

“IPhEB-Report” September 2020 publication (June 2020 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) |
| 2011 | 2.745 | 520,5 | 3.239 | 109,0 | | 4.871 | 7,934 | 7,1% | | |
| 2012 | 2.693 | 516,1 | 3.181 | 109,7 | | 5.017 | 8,885 | 8,0% | | |
| 2013 | 2.642 | 500,4 | 3.112 | 109,3 | | 5.111 | 9,183 | 8,4% | | |
| 2014 | 2.619 | 485,0 | 3.076 | 108,6 | | 5.180 | 9,467 | 8,7% | | |
| 2015 | 2.645 | 471,8 | 3.084 | 106,9 | 45,1 | 5.246 | 9,788 | 8,5% | 1,72 | 3,8% |
| 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 (pred.) | 2.781 | 440,6 | 3.222 | 98,6 | 260,1 | 5.333 | 2,652 | 2,7% | 15,99 | 6,1% |
| 2020/2019 | +4,8% | -4,9% | +1,9% | -3,7% | +2,1% | +0,2% | -33,5% | | +22,6% | |
| 2019/2018 | -0,0% | -2,6% | -0,2% | -0,3% | -0,2% | +0,0% | -48,6% | | +410,2% | |
| 201907 | 223,6 | 36,43 | 260,1 | 8,229 | 22,15 | 442,9 | 0,278 | 3,4% | 1,578 | 7,1% |
| 201908 | 208,0 | 33,88 | 241,9 | 7,640 | 20,40 | 415,7 | 0,257 | 3,4% | 1,315 | 6,4% |
| 201909 | 218,4 | 36,71 | 255,1 | 8,145 | 22,86 | 427,6 | 0,281 | 3,5% | 1,189 | 5,2% |
| 201910 | 245,1 | 46,14 | 291,3 | 9,833 | 21,15 | 474,7 | 0,333 | 3,4% | 1,037 | 4,9% |
| 201911 | 232,9 | 42,28 | 275,2 | 9,164 | 20,87 | 462,9 | 0,296 | 3,2% | 1,275 | 6,1% |
| 201912 | 242,8 | 40,87 | 283,6 | 9,048 | 22,80 | 469,5 | 0,292 | 3,2% | 1,137 | 5,0% |
| 202001 | 234,9 | 39,05 | 273,9 | 8,729 | 21,92 | 452,6 | 0,254 | 2,9% | 0,908 | 4,1% |
| 202002 | 213,2 | 35,66 | 248,8 | 7,954 | 21,02 | 411,7 | 0,213 | 2,7% | 1,261 | 6,0% |
| 202003 | 264,3 | 42,10 | 306,4 | 9,262 | 22,23 | 506,6 | 0,211 | 2,3% | 1,267 | 5,7% |
| 202004 | 209,6 | 33,05 | 242,6 | 7,111 | 21,09 | 402,1 | 0,146 | 2,0% | 1,065 | 5,0% |
| 202005 | 204,3 | 32,08 | 320,8 | 6,992 | 22,41 | 392,1 | 0,151 | 2,2% | 1,450 | 6,7% |
| 202006 | 234,5 | 36,91 | 369,1 | 8,137 | 22,02 | 455,8 | 0,174 | 2,1% | 1,183 | 5,4% |

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). |

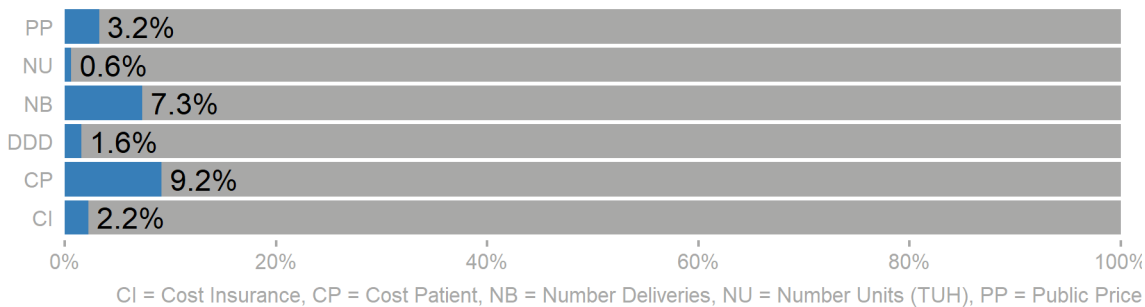
Remarque : ce tableau n'inclut pas les changements suite à la reprise du MAF (maximum à facturer) dans le système du tiers payant depuis le 1 janvier 2015. Dans le passé les montants du MAF étaient déjà transférés des dépenses des patients vers les dépenses de l'INAMI, mais sans apparaître dans les données.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

Zoom sur les antibiotiques

Les antibiotiques sont l'un des groupes de médicaments les plus connus pour la plupart des patients. Ils apparaissent aussi régulièrement dans la presse. D'une part, il s'agit de campagnes publiques visant à limiter leur utilisation aux situations où les antibiotiques sont réellement nécessaires dont la motivation sous-jacente est de combattre la résistance aux antibiotiques. L'OMS organise même une semaine mondiale de sensibilisation aux antibiotiques¹. D'autre part, c'est un groupe de médicament qui fait souvent l'objet de mesures visant à faire des économies dans le domaine des soins de santé.

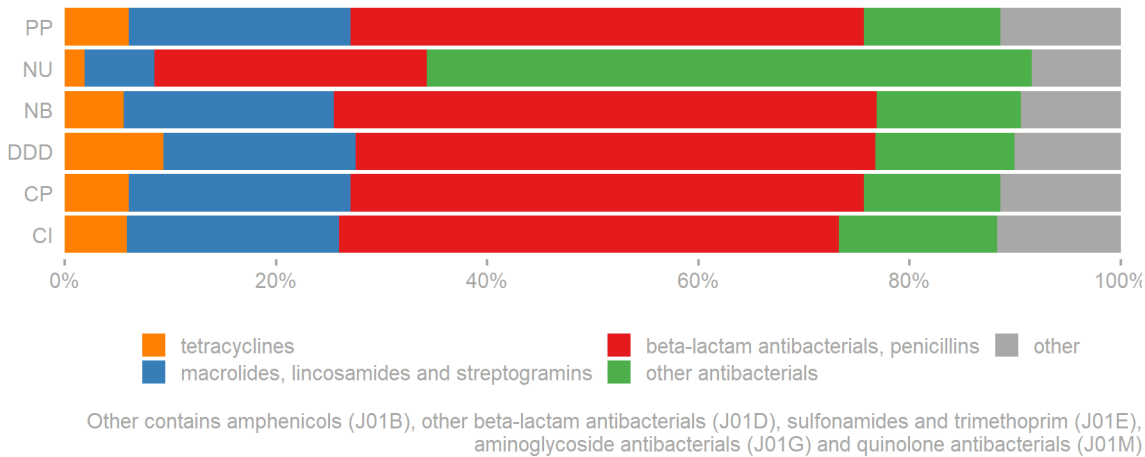
Situation globale

Graphique 1 : Part des antibiotiques dans l'ensemble des médicaments (2019)



