

IPhEB-Monthly» Données d'octobre 2017 (publication janvier 2018)

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

Strictelement réservé aux administrateurs de l'IPhEB, au Comité directeur de l'APB et aux directeurs des Offices de Tarification – Ne peut être diffusé !

Ensemble des médicaments remboursés

Les informations reprises dans le tableau ci-dessous proviennent de la base de données IFSTAT des fournitures pharmaceutiques dans les officines ouvertes au public et remboursées par l'assurance obligatoire dans le cadre du système du tiers payant (consultez www.ipheb.be pour plus d'informations sur la base de données IFSTAT). Les données reprises au 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)
2010	2.693,276	536,089	3.209,674	109,144		4.759,548	6,605	5,9%		
2011	2.744,532	520,464	3.238,594	108,987		4.870,632	7,934	7,1%		
2012	2.693,472	516,090	3.180,912	109,701		5.017,149	8,885	8,0%		
2013	2.642,298	500,402	3.111,631	109,258		5.111,107	9,183	8,4%		
2014	2.618,749	485,018	3.076,103	108,564		5.180,492	9,467	8,7%		
2015	2.645,180	471,818	3.083,991	106,921	45,183	5.246,121	9,788	8,5%	1,722	3,8%
2016	2.678,488	465,948	3.097,138	105,240	220,186	5.360,055	9,054	8,6%	9,956	4,5%
2017	2.636,607	461,795	3.075,667	101,679	251,607	5.227,164	9,099	8,6%	12,361	4,7%
2017/2016	-1,6%	-0,9%	-0,7%	-3,4%	14,3%	-2,5%	-0,5%		24,2%	
2016/2015	1,26%	-1,24%	0,43%	-1,57%	387,32%	2,17%	-7,50%	-6,01%	478,34%	18,61%
201611	231,979	41,214	268,799	7,931	19,575	422,633	0,753	9,0%	0,827	4,5%
201612	254,885	44,033	294,644	8,623	19,756	442,948	0,863	9,2%	0,964	4,9%
201701	216,716	36,521	250,264	8,459	21,807	428,817	0,741	9,4%	0,984	4,8%
201702	205,624	34,166	237,146	7,948	18,879	404,483	0,692	9,3%	0,962	5,3%
201703	234,835	38,947	270,958	8,982	20,393	470,116	0,751	9,0%	1,116	5,7%
201704	203,968	34,342	235,589	7,731	20,492	402,472	0,630	8,7%	1,078	5,5%
201705	223,776	40,488	261,466	8,674	20,096	451,951	0,753	8,7%	1,234	5,7%
201706	232,331	40,516	271,905	8,753	19,967	460,706	0,739	8,5%	1,360	6,3%
201707	205,616	35,570	240,374	7,658	23,226	407,641	0,633	8,3%	1,566	6,7%
201708	207,560	35,872	242,612	7,759	20,801	411,484	0,639	8,3%	1,066	5,1%
201709	201,019	40,430	258,550	8,588	20,259	462,507	0,721	8,4%	0,251	1,2%
201710	235,670	46,811	281,535	9,696	22,553	462,507	0,784	8,1%	0,307	1,4%

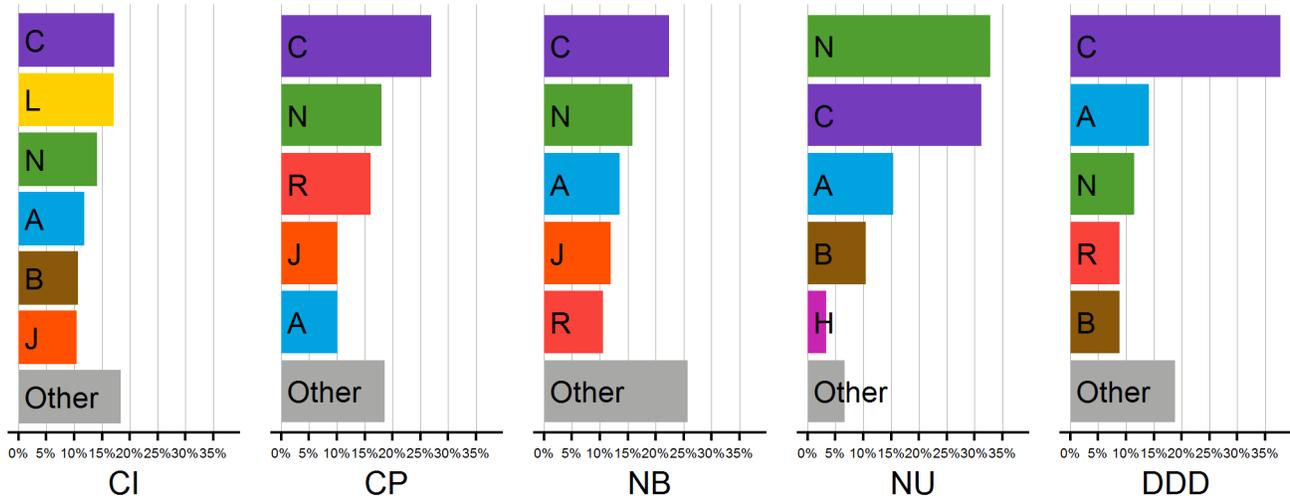
Ce tableau contient les informations relatives à la délivrance des médicaments remboursés en distinguant des nombres de conditionnements (NB) et d'unités (NU). Ces unités sont les unités des médicaments qui font l'objet d'une « tarification à l'unité ». Il s'agit de médicaments sous forme orale solide, délivrés aux résidents des maisons de repos et de soins (MRS) et des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Le système de la « tarification à l'unité » a démarré en avril 2015, mais son déploiement a été progressif. Ce n'est qu'à partir de mi 2016 qu'elle a atteint la stabilité.

