

“IPhEB-Report” February 2020 publication (december 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 trimestrielle 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	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%
2019	2.699,001	463,273	3.162,270	102,364	255,524	5.323,349	3,990	3,9%	13,046	5,1%
2019/2018	-0,0%	-2,5%	-0,2%	-0,3%	+0,0%	+0,0%	-48,6%		+410,2%	
2018/2017	+1,8%	+1,6%	+2,1%	+0,2%	+2,4%	+1,1%	-9,6%		-75,5%	
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%
201905	231,511	38,834	270,345	8,750	20,944	463,637	0,364	4,2%	1,124	5,4%
201906	220,249	36,092	256,341	8,128	21,266	436,689	0,293	3,6%	0,571	2,7%
201907	223,625	36,429	260,054	8,229	22,152	442,854	0,278	3,4%	1,578	7,1%
201908	208,018	33,876	241,893	7,640	20,404	415,691	0,257	3,4%	1,315	6,4%
201909	218,418	36,711	255,129	8,145	22,859	427,608	0,281	3,5%	1,189	5,2%
201910	245,148	46,147	291,295	9,833	21,147	474,749	0,334	3,4%	1,037	4,9%
201911	233,056	42,330	275,387	9,161	21,219	462,958	0,292	3,2%	1,275	6,0%
201912	242,964	40,999	283,963	9,048	23,173	471,068	0,288	3,2%	1,137	4,9%

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 antipsychotiques

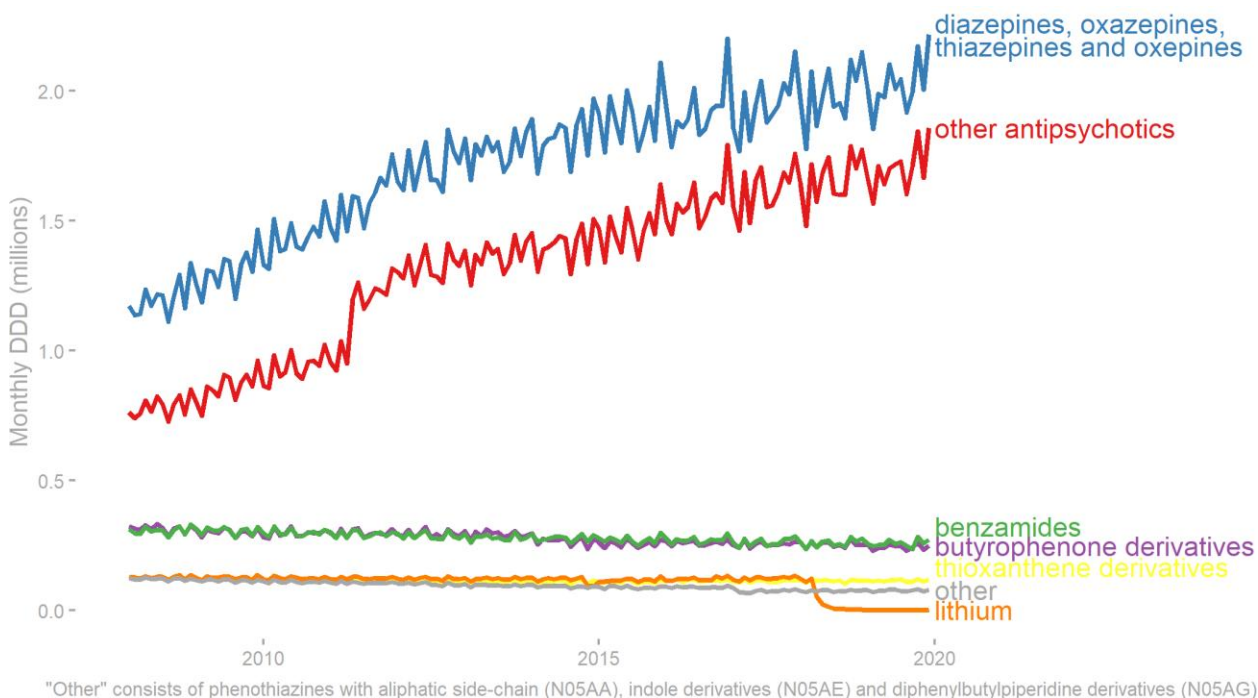
Les antipsychotiques relèvent de la classe ATC N05A. Ils sont presque tous remboursés sans conditions particulières dans la catégorie de remboursement B. Cela signifie que nos données, qui se limitent aux spécialités remboursées, donnent une très bonne image de la consommation totale.