En 2019, les antibiotiques représentaient 1,6 % de la consommation totale des médicaments remboursés (exprimée en DDD). En revanche, la part dans le nombre de conditionnements est beaucoup plus élevée : 7,3 % du total. Cela implique qu'il s'agit de conditionnements plutôt petits, ce qui est bien sûr logique puisqu'il s'agit principalement de traitements aigus. Pour les patients, la part des antibiotiques représente 9,2 % de l'ensemble des interventions personnelles en médicaments remboursés.

Graphique 2 : La part des différents types d'antibiotiques (ATC3, 2019)



Près de la moitié des antibiotiques utilisés sont des antibiotiques bêta-lactames de type pénicilline (J01C). Ceux-ci représentent 49,2 % de la consommation. Les macrolides, lincosamides et streptogramines (J01F) suivent avec 18,2% de la consommation.

La répartition dans chacune des différentes variables est très similaire, à l'exception du nombre d'unités tarifées par unité (NU). Cela est dû au fait que les antibiotiques sont principalement des traitements aigus qui sont également tarifés par conditionnement dans les maisons de retraite. Cette distribution anormale est due au fait que la nitrofurantoïne (majoritaire dans « other antibacterials ») est tarifée beaucoup plus par unité que les autres molécules.

Lorsqu'on regarde plus en détails, on se rend compte également que la majorité des délivrances totales est due à seulement quelques ATC. Le tableau suivant indique le pourcentage mensuel moyen des DDD des cinq premiers ATC 4, au cours des cinq dernières années. On constate grâce à ce tableau que les antibiotiques les plus délivrés ne sont pas

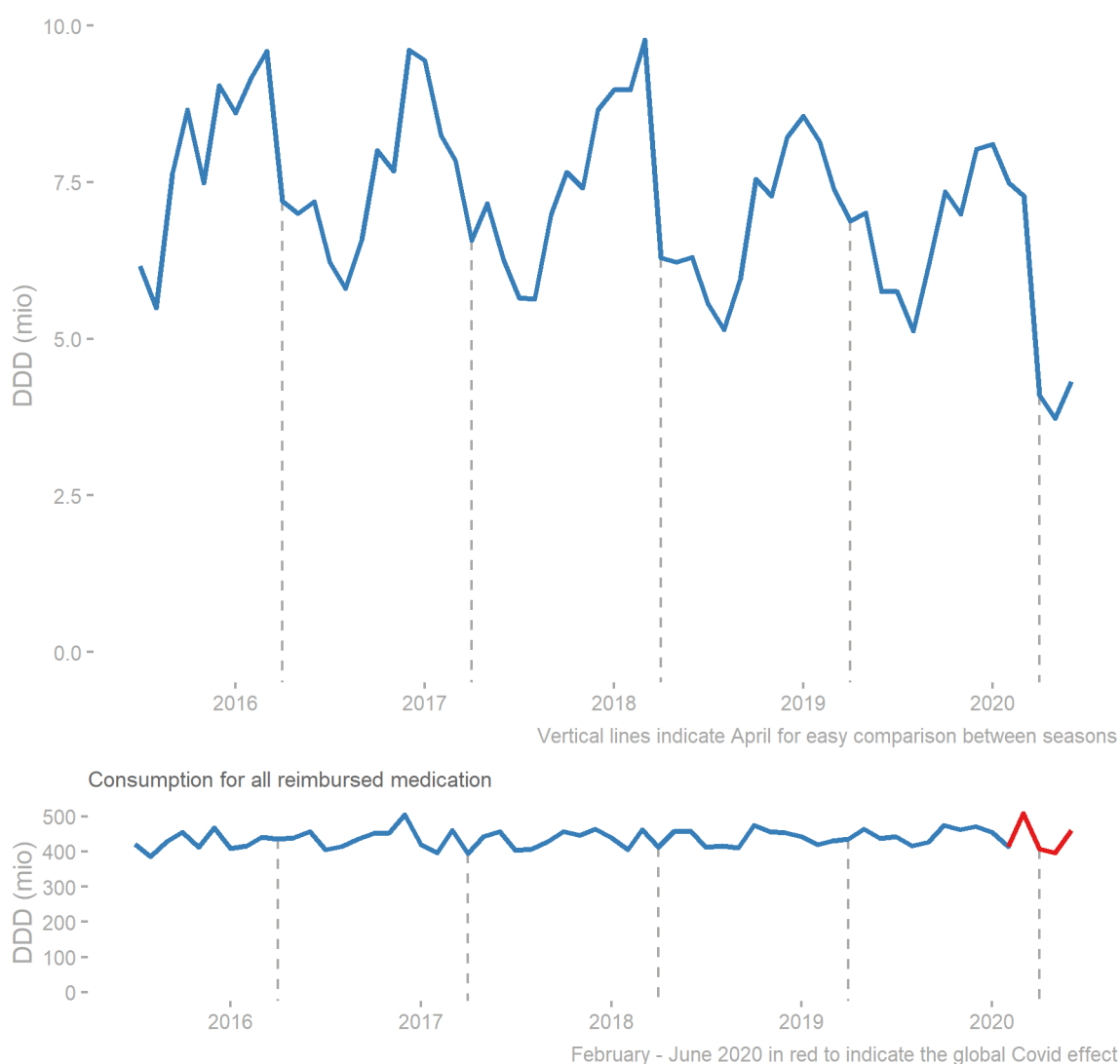
¹ En 2020, elle aura lieu du 18 au 24 novembre: <https://www.who.int/campaigns/world-antibiotic-awareness-week>

directement les plus importants en termes de coût INAMI (Tableau 1). De plus, les deux premiers ATC4 sont en fait issus de deux ATC, soit l'amoxicilline (J01CA04) ou l'amoxicilline combinée à un inhibiteur de bêta-lactamase (J01CR02).

