

“IPhEB-Report” July 2021 publication (May 2021 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)
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	2.761	415,4	3.177	97,6	256,4	5.214	2,424	2,5%	14,13	5,5%
2021 (pred.)	2.785	376,2	316,1	94,7	255,9	5.159	2,356	2,5%	16,56	6,5%
2021/2020	+0,8%	-9,4%	-0,5%	-3,0%	-0,2%	-1,1%	-7,8%		+17,2%	
2020/2019	+3,0%	-9,7%	-1,1%	-4,0%	+1,2%	-1,0%	-43,8%		+8,4%	
202006	233,1	36,69	269,8	8,088	21,89	451,4	0,173	2,1%	1,176	5,4%
202007	226,0	31,19	257,2	7,890	19,43	434,2	0,165	2,1%	0,738	3,8%
202008	208,6	28,74	237,3	7,212	23,05	399,6	0,155	2,1%	1,640	7,1%
202009	231,1	32,39	263,5	8,086	20,80	437,8	0,186	2,3%	1,114	5,5%
202010	262,6	38,90	301,5	9,869	20,31	467,3	0,288	2,9%	1,124	6,1%
202011	233,6	32,89	266,5	8,221	21,83	421,0	0,209	2,5%	0,830	3,8%
202012	247,0	33,79	280,8	8,487	20,98	459,5	0,212	2,5%	1,401	6,7%
202101	218,7	29,70	248,4	7,448	21,99	404,9	0,185	2,5%	1,193	5,4%
202102	213,3	28,81	242,1	7,170	19,21	387,4	0,186	2,6%	1,273	6,6%
202103	252,2	34,70	286,8	8,666	21,62	467,9	0,217	2,5%	1,663	7,7%
202104	230,0	31,57	261,5	7,912	20,22	435,7	0,191	2,4%	1,196	5,9%
202105	223,7	30,59	254,3	7,690	22,01	422,3	0,184	2,4%	1,441	6,5%

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 l'effet du premier confinement Covid

Contents

1. Introduction	3
2. Exacerbation de la consommation : le pic de Mars 2020	3
2.1. ATC.....	6
A. Détails sur les anti-infectieux à usage systémique (classe J).....	9
B. Détails sur les antiparasitaires, insecticides et repellants (classe P).....	11
C. Détails sur le système cardio-vasculaire (classe C)	12
D. Détails sur le système squelettique et musculaire (classe M)	14
2.2. Prescripteurs	17
2.3. Age.....	18
2.4. Age et prescripteurs.....	19
2.5. Géographie	20
3. Diminution du nombre de délivrances en avril et mai : la vallée	22
3.1. ATC.....	22
3.2. Prescripteurs.....	25
3.3. Age.....	26
3.4. Géographie	27
4. Conclusion.....	28
5. Annexe: les classes ATC principales	30

1. Introduction

La présente publication s'intéresse à l'impact de la pandémie Covid-19 sur la consommation de médicaments en Belgique durant les 6 premiers mois de l'année 2020.

Cette nouvelle maladie est à l'origine de nombreuses perturbations dans nos modes de vie en Belgique, en Europe et dans le monde entier. Face à l'inconnu, les effets se sont fait ressentir sur de nombreux aspects de la société, notamment en santé publique.

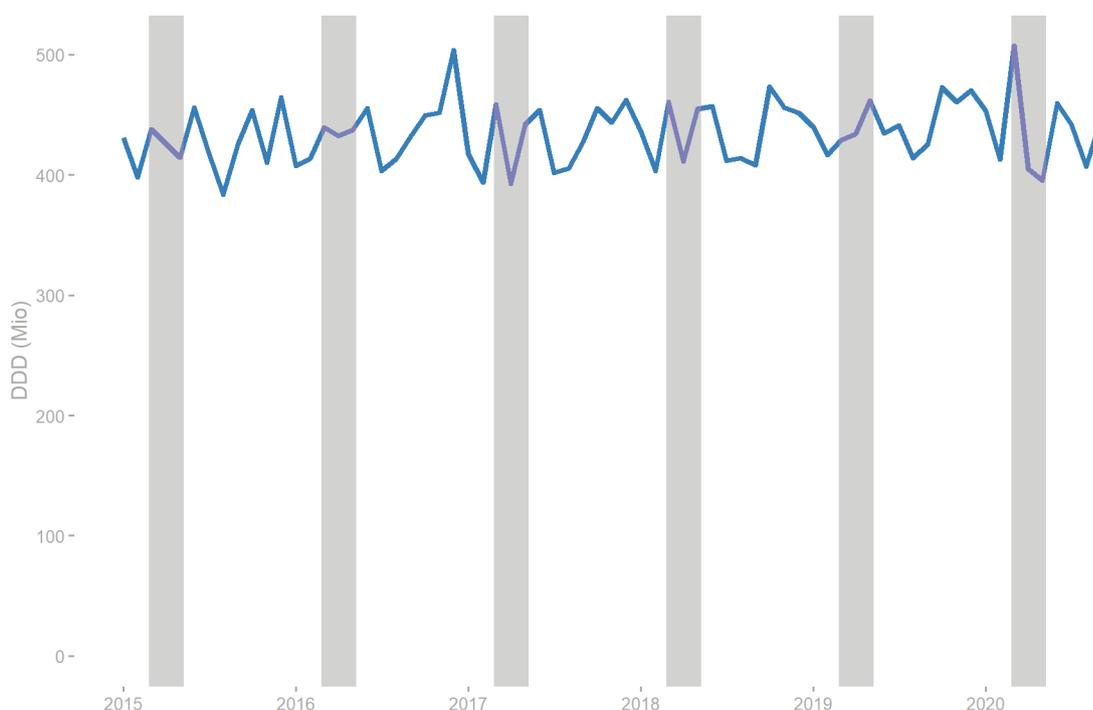
De façon générale, les médias ont relaté que le consommateur moyen belge a eu tendance à accumuler des stocks (comportement 'hamster') en mars et à consommer moins en avril. Cette publication confirme l'effet hamster sur la consommation de médicaments remboursés en Belgique suite à l'annonce, en mars, du premier confinement. La situation étant inédite, de nombreuses questions seront également soulevées à travers cet article.

La première partie offre un zoom sur l'augmentation exceptionnelle de délivrances de médicaments en mars 2020. La seconde se concentre sur les diminutions qui ont eu lieu en avril et mai. Chacune tentera d'observer en parallèle les différents comportements par ATC, âge et prescripteurs.

2. Exacerbation de la consommation : le pic de Mars 2020

Comme déjà évoqué dans la section précédente, la crise du Covid-19 s'est d'abord traduite par une augmentation significative du nombre de DDD délivré en Belgique en mars 2020. La Figure 1 ci-dessous illustre nos propos.

Figure 1: un grand pic en mars, suivi d'une vallée en avril et mai

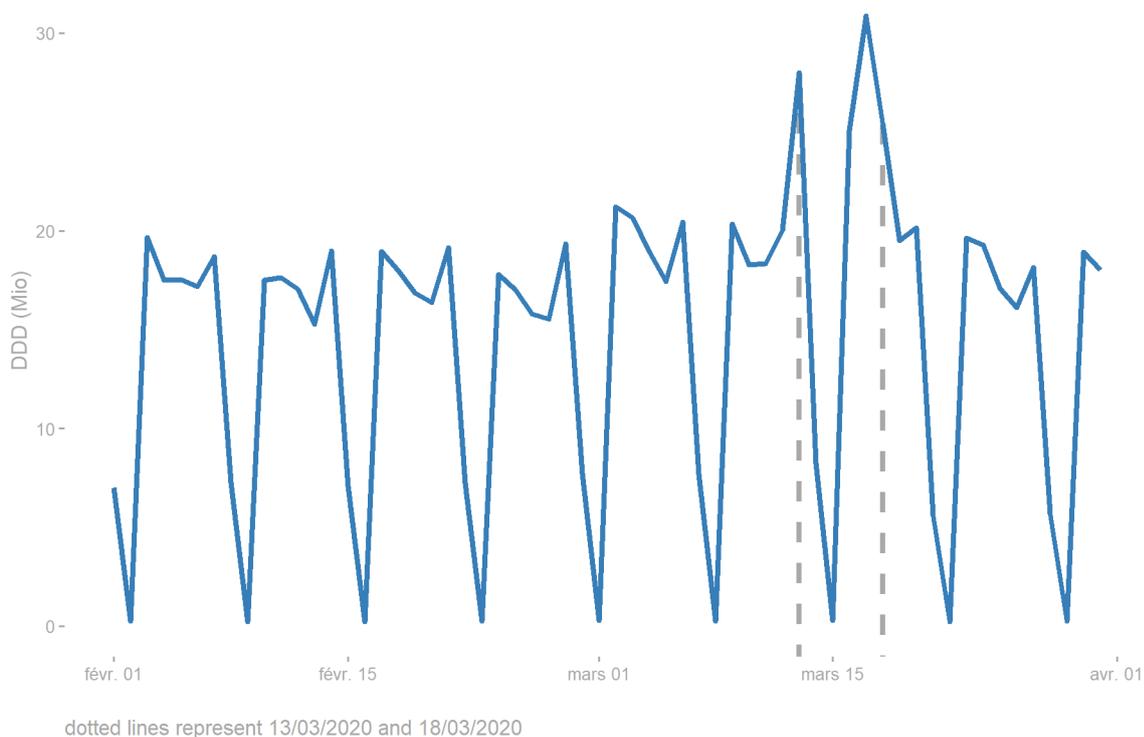


the grey areas highlight the data of March, April and May of each year

Cette dernière montre que le pic s'applique à l'ensemble des substances délivrées. Nous remarquons aussi qu'il s'agit du pic le plus élevé depuis 5 ans. Le seul effet, qui, sur base mensuelle, a pu ressortir dans le passé date de décembre 2016 et a été causé par l'annonce de changements de mesures économiques sur les inhibiteurs de la pompe à protons qui avait également conduit à une accumulation de stock par les patients.

