

# “IPhEB-Report” July 2019 publication (April 2019 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](mailto: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	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	2.653,090	469,473	3.102,292	102,495	250,035	5.254,684	8,598	8,4%	10,425	4,2%
2018	2.700,065	475,344	3.167,470	102,686	255,272	5.318,944	7,770	7,6%	2,557	1,0%
<b>2019</b>	<b>2.675,972</b>	<b>474,644</b>	<b>3.151,287</b>	<b>102,368</b>	<b>244,981</b>	<b>5.337,910</b>	<b>4,859</b>	<b>4,7%</b>	<b>12,581</b>	<b>5,0%</b>
2019/2018	-0,9%	-0,4%	-0,5%	-0,3%	-4,3%	+0,5%	-37,5%		+392,0%	
2018/2017	+1,8%	+1,6%	+2,1%	+0,2%	+2,4%	+1,1%	-9,6%		-75,5%	
201807	228,777	39,813	267,754	8,619	20,523	461,124	0,660	7,7%	0,217	1,1%
201808	232,877	39,793	271,879	8,671	22,221	463,256	0,628	7,2%	0,204	0,9%
201809	213,586	35,556	248,453	7,781	22,417	417,258	0,545	7,0%	0,230	1,0%
201810	213,245	35,253	247,818	7,737	20,899	419,431	0,537	7,0%	0,206	1,0%
201811	212,119	36,874	248,292	7,958	21,422	414,256	0,569	7,2%	0,217	1,0%
201812	249,510	47,607	296,293	9,975	22,078	480,397	0,696	7,0%	0,194	0,9%
201901	234,715	42,762	276,682	9,163	20,456	459,986	0,654	7,2%	0,197	1,0%
201902	237,042	40,607	276,838	8,809	21,366	456,278	0,649	7,4%	0,162	0,8%
201901	222,697	39,390	262,086	8,601	20,618	442,181	0,496	5,8%	0,893	4,3%
201902	210,752	37,741	248,492	8,227	19,654	419,015	0,405	4,9%	0,822	4,8%
201903	224,024	37,701	261,724	8,298	21,435	430,830	0,369	4,5%	1,034	4,8%
201904	218,538	37,024	255,562	8,304	20,651	436,070	0,333	4,0%	0,959	4,6%

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 ».



# Inhibiteurs de la pompe à protons et corticostéroïdes à usage nasal – étude des mesures d'économie

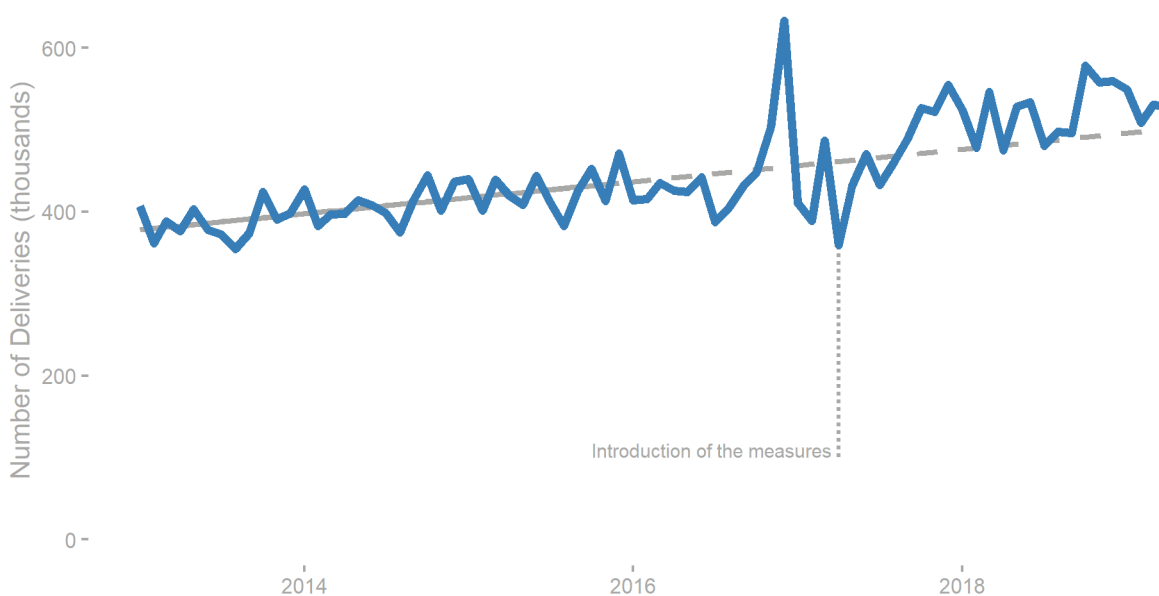
En général, l'histoire que racontent les données de délivrance de médicaments n'est pas spectaculaire. Les évolutions les plus importantes se déroulent sur une échelle de temps d'années ou de décennies. Cependant, il arrive parfois qu'un certain nombre de changements soudains ou notables se produisent. Ils sont généralement dus à des influences extérieures : modifications de la réglementation, changements de remboursement, articles de presse avec manchettes sensationnelles....

Un certain nombre de médicaments qui ont ainsi été mis sous les feux de la rampe sont décrits plus en détail ci-dessous.

## Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Le 1er avril 2017, les conditions de remboursement des IPP ont été radicalement modifiées. Pour la plupart, le grand conditionnement a été inclus dans le chapitre IV. Plus précisément, il s'agissait de la boîte de 40 mg d'oméprazole, 15 et 30 mg de lansoprazole, 40 mg de pantoprazole et 10 et 20 mg de rabéprazole. Selon les critères du chapitre IV, le remboursement de ces conditionnements continuera d'être réservé au traitement du syndrome de Zollinger-Ellison et au post-traitement d'une ablation de la muqueuse œsophagienne par radiofréquence pour la muqueuse de Barrett.