Tableau 1 : Pourcentage mensuel moyen pour les cinq ATC 4 principaux et les fluoroquinolones (J01MA) qui ont montré la plus grande variation au cours des cinq dernières années.

| ATC 4 | Nom | % moyen DDD mensuel (± sd) | % moyen CI mensuel (± sd) | % moyen CP mensuel (± sd) |
|-------|---|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| J01CA | Pénicillines à large spectre | 23.2 ± 1.19 | 19.3 ± 2.21 | 16.9 ± 2.21 |
| J01CR | Associations de pénicillines, inh. de la bêtalactamase inclus | 22.2 ± 2.22 | 21.8 ± 0.716 | 25.4 ± 1.74 |
| J01FA | Macrolides | 14.9 ± 1.61 | 15.1 ± 1.67 | 16.3 ± 2 |
| J01XE | Dérivés du nitrofurane | 11.7 ± 2.21 | 3.63 ± 0.71 | 3.28 ± 0.70 |
| J01AA | Tétracyclines | 9.08 ± 0.98 | 5.65 ± 0.526 | 6.05 ± 0.59 |
| J01MA | Fluoroquinolones | 7.98 ± 3.70 | 10.8 ± 5.34 | 12.5 ± 6.33 |

Graphique 3 : une forte évolution saisonnière de la consommation des antibiotiques; total des médicaments remboursés comme comparaison



Nous voyons très clairement que la consommation d'antibiotiques est saisonnière. Chaque hiver, nous observons un pic clair qui est fortement corrélé à l'épidémie annuelle de grippe. Bien que les antibiotiques ne soient bien sûr d'aucune utilité dans le traitement de la grippe, il est probable que l'incidence des infections respiratoires augmente pendant le pic de grippe.

Le mois exact où la consommation d'antibiotiques atteint son maximum peut varier quelque peu d'une année à l'autre, mais on constate que la baisse maximum est atteinte chaque été au mois d'août. L'année 2020 est particulière en raison de la forte baisse que nous avons observée au printemps. C'est bien sûr l'effet Covid que nous constatons ici, comme avec tous les médicaments. Cependant, nous devons être prudents dans l'interprétation de ces données : nos chiffres n'indiquent pas si la cause réside dans des retards dans les soins, une réduction de la consommation ou simplement le fait que les patients ont été moins infectés par des infections nécessitant un traitement aux antibiotiques à la suite du lock down.

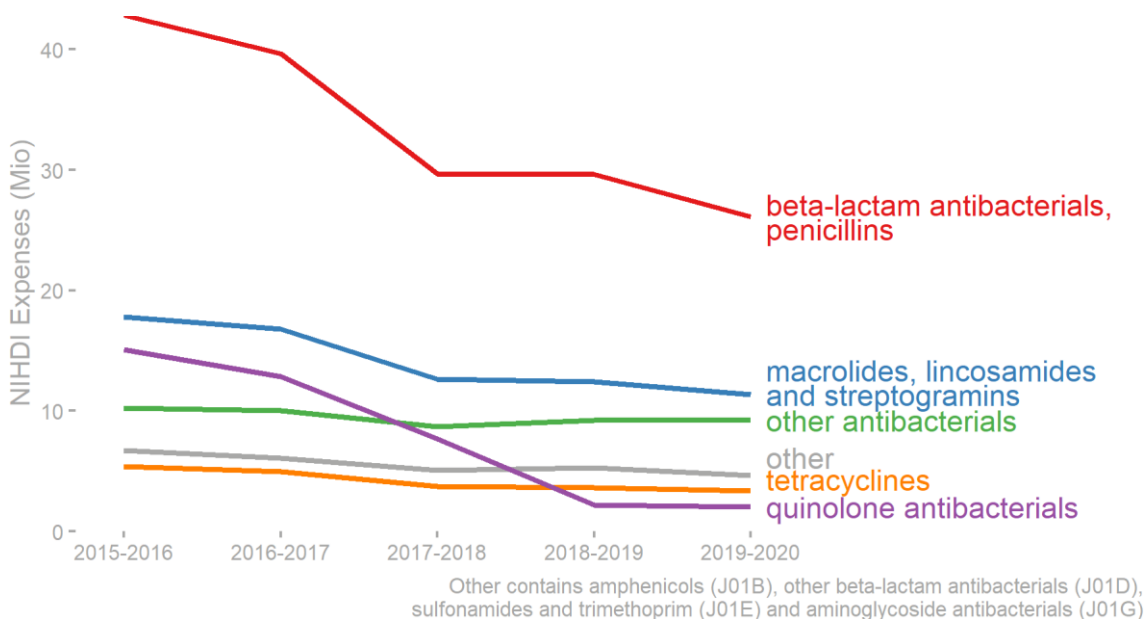
En ce qui concerne la consommation globale de médicaments, l'effet Covid consiste en un pic en mars, suivi des mois d'avril et mai nettement inférieurs et enfin d'un retour à une consommation normale en juin. Pour les antibiotiques, nous n'observons pas le fort pic de mars. Deux explications semblent plausibles. La première possibilité est qu'aucun antibiotique (ou moins) n'a été stocké, car il s'agit principalement de maladies aiguës. D'autre part, il pourrait s'agir d'une apparence trompeuse. Au printemps, la consommation d'antibiotiques diminue chaque année. Peut-être que cette année, en raison du "pic Covid" de mars, la diminution a été reportée d'un mois par rapport à ce qui se serait passé sans l'effet Covid. Là encore, sur la base de nos chiffres, nous ne pouvons en tirer de conclusion rapide. Nous examinerons cette question plus en détail ultérieurement.

Impact des mesures de 2017

Ces dernières années, un certain nombre d'ajustements ont été apportés dans le remboursement des antibiotiques. Nous examinons si nous pouvons en établir les effets. Étant donné la grande variation saisonnière et le fait que le pic de consommation d'antibiotiques n'est pas stable d'année en année, nous comparons les totaux par saison. Nous travaillons toujours avec des saisons allant de juillet à juin.