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).

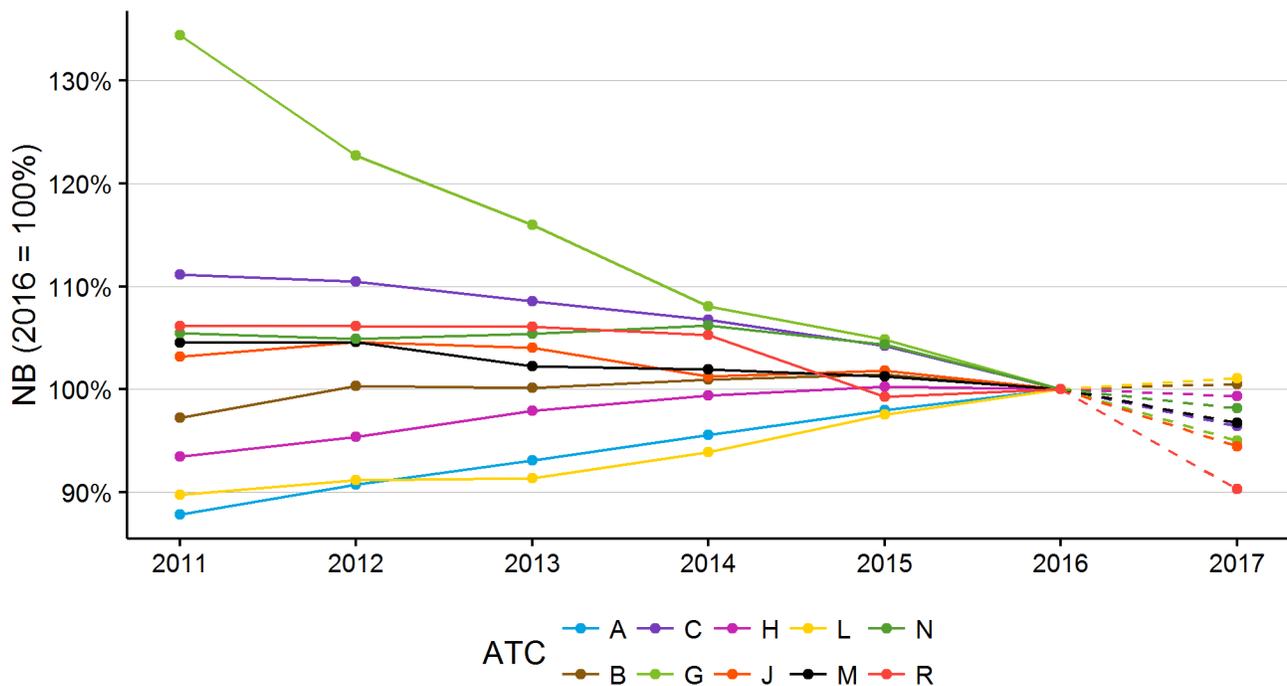
Remarque : ce tableau n'inclut pas les changements suite à la reprise du MAF (maximum à facturer) dans le système du tiers payant depuis le 1 janvier 2015. Dans le passé les montants du MAF étaient déjà transférés des dépenses des patients vers les dépenses de l'INAMI, mais sans apparaître dans les données.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

Répartition au niveau des classes principales ATC



Les graphiques montrent la répartition des médicaments remboursés délivrés exprimée en dépenses INAMI (CI – Cost Insurance), ticket modérateur (CP – Cost Patient), nombre de conditionnements délivrés (NB - NumBer), nombre de pilules tarifées par unité dans les maisons de repos (NU – Number of Units) et nombre de DDD pendant la dernière année disponible (novembre 2016 – octobre 2017). Toutes les classes principales représentant au moins 10%, sont montrées chaque fois avec un minimum de cinq classes.

Vous trouverez également ci-dessous comment le nombre de délivrances dans les classes ATC a évolué au fil du temps. Les classes D, P, S et V ont été exclues en raison de leur importance très limitée. La valeur pour 2017 est une prévision basée sur les dix premiers mois de l'année.



A	tractus gastro-intestinal et métabolisme	L	cytostatiques, agents immunomodulateurs
B	sang et système hématopoïétique	M	système squelettique et musculaire
C	système cardio-vasculaire	N	système nerveux central
D	préparations dermatologiques	P	antiparasitaires, insecticides et repellants
G	système uro-génital et hormones sexuelles	R	système respiratoire
H	hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	S	organes sensoriels
J	anti-infectieux à usage systémique	V	divers