Nous voyons bien, grâce à l'évolution quotidienne, que ce pic est lié à l'effet hamster au début du confinement.

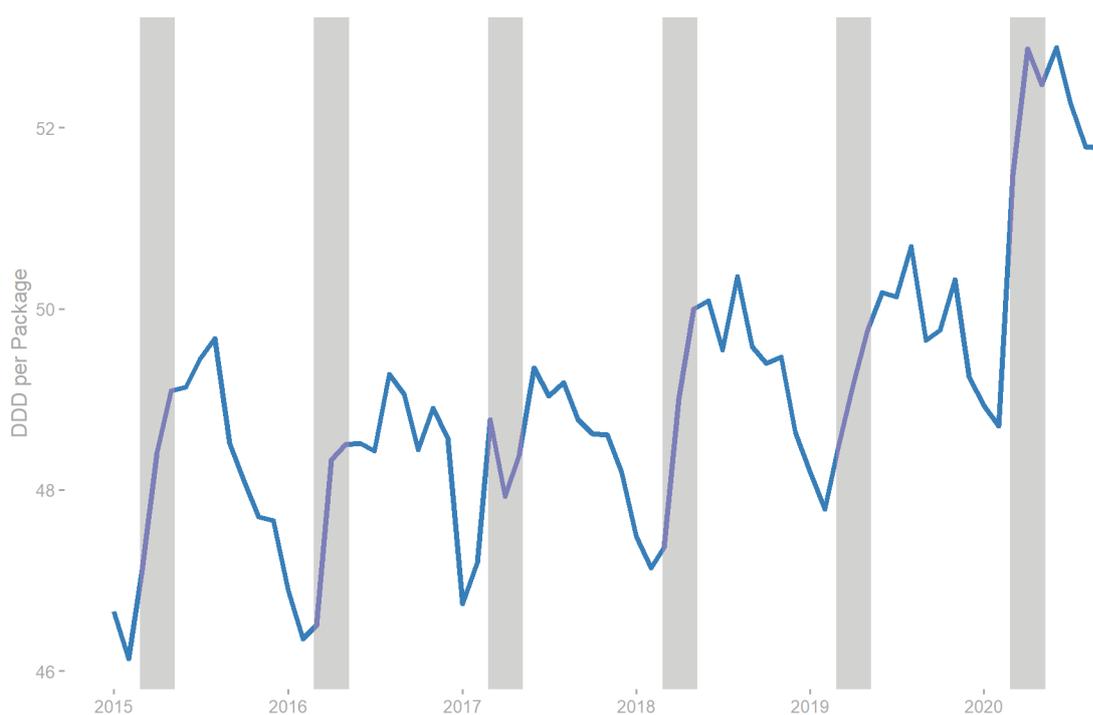
Figure 2: Un pic clair au début du lockdown



Nous voyons clairement qu'une augmentation était déjà en cours dès le vendredi 13 mars 2020, jour de l'annonce d'un confinement "léger" à partir du 14 mars. Les lundis et mardi de la semaine suivante ont connu une augmentation de la consommation de plus de 50% à la normale. Le pic était déjà terminé le mercredi 18 mars 2020, au moment de l'introduction d'un lock down complet à partir du jeudi 19 mars 2020 dans l'AR. La plupart des patients avaient apparemment déjà pris leur précaution.

La plupart des autres variables (e.g. chiffres d'affaires, dépenses INAMI, dépenses patients, ...) a évolué de façon similaire. Une exception reste le nombre de délivrances, qui a été considérablement inférieur à ce que nous attendions en terme de consommation.

Figure 3: Evolution du nombre moyen de DDD par conditionnement



the grey areas highlight the data of March, April and May of each year

Nous constatons que le nombre moyen de DDD par conditionnement a subitement augmenté. Cela signifie que le conditionnement moyen est devenu plus grand. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer cette tendance. La diminution de la consommation des antibiotiques est la cause principale. En effet, la plupart de ces traitements sont aigus et ont donc généralement une petite taille de conditionnement. Parallèlement, une plus grande part de marché pour des médicaments avec des conditionnements de grandes tailles pousse aussi ce ratio vers le haut. L'effet inverse peut également se produire. C'est, par exemple, le cas pour A (i.e. tractus gastro-intestinal) et N (i.e. système nerveux). Dans d'autres classes, nous voyons que le nombre moyen de DDD par conditionnement au sein de la classe a augmenté, comme dans la classe R (i.e. système respiratoire). L'interaction assez complexe de tous ces effets a provoqué cette augmentation totale observée.

Pour la suite de nos analyses, nous comparons régulièrement le total en termes de nombre de conditionnements ou DDD réellement délivrés par rapport au total attendu. Ce total attendu a été prédit sur base d'une régression linéaire utilisant comme variable indépendante les mois de mars des cinq années précédentes (i.e. 2015 - 2019). Cette méthode permet de mettre en évidence les effets plus précis de la crise du Covid-19 sur les délivrances de médicaments, en comparant les valeurs observées aux valeurs attendues.

Lorsqu'on applique cette méthode, on se rend compte que le DDD total du mois de mars est 13,5 % plus élevé qu'attendu.

Les prochaines sections développent plus précisément le pic de mars 2020.

2.1. ATC

Le confinement de mars n'a pas impacté tous les ATC de la même façon. La figure 4 nous donne une première observation du nombre de DDD délivrées.

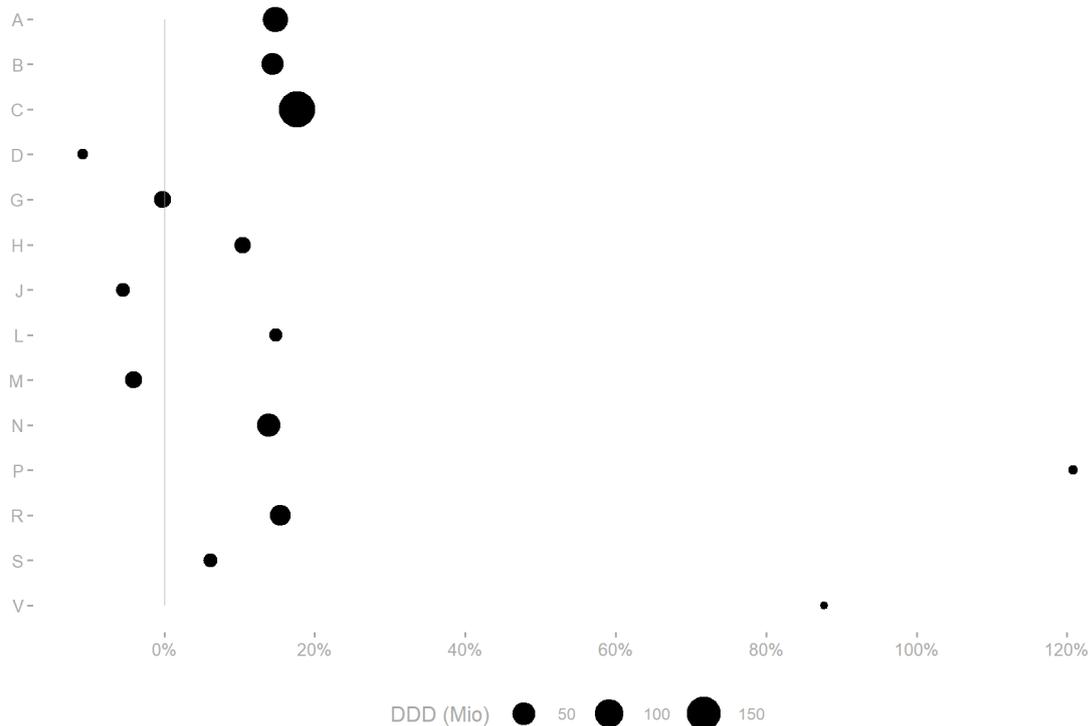
Figure 4: Evolution temporelle du nombre de DDD délivrées depuis 2015



La liste et la description des différentes classes d'ATC1 sont disponibles dans l'annexe à la fin du rapport.