Graphique 1 : Augmentation du nombre d'IPP délivrés

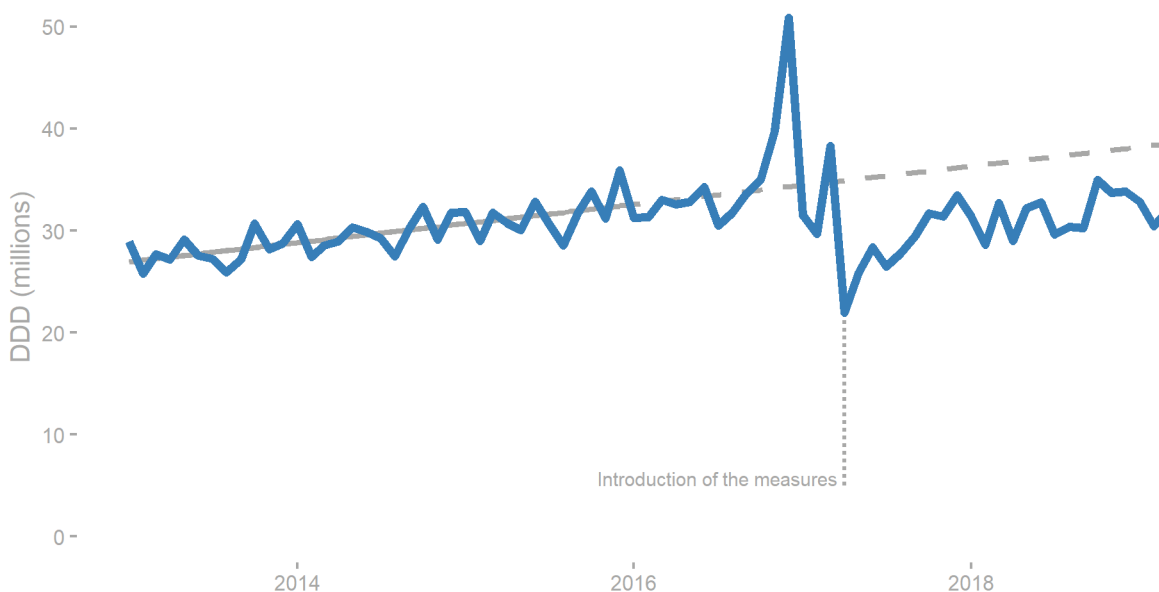


L'effet de la mesure sur le nombre de délivrance est en tout cas très spectaculaire. Nous observons un certain nombre d'effets frappants : un pic important en décembre 2016, une baisse en avril 2017, puis une forte augmentation qui n'a commencé à se stabiliser que récemment.

Le sommet atteint en décembre 2016 coïncide avec l'annonce de la mesure d'économie. Au moment de l'annonce, on ne savait toujours pas quand la mesure entrerait en vigueur. De nombreux patients ont clairement pris leurs précautions et se sont approvisionnés pour disposer d'un stock supplémentaire.

Le fait que le nombre de conditionnements ait augmenté après la mesure n'est pas surprenant : si, pour la grande majorité des patients, les grands conditionnements ne sont plus remboursables, les petits conditionnements le restent au chapitre II, il est dès lors logique qu'une partie des patients passent à des conditionnements plus petits. C'est pourquoi la DDD est une meilleure mesure pour suivre l'évolution de la consommation.