Dans la classification ATC, les antipsychotiques sont subdivisés comme suit :

N05AA	PHÉNOTHIAZINES À CHAÎNE LATÉRALE ALIPHATIQUE
N05AB	LES PHÉNOTHIAZINES À STRUCTURE PIPÉRAZINE
N05AC	PHÉNOTHIAZINES À STRUCTURE PIPÉRIDINE
N05AD	DÉRIVÉS DU BUTYROPHÈNE
N05AE	DÉRIVÉS DE L'INDOLE
N05AF	DÉRIVÉS DU THIOXANTHÈNE
N05AG	DÉRIVÉS DE LA DIPHÉNYLBUTYLPIPÉRIDINE
N05AH	DIAZÉPINES, OXAZÉPINES, THIAZÉPINES ET OXÉPINES
N05AK	LES NEUROLEPTIQUES POUR LA DYSKINÉSIE TARDIVE
N05AL	BENZAMIDES
N05AN	SELS DE LITHIUM
N05AX	AUTRES ANTIPSYCHOTIQUES (NEUROLEPTIQUES)

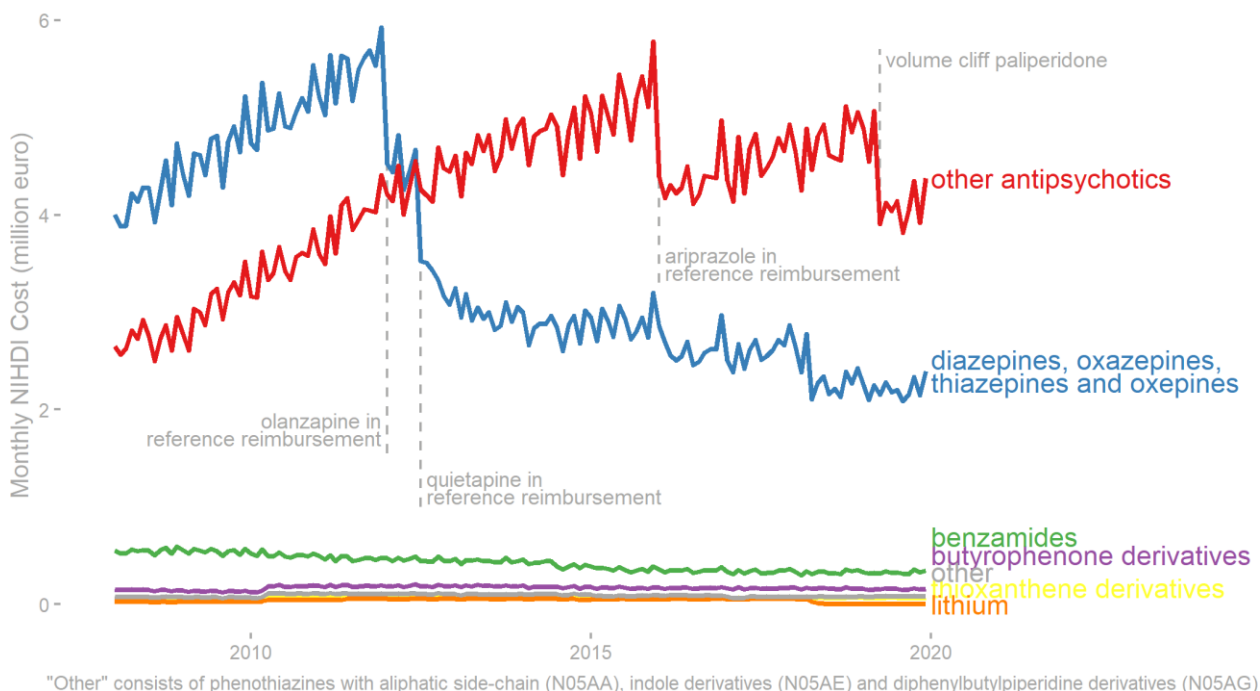
Évolution temporelle

Graphique 1 : Evolution de la consommation d'antipsychotiques (par ATC4) en DDD



Les deux classes les plus importantes sont clairement « les diazépines, les oxazépines, les thiazépines et les oxépines » (N05AH) et « les autres antipsychotiques » (N05AX). Dans ces autres antipsychotiques, on trouve les molécules prothipendyl (N05AX07), rispéridone (N05AX08), aripiprazole (N05AX12) et palipéridone (N05AX13). Ces deux classes ont été les classes dominantes au cours de la dernière décennie et leur consommation n'a fait qu'augmenter : il s'agit d'un doublement en 10 ans. Les autres antipsychotiques montrent une consommation très stable. Peu de classes thérapeutiques ont été aussi régulières au fil des ans.