La suite de l'article vise à distinguer les différents comportements par ATC. Nous choisissons d'appliquer notre méthode (i.e. décrite ci-dessus) aux différentes variables du secteur (e.g. DDD, coûts patient, revenus, coûts INAMI). Ce processus permet de distinguer les ATC1 qui ont montré plus ou moins de variabilité en mars 2020.

Figure 5: La différence entre la consommation observée et attendue est très différente entre les principales classes ATC



A l'exception des classe D, J et M, toutes les classes d'ATC1 ont un nombre de DDD délivrées plus grand qu'attendu. L'absence de pic pour la classe J (surtout antibiotiques) peut s'expliquer par une absence de stockage dans le cas de traitements de maladies aiguës, comme nous l'avons abordé dans le rapport IPHEB précédent. L'augmentation importante dans la classe V correspond à l'oxygène. Bien que les délivrances, en termes de DDD, aient fortement augmenté, les quantités restent faibles. Cette augmentation est due à la prolongation ou l'initiation de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile via l'officine ouverte au public durant la période de pandémie. Cette dernière était précédemment essentiellement initiée via la pharmacie d'hôpital.

Figure 6: Les écarts entre observation et prévision en mars 2020 pour les dépenses INAMI sont globalement en ligne avec ce que l'on observe pour la consommation

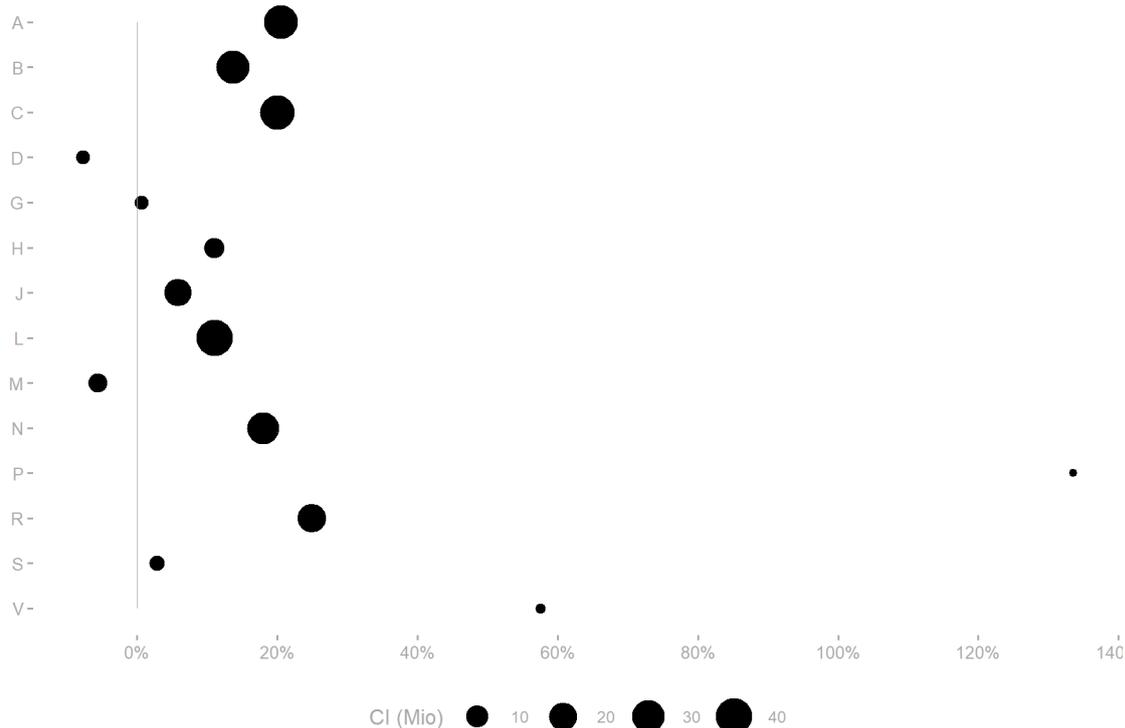
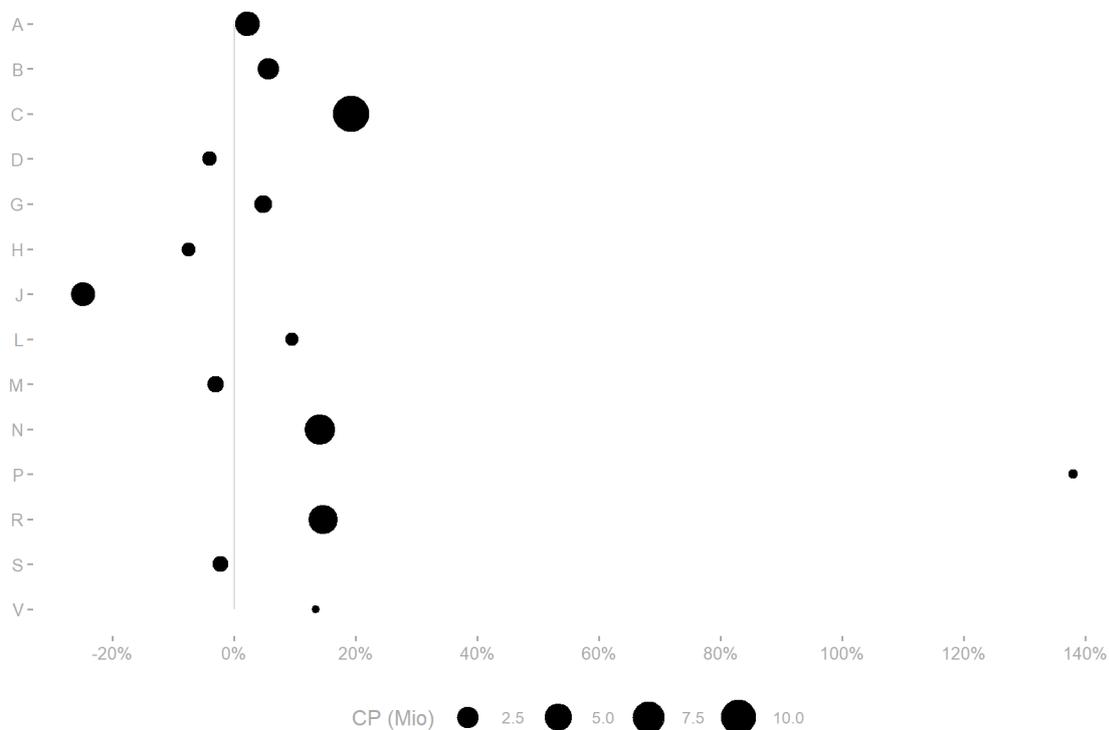


Figure 7: Les différences entre les valeurs observées et attendues en mars 2020 affichent un tableau différent pour les dépenses des patients par rapport aux autres variables



Pour plusieurs classes, la différence entre les valeurs attendues et observées en termes de coûts patients s'éloigne de la différence en termes de consommation. Plusieurs explications en sont à l'origine. Certaines classes, ont, entre-autre, des sous-classes avec un effet hamster très élevé alors que leur part de coûts patients

est relativement faible. Par exemple, pour la classe d'ATC A, le pic majeur de consommation est dû aux antidiabétiques, or comme ils font partie de la catégorie de remboursement A, ils n'ont pas d'influence sur l'évolution du ticket modérateur.

L'effet que nous observons sur la classe J est causé par un artefact d'extrapolation basée sur cinq ans et un changement de catégorie de remboursement pour les antibiotiques. L'extrapolation amène de cette façon à une prédiction irréaliste. Pour une meilleure analyse sur les antibiotiques spécifiquement, nous renvoyons au rapport IPhEB de septembre 2020.

