

# “IPhEB-Report” November 2018 publication (September 2018 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 bimestrielle 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)     |
| 2010             | <b>2.693,276</b> | 536,089        | 3.209,674        | 109,144        |                | 4.759,548        | 6,605         | 5,9%        |               |             |
| 2011             | <b>2.744,532</b> | 520,464        | 3.238,594        | 108,987        |                | 4.870,632        | 7,934         | 7,1%        |               |             |
| 2012             | <b>2.693,472</b> | 516,090        | 3.180,912        | 109,701        |                | 5.017,149        | 8,885         | 8,0%        |               |             |
| 2013             | <b>2.642,298</b> | 500,402        | 3.111,631        | 109,258        |                | 5.111,107        | 9,183         | 8,4%        |               |             |
| 2014             | <b>2.618,749</b> | 485,018        | 3.076,103        | 108,564        |                | 5.180,492        | 9,467         | 8,7%        |               |             |
| 2015             | <b>2.645,180</b> | 471,818        | 3.083,991        | 106,921        | 45,183         | 5.246,121        | 9,788         | 8,5%        | 1,722         | 3,8%        |
| 2016             | <b>2.678,488</b> | 465,948        | 3.097,138        | 105,240        | 220,186        | 5.360,055        | 9,054         | 8,6%        | 9,956         | 4,5%        |
| 2017             | <b>2.653,090</b> | 469,473        | 3.102,292        | 102,495        | 250,035        | 5.254,684        | 8,598         | 8,4%        | 10,425        | 4,2%        |
| <b>2018</b>      | <b>2.690,243</b> | <b>474,894</b> | <b>3.155,104</b> | <b>102,359</b> | <b>258,635</b> | <b>5.304,640</b> | <b>7,115</b>  | <b>7,6%</b> | <b>2,264</b>  | <b>0,9%</b> |
| <b>2018/2017</b> | <b>+1,4%</b>     | <b>+1,2%</b>   | <b>+1,7%</b>     | <b>-0,1%</b>   | <b>+3,4%</b>   | <b>+1,0%</b>     | <b>-17,2%</b> |             | <b>-78,3%</b> |             |
| <b>2017/2016</b> | <b>-0,9%</b>     | <b>+0,7%</b>   | <b>+0,1%</b>     | <b>-2,6%</b>   | <b>+13,5%</b>  | <b>-2,0%</b>     | <b>-0,5%</b>  |             | <b>+24,2%</b> |             |
| 201710           | <b>235,670</b>   | 46,811         | 281,535          | 9,696          | 22,553         | 462,507          | 0,784         | 8,1%        | 0,307         | 1,4%        |
| 201711           | <b>227,353</b>   | 42,763         | 269,196          | 9,049          | 20,513         | 450,746          | 0,741         | 8,2%        | 0,242         | 1,2%        |
| 201712           | <b>240,623</b>   | 43,046         | 282,699          | 9,199          | 21,050         | 469,823          | 0,774         | 8,4%        | 0,259         | 1,2%        |
| 201801           | <b>224,597</b>   | 40,603         | 264,246          | 8,705          | 22,166         | 443,412          | 0,744         | 8,6%        | 0,244         | 1,1%        |
| 201802           | <b>208,887</b>   | 37,957         | 245,940          | 8,145          | 18,761         | 410,294          | 0,705         | 8,7%        | 0,130         | 0,7%        |
| 201803           | <b>237,371</b>   | 43,112         | 279,477          | 9,256          | 21,473         | 468,523          | 0,786         | 8,5%        | 0,320         | 1,5%        |
| 201804           | <b>207,374</b>   | 36,834         | 243,405          | 7,889          | 22,147         | 417,239          | 0,629         | 8,0%        | 0,145         | 1,1%        |
| 201805           | <b>228,777</b>   | 39,813         | 267,754          | 8,619          | 20,523         | 461,124          | 0,660         | 7,7%        | 0,217         | 1,1%        |
| 201806           | <b>232,877</b>   | 39,793         | 271,879          | 8,671          | 22,221         | 463,256          | 0,628         | 7,2%        | 0,204         | 0,9%        |
| 201807           | <b>213,586</b>   | 35,556         | 248,453          | 7,781          | 22,417         | 417,258          | 0,545         | 7,0%        | 2,230         | 1,0%        |
| 201808           | <b>213,245</b>   | 35,253         | 247,818          | 7,737          | 20,899         | 419,431          | 0,537         | 7,0%        | 0,206         | 1,0%        |
| 201809           | <b>212,119</b>   | 36,874         | 248,292          | 7,958          | 21,422         | 414,256          | 0,569         | 7,2%        | 0,217         | 1,0%        |