Graphique 2 : Évolution des dépenses de l'INAMI pour le remboursement d'antipsychotiques



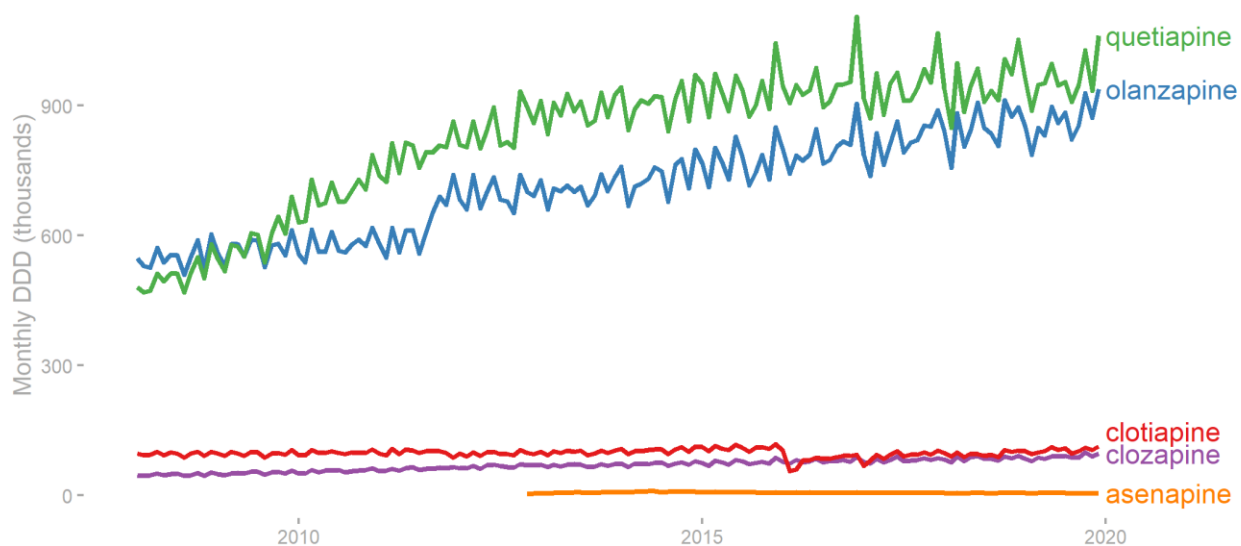
Lorsque l'on examine les dépenses d'assurance maladie, ce sont ces deux groupes qui dominent à nouveau. En 2018, ils représentaient un total de 57 millions d'euros pour le groupe des « autres antipsychotiques » (contre 32 millions d'euros en 2008) et 28 millions d'euros pour « les diazépines, les oxazépines, les thiazépines et les oxépines » (contre 50 millions d'euros en 2008). Les tendances sont globalement conformes à celles de la consommation, avec quelques évolutions brusques. Elles sont classiquement le résultat d'une chute de prix. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une inclusion dans le remboursement de référence, qui se traduit toujours par une forte baisse des prix. Depuis 2019, un "volumecliff" a également provoqué des baisses de prix similaires. Nous pouvons en voir un exemple ici, avec la palipéridone.

En examinant les dépenses des patients, on constate que « les diazépines, les oxazépines, les thiazépines et les oxépines » sont passées de 5,7 millions à 5,1 millions d'euros entre 2008 et 2018. Dans le cas des « autres antipsychotiques », la baisse est moins prononcée, mais elle est également présente (de 4,4 millions à 4,3 millions d'euros).

Nous examinons ci-dessous, en détail, les deux groupes les plus importants.

