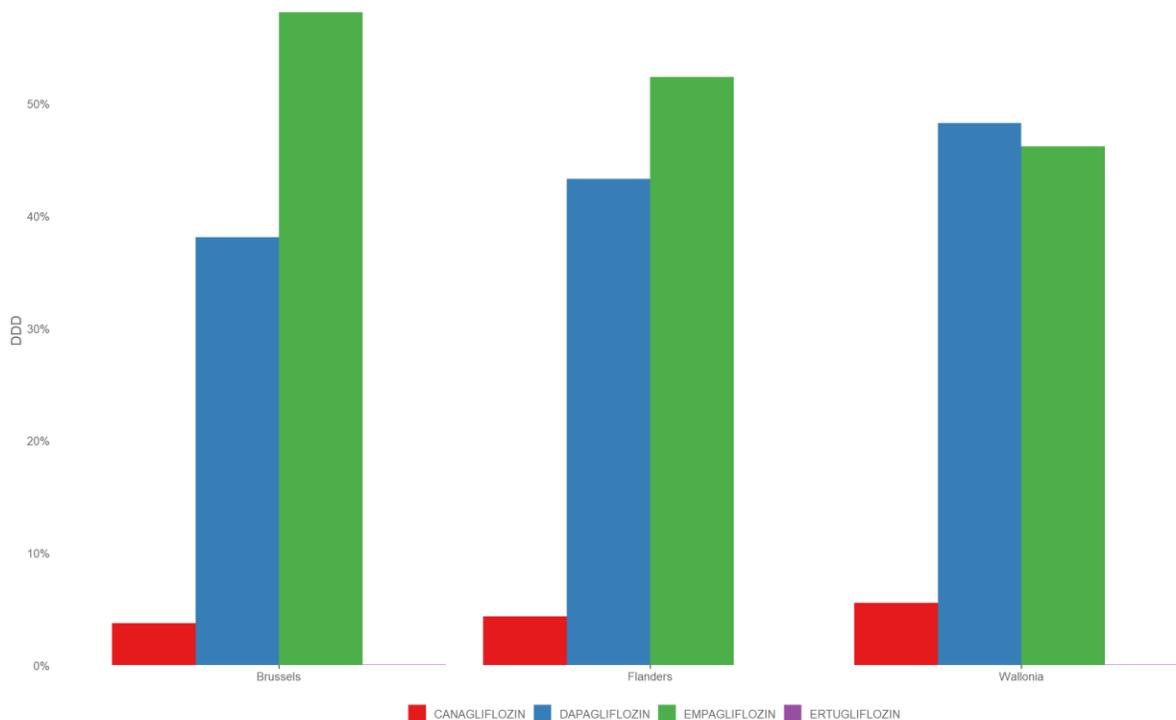


Si l'on décompose la répartition par âge entre les hommes et les femmes, on constate que la consommation est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Ce qui est remarquable puisque dans les catégories d'âge les plus élevées, il y a plus de femmes que d'hommes dans la population. On constate également que le pic de consommation est un peu plus précoce

chez les hommes que chez les femmes. Les hommes semblent également avoir besoin de ces médicaments à un âge plus précoce

Distribution géographique

Graphique 10: Proportions de gliflozines par région (DDD)



On a également étudié les différences entre les différentes régions. Celles-ci suivent en gros la distribution nationale. On a observé la différence la plus importante dans le groupe des gliflozines. Au niveau national, la part de l'empagliflozine est beaucoup plus élevée que celle de la dapagliflozine. Cependant, en Wallonie, on voit que les deux ont une proportion relativement similaire, la dapagliflozine arrivant même en première place. Nous ne disposons pas d'explication claire à ce sujet.