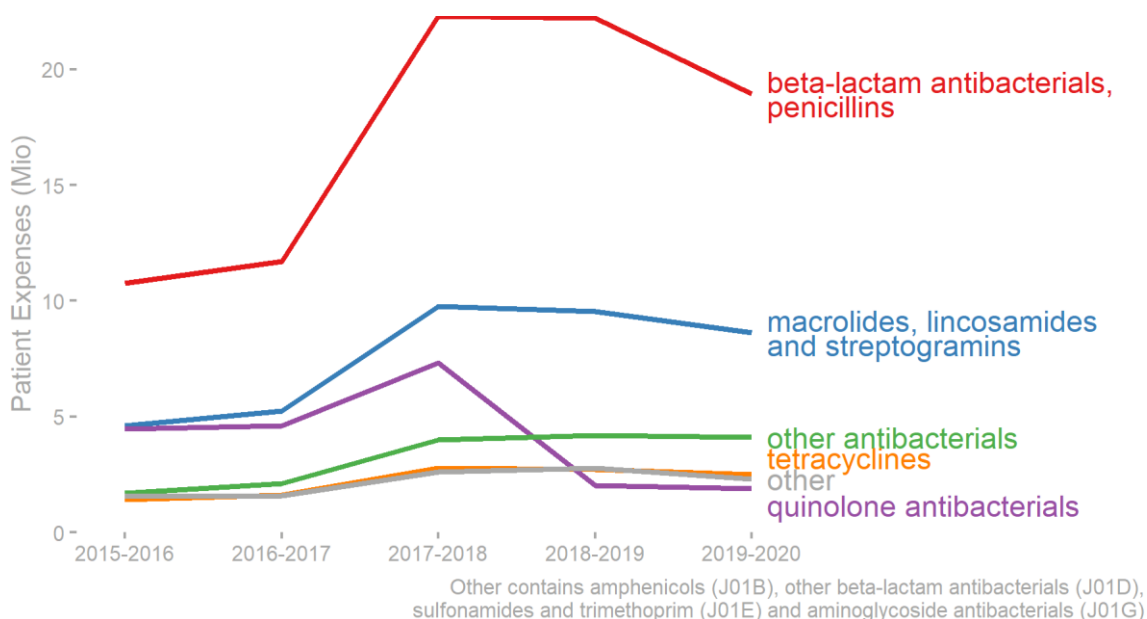
Une première mesure importante est entrée en vigueur le 1er mai 2017. Ce jour-là, les antibiotiques sont passés de la catégorie de remboursement B à la catégorie de remboursement C. L'objectif de la mesure était double : d'une part, lutter contre la surconsommation et, d'autre part, réduire quelque peu les dépenses de santé. Nous voyons l'effet de ces mesures à partir de la saison 2017-2018.

Graphique 4 : Diminution des dépenses de l'INAMI à partir de la saison 2017-2018



Nous voyons clairement qu'à partir de la saison 2017-2018, il y a eu une baisse significative. L'ensemble des dépenses pour les antibiotiques a diminué d'un quart (-25,3 %) au cours de la saison 2017-2018 par rapport à la saison 2016-2017. Pour la saison 2019-2020, nous constatons une nouvelle diminution. Il pourrait s'agir d'un effet Covid qui sera atténué par la réduction de la consommation en mars - juin 2020. En ce qui concerne les fluoroquinolones, nous constatons un effet supplémentaire au cours de la saison 2018-2019. Nous y reviendrons plus en détail dans ce rapport.

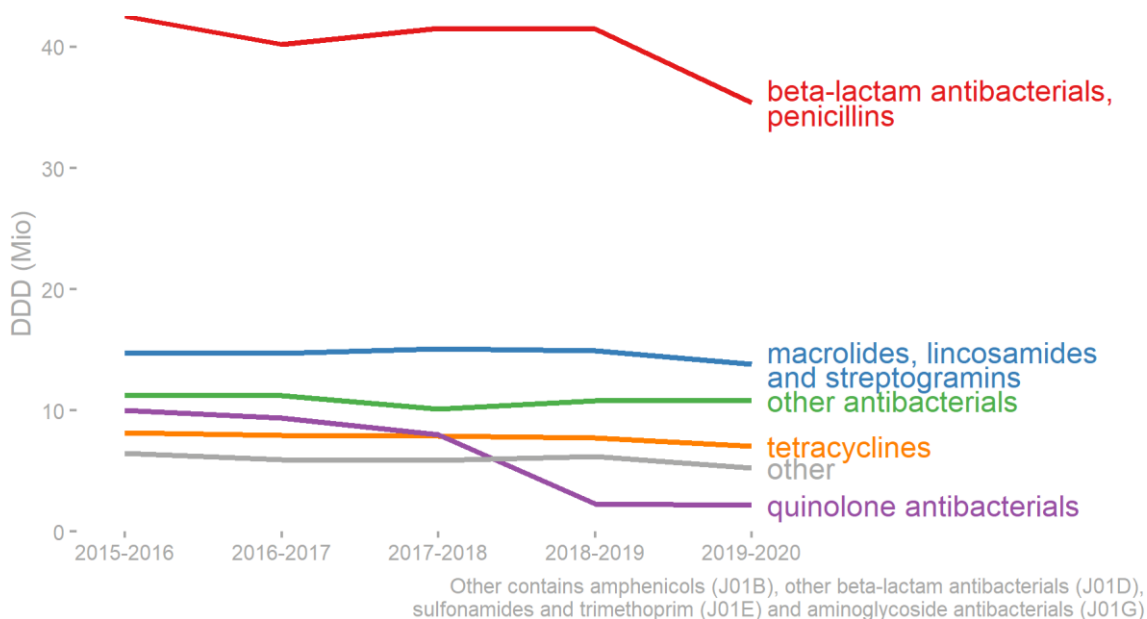
Graphique 5 : Le coût patient (CP) augmente sensiblement à partir de la saison 2017-2018



Le coût patient montre logiquement une tendance inverse. Nous y constatons une augmentation très sensible. Pour la saison 2017-2018, les patients ont dépensé 81,9 % de plus en antibiotiques que pendant la saison 2016-2017.

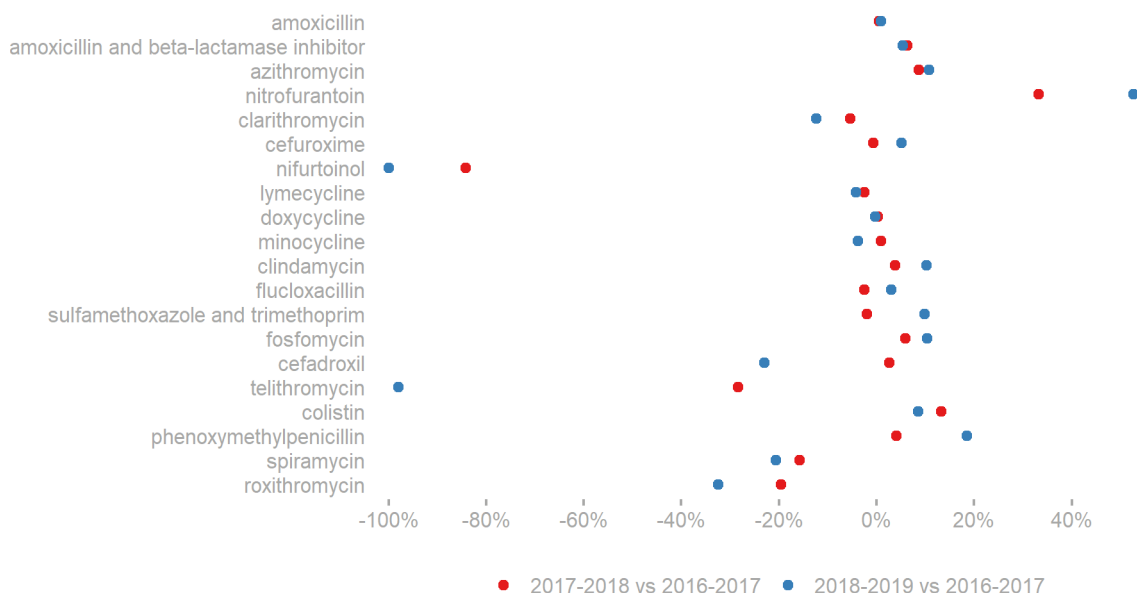
L'effet escompté sur le budget de l'INAMI est clairement présent.