Graphique 2 : La consommation, exprimée en DDD, a en effet baissé

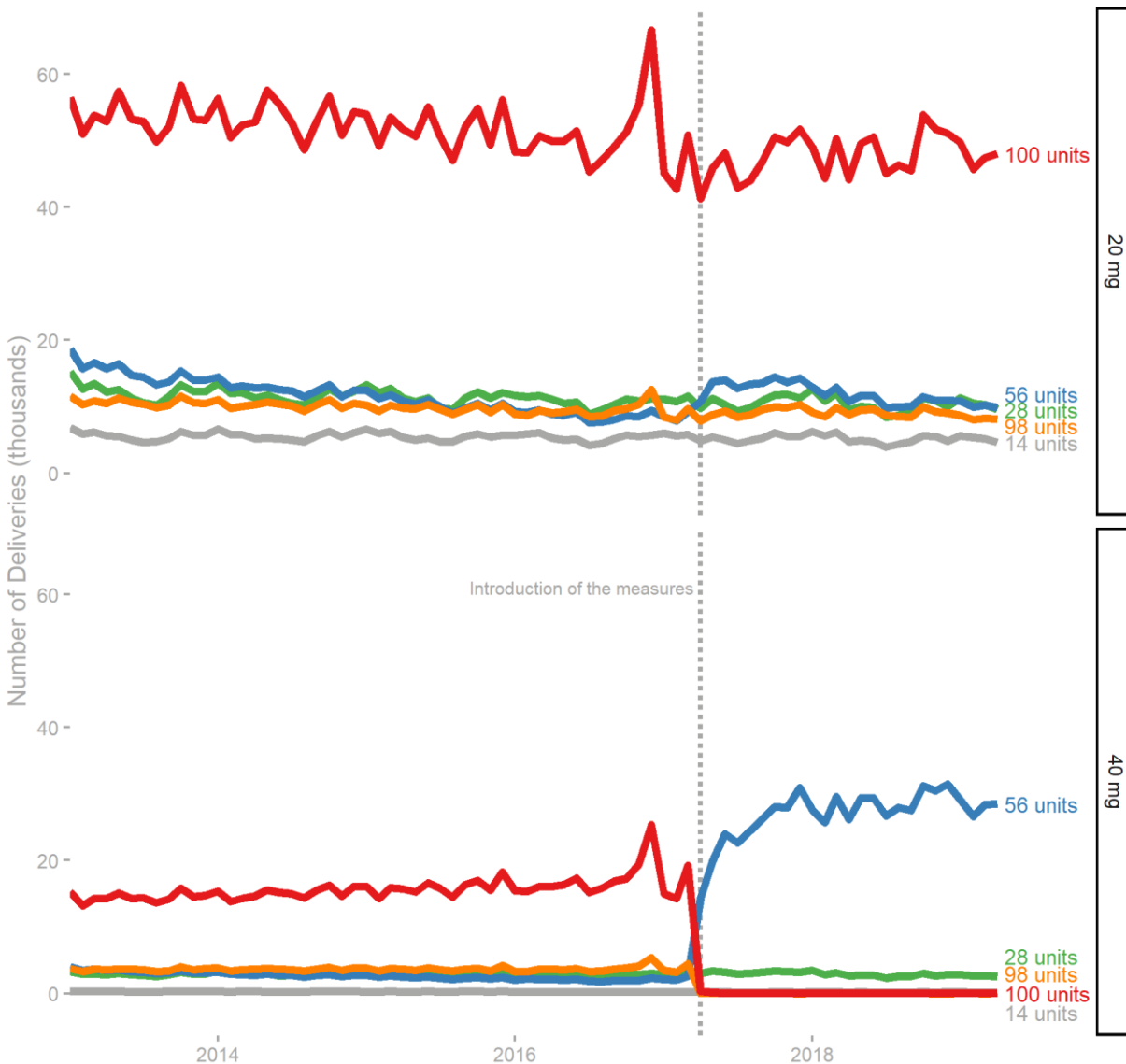


En termes de DDD, la consommation réelle est inférieure à ce que nous attendions comme consommation extrapolée sur base de la tendance antérieure à la mesure. Toutefois, l'ampleur de la baisse est plutôt limitée.

Voyons de plus près à quoi ressemblent les changements lorsque l'on examine les différentes tailles de conditionnements. Cela nous permet de vérifier l'hypothèse ci-dessus (les grands conditionnements sont remplacés par plusieurs petits conditionnements).

## Omeprazol

Graphique 3 : Nombre de délivrances d'oméprazole selon le dosage et la taille du conditionnement



Il existe également des conditionnements de 10 mg. Nous ne les avons pas inclus dans le graphique parce qu'ils sont délivrés en quantités négligeables comparativement aux conditionnements de 20 et 40 mg.

Le changement le plus évident, comme prévu, est observé pour le conditionnement de 40 mg. Le nombre de grands conditionnements délivrés (98 ou 100 unités) est pratiquement nul à partir du 1er avril 2017. Compte tenu de la rareté des maladies pour lesquelles ils sont encore remboursables, c'est logique. Le plus intéressant est la réaction que cela provoque pour les autres conditionnements. On remarque que le conditionnement de 56 unités, d'une part mineure, devient soudainement l'emballage le plus courant. Il semblerait, de manière générale, que chaque conditionnement de 100 unités ait été remplacé par deux de 56 unités.

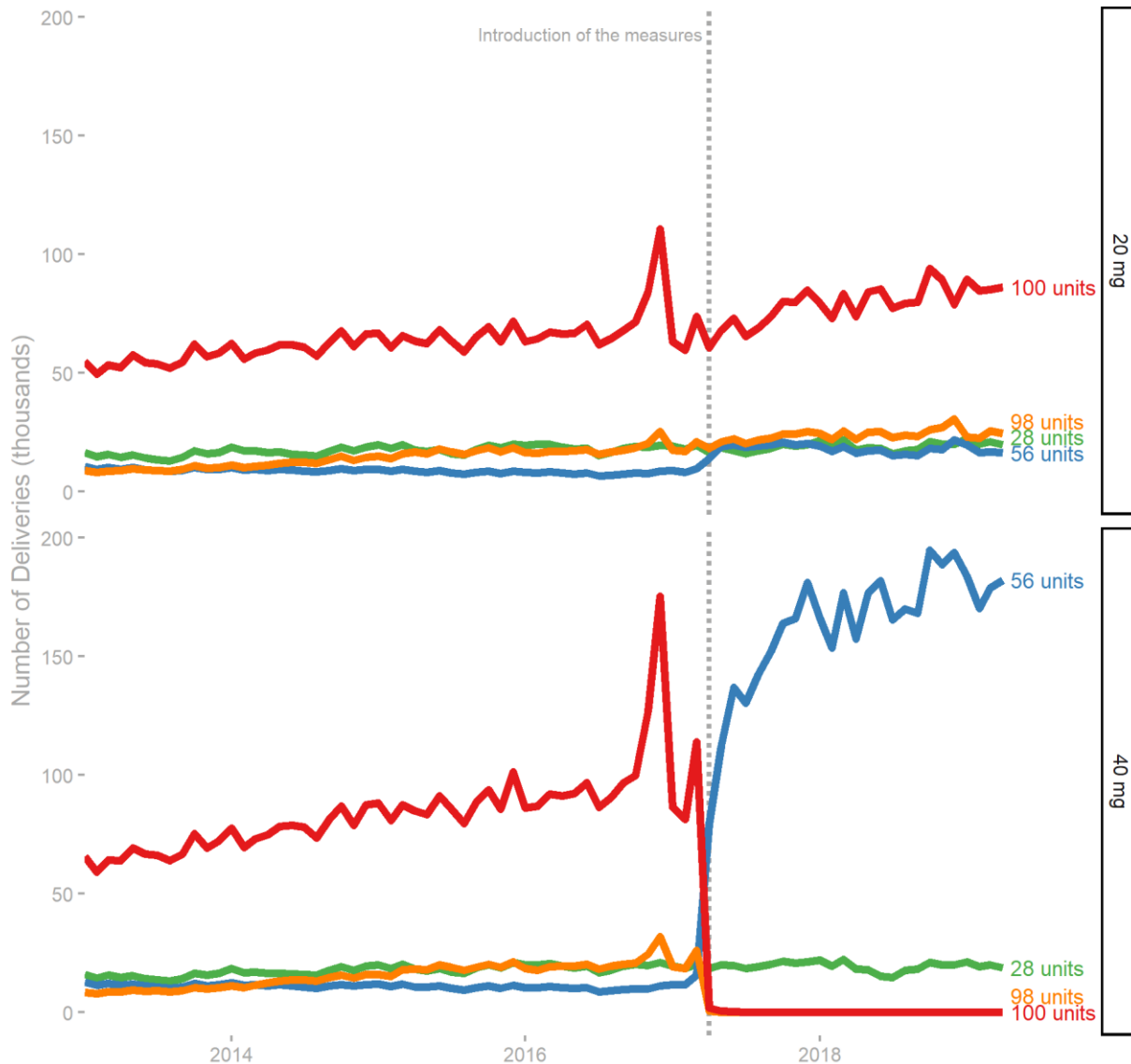
Il est également intéressant de voir comment la mesure d'économie affecte l'oméprazole 10 et 20 mg. Ceux-ci sont totalement exclus de la mesure. Par conséquent, nous ne nous attendions à aucun effet en tant que tel. Toutefois, nous constatons clairement un fort pic en décembre 2016, qui coïncide avec l'annonce de la mesure. Il est clair que de nombreux patients et prescripteurs n'ont pas attendu les détails exacts de la mesure. Le comportement de stockage que nous observons ici affecte tous les dosages.