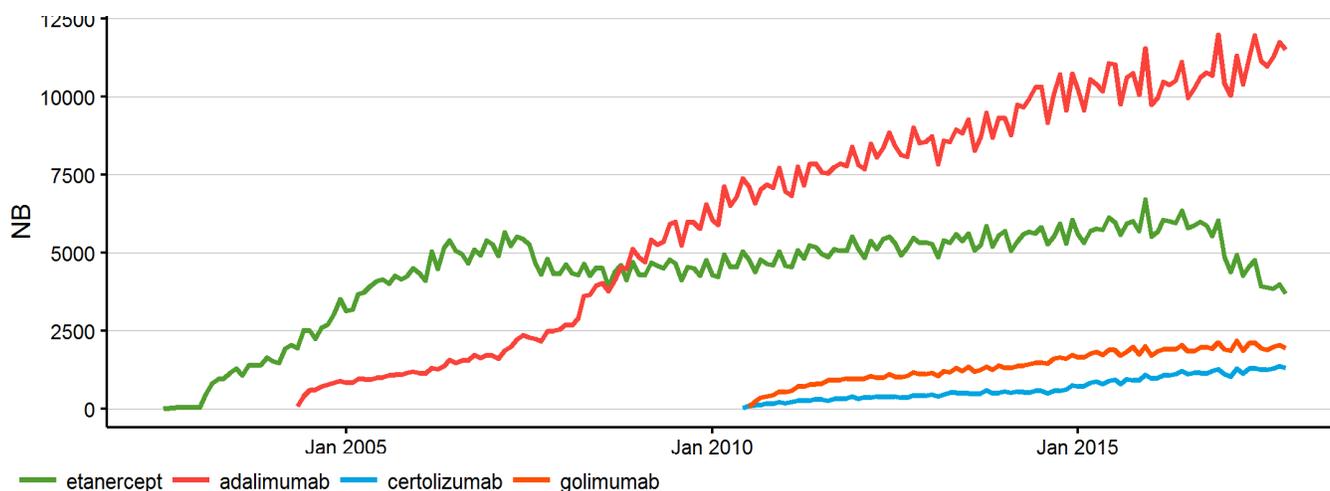
Zoom sur les anti-TNF

L'actualité aborde régulièrement le problème des médicaments de plus en plus onéreux. Un groupe qui saute aux yeux dans ce contexte est celui des anti-TNF α . Ils inhibent le Tumor Necrosis Factor (TNF) et ont un effet immunomodulateur prononcé. Ils sont utilisés en cas d'arthrite chronique, de maladies intestinales inflammatoires (maladie de Crohn) et de psoriasis. En principe, le recours aux inhibiteurs du TNF est réservé aux cas où les médicaments classiques ont échoué et ils sont souvent associés aux agents classiques (exemple : le méthotrexate).

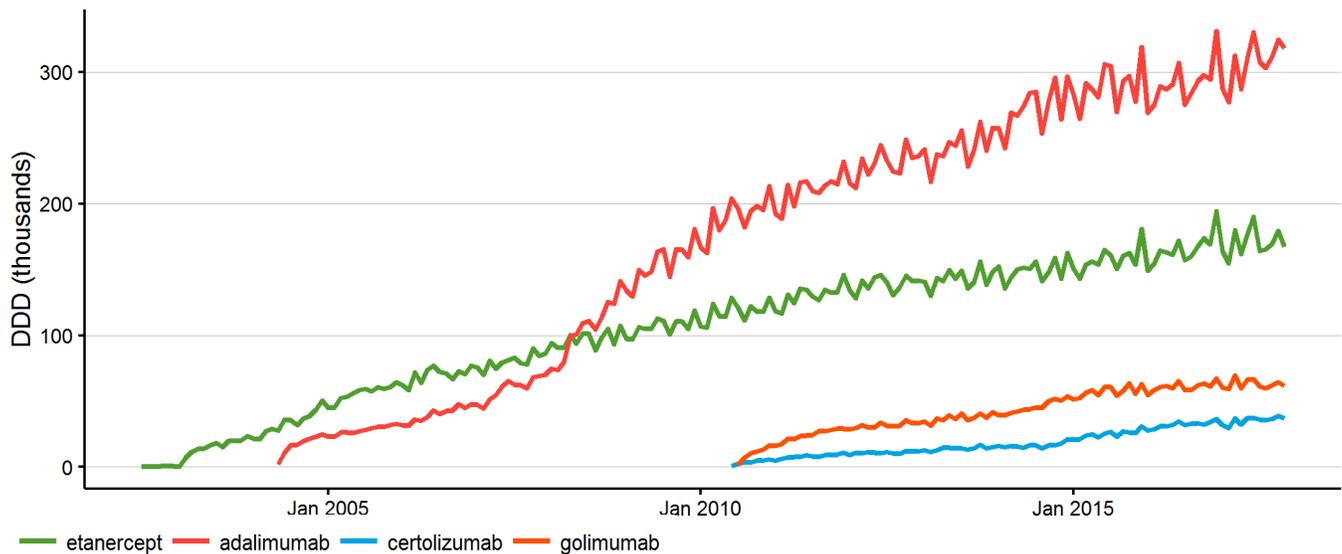
Actuellement, nous retrouvons quatre principes actifs disponibles en officine ouverte au public : l'adalimumab (Humira®), le cérolizumab (Cimzia®), l'éтанercept (Enbrel® et Benepali®) et le golimumab (Simponi®). L'éтанercept est le principe actif le plus ancien. Il est commercialisé depuis 2002. Peu de temps après, en 2004, l'adalimumab faisait son entrée. Plus récemment, en 2010, le certolizumab et le golimumab ont fait leur apparition en pharmacie.