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 médicaments antidouleur

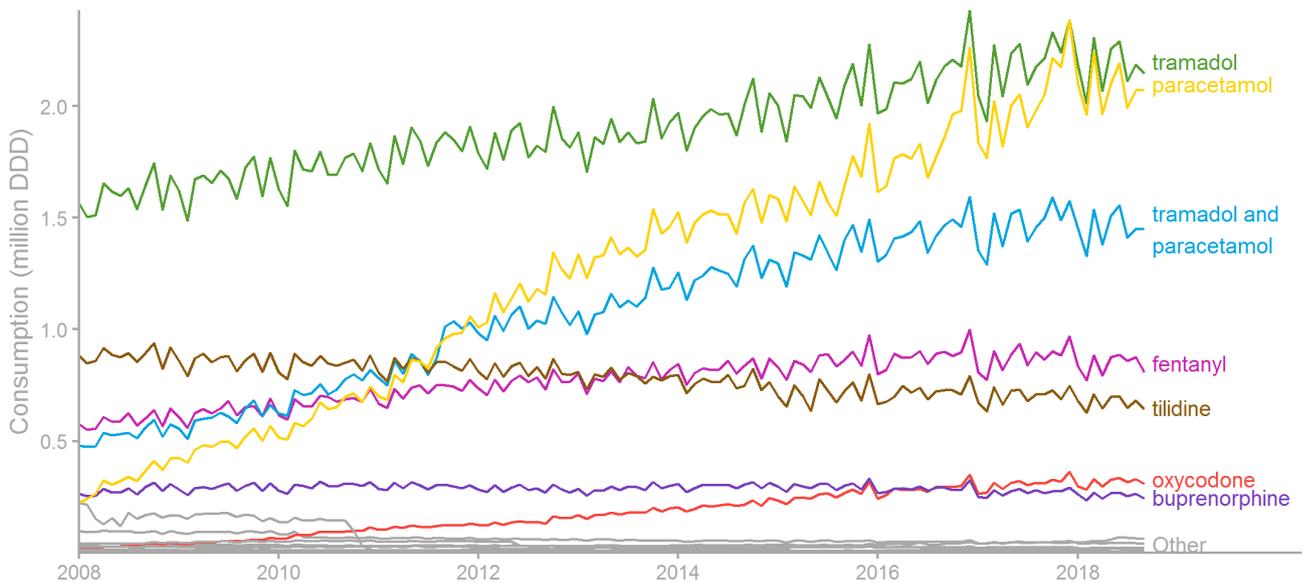
De nombreux médicaments antidouleur sont disponibles dont une majorité, entre autres les médicaments les plus puissants, sont également remboursés par l'INAMI. Nous analysons de plus près les évolutions les plus importantes ci-dessous. Nous rappelons qu'il existe également des médicaments analgésiques non remboursés dont certains sont disponibles tout simplement sans prescription. On n'en tiendra pas compte ici.

La plupart des médicaments antidouleur remboursables appartient au groupe des opioïdes. A quelques exceptions près, ces médicaments sont remboursés pour tous les patients. Les autres médicaments antidouleur ne sont pas remboursés en général. Pour un analgésique classique tel que le paracétamol, le remboursement est réservé aux patients présentant une douleur chronique. Initialement, cela se passait via une réglementation spécifique (AR du 3 juin 2007). A l'heure actuelle, le remboursement est également réglé via les conditions fixées au Chapitre IV de la réglementation de l'INAMI (AR du 1<sup>er</sup> février 2018).

## Evolutions globales

En première instance, nous regardons l'évolution globale des principes actifs.

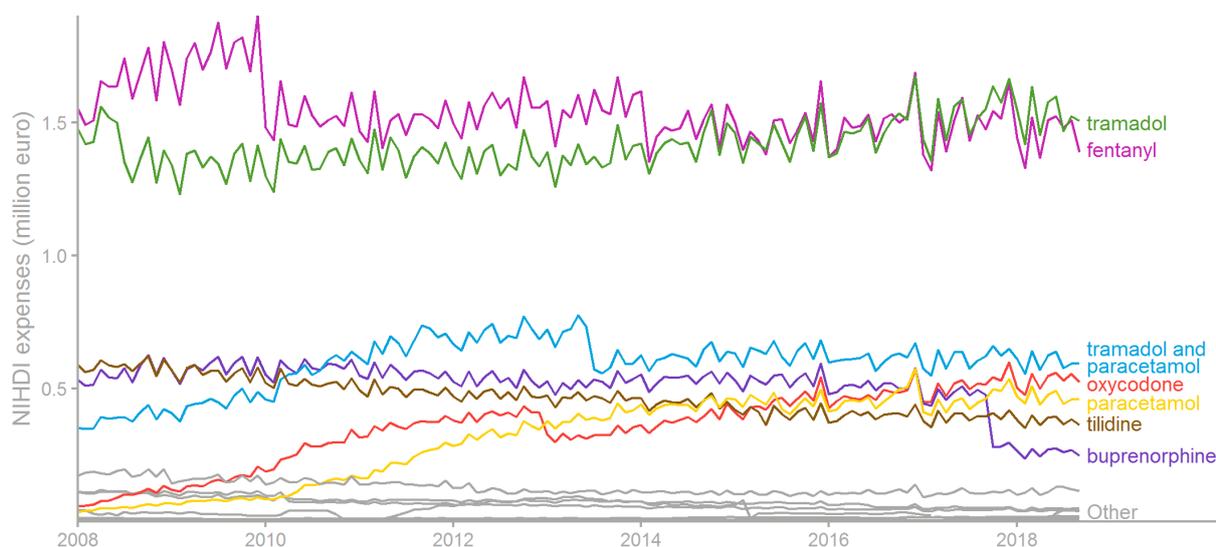
*Graphique 1 : Pour le paracétamol surtout, la consommation en DDD augmente considérablement.*



Nous constatons clairement que sept principes actifs sont responsables de la majeure partie de la consommation : le tramadol (N02AX02), le paracétamol (N02BE01), l'association de tramadol et paracétamol (N02AJ13), la tilidine (N02AX01), le fentanyl (N02AB03), la buprénorphine (N02AE01) et l'oxycodone (N02AA05). A l'exception du paracétamol, ce sont tous des opioïdes. Surtout pour le paracétamol, nous constatons une hausse impressionnante de la consommation. Celle-ci a été multipliée par six ces dix dernières années. Bien que sa consommation reste bien plus basse, nous constatons que l'oxycodone est prescrite de plus en plus souvent. Durant la dernière décennie, sa consommation a presque décuplé. Depuis 2016, l'augmentation est un peu moins importante, mais on ne voit pas encore clairement de stabilisation.