Diazépine, oxazépine, thiazépine et oxépine

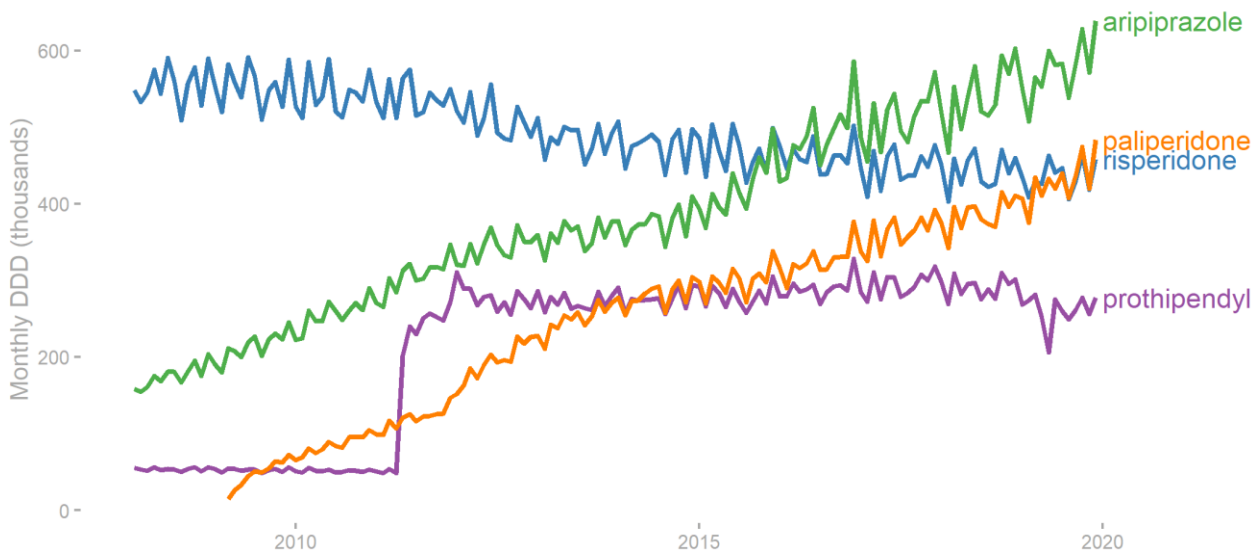
Graphique 3 : Evolution de la consommation au sein de la classe N05AH



Dans la classe N05AH (diazépines, oxazépines, thiazépines et oxépines), la quétiapine et l'olanzapine sont les principes actifs qui représentent la plus grande consommation. Les deux affichent une tendance à la hausse très similaire.