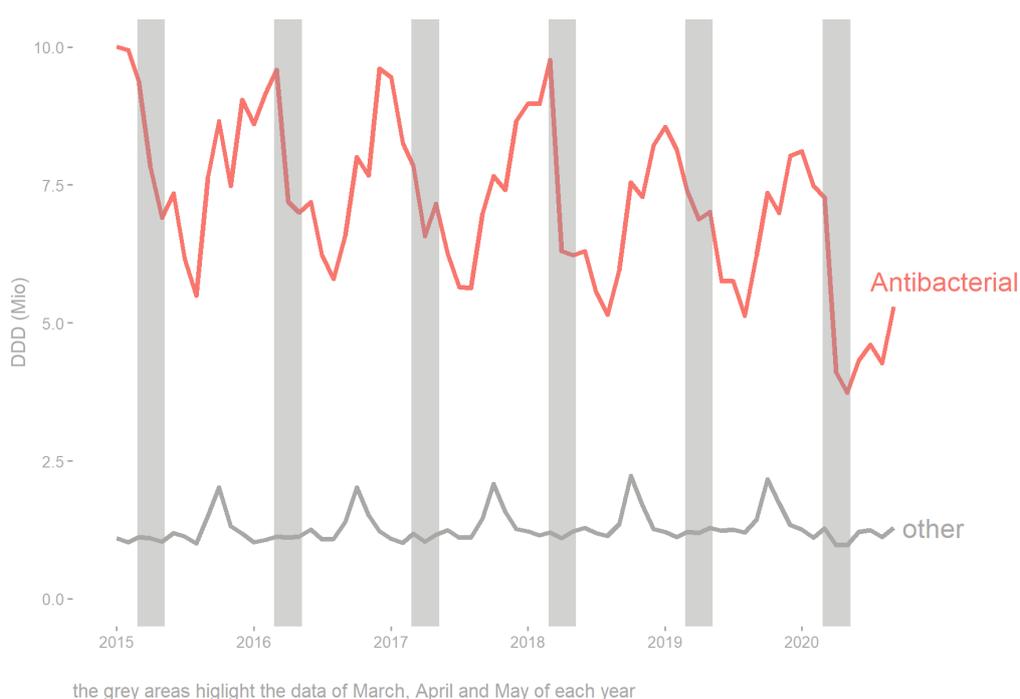
Nous avons également examiné l'effet sur le chiffre d'affaires. Ce dernier est très similaire à ce que nous voyons pour la consommation (DDD) et les dépenses INAMI. Nous combinons les discussions pour cette raison.

Nous nous sommes concentrés sur 4 classes d'ATC pour une analyse approfondie dans les prochaines sections. Les classes qui ont connu une croissance fulgurante en mars, c'est-à-dire la classe P (*i.e.* antiparasitaire) et la classe C (*i.e.* système cardiovasculaire) et, d'autre part, celles qui ont subi une diminution ou n'ont pas été impactées par l'effet hamster : la classe J (*i.e.* anti-infectieux) et la classe M (*i.e.* système musculosquelettique).

A. Détails sur les anti-infectieux à usage systémique (classe J)

L'ATC J attire notre attention. Alors que sur les figures 5, 6 et 7 la somme de DDD délivrées est peu différente par rapport à la somme attendue, le coût INAMI pour cette catégorie est 20% plus élevé. Comme évoqué précédemment, cette tendance est un artefact de notre méthode d'extrapolation. Le déplacement du remboursement des antibiotiques de la catégorie B vers la catégorie C a provoqué une baisse abrupte des dépenses de l'INAMI. L'extrapolation linéaire laisse poursuivre cette diminution de façon continue, même si en réalité il s'agit d'un choc ponctuel.

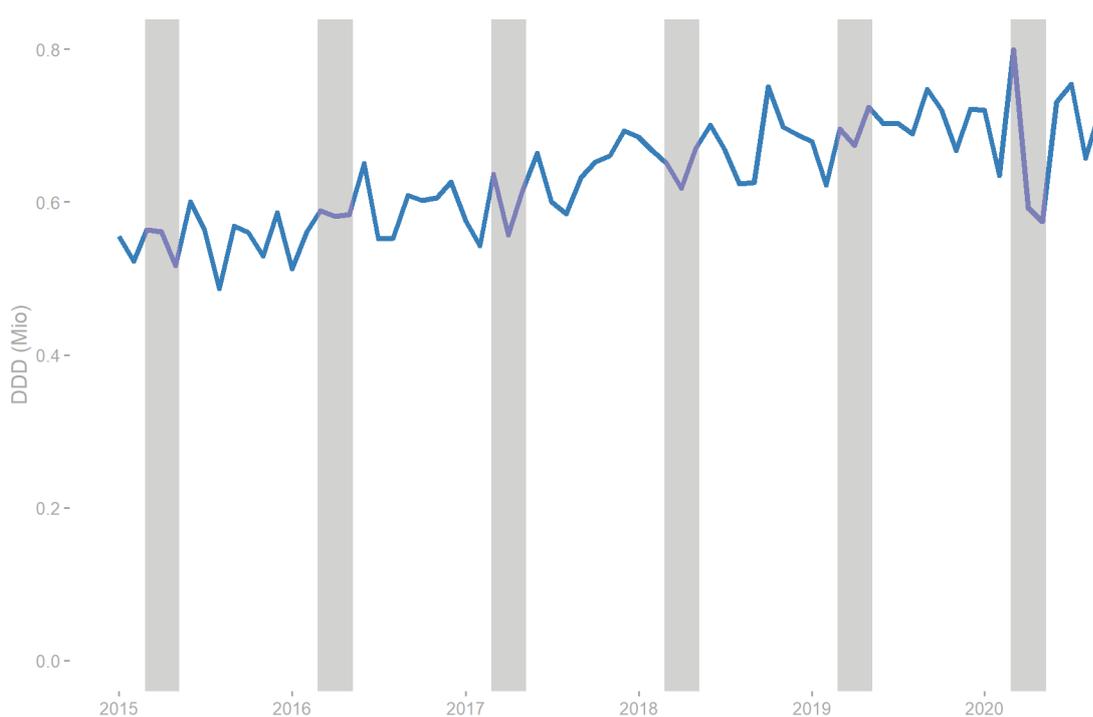
Figure 8: Evolution temporelle de la consommation au sein des anti-infectueux



La classe "other" comprend les antimycotiques (J02), antimycobactériens (J04), antiviraux (J05), serums et immunoglobulines (J06) et vaccins (J07).

Nous observons que la classe représentant le plus haut niveau de DDD est la J01 (antibactériens à usage systémique). Bien que la tendance diminue sans cesse depuis 2016, 2020 a accentué cette tendance de manière encore plus fulgurante. La classe J05 (*i.e.* antiviraux) est généralement moins consommée mais a suivi la tendance de l'effet hamster. La classe J02 (antimycotiques) est restée relativement constante. Nous pouvons observer plus en détail la classe J05 ci-dessous:

Figure 9: Evolution de la consommation des antiviraux (J05)



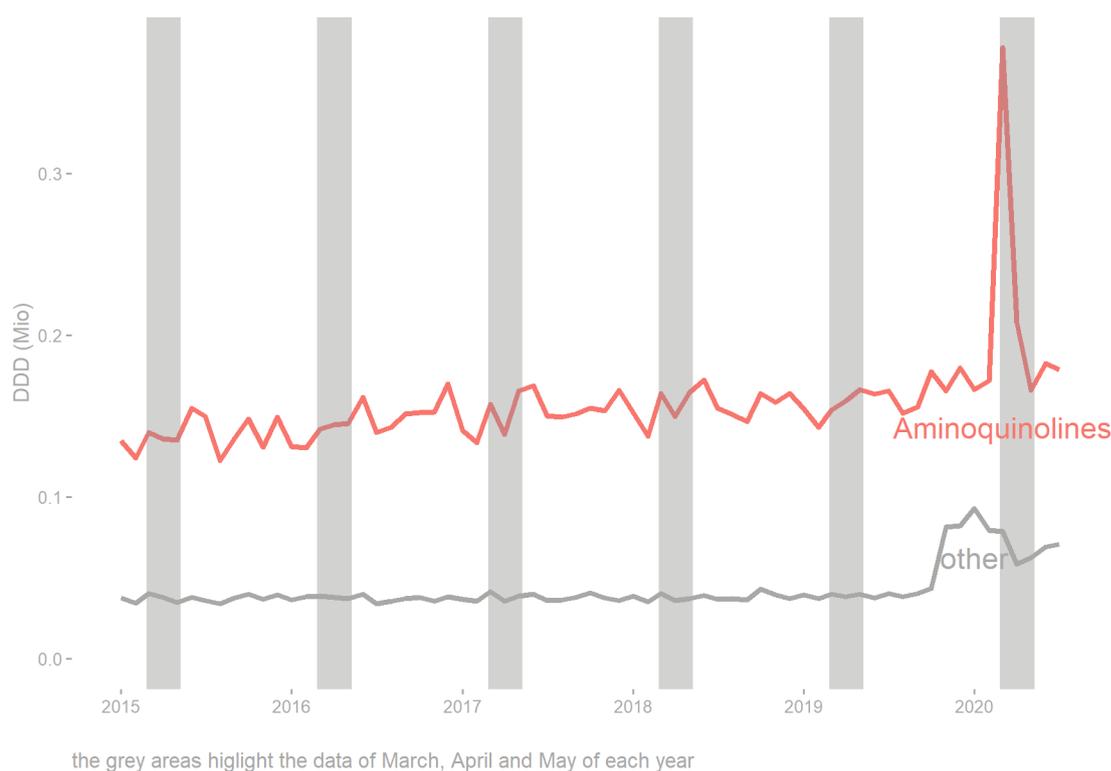
the grey areas highlight the data of March, April and May of each year

On peut constater que les antiviraux n'ont pas été consommés de façon plus importante depuis le début de la crise Covid.