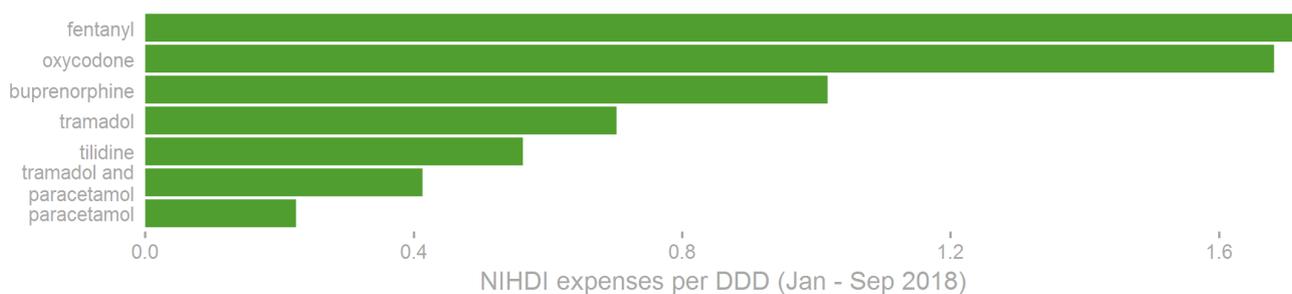
Nous constatons également que la combinaison fixe du tramadol et du paracétamol est utilisée de manière fréquente, bien que le répertoire du CBIP signale clairement que cette combinaison « n'a pas beaucoup de sens ».

Graphique 2 : Les dépenses de l'INAMI sont relativement stables



Dans les dépenses de l'INAMI, ce sont ces mêmes sept principes actifs qui dominent. La tendance est toutefois différente de celle des DDD. Alors que les DDD augmentent, nous voyons que les dépenses INAMI sont bel et bien maîtrisées. Bien sûr, nous pouvons également analyser les dépenses INAMI par DDD.

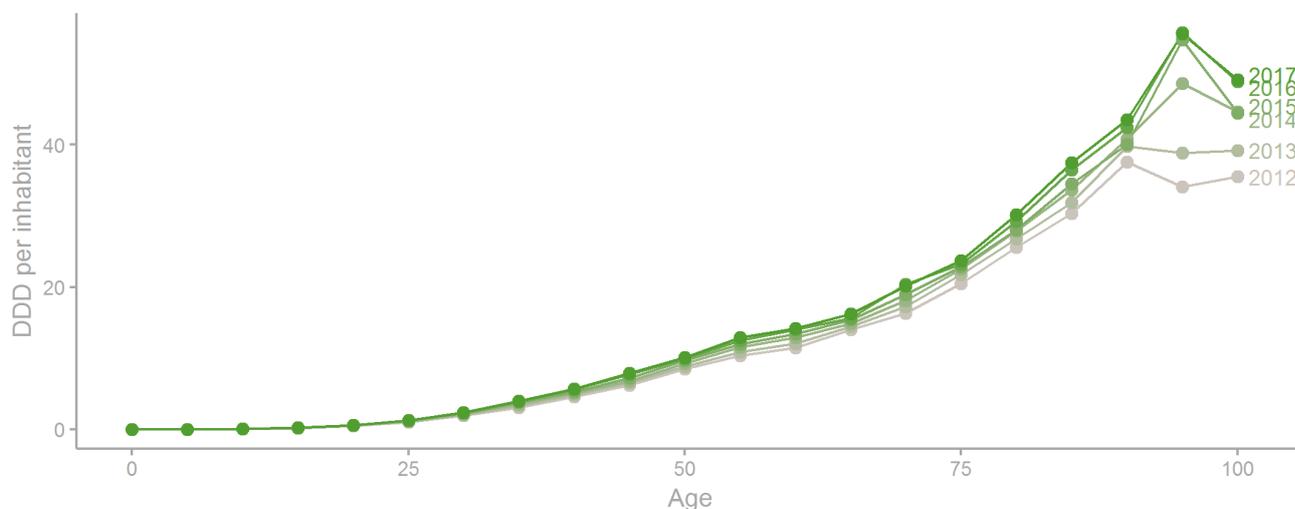
Graphique 3 : Le fentanyl et l'oxycodone sont les plus chers par DDD pour l'INAMI.



Il apparaît clairement que le fentanyl et l'oxycodone sont relativement chers par DDD. Cela implique que l'INAMI consacre le budget le plus important au fentanyl, cher, et au tramadol, fort utilisé.