Evolution dans le temps

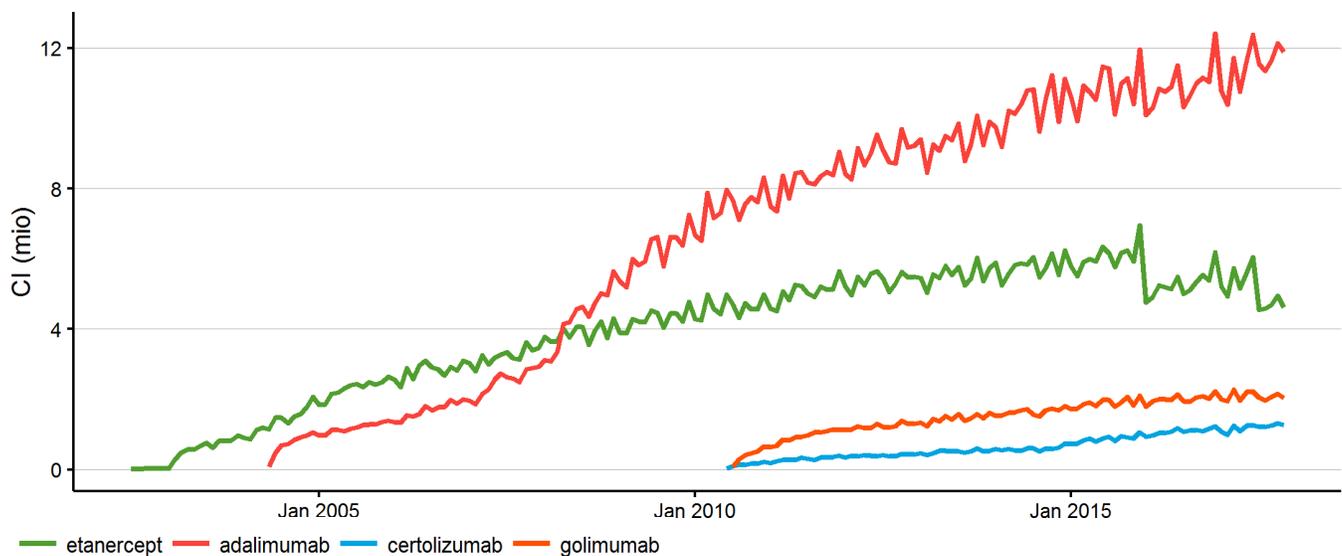
Nous regardons tout d'abord l'évolution dans le temps de ces quatre principes actifs, tant au niveau du nombre de conditionnements délivrés (NB), qu'au niveau des DDD, des dépenses INAMI (CI) et des dépenses pour le patient (CP).



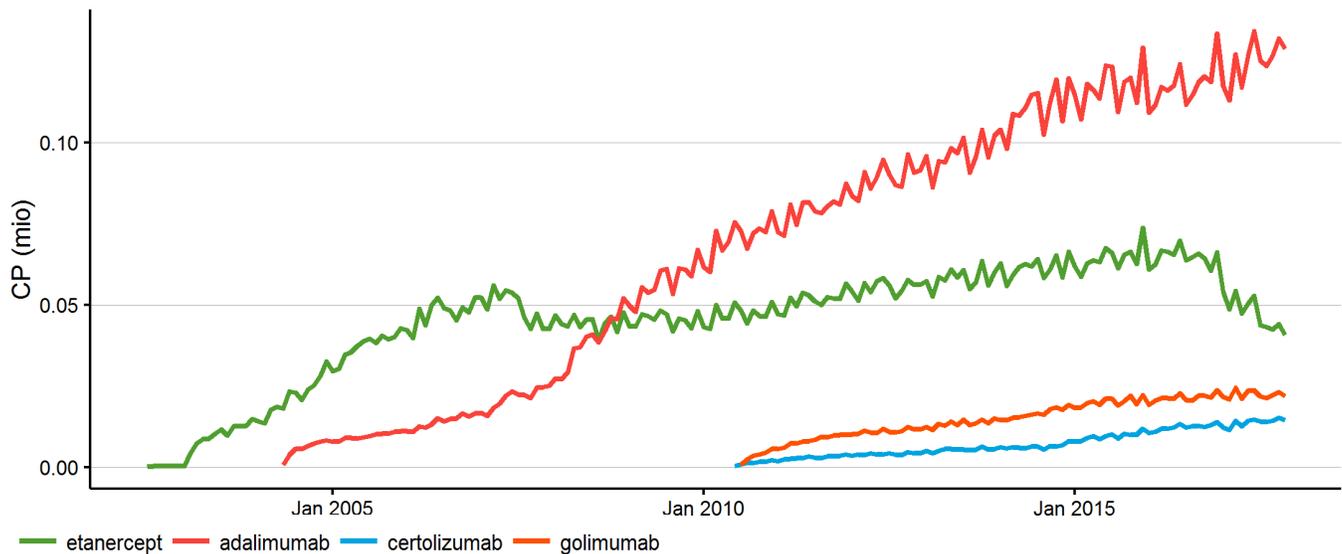
- Le nombre de conditionnements d'éтанercept est resté très stable depuis 2007 et accuse même une baisse ces derniers temps. L'évolution en DDD montre que cette baisse est due à l'apparition sur le marché de deux grands conditionnements.
- Dans le courant de 2008, l'adalimumab a rattrapé l'éтанercept en tant qu'inhibiteur du TNF le plus souvent délivré. Le nombre de délivrances d'adalimumab augmente toujours et ne semble pas directement diminuer.
- La délivrance du certolizumab et du golimumab est de plus en plus fréquente, même si ces produits restent plus rarement délivrés par rapport aux deux produits cités précédemment.