Autres antipsychotiques

Graphique 4 : Evolution de la consommation au sein de la classe N05AX

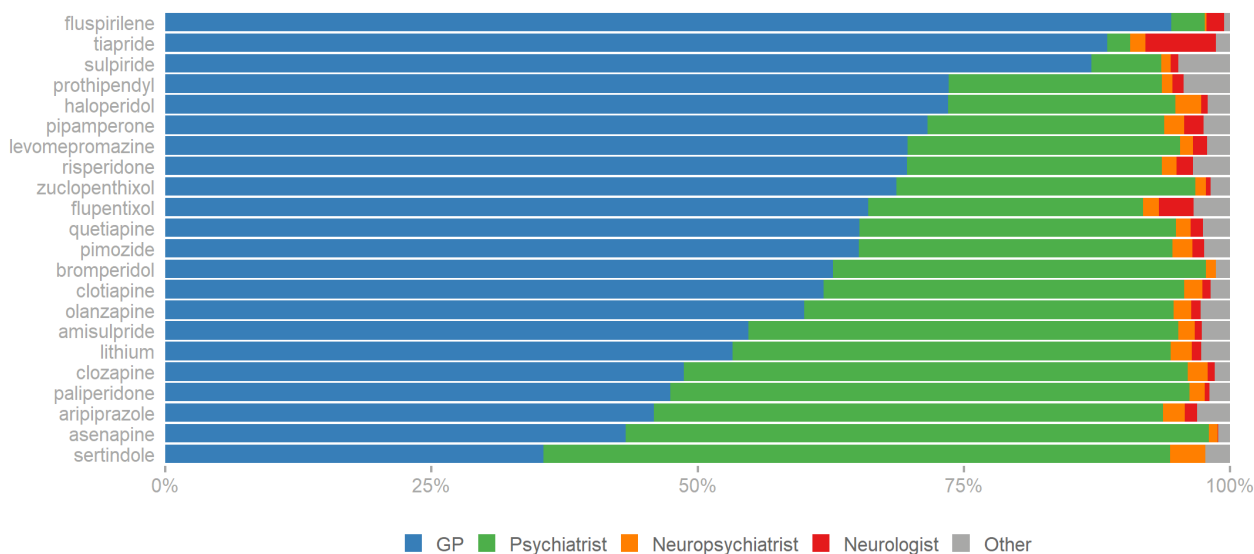


Au sein de la classe N05AX (autres antipsychotiques), nous constatons un certain nombre de changements. Historiquement, ce groupe était presque entièrement composé de rispéridone. Cependant, depuis trois ans, la consommation d'aripiprazole est plus élevée et depuis l'année dernière, la palipéridone a également atteint le niveau de la rispéridone. La consommation d'aripiprazole et de palipéridone affiche une tendance à la hausse. La consommation de rispéridone semble se stabiliser après un certain nombre d'années de déclin.

Nous pouvons conclure que les antipsychotiques constituent un groupe plutôt statique. Il s'agit principalement de spécialités qui sont sur le marché depuis longtemps et dont la consommation est stable. L'arrivée d'un nombre limité de nouvelles substances actives a apporté peu de changements.

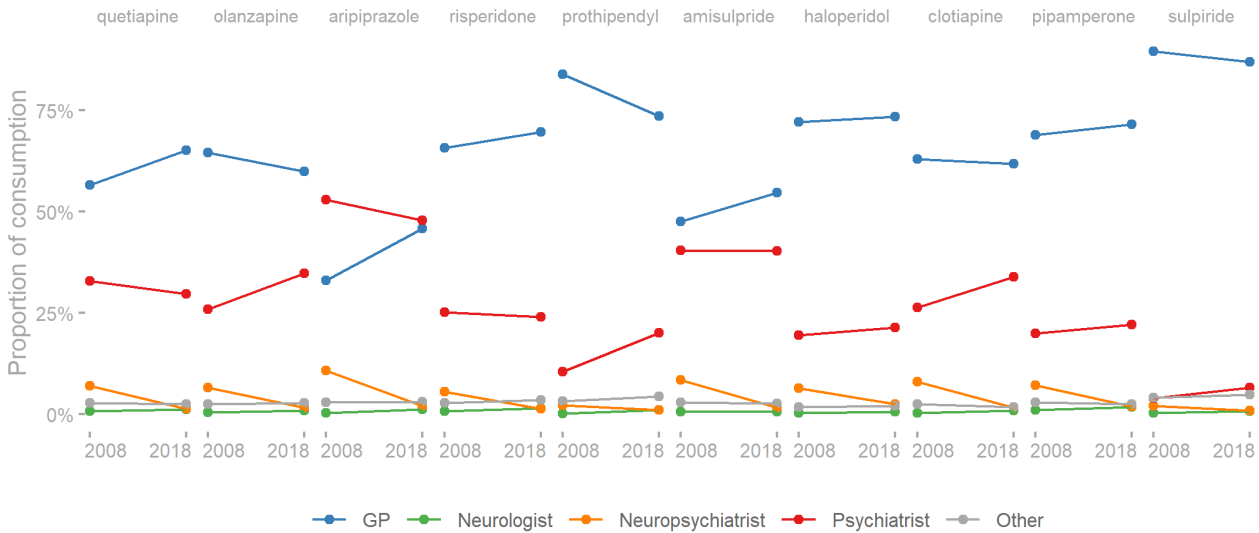
Prescripteurs

Graphique 5 : Répartition de la consommation par prescripteur (2018)



On constate que la quasi-totalité de la consommation est prescrite soit par des médecins généralistes soit par des psychiatres. Toutefois, la relation entre les deux diffère considérablement selon les différents principes actifs. Des substances actives telles que le sertindol et l'asénapine sont prescrites, pour plus de la moitié, par les psychiatres. À l'autre extrémité, on trouve des substances telles que le sulpiride, le tiapride et le fluspirilène qui sont, elles, presque exclusivement prescrites par les médecins généralistes.