Après le 1er avril 2017, le nombre de délivrances de 100x20mg est encore plus bas qu'avant décembre 2016. À première vue, cela pourrait s'expliquer par une chute après l'accumulation. Cependant, nous constatons également une augmentation du nombre de

délivrances à 56x20mg à partir d'avril 2017. Cela donne à penser que l'on est passé de grands conditionnements (98 et 100 unités) à des conditionnements de taille moyenne (56 unités) à des doses plus faibles. Il est probable que les tenants et aboutissants des changements apportés à la réglementation INAMI ne sont pas toujours parfaitement clairs ni pour les patients ni pour les prescripteurs.

## Pantoprazol

Graphique 4 : Nombre de délivrances de pantoprazole selon le dosage et la taille du conditionnement

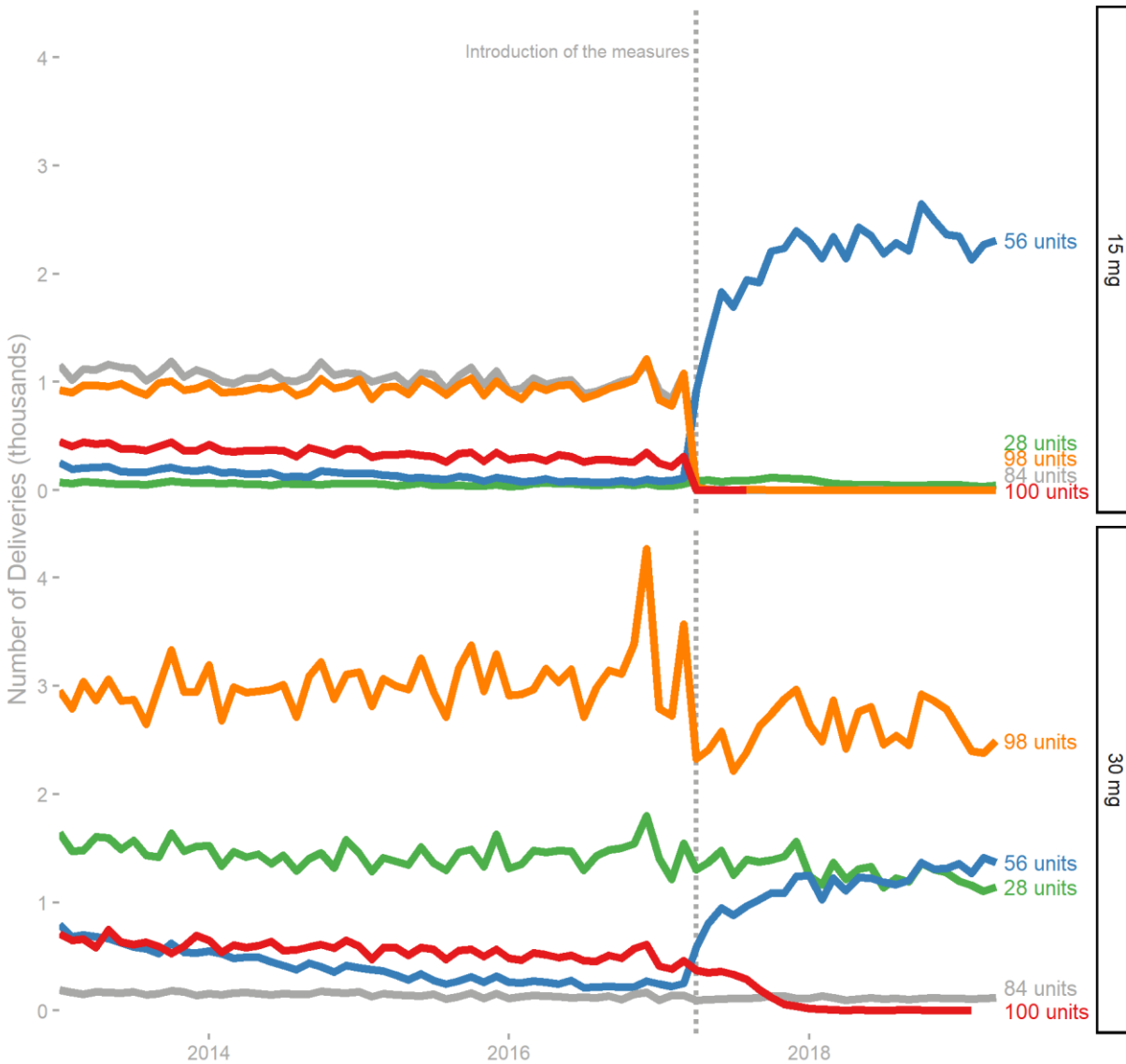


Dans le cas du pantoprazole, seuls les grands conditionnements (98 et 100 unités) de 40 mg étaient remboursés avec autorisation de la mutuelle. En avril 2017, le nombre de délivrances de ce produit était presque nul. D'autre part, le nombre de conditionnements a fortement augmenté (56). Ce comportement nous rappelle beaucoup l'évolution de l'oméprazole à 40 mg.

Encore une fois, il convient de noter que l'annonce de la mesure d'économie a entraîné un pic très important dans les délivrances de pantoprazole à 20 mg. Ceci bien que rien n'ait changé pour ce conditionnement. On note également que le nombre de délivrances de 20 mg est plus élevé qu'avant la mesure. Il est donc possible qu'un passage de 40 mg à 20 mg se soit produit.