## Analgésiques et distribution selon l'âge

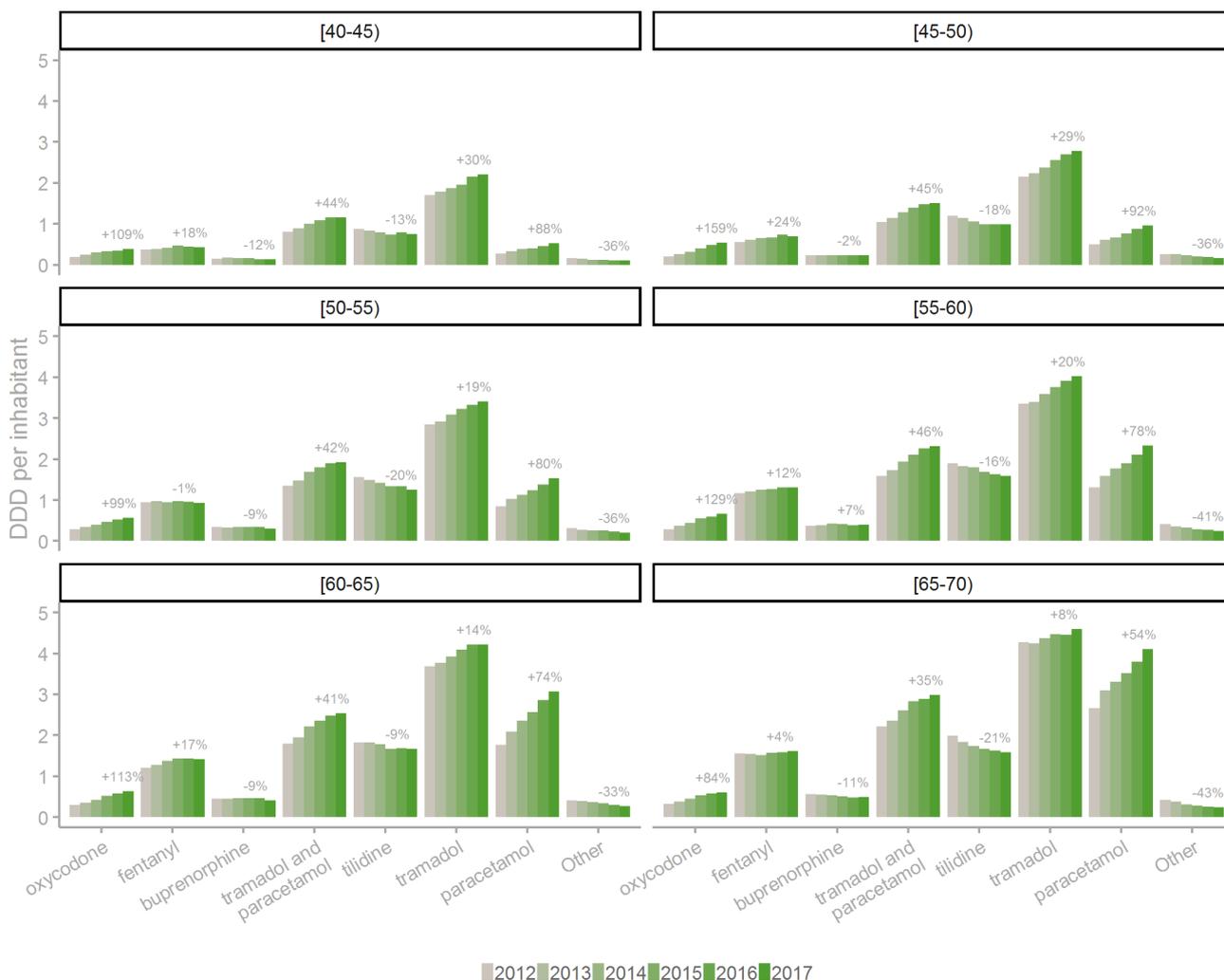
Graphique 4 : évolution des analgésiques délivrés par habitant, selon les groupes d'âge, dans la période 2012-2017



Le graphique présenté ci-dessus montre l'évolution des analgésiques délivrés en DDD par groupe d'âge pendant les six dernières années. La consommation d'analgésiques est pondérée et exprimée en DDD par habitant. Il est clair d'emblée que la consommation d'analgésiques a augmenté ces six dernières années pour toutes les catégories d'âge. La consommation d'analgésiques augmente proportionnellement lorsque les citoyens vieillissent.

Malgré une augmentation de la consommation d'analgésiques à travers les années, la tendance entre les groupes d'âge reste similaire. L'accroissement des DDD en fonction de l'augmentation de l'âge peut être scindé en trois parties. La première partie des 0-49 ans montre une hausse exponentielle. Dans la deuxième partie, l'augmentation pour les 50-59 ans connaît un lissage, après quoi la consommation d'analgésiques s'intensifie à nouveau dans les groupes d'âge 60-94. Pour mettre la consommation de médicaments par groupe d'âge en perspective, nous vérifions de manière hypothétique le nombre de patients utilisant quotidiennement des analgésiques<sup>1</sup>. En 2017, cela revient à 1 personne sur 603 dans la catégorie d'âge 20-24 qui prend quotidiennement des analgésiques. Pour les personnes de 40-44 ans, il s'agit déjà de 1 personne sur 64. Le chiffre continue à augmenter pour atteindre 1 personne sur 25 et 1 personne sur 12 pour les 60 à 64 ans et les 80 à 84 ans respectivement.

Graphique 5 : évolution pour les sept analgésiques les plus délivrés parmi les personnes de 40 à 69 ans par habitant dans la période 2012-2017



Percentages indicate evolution from 2012 to 2017

Lorsque nous nous focalisons sur la consommation de la population active moyenne selon le type d'analgésique, nous constatons que la consommation de cinq des sept analgésiques a augmenté ces six dernières années. Nous l'observons pour toutes les catégories d'âge. Les médicaments qui connaissent la hausse la plus importante sont l'oxycodone (N02AA05), la combinaison du tramadol et du paracétamol (N02AJ13) et le paracétamol<sup>2</sup> (N02BE01).

Pour l'oxycodone, nous constatons une hausse dans la période 2012-2017 avec une variation entre 84% et 159% selon la tranche d'âge. Actuellement, il ne semble pas être question d'une baisse pour l'oxycodone. Proportionnellement, l'oxycodone est également plus utilisée dans les groupes d'âge 40-50 ans. Nous observons ainsi que 6.8% environ de toute la consommation d'analgésiques chez les 40-50 ans concerne l'oxycodone. Pour les groupes d'âge 50-59 ans, cette part est de 5.3% et de 4.0% pour les personnes dans la catégorie d'âge 60-69 ans.

<sup>1</sup> On part de la supposition d'une DDD par jour alors que le dosage des analgésiques peut différer fortement par pathologie/patient.