Graphique 6 : Evolution de la proportion de prescripteurs pour les principes actifs les plus consommés



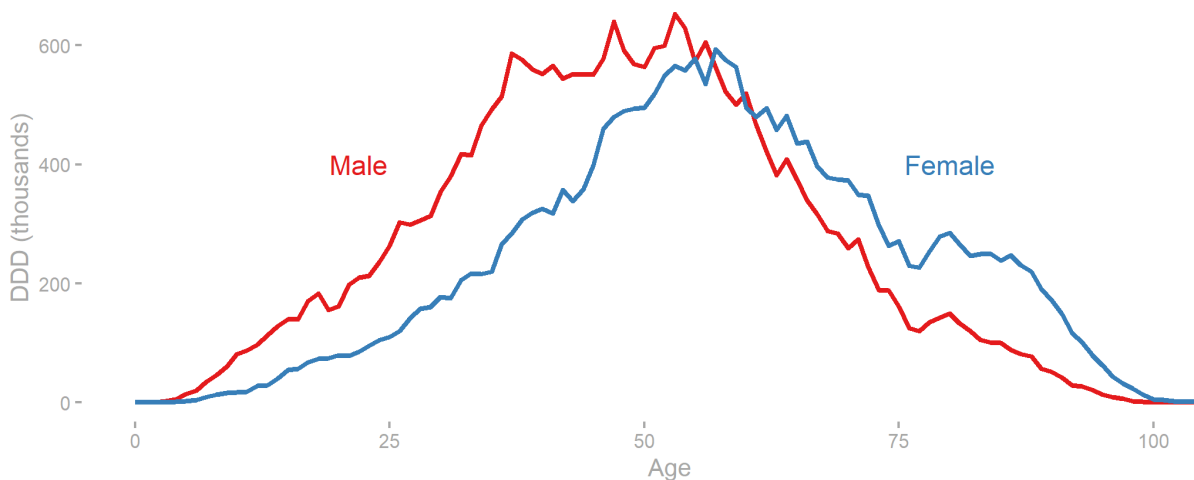
Pour les dix principes actifs qui ont été les plus utilisés¹ en 2018 (nous comparons également cette répartition avec la situation telle qu'elle était dix ans plus tôt, en 2008), nous constatons que la part de la consommation prescrite par les neuropsychiatres a fortement diminué et ce, toutes spécialités confondues. Pour les autres prescripteurs, le tableau est très variable.

Pour certaines molécules, la proportion réduite de neuropsychiatres est répartie de manière égale entre les autres prescripteurs (par exemple, l'halopéridol). D'autres molécules montrent un net glissement entre le psychiatre et le médecin généraliste. Avec des principes actifs tels que l'olanzapine, la clotiapine et le prothipendyl, cela va du médecin généraliste vers le psychiatre. Avec la quétiapine, la rispéridone et l'aripiprazole, c'est dans la direction opposée, du psychiatre vers le médecin généraliste.

¹ A l'exception de la palipéridone, étant donné qu'elle n'était pas disponible en 2008.

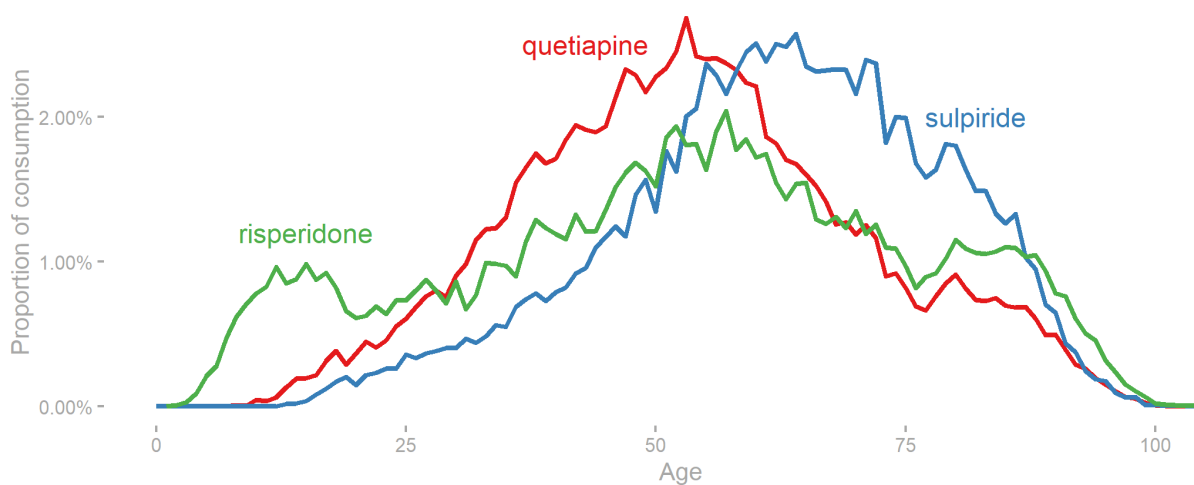
Patients

Graphique 7 : Répartition de la consommation par âge et par sexe (2018)