## Lansoprazol

Graphique 5 : Nombre de délivrances de lansoprazole selon le dosage et la taille du conditionnement

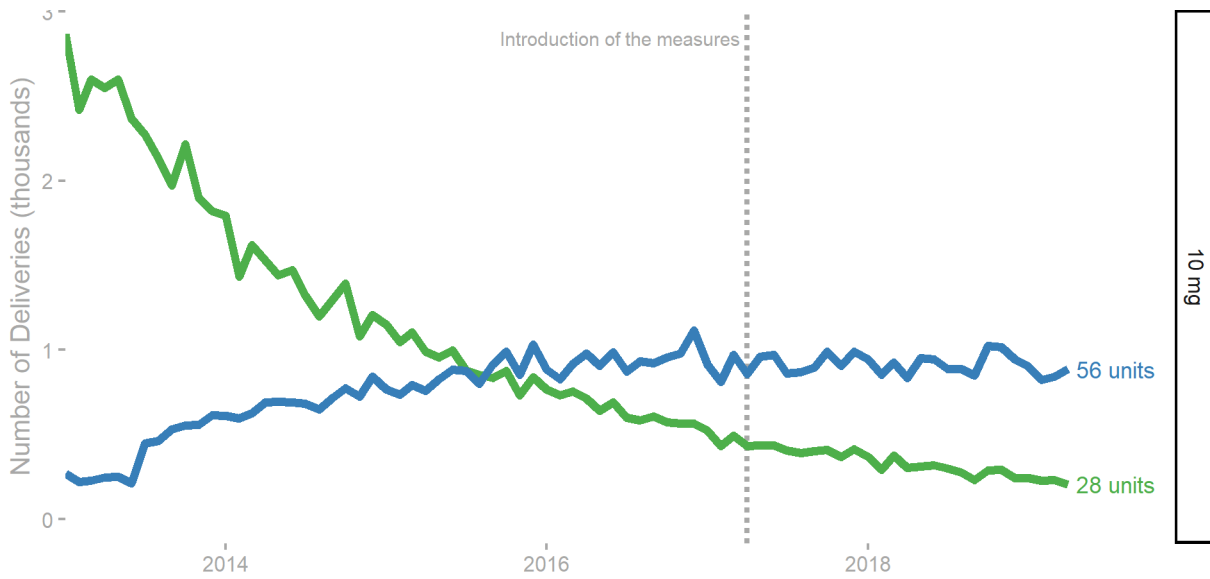


Le cas du lansoprazole montre très bien le rôle des conditions de remboursement sur la consommation. Dans le cas du lansoprazole à 15 mg, nous constatons le même passage des grands conditionnements vers les petits conditionnements comme nous l'avons déjà constaté dans le cas de l'oméprazole et du pantoprazole. Le plus remarquable semble être ce qui n'est pas là : le pic de décembre 2016 est nettement moins prononcé.

Toutefois, le tableau à 30 mg est totalement différent. Le nombre de délivrances diminue quelque peu, mais certainement pas de façon spectaculaire. L'augmentation du conditionnement de 56 unités que nous avons constatée dans les données évoquées précédemment est donc à nouveau visible ici. L'explication se trouve probablement dans les conditions de remboursement : le conditionnement de 98 unités se trouve non seulement au chapitre IV mais aussi au chapitre II (contrôle a posteriori). Au chapitre IV, il s'agit de la catégorie de remboursement A, tandis qu'au chapitre II, il s'agit de la catégorie B.

## Rabéprazole

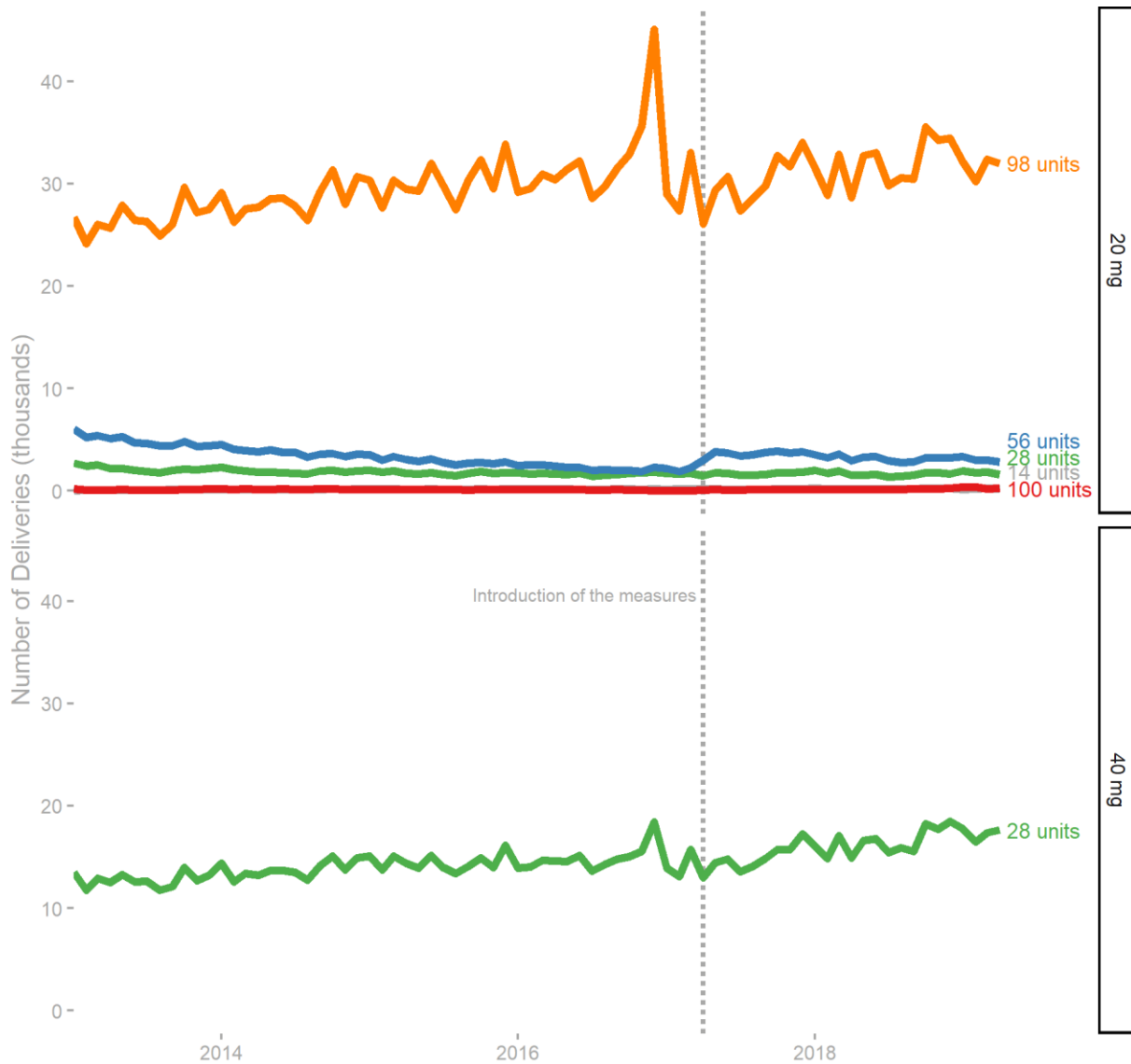
Graphique 6 : Nombre de délivrances de rabéprazole selon le dosage et la taille du conditionnement



En ce qui concerne le rabéprazole, nous pouvons être très brefs : il n'est pas affecté par la mesure.