- L'évolution en DDD est très similaire à celle du nombre de délivrances.
- Les différences majeures sont surtout pour le compte de l'éтанерcept. Exprimé en DDD, la stabilisation et la baisse récente que nous avons observées au niveau du nombre de conditionnements disparaissent ce qui est provoqué par la mise sur le marché de nouveaux conditionnements : autour de 2008, les conditionnements de 50 mg ont commencé à remplacer ceux de 25 mg ; en 2016, des conditionnements contenant douze stylos pré remplis au lieu de quatre sont devenus disponibles. De cette manière, on continue à délivrer davantage de principes actifs, même avec un nombre de conditionnements stable ou en baisse.



- Exprimée en CI, l'évolution de l'adalimumab, du certolizumab et du golimumab est très semblable à celle exprimée en NB ou en DDD.
- Pour l'éтанерcept, nous constatons une baisse soudaine des dépenses INAMI en 2016 à cause de la baisse de prix considérable d'Enbrel®. C'est l'année durant laquelle le premier biosimilaire (Benepali®) est arrivé sur le marché.

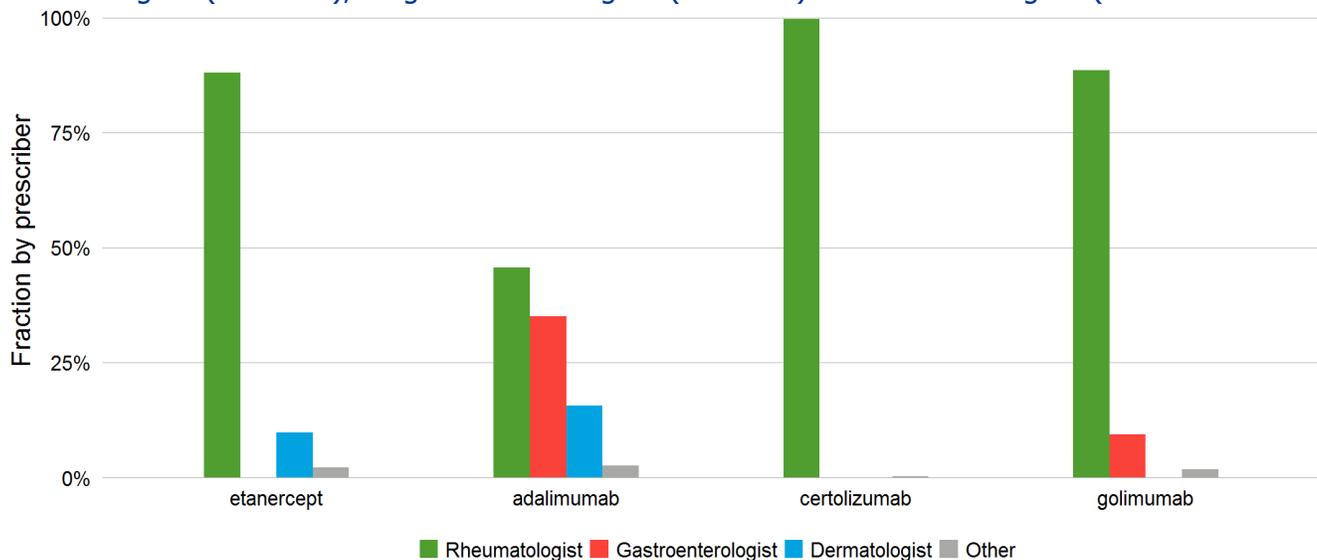


- L'évolution des dépenses du patient est très similaire à celle du nombre de délivrances pour les quatre principes actifs. C'est très logique : tous les médicaments sont remboursés dans la catégorie B, mais vu le prix, le ticket modérateur de chaque conditionnement est égal au plafond. Ce plafond s'élève actuellement à € 7.90 ou à € 11.90 selon le statut d'assurance du patient.

Prescripteurs

Nous avons déjà souligné que les inhibiteurs du TNF sont utilisés pour trois types d'affections : arthrite chronique, maladies gastro-intestinales et psoriasis. Dans nos données, nous ne pouvons pas identifier l'indication pour laquelle un médicament est prescrit. Les inhibiteurs du TNF sont remboursés en chapitre IV et, plus spécifiquement, des restrictions sont imposées dans les conditions de remboursement au niveau de la spécialité des prescripteurs. Cela nous permet d'avoir une certaine vue sur l'indication grâce au code de compétence du prescripteur.

Vous trouverez ci-dessous la répartition des conditionnements délivrés par les prescripteurs dans les dix premiers mois de 2017 pour chacun des principes actifs. Nous faisons une distinction entre les dermatologues (code 550), les gastro-entérologues (code 650) et les rhumatologues (codes 790 et 794).



- Les conditionnements de l'etanercept, du certolizumab et du golimumab sont presque tous prescrits par les rhumatologues.