B. Détails sur les antiparasitaires, insecticides et repellants (classe P)

La classe des antiparasitaires, insecticides et repellants (*i.e.* classe P) affiche les écarts les plus surprenants (*i.e.* +120%) par rapport aux valeurs prédites. Cette classe inclut l'hydroxychloroquine. Ce médicament a été utilisé comme traitement dès les premiers cas de Covid-19 et largement médiatisé en mars 2020. La Figure 10 illustre l'évolution temporelle de la délivrance d'hydroxychloroquine (*i.e.* seul aminoquinoline remboursé) en termes de DDD par rapport aux autres ATC4 de la classe P (antiparasitaires).

Figure 10: L'utilisation de l'hydroxychloroquine montre un pic spectaculaire en mars 2020



La classe "other" comprend tous les antihelminthiques (P02), les ectoparasitocides et répulsifs (P03) ainsi que tous les antiprotozoaires (P01) exceptés les aminoquinolines (P01BA)

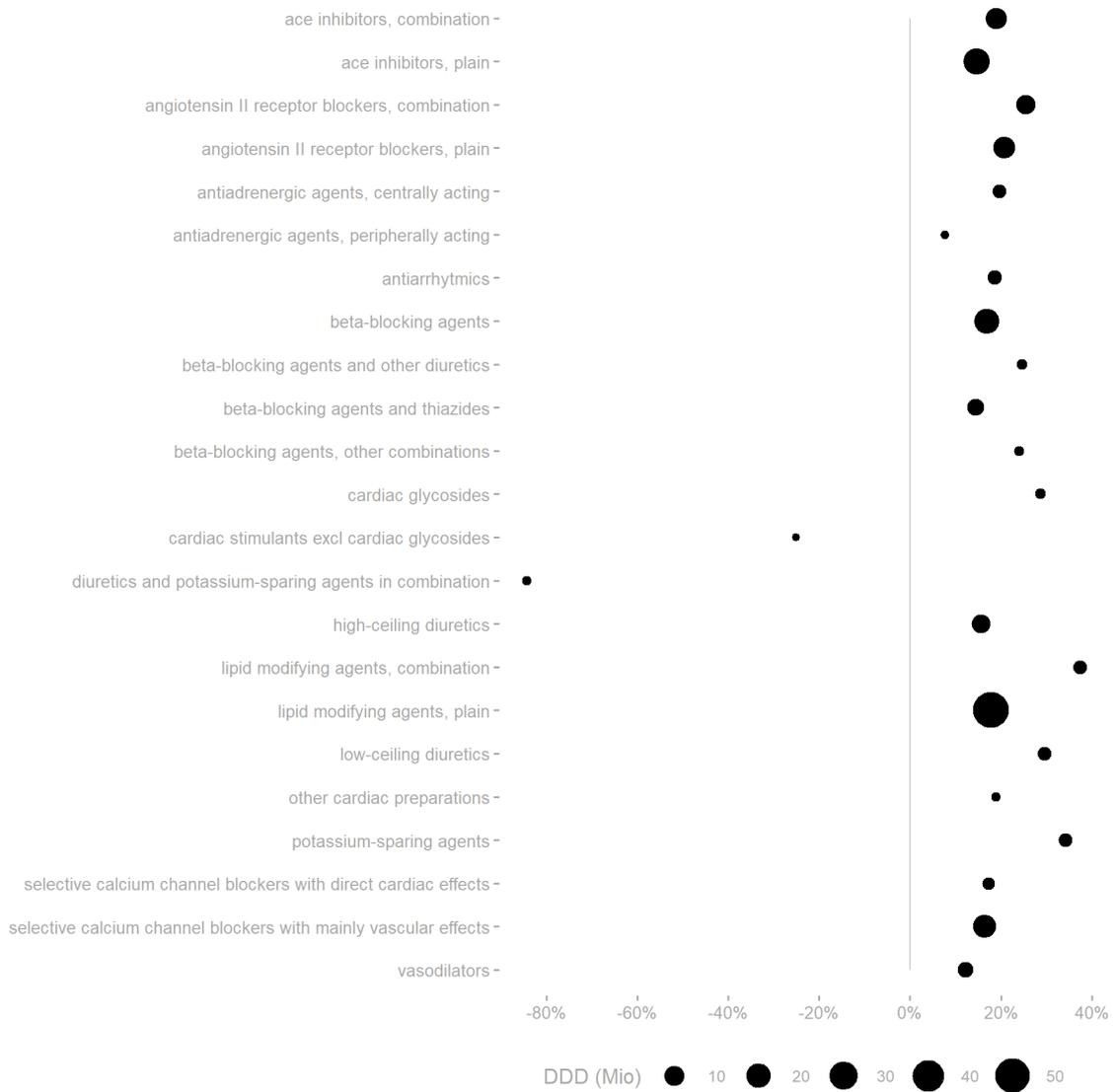
Environ 7000 boîtes ont été délivrées (et remboursées) en mars 2020 soit environ trois fois plus que les années précédentes. La faible importance de la classe P dans son ensemble signifie que le choc au sein de cette seule composante se manifeste dans l'évolution de la classe entière.

On remarque également sur le graphique une augmentation dans les autres classes d'antiparasitaires dès la fin de 2019. Cette augmentation est due au début du remboursement en novembre 2019 de la perméthrine (P03AC04).

C. Détails sur le système cardio-vasculaire (classe C)

La classe C a été la plus délivrée en mars. Quasiment tous ses ATC3 affichent une consommation (DDD) plus élevée qu'attendu pour cette période. Seules quelques exceptions existent, mais elles représentent un faible pourcentage de DDD. Des exemples sont les stimulants cardiaques sauf glycosides cardiotoniques (C01C) et associations de diurétiques et des diurétiques d'épargne potassique (C03E).

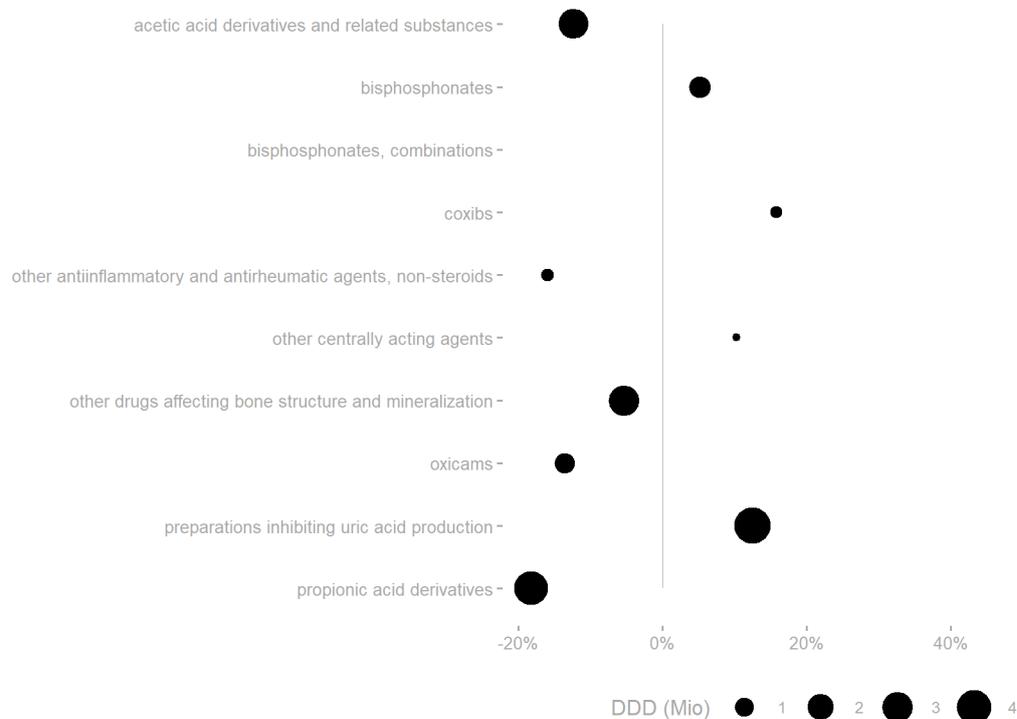
Figure 11: Différence entre valeurs observées et attendues par ATC3 au sein de la classe C en mars 2020