## Esomeprazol

Graphique 7 : Nombre de délivrances d'esoméprazole selon le dosage et la taille du conditionnement



L'évolution de l'esoméprazole, et en particulier le conditionnement de 98 x 20 mg est notable. Rien n'a changé depuis le 1er avril 2017. On s'attendrait donc à ce qu'il n'y ait rien à voir. Toutefois, nous constatons également un fort pic pour l'esoméprazole à la fin de 2016. Il semble clair que de nombreux patients ont également surstockés ces spécialités.

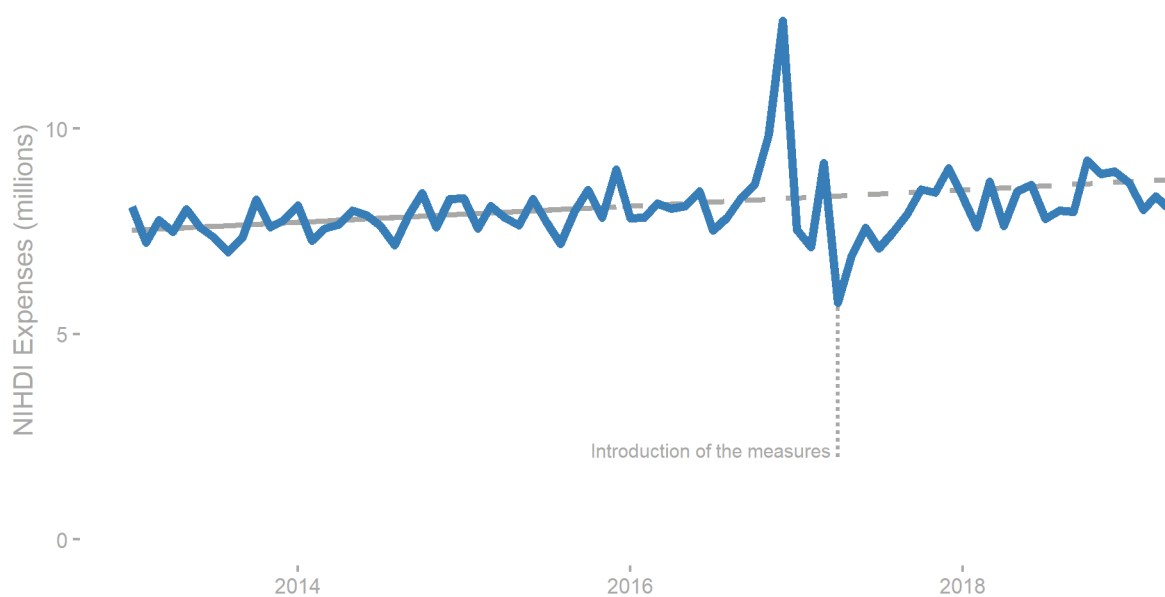
Le nombre de délivrances est légèrement inférieur à ce que l'extrapolation de la tendance en 2014-2015 suggère. Dans le même temps, nous constatons une augmentation correspondante du nombre de délivrances de 56 x 20 mg. Cela indique que, bien qu'il ne soit pas impliqué du tout, l'esoméprazole s'est également déplacé vers des emballages plus petits. La proportion est bien sûr beaucoup moins importante que pour les autres principes actifs, qui font partie de l'ensemble des économies.



## Dépenses de l'INAMI

Qu'est-ce que tout cela implique pour les dépenses de l'INAMI ?

Graphique 8 : Faible effet sur les dépenses de l'INAMI en inhibiteurs de la pompe à protons



Très peu d'effet. Après quelques fortes fluctuations, les dépenses se sont stabilisées en 2018. Elles l'ont fait à peu près au même niveau qu'avant la mesure d'épargne. Il y a donc eu une petite économie, mais elle n'est certainement pas de l'ordre de grandeur de ce qui était escompté