Graphique 6 : L'effet sur la consommation d'antibiotiques est très limité



Outre l'objectif budgétaire, les mesures avaient également pour objectif de réduire la surconsommation d'antibiotiques. Voyons comment la consommation a évolué. Pour ce faire, nous comparons les deux saisons qui suivent les mesures avec la saison 2016-2017, qui les précède. La saison 2019-2020 n'est pas prise en compte car nous sommes probablement en présence de l'effet Covid. Nous faisons cette comparaison pour les vingt principes actifs dont la consommation est la plus importante en 2016-2017. Les fluoroquinolones ne sont pas prises en compte car nous les examinerons plus en détail plus loin dans ce rapport.

Graphique 7 : Comparaison des saisons de consommation 2017-2018 et 2018-2019 avec 2016-2017



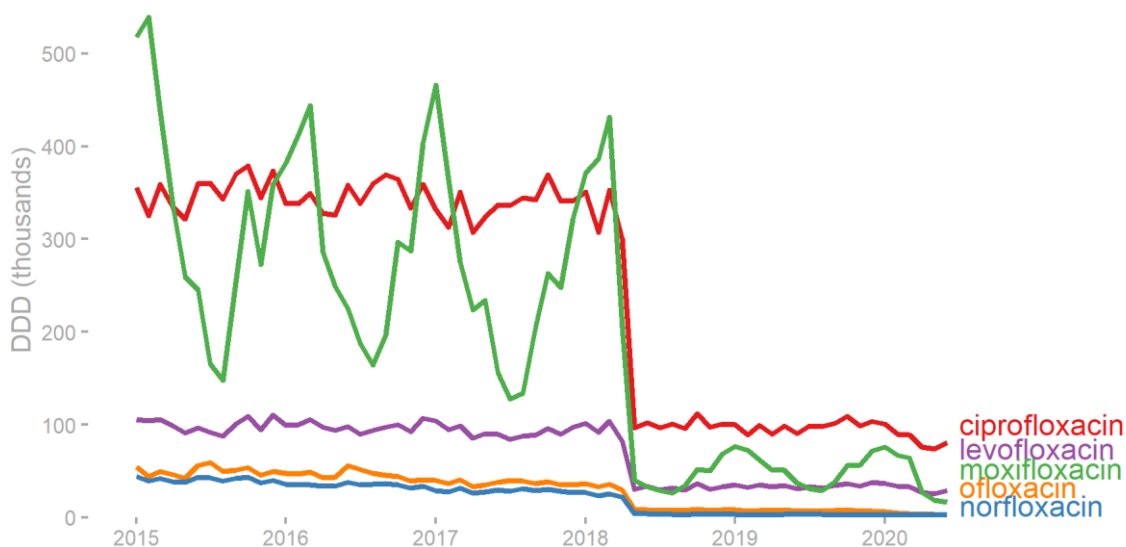
Il n’y a pas d’effet spectaculaire sur la consommation. Pour la majorité des principes actifs, on observe une évolution neutre ou plutôt croissante. La valeur aberrante est la nitrofurantoïne (J01XE01) dont la consommation a augmenté de plus de 50% en deux ans. En revanche, le nifurtoinol similaire (J01XE02, Urfadyn®) a disparu du marché le 1er octobre 2017. Il s’agit vraisemblablement d’un passage de l’un à l’autre.

Dans le cas des macrolides, nous observons également un certain nombre de changements importants. Par exemple, la télithromycine (J01FA15, Ketek®) a disparu et nous constatons d’importantes baisses de la spiramycine (J01FA02) et de la roxithromycine (J01FA06).

Effet des mesures Fluoroquinolones

Parmi la catégorie J01MA, dont le remboursement a été limité en mars 2018 moyennant un passage en chapitre IV, toutes les molécules ont vu leurs délivrances remboursées diminuer drastiquement.

Graphique 8 : Évolution de la consommation de fluoroquinolones



Bien que la diminution des médicaments remboursés, donc des dépenses de l’INAMI, semble très importante, nous savons qu’une partie considérable de la consommation est, depuis lors, hors remboursement².

2 "La moitié des patients paient maintenant les quinolones de leur propre poche", Nouvelles Brèves APB, n° 4, 1er mars 2020, p. 14-15.



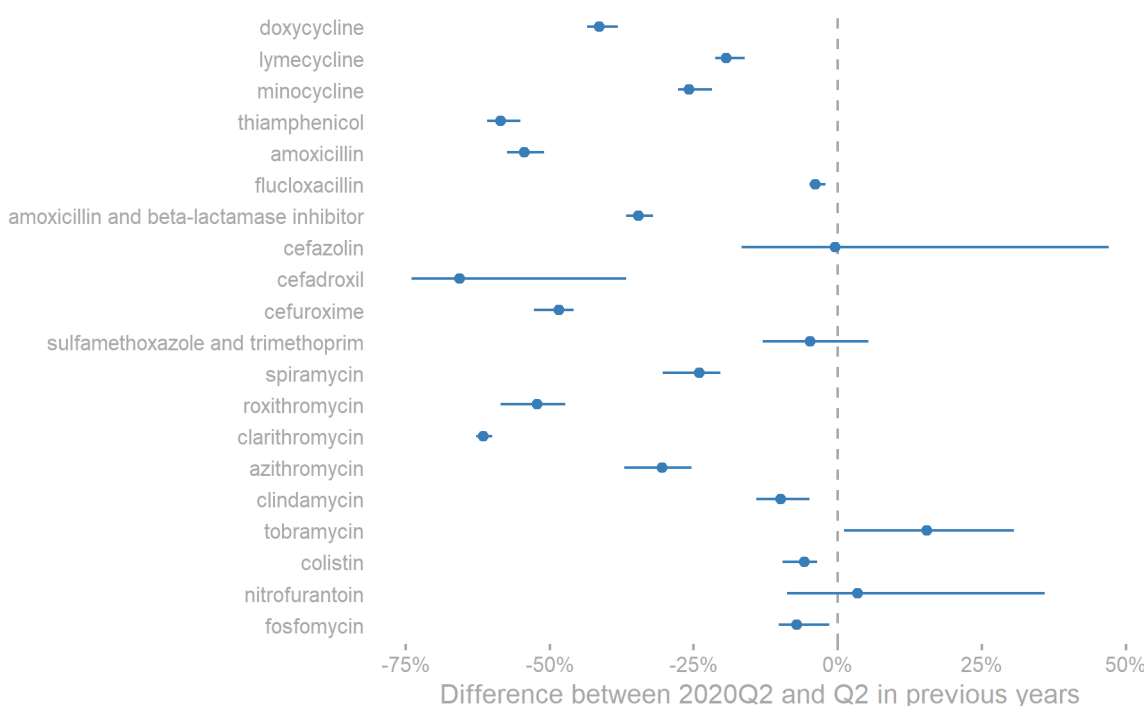
Nous pouvons clairement voir que la seule molécule de ce groupe présentant une variation saisonnière est la moxifloxacine (J01MA14). C'est la seule substance qui a les infections des voies respiratoires comme indication. Toutes les autres sont surtout utilisées en cas d'infections urogénitales.