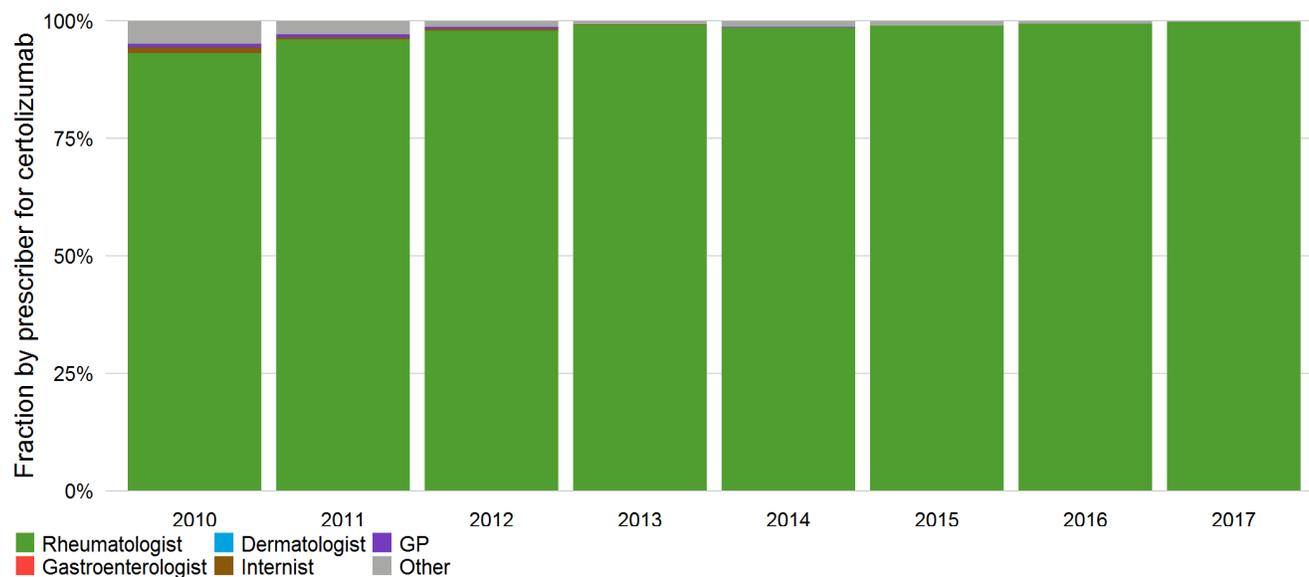
- Pour l'étanercept, nous constatons qu'une dizaine de pour cent sont prescrits par les dermatologues et pour le golimumab, il s'agit d'un pourcentage similaire prescrit par les gastro-entérologues.
- Nous observons la plus grande variation de prescripteurs pour l'adalimumab. La part des rhumatologues est toujours la plus grande (45%), mais une partie considérable est aussi prescrite par les gastro-entérologues (35%) et les dermatologues (16%).

Evolution dans le temps : prescripteurs

Evidemment, cette répartition entre les prescripteurs n'est pas toujours restée stable à travers les temps. En effet, nous constatons pour plusieurs principes actifs qu'elle change de façon abrupte à certains moments. Cette situation est due à des changements dans les indications autorisées ou à des modifications dans les conditions de remboursement du chapitre IV.

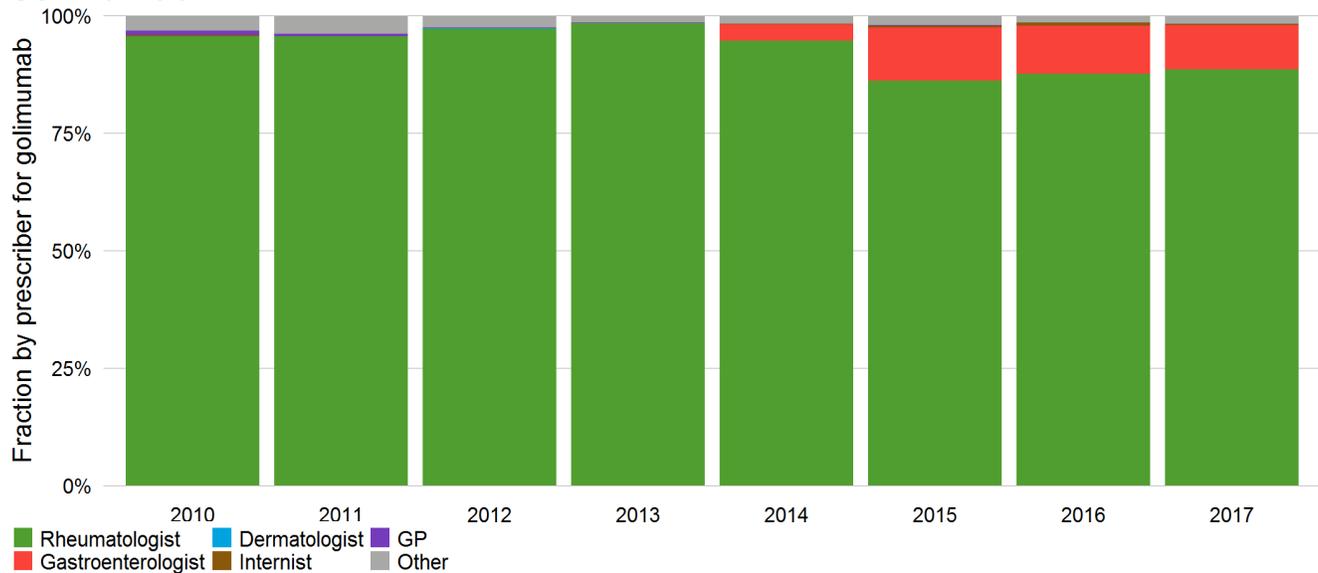
Pour établir la comparaison avec ce qui est susmentionné, nous reprenons encore deux spécialisations supplémentaires comme catégorie distincte : les médecins généralistes (GP, codes 003 et 004) et les internistes (code 580).