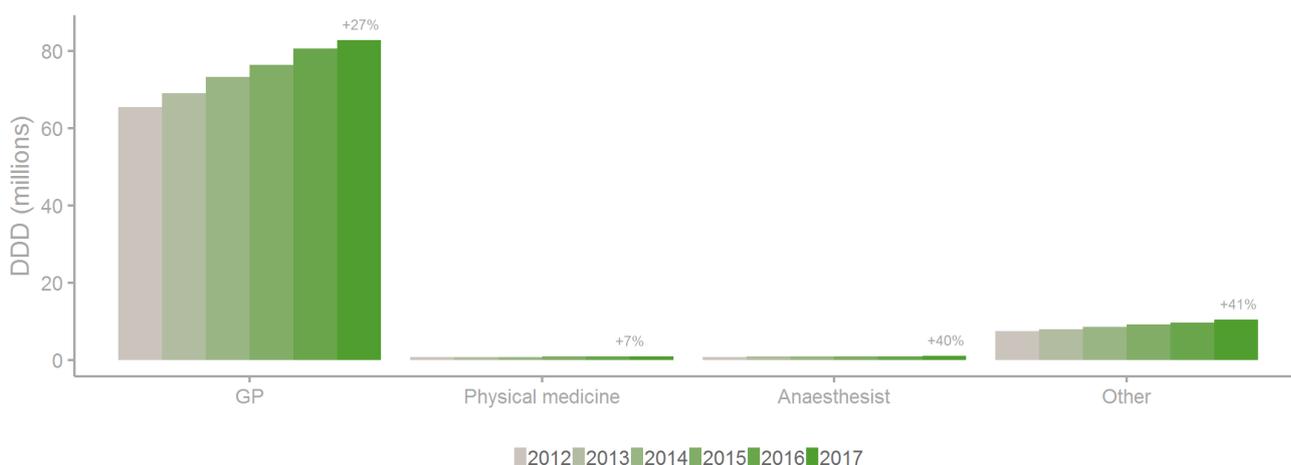
<sup>2</sup> Dans ce contexte, nous parlons uniquement du paracétamol remboursé. Tous les autres analgésiques sont remboursés pour tous les patients.

La consommation de la combinaison de tramadol et de paracétamol a augmenté de 35% à 46% pendant les six dernières années. Toutefois, nous constatons que l'augmentation annuelle se caractérise par un lissage ces dernières années. Alors que la hausse s'élevait encore à 7-10% dans la période 2012-2013, elle a diminué dans la période 2016-2017 à 1-4%. Proportionnellement, la combinaison du tramadol et du paracétamol reste également stable dans les catégories d'âge avec une variation entre 18.4% et 20.3% (pour les données de 2017). L'effet du paracétamol est intéressant parce qu'il est relativement peu utilisé par les personnes de 40-44 ans, avec une consommation de quelque 9.1%. En revanche, il représente presque 25.3% de tous les analgésiques prescrits pour les patients dans la catégorie d'âge 60-64 ans.

Durant la période 2012-2017, nous observons une baisse de la consommation de tilidine (N02AX01) et de buprénorphine (N02AE01). La baisse de la tilidine est visible pendant chacune des six années écoulées. La buprénorphine est moins prescrite à l'heure actuelle. La baisse de la consommation de la buprénorphine s'observe surtout dans la période 2016-2017.

## Prescripteurs d'analgésiques

Graphique 6 : évolution du nombre d'analgésiques par les trois groupes de médecins qui en prescrivent le plus, en nombre de DDD



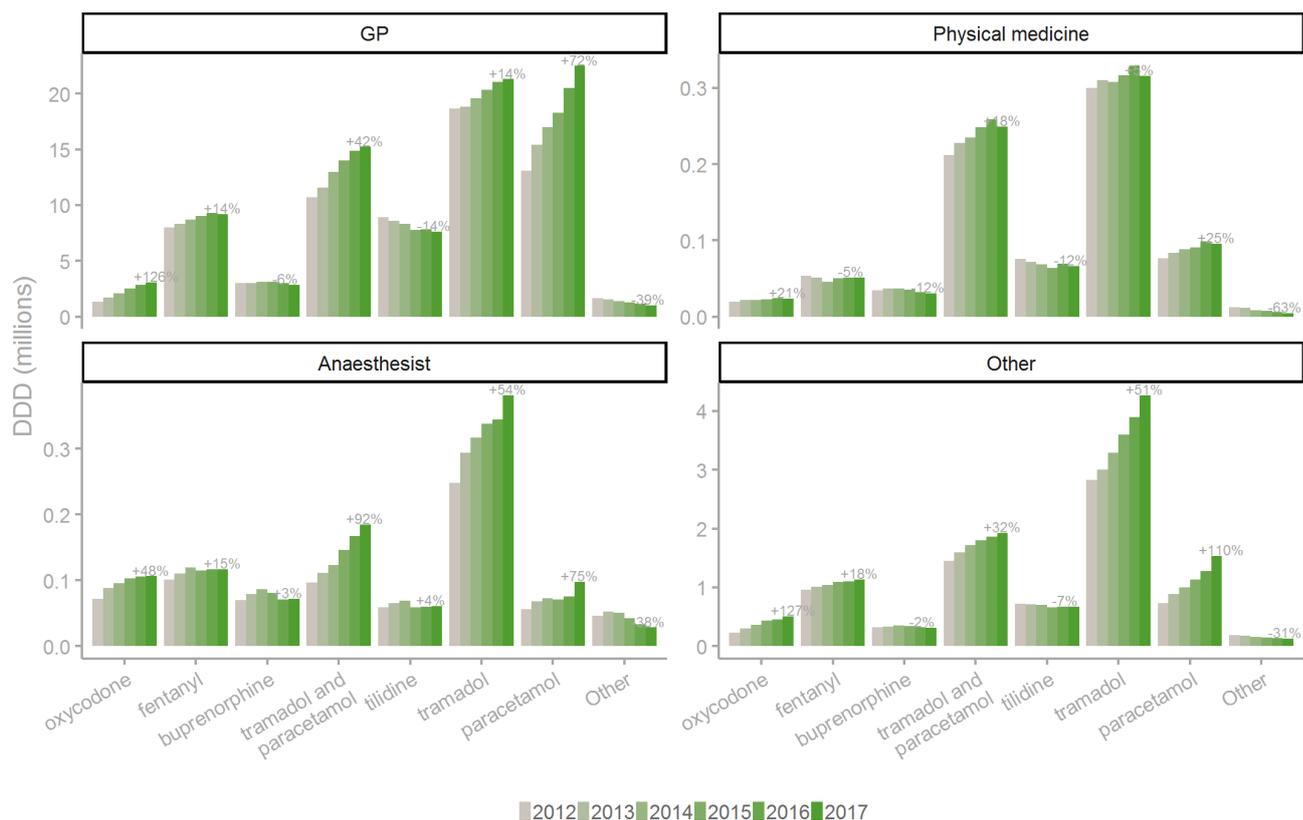
Percentages indicate evolution from 2012 to 2017