Effet Covid

Nous avons décrit précédemment la faible consommation que nous observons au deuxième trimestre de cette année. Afin d'estimer l'effet du lock down, nous comparons la consommation (exprimée en DDD) au cours du deuxième trimestre avec la moyenne des trois années précédentes de consommation au cours du deuxième trimestre.

La consommation globale d'antibiotiques a ainsi diminué de 37,6 %. Ce chiffre est bien supérieur à la baisse de 3,6 % observée pour l'ensemble des médicaments.

Graphique 9 : La différence en pourcentage entre la consommation (DDD) du deuxième trimestre 2020 et la moyenne du deuxième trimestre des trois années précédentes est très variable (20 premiers principes actifs selon la consommation de la saison 2019-2020, hors quinolones).

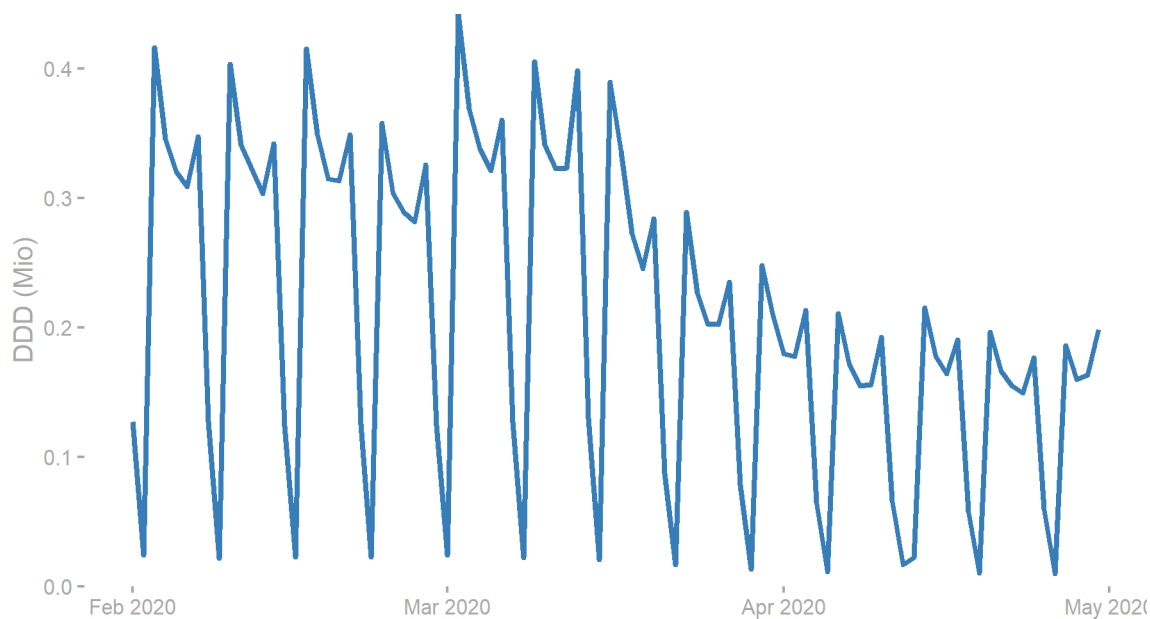


Dots indicate difference between 2020Q2 and the average over 2017Q2, 2018Q2 and 2019Q2
The line ranges from the minimum to the maximum difference when compared with the same three years individually

Cette chute de la consommation est particulièrement hétérogène entre les différentes molécules. Parmi les principes actifs où la diminution est la plus faible, il semble qu'il s'agisse de médicaments prescrits dans le traitement d'affections pour lesquelles le report des soins n'est pas vraiment envisageable. Les exemples comprennent la mucoviscidose (tobramycine), les infections urinaires (nitrofurantoïne, fosfomycine...) entre autres. Mais toutes les différences ne peuvent certainement pas s'expliquer facilement et sans équivoque.

Pour l'ensemble des médicaments, nous constatons un pic clair à la mi-mars, au début du confinement. Il est connu qu'à cette époque, de nombreux patients stockaient des médicaments. Comme le début du confinement a eu lieu en mars, alors que la consommation d'antibiotiques affiche souvent déjà une forte tendance à la baisse, les chiffres mensuels sont plus difficiles à interpréter pour les antibiotiques. Cependant, comme nous savons que ce pic se concentre autour du 15 mars (c'est-à-dire autour du début du confinement), les données quotidiennes peuvent être concluantes.