D. Détails sur le système squelettique et musculaire (classe M)

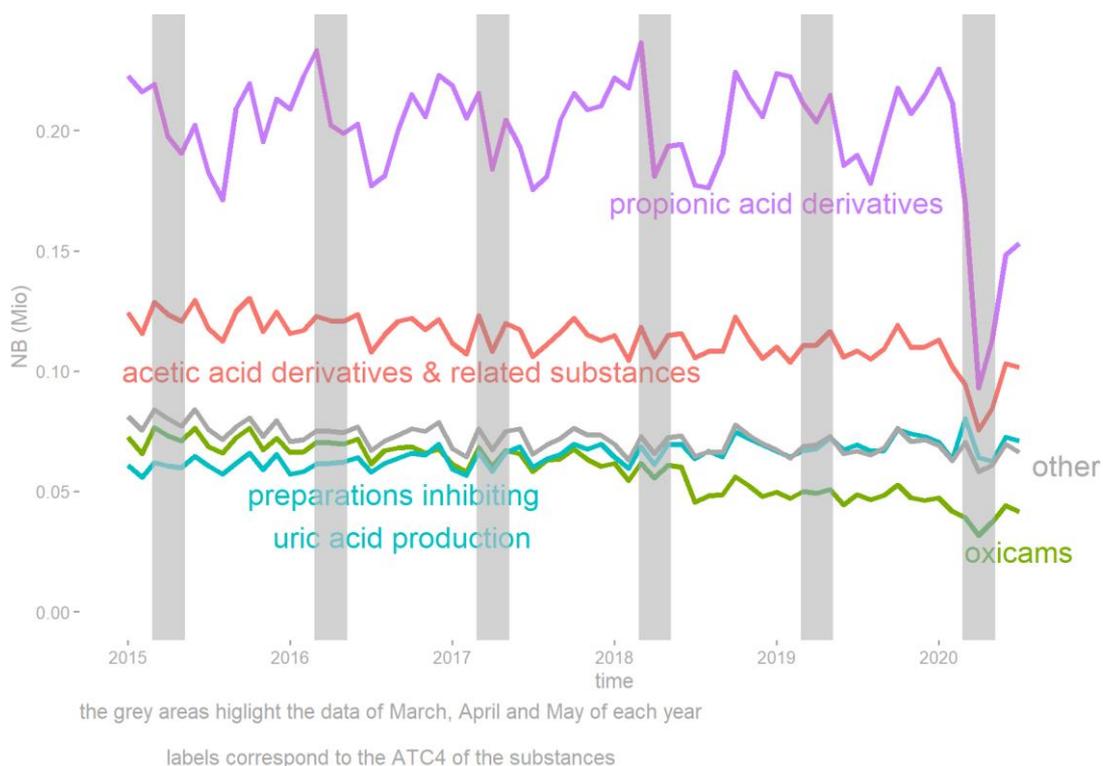
Nous distinguons deux groupes de molécules pour la classe M. Certaines voient leurs délivrances diminuer tandis que les autres augmentent.

Figure 12: Différence entre valeurs observées et attendues par ATC4 au sein de la classe M en mars 2020



La plus grosse diminution est celle des dérivés de l'acide propionique (M01AE), qui est la classe contenant l'ibuprofène. L'information selon laquelle le paracétamol devait être préféré à l'ibuprofène avait largement circulé dans les médias au début de la crise.

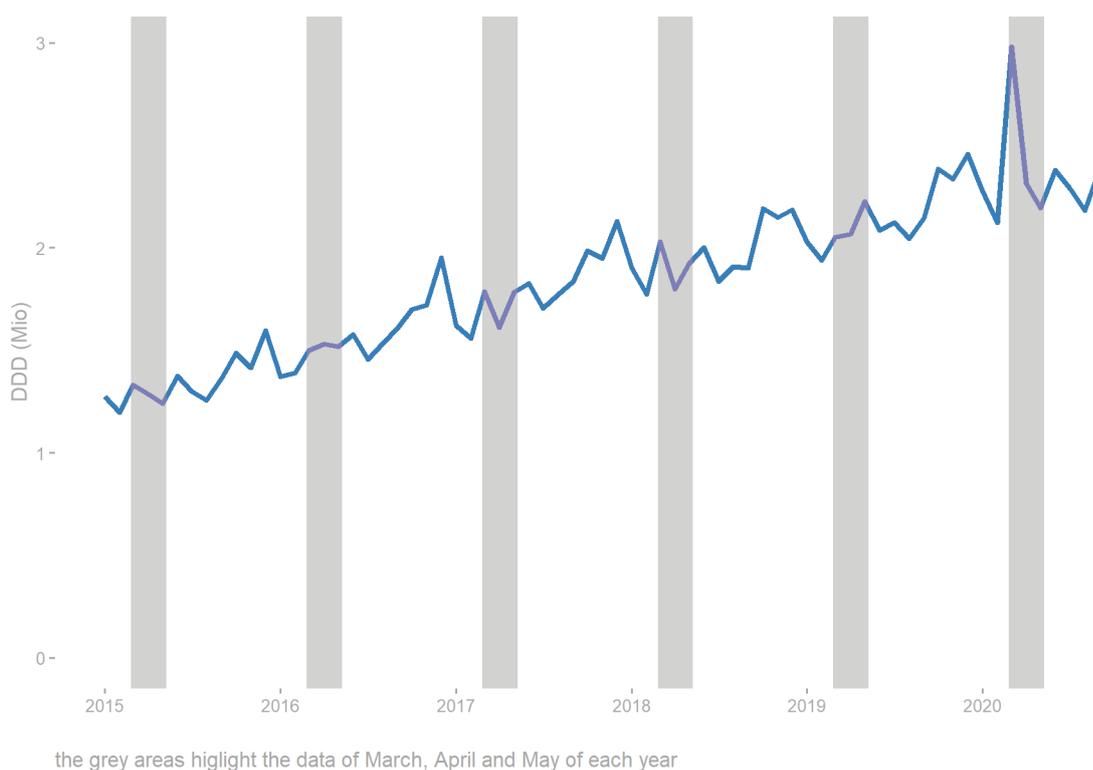
Figure 13: Evolution temporelle de la consommation au sein de la classe M, par ATC4



La classe "other" comprend les coxibs (M01AH), les autres antiinflammatoires non stéroïdiens (M01AX), les autres myorelaxants à action centrale (M03B), les stimulants de la sécrétion d'acide urique (M04AB), les bisphosphonates (M05BA), les combinaisons de bisphosphonates (M05BB) et les autres drogues affectant la minéralisation (M05BX).

En contrepartie, nous observons que la consommation de paracétamol a bien suivi l'effet hamster.