Lorsque nous analysons les tendances des prescripteurs, nous constatons tout d'abord que la majorité de tous les analgésiques sont prescrits par les médecins généralistes<sup>3</sup>. Ceux-ci prescrivent quelque 87-88% de tous les analgésiques remboursés en officine ouverte au public. Les deux groupes suivants sont les anesthésistes et les spécialistes en médecine physique, les deux avec un peu plus de 1% du total<sup>4</sup>. Pour plus de perspective, nous analysons également la part des analgésiques dans toutes les prescriptions établies par chacun de ces groupes de médecins. Ainsi, nous voyons pour les médecins généralistes que 2.0% de toutes les DDD prescrites concerne les analgésiques. Ce chiffre est de 6.8% pour les anesthésistes, 7.5% pour les spécialistes en médecine physique et 1.0% pour les autres médecins. Lorsque nous analysons les six dernières années, nous observons que le nombre de délivrances d'analgésiques prescrits par les anesthésistes a augmenté de 40%. Ce chiffre est nettement supérieur à la hausse visible pour les médecins généralistes (+27%) et les spécialistes en médecine physique (+7%).

<sup>3</sup> Les données qui sont présentées ici, n'ont pas été pondérées en fonction du nombre de médecins par spécialisation.

<sup>4</sup> Signalons ici que nous ne pouvons pas faire la distinction entre une première prescription et le renouvellement d'une prescription.

Graphique 7 : évolution pour les sept analgésiques les plus délivrés par les trois médecins spécialistes qui prescrivent le plus, en nombre de DDD



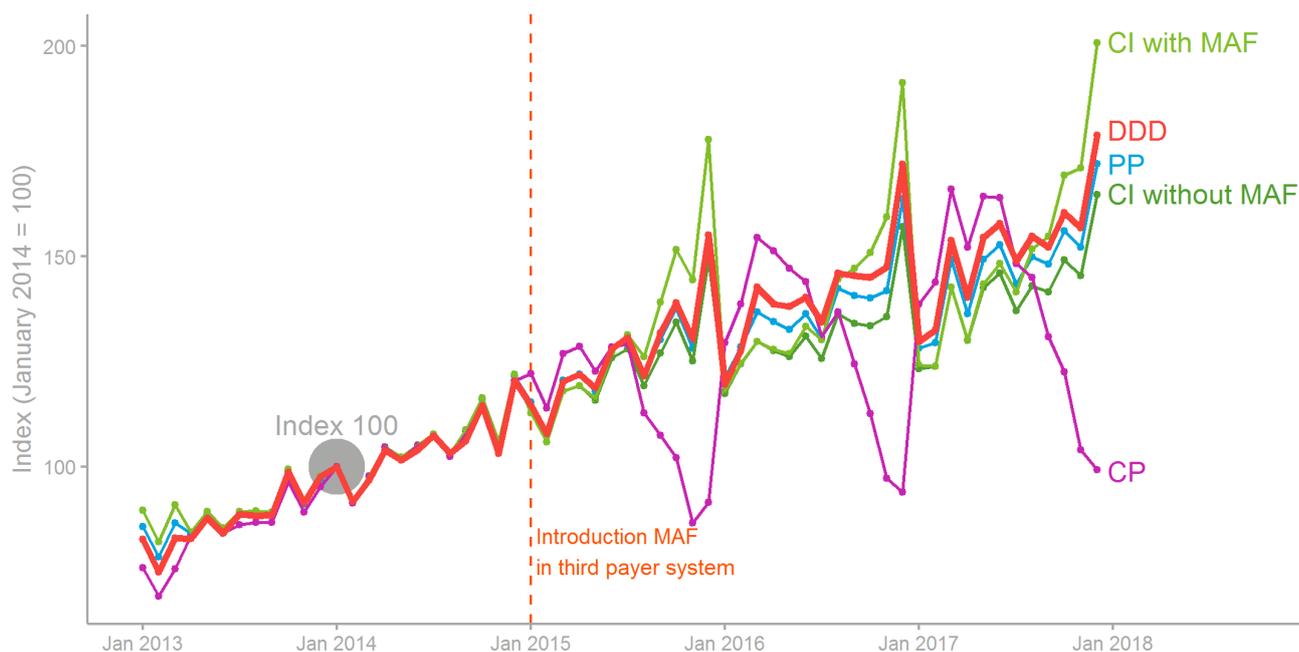
Percentages indicate evolution from 2012 to 2017

Lorsque nous nous focalisons sur l'évolution des prescripteurs par type d'analgésiques, il est surtout notable que les spécialistes en médecine physique ont prescrit moins de DDD de chaque analgésique en 2017 par rapport à 2016. Les anesthésistes et les médecins généralistes ont prescrit, eux, plus de DDD en 2016 par rapport à 2017<sup>5</sup>. La tendance à la hausse pour l'oxycodone est surtout remarquable. Tant chez les anesthésistes que chez les spécialistes en médecine physique, le pourcentage d'augmentation annuelle fait l'objet d'un lissage ou d'une légère baisse. Toutefois, nous n'observons pas cette évolution pour les médecins généralistes. Pour le groupe autres, la consommation en DDD augmente encore considérablement chaque année. Chez les anesthésistes, il y a, en outre, deux évolutions à noter. La première est l'augmentation plus importante de la combinaison du tramadol et du paracétamol en comparaison avec l'augmentation pour pourcentage d'autres types de prescripteurs. Cette tendance ne semble pas changer pour l'instant. La deuxième évolution est l'augmentation de 30,1% du paracétamol prescrit par les anesthésistes dans la période 2016-2017. Dans la période précédente 2013-2016, ce pourcentage ne s'élevait même pas à 6.0%.

<sup>5</sup> Les axes y pour les différents types de prescripteurs ne sont pas comparables.