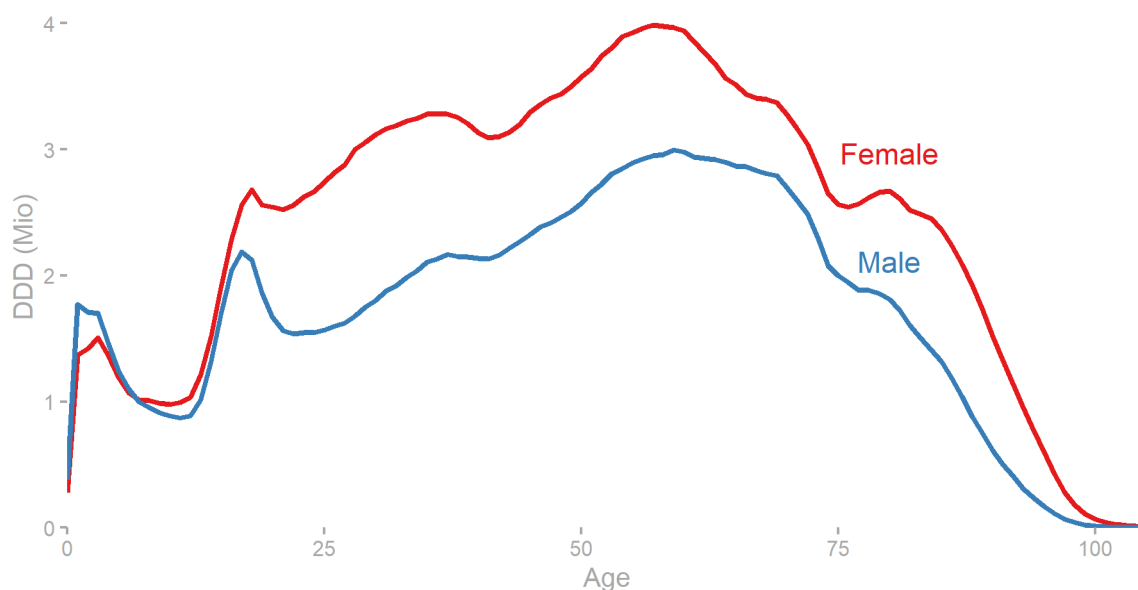
Graphique 10 : Évolution des délivrances quotidiennes d'antibiotiques en février - avril 2020



Le plus important dans ce graphique est ce que nous ne voyons pas : un pic à la mi-mars. Cela indique que les antibiotiques n'ont pas été affectés par le stockage. Cela est bien sûr très logique puisque les antibiotiques sont généralement prescrits pour un traitement aigu.

Répartition par âge et genre des patients

Graphique 11 : Répartition de la consommation par âge et par sexe



Globalement, les différents groupes ATC d'antibiotiques sont délivrés à des patients d'âges similaires. Ce n'est pas le cas pour deux ATC 4 en particulier, le J01GB (other aminoglycosides) et le J01XB (polymyxins) où la population est plus jeune. Ces classes comprennent la tobramycine et la colistine qui sont toutes deux utilisées dans le traitement de la mucoviscidose.

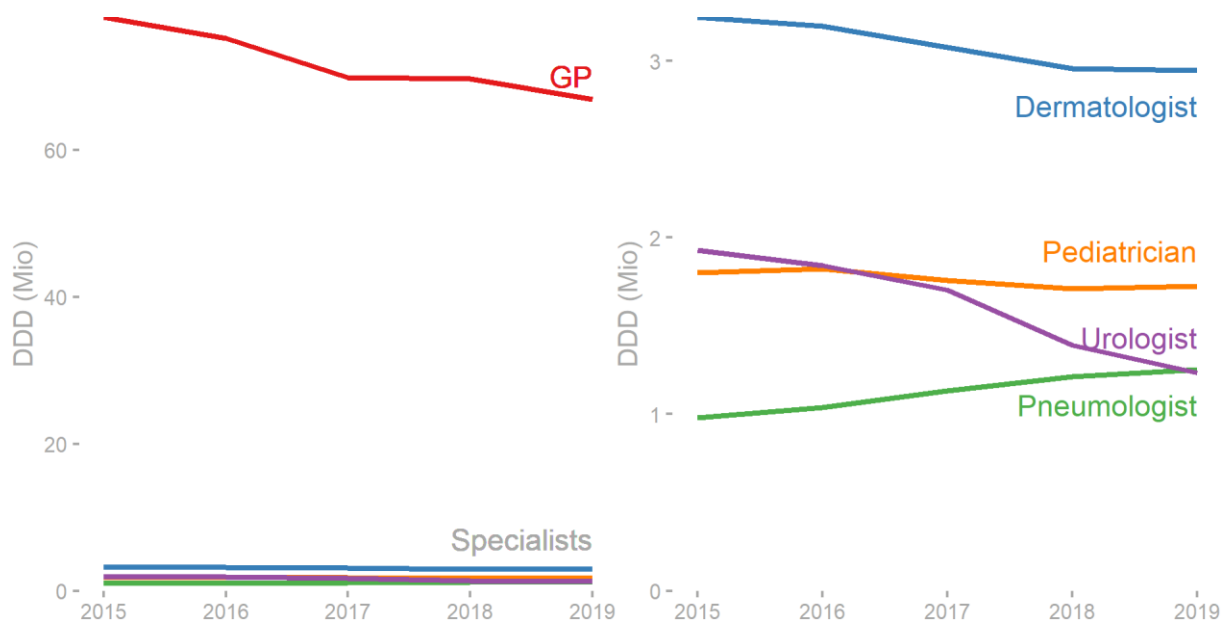
La consommation est également différente entre les genres et le graphique 11 présente un pic de DDD chez les hommes compris entre 12 et 18 ans.

Dans cette catégorie de genre et d'âge, les tétracyclines (J01AA) sont sur-représentées en termes de DDD par rapport à la distribution globale. Une explication possible est l'indication pour l'acné qui peut être utilisé dans ce groupe. Comme nos données ne contiennent pas d'indication, nous ne pouvons pas en être certains.