Figure 14: Evolution temporelle de la consommation de paracétamol

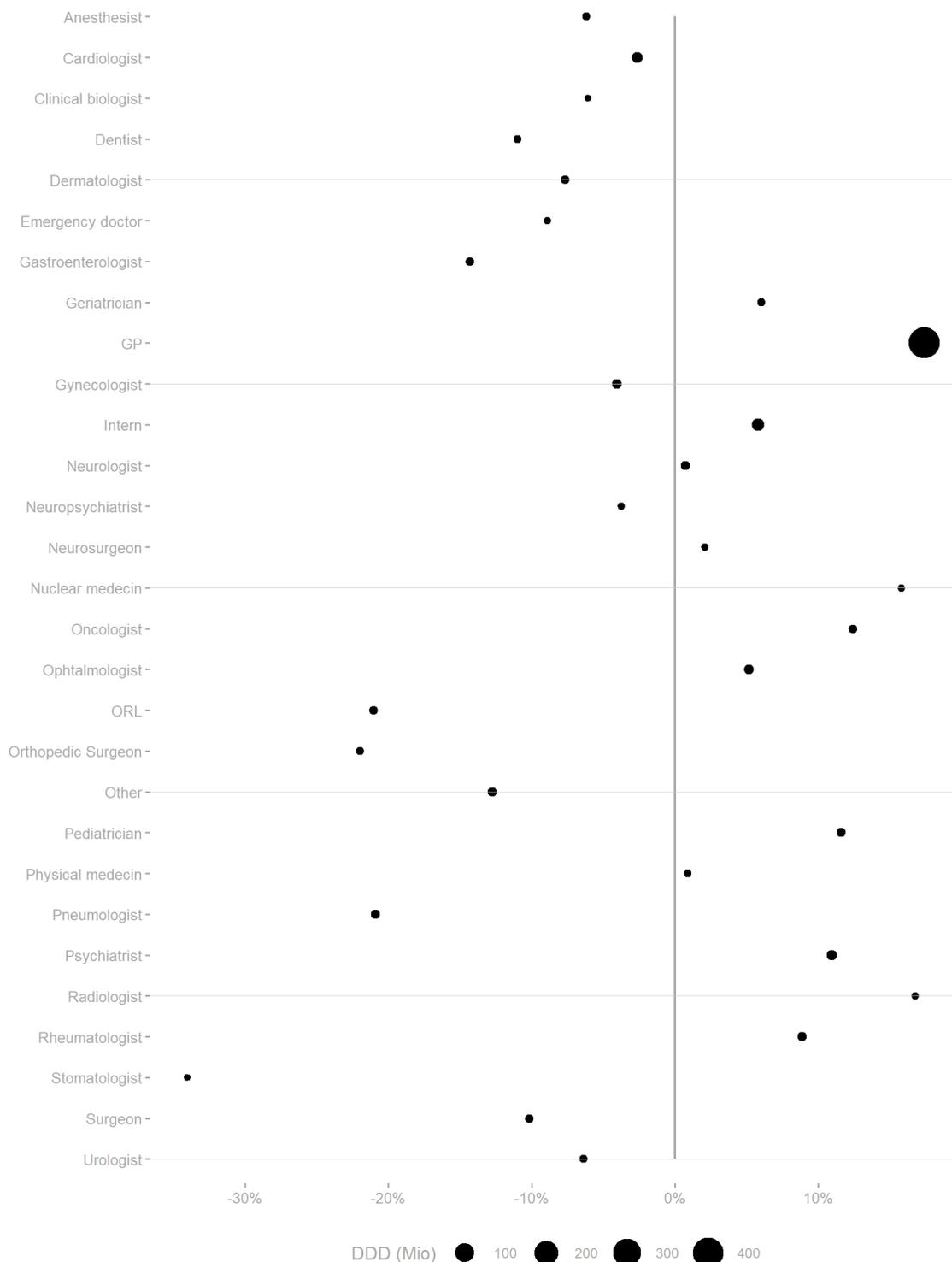


Cette section nous montre que le patient belge a eu tendance à stocker les médicaments chroniques (classe C) quand c'était possible et que la délivrance des médicaments, considérés à un moment ou l'autre comme utile pour traiter le covid (e.g. hydroxychloroquine, oxygène), a augmenté temporairement. De façon plus détaillée, nous avons remarqué que la classe P qui contient l'hydroxychloroquine était une des plus impactées par le pic de mars, tout comme la classe V (qui contient l'oxygène) et la classe C (qui traite des maladies cardiovasculaires). La classe J (traitant des maladies infectieuses) a été à peine impactée en mars.

2.2. Prescripteurs

L'impact du Covid-19 ne s'est pas fait ressentir de la même façon chez tous les prescripteurs. On peut voir sur le graphique suivant les différences entre le nombre de DDD prescrit en mars et la valeur attendue.

Figure 15: Différence entre valeurs observées et attendues de DDD par prescripteur en mars 2020



Deux points sont à mettre en évidence. D'une part, les généralistes montrent la plus grande valeur et la plus grande augmentation en termes de DDD pour mars. Les stomatologues ont, d'autre part, connu la plus grande diminution.

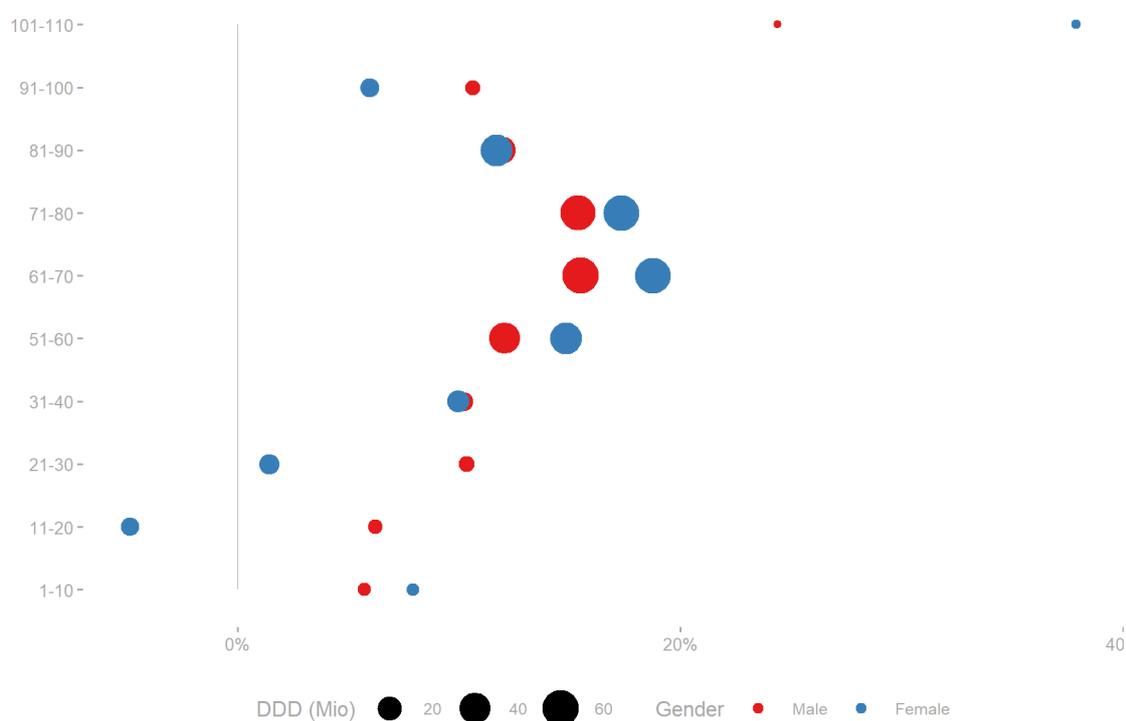
Entre ces deux extrêmes, on voit que les pneumologues ont prescrit 20% en moins de DDD qu'attendu. Une hypothèse expliquant cette diminution pourrait être que ces spécialistes ont dû consacrer beaucoup plus de temps aux patients hospitalisés qu'aux patients ambulatoires durant cette période.

2.3. Age

La section 2.3 compare la consommation de médicaments par âge.

L'augmentation observée en mars dans les différentes variables ne se répercute pas de la même façon sur toutes les tranches d'âges et les genres de la population.

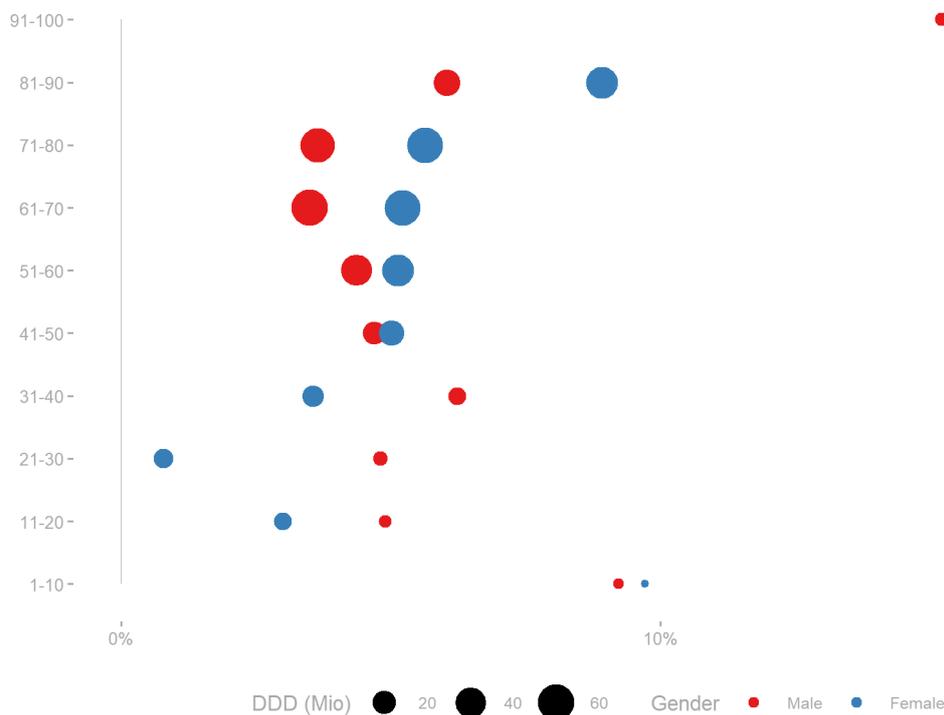
Figure 16: Comparaison entre les valeurs attendues et observées de la consommation par tranche d'âge en mars 2020



Nous avons déjà expliqué dans les sections précédentes que le rapport DDD/NB, qui représente la quantité de DDD par boîte, a augmenté pendant la crise du Covid-19.

A nouveau, cette augmentation ne s'est pas déroulée de manière identique entre les différentes classes d'âges et les sexes. Le graphique suivant ne tient pas compte des tarifications à l'unité, qui pourraient biaiser le rapport DDD/NB.