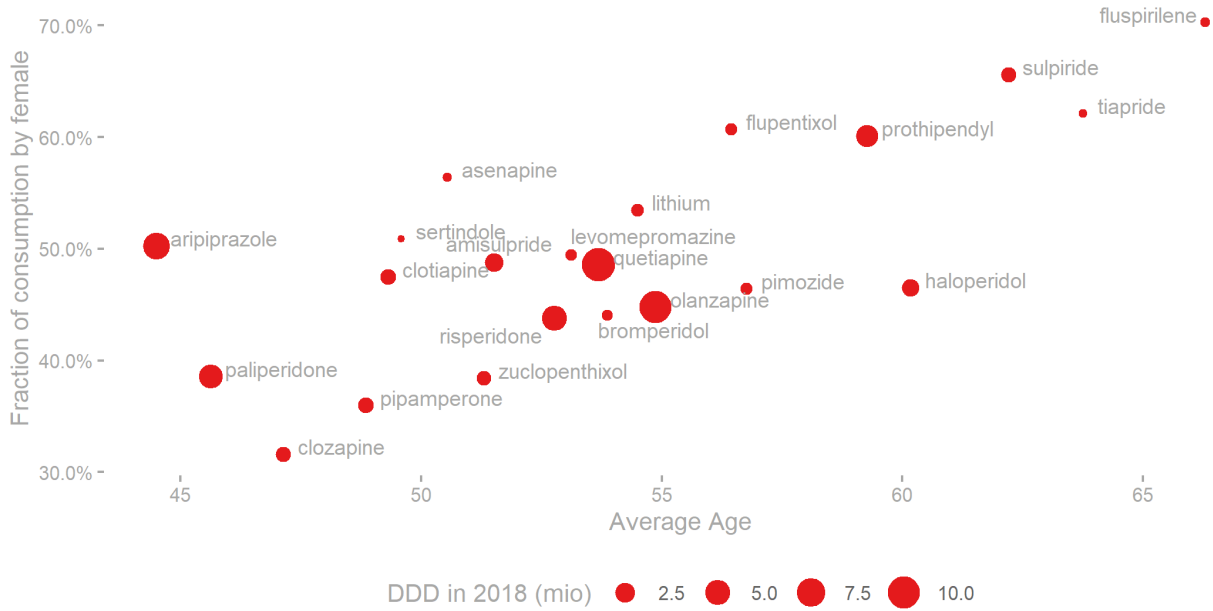
La répartition de la consommation par âge et par sexe montre une nette distinction entre les hommes et les femmes. La consommation est beaucoup plus élevée chez les hommes à un âge plus précoce que chez les femmes tandis que la consommation globale chez les femmes est plus élevée plus tard dans la vie. Ceci pourrait s'expliquer en partie par l'espérance de vie plus élevée des femmes.

Graphique 8 : Répartition par tranche d'âge de la consommation pour certains principes actifs (2018)