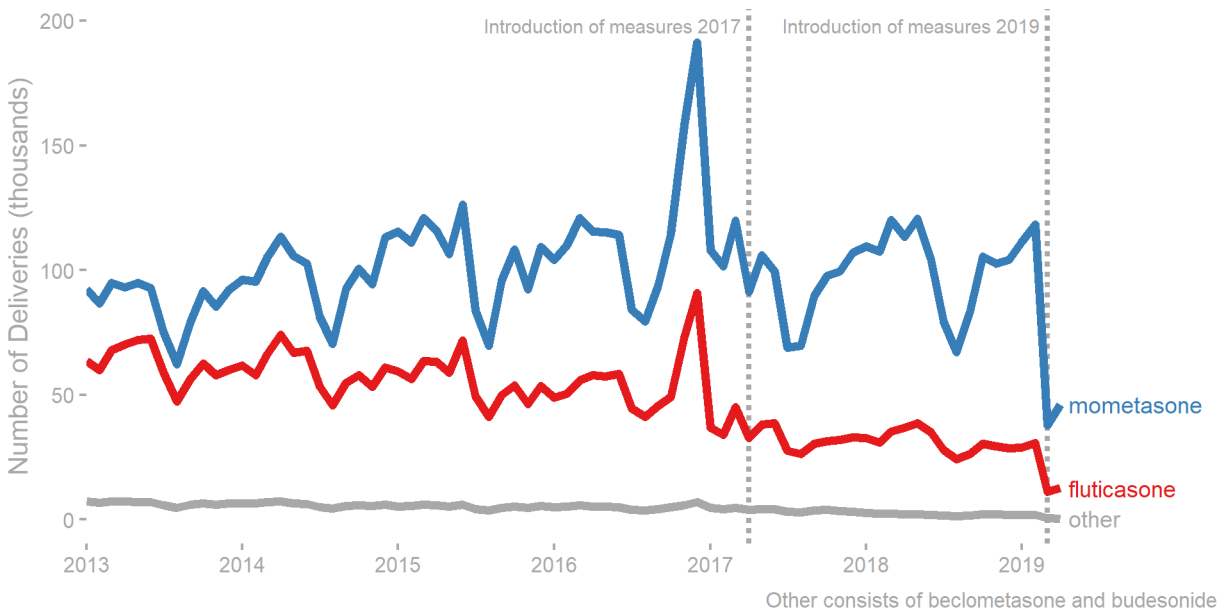
## Corticostéroïde à usage nasal

En plus des mesures d'économie sur les inhibiteurs de la pompe à protons, des mesures sur les corticostéroïdes à usage nasal ont été annoncées. L'objectif était "de réduire la surconsommation de décongestionnants nasaux ou de sprays nasaux vasoconstricteurs en passant à l'utilisation de corticostéroïdes à usage nasal"<sup>1</sup>. Pour atteindre cet objectif, les plus faibles doses de corticostéroïdes à usage nasal n'ont plus été soumises à prescription. Pour les patients chroniques, le remboursement reste possible sur ordonnance. Ce remboursement a été effectué dans la catégorie Cx au lieu de la catégorie B. En d'autres termes, le patient paie une quote-part plus élevée. Pour les délivrances sans ordonnance, aucun remboursement n'est évidemment prévu. Cette mesure est entrée en vigueur le 1er avril 2017.

Dans nos données, nous n'avons accès qu'aux médicaments remboursés. Nous ne verrons donc pas de délivrances supplémentaires en tant qu'OTC. L'effet du changement de catégorie de remboursement et un éventuel passage des décongestionnants aux corticostéroïdes auront bien une incidence sur nos données. Mais il ne sera pas possible de démontrer une relation de cause à effet sur base de nos données.

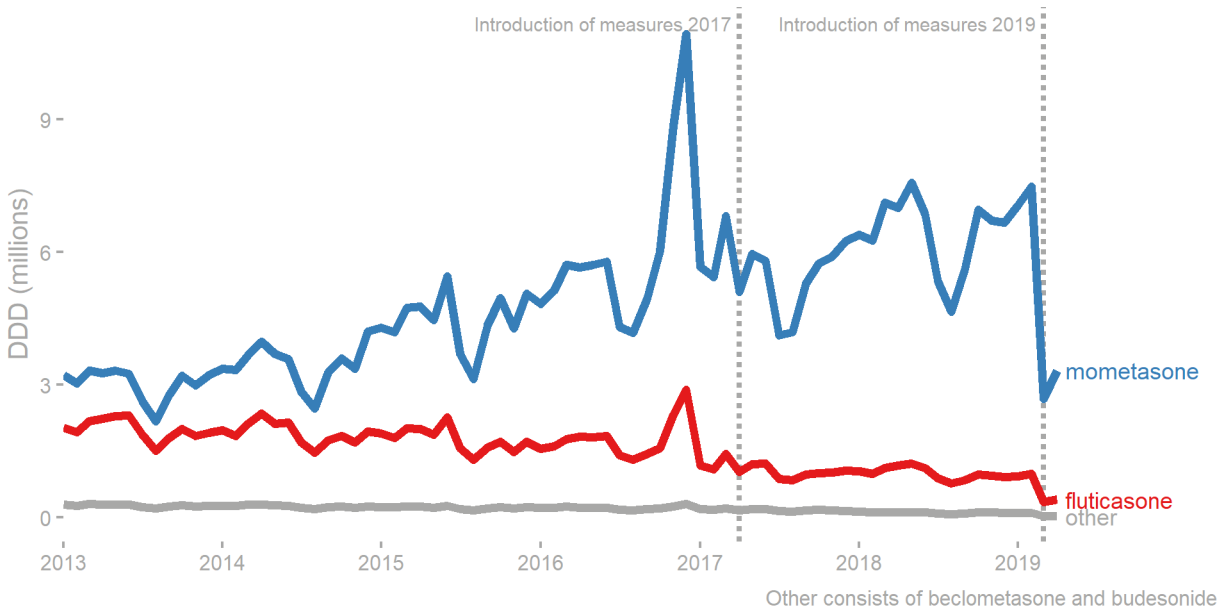
Récemment, le 1er mars 2019, le règlement sur les corticostéroïdes à usage nasal a de nouveau été adapté, ils sont passés du chapitre I au chapitre IV, ce qui pourrait réduire l'accessibilité, par contre la catégorie est passée de Cx à C, ce qui implique que le ticket modérateur du patient a diminué, donc avec un effet positif sur son accessibilité.

Graphique 9 : Nombre de délivrances de corticostéroïdes à usage nasal



<sup>1</sup> Site web de la Ministre Maggie De Block, 3 février 2017, <https://www.deblock.belgium.be/fr/dossier-meilleurs-soins-pour-le-patient-sprays-nasaux>

Graphique 10 : Consommation en DDD de corticostéroïdes à usage nasal



Comme dans le cas des inhibiteurs de la pompe à protons, l'annonce d'une mesure a un effet évident. Après ce pic, cependant, nous ne voyons pas de rupture nette dans la tendance. Dans le cas de la mométasone, ce sont les tendances existantes qui se poursuivent. Dans le cas de la fluticasone, qui a déjà connu une tendance à la baisse depuis 2017, la consommation semble avoir été un peu en deçà de la ligne de tendance établie pour les années 2014-2015.