Certolizumab



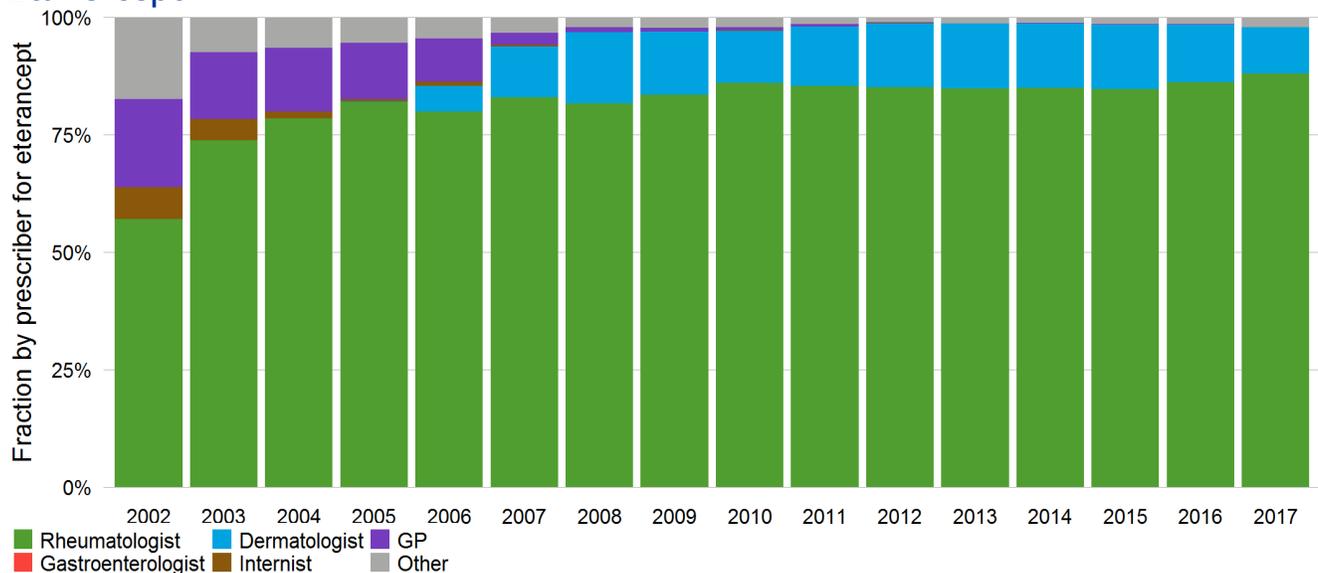
- Nous pouvons être brefs au sujet du certolizumab : tout est pratiquement prescrit par les rhumatologues et c'était déjà le cas dans le passé.

Golimumab



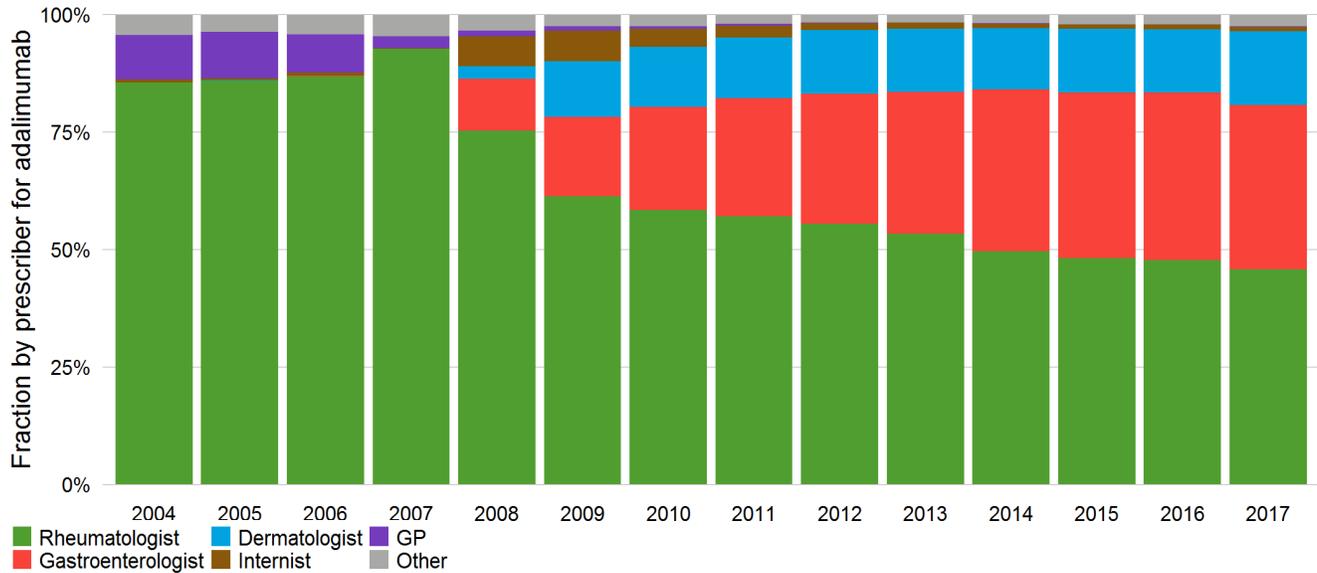
- Le golimumab est presque toujours prescrit par un rhumatologue.
- Depuis 2014, il est aussi prescrit par les gastro-entérologues. Depuis 2016, la part des gastro-entérologues diminue, surtout parce que le nombre absolu de délivrances prescrites par les rhumatologues augmente plus rapidement que le nombre de délivrances prescrites par les gastro-entérologues.