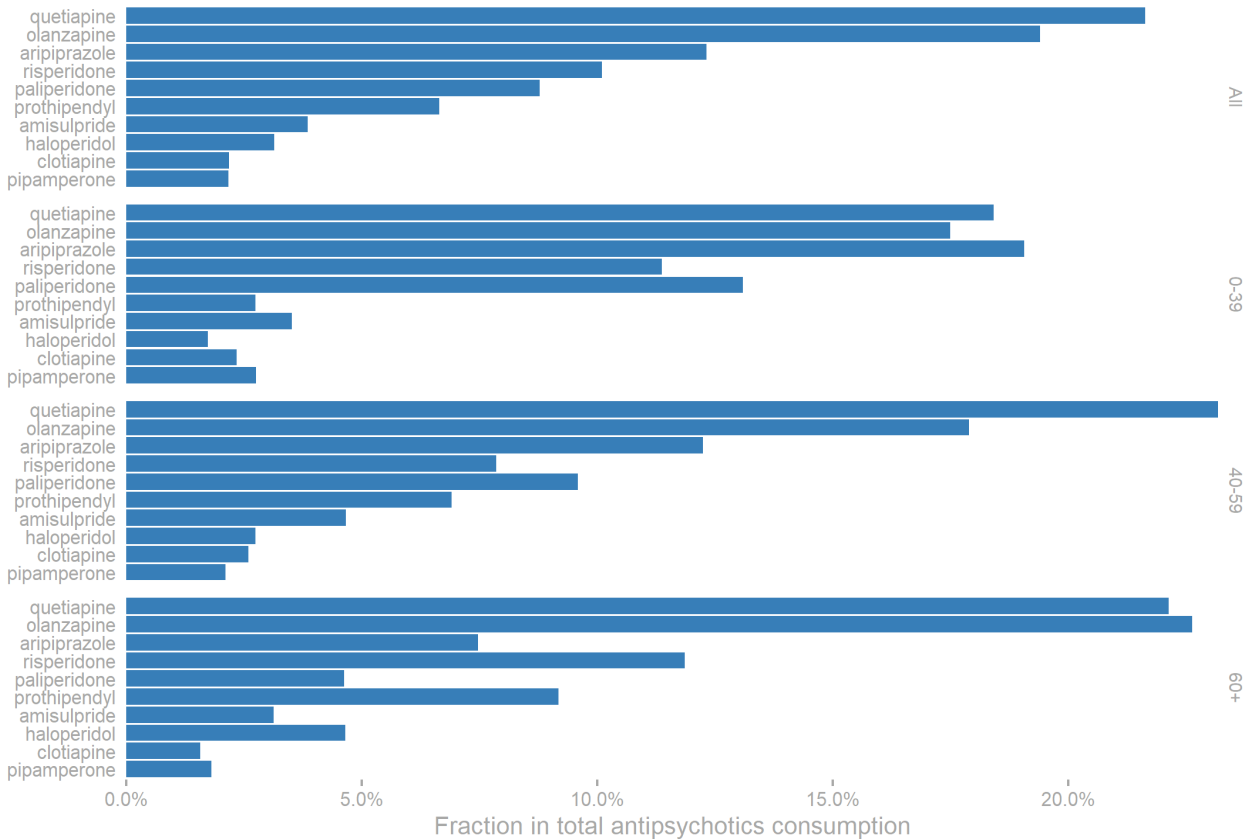
La répartition par tranche d'âge diffère également beaucoup entre les différentes substances actives. La consommation maximum de ces substances se situe dans la tranche d'âge des 50-60 ans. Dans le graphique 8 on voit que la quetiapine en est un exemple très clair. Ensuite, il existe des substances actives où la consommation des jeunes est dominante. On pense à la rispéridone (N05AX08; montrée dans Graphique 8) à la clozapine (N05AH02), à l'aripiprazole (N05AX12) et à la palipéridone (N05AX13). La situation inverse, dans laquelle la consommation se retrouve principalement dans la population plus âgée, se manifeste avec des substances actives tels que le fluspirilène (N05AG01), le tiapride (N05AL03) et le sulpiride (N05AL01, montré dans Graphique 8). Il est à noter que les substances actives qui sont principalement consommées par les personnes âgées sont également celles qui sont principalement prises par les femmes et vice versa.

Graphique 9 : Relation entre l'âge moyen et la proportion de femmes



Lorsque nous comparons la relation entre l'âge moyen (pondéré par la consommation) et la part des sexes dans la consommation pour les différents principes actifs, nous constatons en effet une corrélation claire entre les deux.

Graphique 10 : principes actifs les plus consommés, par tranche d'âge



Pour terminer, nous examinons les principes actifs les plus consommés en fonction de l'âge. Ce faisant, nous constatons un certain nombre de différences. Chez les patients plus jeunes (moins de 40 ans), l'aripiprazole est le plus consommé. Dans l'ensemble, il ne vient qu'en troisième position après la quétiapine et l'olanzapine. Par contre, chez les patients plus âgés (60 ans et plus), l'aripiprazole n'arrive qu'en cinquième position. Chez ces patients âgés, l'olanzapine est la molécule la plus populaire.