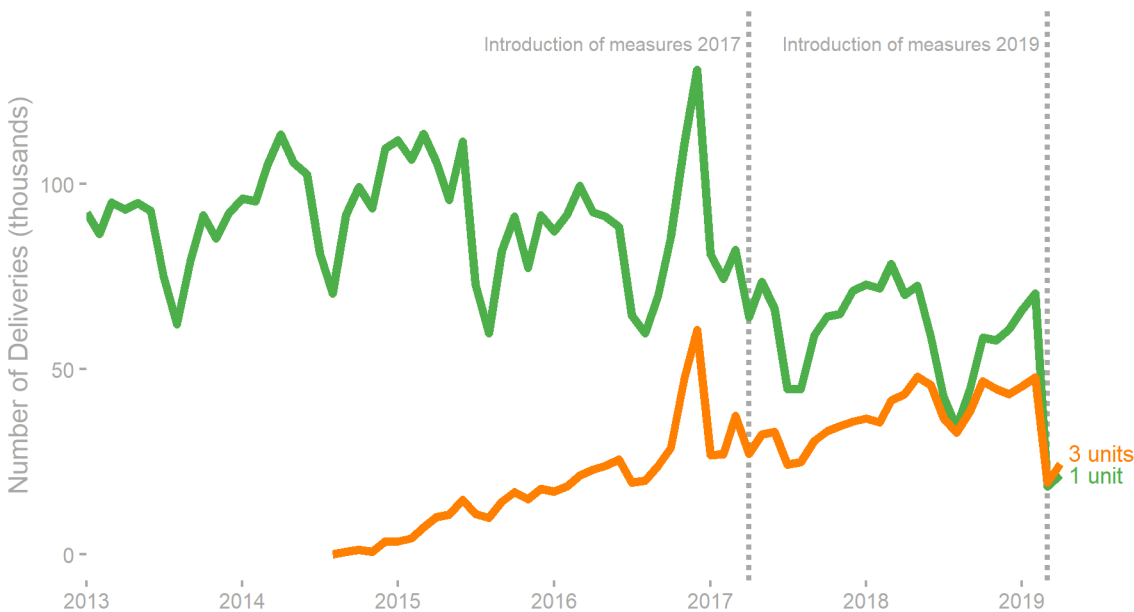
Le transfert au chapitre IV le 1er mars 2019 a toutefois un impact très clair. Il semble que le nombre de délivrances ait diminué de plus de moitié. Toutefois, il n'existe actuellement aucune donnée permettant d'estimer correctement cet effet.

Nous vous rappelons une fois de plus que les délivrances en question sont des délivrances remboursées. Nous ne pouvons tirer aucune conclusion sur ce qui se passe en dehors du remboursement.

### Mométasone

En ce qui concerne mométasone, nous avons constaté que la consommation augmente depuis un certain nombre d'années, bien que le nombre de délivrances reste le même. Examinons cela de plus près.

Graphique 11 : Evolution du nombre de conditionnements de mométasone par rapport à la taille du conditionnement

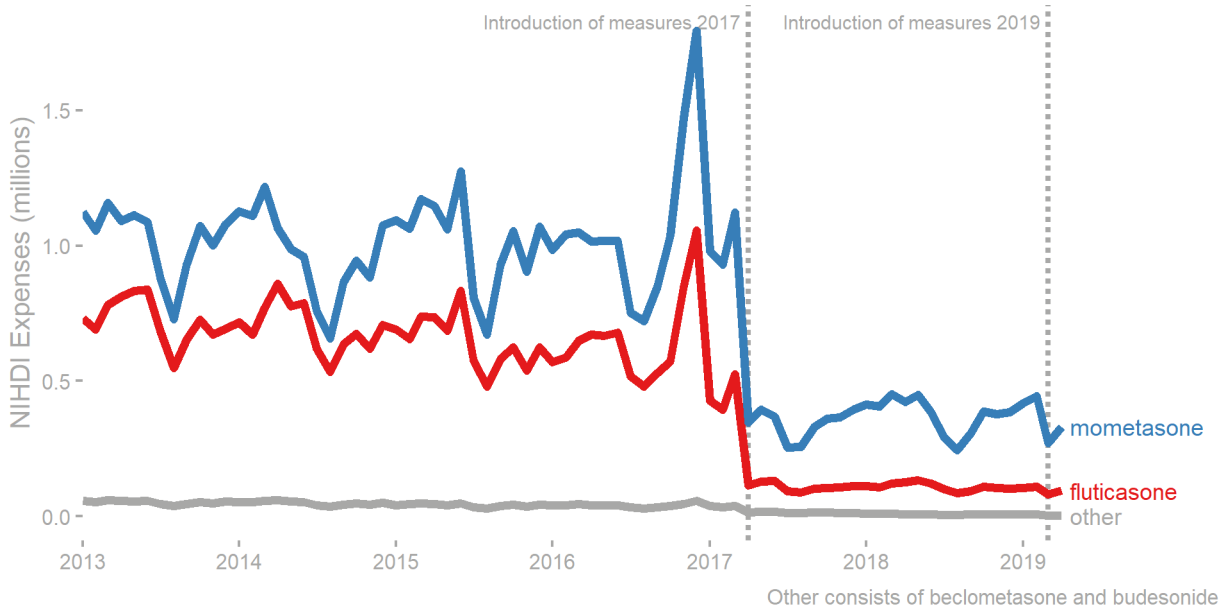


Lorsque nous faisons une distinction en fonction de la taille du conditionnement, nous en voyons clairement la cause. En 2014, le conditionnement de 3 sprays est mis sur le marché. Celui-ci remplacera progressivement le conditionnement de 1 spray dans un ratio de 1:1. Ainsi, le nombre de conditionnements est stable, mais la consommation continue d'augmenter.

## Dépenses de l'INAMI

Enfin, examinons l'évolution des dépenses de l'INAMI pour les corticostéroïdes par voie nasale.

Graphique 12 : Evolution des dépenses de l'INAMI pour les corticostéroïdes à usage nasal



Ces deux mesures ont entraîné une forte réduction des dépenses. Le passage à la catégorie Cx s'est traduit par d'importantes économies pour l'INAMI : les dépenses ont déjà diminué de plus de moitié. D'autre part, il y a bien sûr un coût supplémentaire pour le patient. Sur base du peu de données dont nous disposons actuellement pour le passage au chapitre IV, nous pouvons d'ores et déjà supposer que cela va également conduire à une réduction des dépenses de l'INAMI. La baisse du volume est donc plus importante que les dépenses supplémentaires résultant du passage de la catégorie Cx à la catégorie C. L'avenir devra montrer à quel point cette baisse est durable.