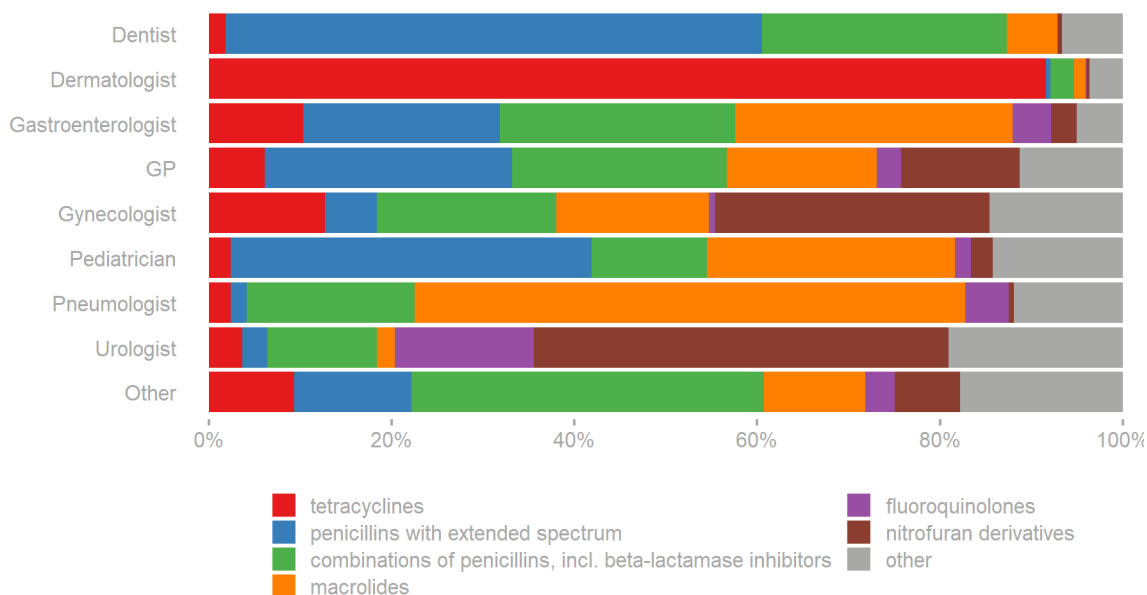
Spécialistes

La très grande majorité des antibiotiques délivrés sont prescrits par des généralistes (Graphique 12 Graphique). Pour les quatre spécialisations principales mises en évidences, seuls les pneumologues montrent une tendance inverse dans la délivrance d'antibiotiques par rapport à l'évolution globale, puisque le nombre de DDD augmente au cours du temps.

Graphique 12 : évolution temporelle des DDD parmi les spécialistes, pour les 5 dernières années complètes.

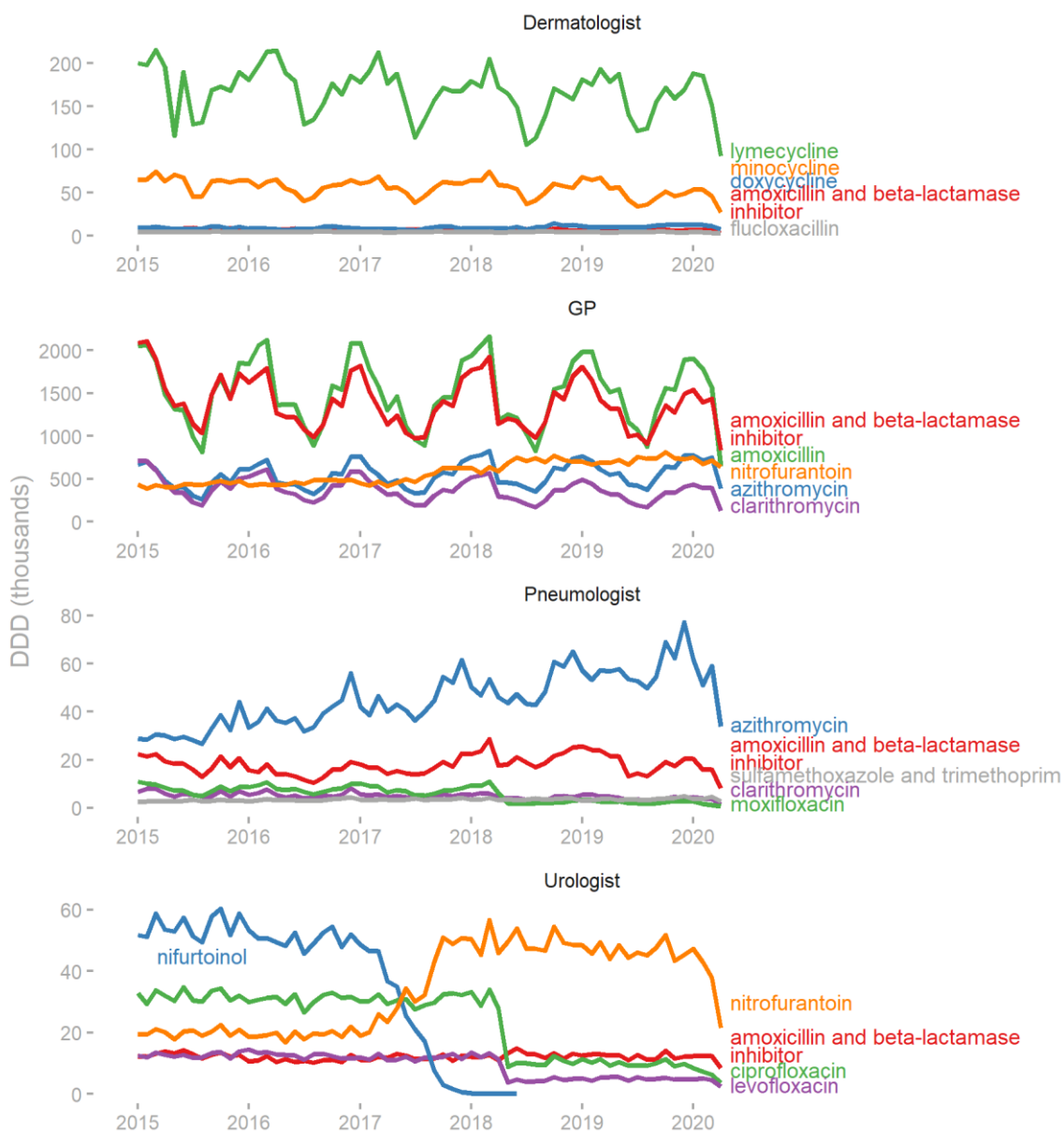


Graphique 13 : Les groupes les plus importants par prescripteur



Sans surprise, chaque spécialité prescrit des antibiotiques différents. Malgré cela, on remarque dans les données que l'amoxicilline associée à un inhibiteur de bêta-lactamase (J01CR02) est présente dans le top 5 de chaque groupe de prescripteurs.

Graphique 14 : évolution dans le temps par type de prescripteur



Ensuite, l'évolution temporelle des délivrances du top 5 des ATC de ces 5 spécialités illustre des informations intéressantes (Graphique 14) :

- L'évolution croissante, atypique, des prescriptions chez les pneumologues est due à l'azithromycine (J01FA10). Cette croissance semble stoppée en début 2020, qui montre une forte chute. Cette chute est sans doute imputable à la crise du Covid.
- On voit très distinctement chez les urologues l'effet de la suppression sur le marché du nifurtoinol (J01XE02) en octobre 2017, anticipée dès mars 2017, médicament remplacé par la nitrofurantoïne (J01XE01). C'est le spécialiste qui avait le plus recours aux fluoroquinolones (J01MA). La baisse de consommation suite au passage au chapitre IV est donc ici bien évidente et, comme il ne semble pas que ces fluoroquinolones aient été remplacées par une autre molécule remboursable, il est vraisemblable que c'est le patient qui a pris en charge le coût (cfr plus haut).