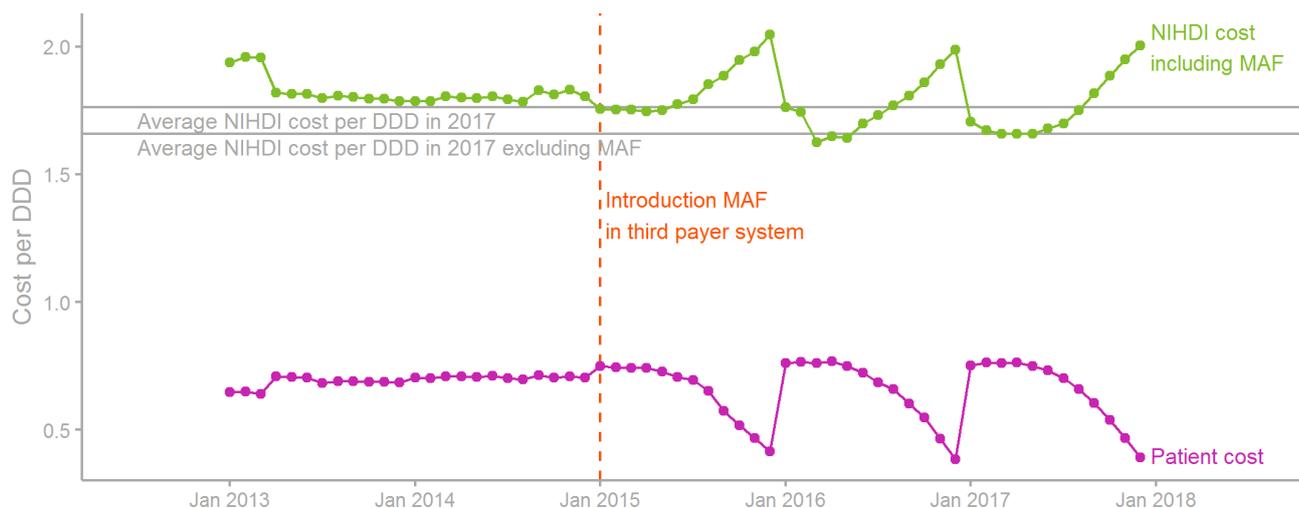
## Evolution des coûts pour l'oxycodone (N02AA05)<sup>6</sup>

Graphique 8 : Evolution mensuelle du prix public, du nombre de DDD délivrées, des dépenses par l'INAMI avec et sans MAF (maximum à facturer), ainsi que du coût patient



Le graphique 8 donne la tendance mensuelle du nombre total des DDD, le prix public (PP), les dépenses INAMI sans MAF via le système du tiers payant (CI without MAF), les dépenses INAMI avec MAF tiers payant (CI with MAF) et le coût total pour le patient (CP), exprimé en pourcentage du nombre en janvier 2014 (indexé sur 100). La figure montre clairement que tous les paramètres augmentent ces dernières années, mais que se sont surtout les dépenses de l'INAMI et les DDD qui ont connu une hausse considérable. La hausse se fait surtout sentir dans les derniers mois de l'année avant de connaître une baisse en janvier et février. Il est intéressant de remarquer que les coûts pour les patients baissent après six mois alors que la consommation augmente pendant cette période. Cette tendance se manifeste pour la première fois en 2015, l'année pendant laquelle les remboursements sous le MAF ont été repris dans le tiers payant. Cet effet peut logiquement être expliqué par le fait qu'une partie des patients qui consomment l'oxycodone, arrivent à leur MAF à partir du milieu de l'année. L'incorporation du système du MAF dans le tiers payant explique la divergence de l'évolution des dépenses INAMI et du coût patient par rapport à celle des DDD et des dépenses INAMI sans MAF.

Graphique 9 : Evolution mensuelle des coûts moyens par DDD pour les dépenses INAMI avec MAF et le coût du patient



Cette évolution devient plus claire lorsque nous calculons le prix moyen par DDD tant pour les dépenses INAMI, que pour le prix patient par mois<sup>7</sup>. Le graphique indique que la contribution propre du patient baisse vers la deuxième partie de l'année. Alors que la part du patient par DDD s'élevait encore à € 0,75 en janvier 2017, ce montant a baissé jusque € 0,39 en décembre

<sup>6</sup> Une tendance similaire a également été trouvée pour le tramadol et le paracétamol.

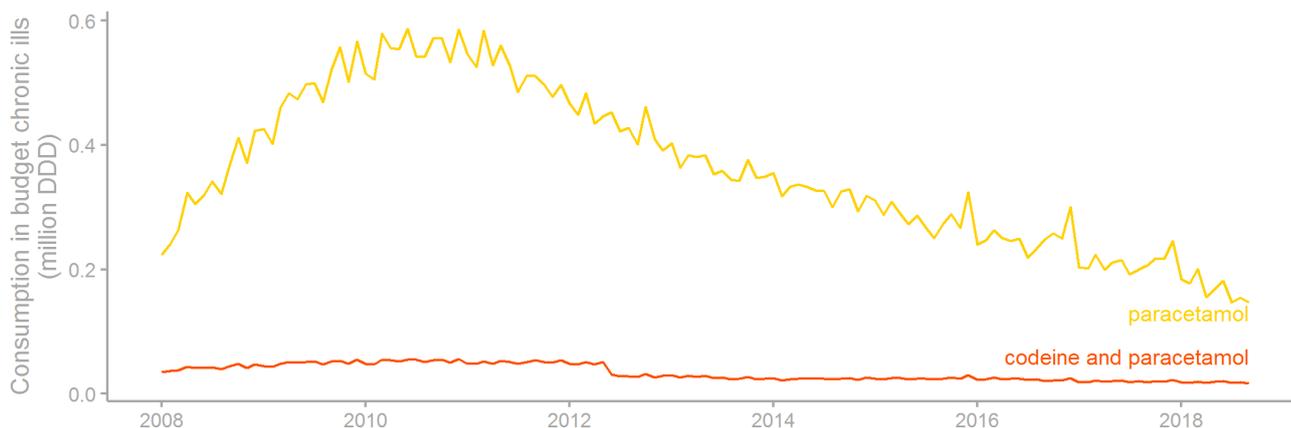
<sup>7</sup> Le coût moyen est calculé en divisant les dépenses, tant pour l'INAMI que pour le patient, par la consommation en DDD. Lors de ces calculs, la taille de conditionnement n'a pas été prise en considération, ni si la délivrance a eu lieu en maison de repos ou non.