Etanercept



- Initialement, l'éтанercept était non seulement prescrit par les rhumatologues mais également par d'autres spécialisations. Les spécialisations les plus importantes étaient les internistes et les médecins généralistes.
- A partir de 2006, il y a régulièrement des prescriptions par les dermatologues.
- Depuis 2008, presque toutes les prescriptions se font par un rhumatologue ou un dermatologue.

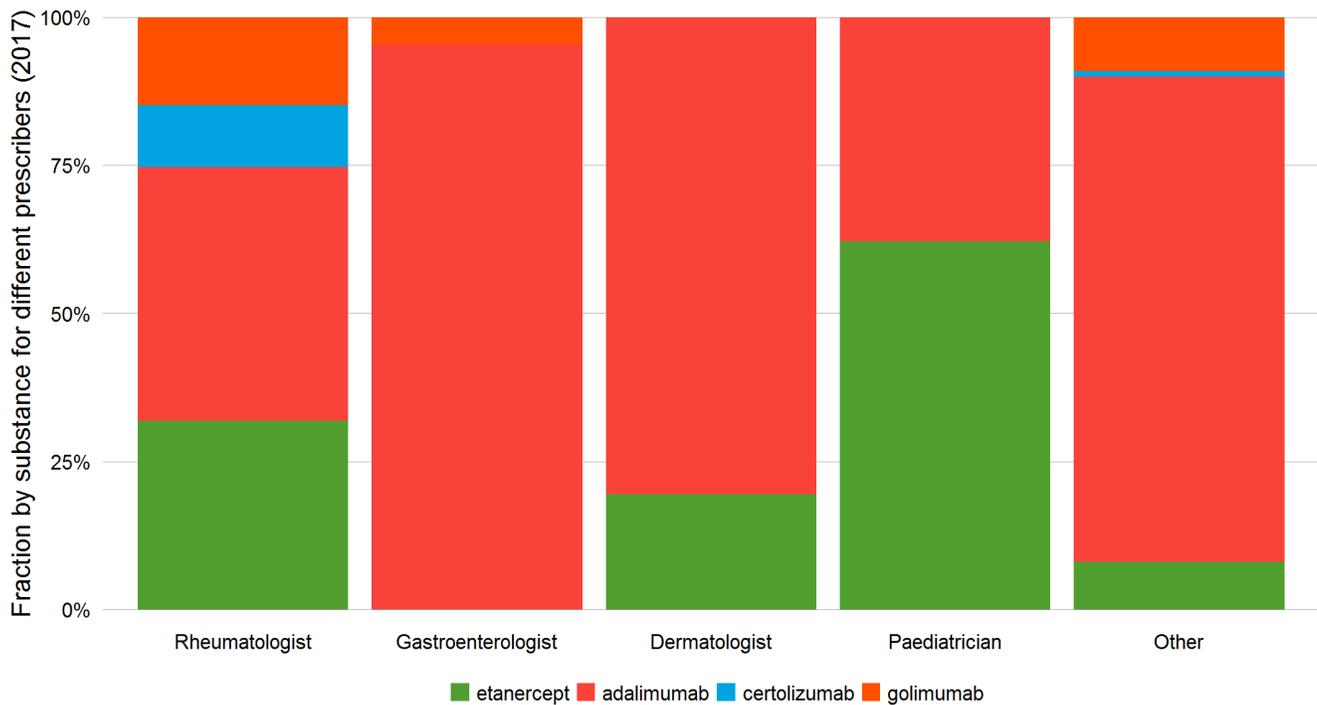
Adalimumab



- Dans la période 2004-2007, l'adalimumab est régulièrement prescrit par les médecins généralistes.
- En 2008, les prescriptions par les médecins généralistes disparaissent pour laisser leur place aux internistes, dermatologues et gastro-entérologues essentiellement. Cette part continue à croître jusqu'à présent.
- Les prescriptions par les internistes représentaient en 2008 quelque dix pour cent, mais depuis lors, leur part a pratiquement disparu.

Répartition entre les prescripteurs

Pour clôturer, nous nous concentrons encore sur la répartition des délivrances des différents principes actifs au sein des groupes et ce pour les groupes de prescripteurs les plus importants. En d'autres mots : certains prescripteurs préfèrent-ils un principe actif que les autres prescripteurs n'ont pas ?



Outre les rhumatologues, les gastro-entérologues et les dermatologues sur lesquels nous nous sommes focalisés précédemment, nous regardons de plus près les pédiatres (code 690).

- Comme nous l'avons observé dans les graphiques précédents, nous retrouvons la variation la plus importante entre les principes actifs chez les rhumatologues.
- Tant les gastro-entérologues que les dermatologues prescrivent surtout de l'adalimumab. Les dermatologues prescrivent également de l'éтанercept sur une base régulière (20% des délivrances). Chez les gastro-entérologues, il reste une toute petite partie de golimumab (environ 5%).
- Les pédiatres font l'exception avec presque deux tiers de conditionnements prescrits pour l'éтанercept. Même si, avec environ 1150 conditionnements et 27 mille DDD délivrés annuellement, ils ne représentent qu'une petite partie du total, ils sont évidemment très importants parmi les patients les plus jeunes.