2017. En même temps, nous observons que la consommation en novembre 2016 (DDD = 299.630) et en décembre 2016 (DDD = 349.275) était nettement supérieure à la moyenne de 2017 (DDD = 287.363), contrairement aux mois de janvier 2017 (DDD = 263.948) et de février 2017 (DDD = 269.078) où le nombre de délivrances était largement inférieur aux derniers mois de 2016. Malgré le fait que nous ignorons combien de patients sont concernés, ni si ce nombre change dans le courant de l'année, le risque existe que certains patients aient chez eux plus d'opioïdes que ce qui est nécessaire.

## Budget maladies chroniques

Outre le remboursement ordinaire selon l'AR du 1<sup>er</sup> février 2018 (l'ancien AR du 21 décembre 2001), il y a également un remboursement distinct pour les patients avec des douleurs chroniques prévu à l'AR du 3 juin 2007. Il s'agit du paracétamol et des combinaisons fixes entre le paracétamol et la codéine, pour lesquels les patients concernés bénéficient d'un remboursement de 20% du prix des conditionnements autrement non remboursables<sup>8</sup>.

*Graphique 10 : La consommation dans le budget pour patients atteints de douleurs chroniques (AR du 3 juin 2007) baisse fortement.*

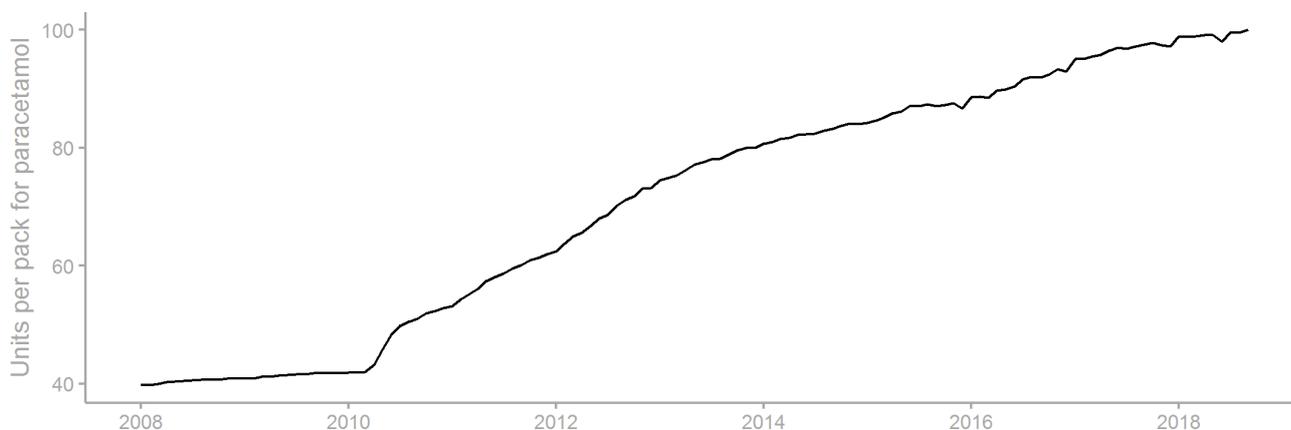


Nous observons que la consommation baisse considérablement et devient même anecdotique dans la pratique. Cette situation est due au fait que l'accès à certains groupes de patients se fait de plus en plus souvent via les conditions au Chapitre IV au lieu de faire appel à une réglementation distincte.

## Taille des conditionnements de paracétamol

Ci-dessus, nous avons déjà analysé la consommation exprimée en DDD. L'évolution du nombre de conditionnements se fait de manière très similaire, à l'exception du paracétamol. Malgré l'augmentation nette exprimée en DDD, nous constatons que le nombre de conditionnements délivrés reste beaucoup plus constant. Cela implique que le nombre de DDD par conditionnement a augmenté.

*Graphique 11 : La taille moyenne du conditionnement du paracétamol augmente*



Nous voyons clairement que le nombre d'unités par conditionnement a commencé à augmenter considérablement à partir de 2010. A l'époque, il y avait en moyenne quelque quarante unités dans chaque conditionnement, alors qu'il y en a déjà une centaine actuellement.

La cause doit être cherchée dans le shift mentionné ci-dessus de la réglementation spécifique prévue pour les patients souffrant de douleurs chroniques vers le chapitre IV. Ce sont les grands conditionnements qui sont remboursés sous les

<sup>8</sup> Les pansements actifs sont également repris dans ce système.

conditions du Chapitre IV. Il est donc logique que la taille moyenne du conditionnement augmente dans la part remboursée du paracétamol.

Graphique 12 : La dose moyenne du paracétamol par unité augmente également



L'augmentation du dosage contribue également à cet effet. En 2010, le début de l'augmentation de la taille de conditionnement allait de pair avec un dosage en baisse. Depuis 2011, cette tendance s'est toutefois complètement renversée et nous constatons également que le dosage moyen augmente. Cela indique un glissement vers un dosage par unité plus élevé (de 500mg vers 1g).

Nous rappelons que toutes ces évolutions se produisent au niveau de la partie remboursée des délivrances du paracétamol. Sur cette base, nous ne pouvons pas tirer des conclusions sur ce qui se passe pour la consommation totale du paracétamol, y compris les conditionnements non remboursés.