Figure 17: Comparaison entre les valeurs observées et attendues du nombre de DDD par conditionnement en fonction des tranches d'âge

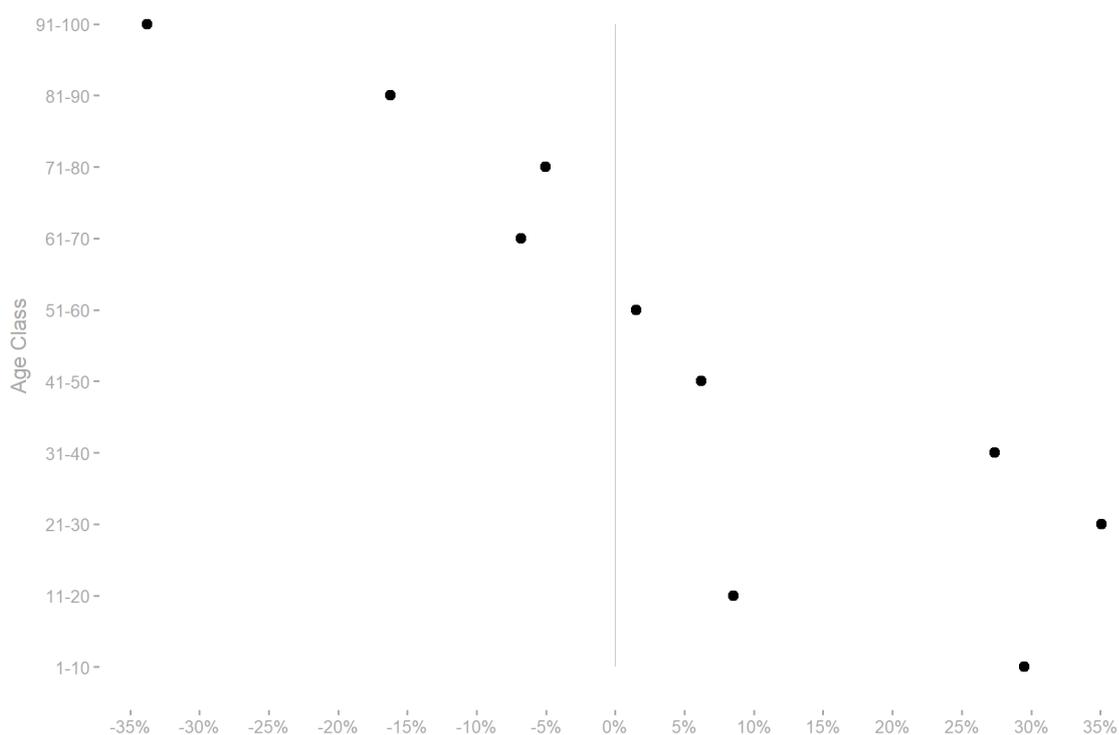


Ainsi, en mars, les femmes âgées de 21 à 30 ans n’ont pas vu leurs prescriptions modifiées par rapport à ce qui était attendu tandis que les femmes âgées entre 81 et 90 ans ont montré une forte variation. Les enfants montrent également un ratio plus élevé que ce qui pouvait être attendu.

2.4. Age et prescripteurs

Pour la suite de l’article, nous souhaitons analyser l’impact de la combinaison des âges et des prescripteurs sur la consommation. Pour chaque tranche d’âge pour chaque spécialiste, le pourcentage parmi les délivrances d’une spécialité est extrapolé à partir des données 2015 à 2019. Cette valeur est comparée à celle observée en mars 2020. La tendance dans les différences entre les valeurs attendues et réelles est similaire à celles que l’on obtenait pour les âges indépendamment du type de prescripteurs (*i.e.* généralistes et la majorité des spécialistes). Seuls les pneumologues ont retenu notre attention car on constate une plus grande part de délivrances parmi les jeunes que ce qui est attendu. La Figure 18 appuie nos propos.

Figure 18: Différences entre valeurs prédites et observées pour les délivrances (DDD) prescrites par les pneumologues en mars 2020

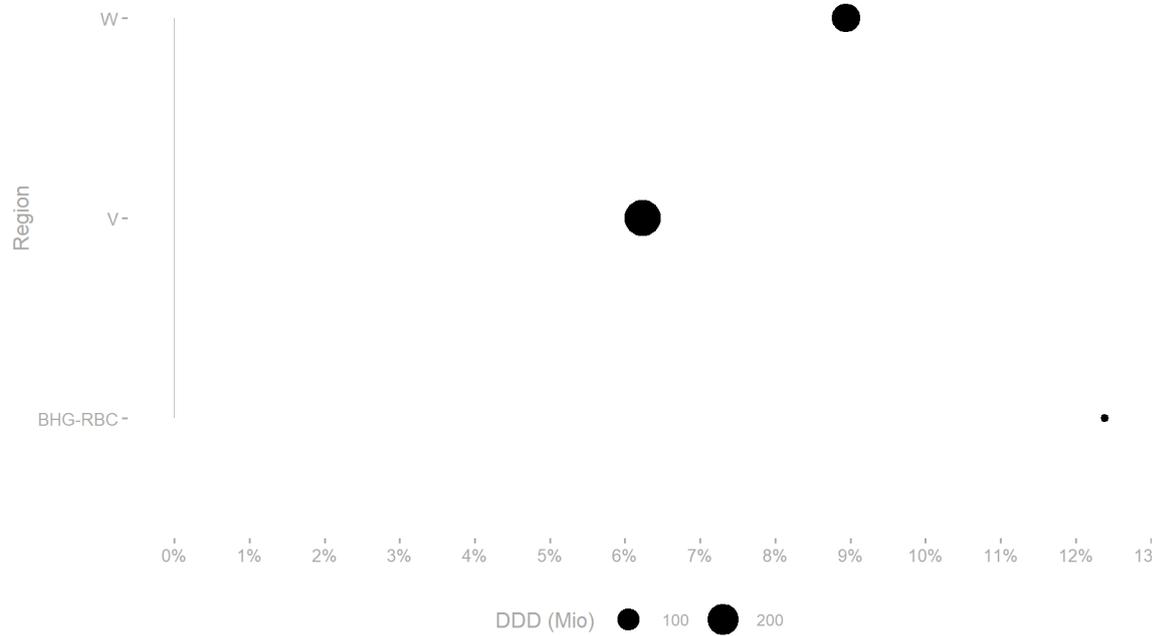


2.5. Géographie

D'un point de vue géographique, les trois régions ont montré des tendances différentes pendant le pic de mars. La région de Bruxelles-Capitale est, en l'occurrence, caractérisée par une quasi-absence de pic. La somme de DDD délivrée est peu éloignée de la valeur prédite en mars. Cette tendance peut s'expliquer par la baisse du nombre de navetteurs dans la région de Bruxelles-capitale durant la période de confinement. En effet, ces travailleurs qui se procuraient les médicaments à Bruxelles n'ont plus dû se rendre dans cette ville avec l'instauration générale du télétravail.

On constate, par contre, que le ratio DDD/NB est le plus distant de la valeur attendue pour cette même région de Bruxelles-Capitale. À l'heure actuelle nous n'avons pas d'hypothèse permettant d'expliquer cette observation.

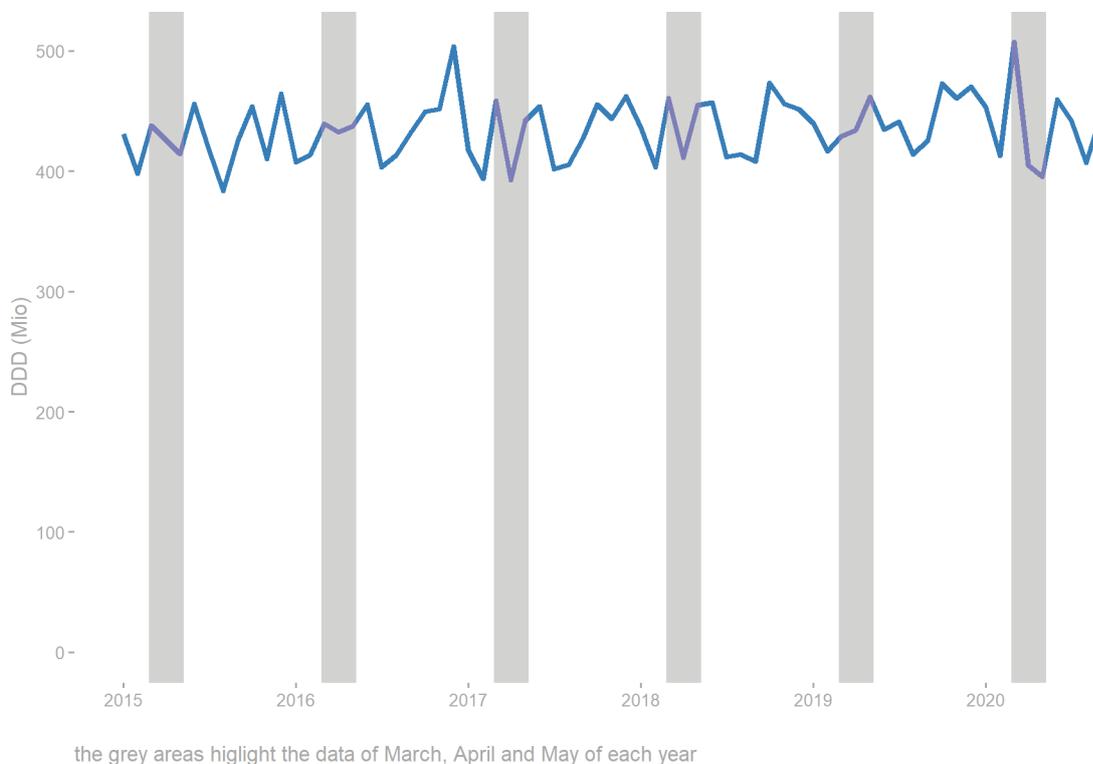
Figure 19: Comparaison entre les valeurs observées et attendues de la consommation en termes de DDD par conditionnement en fonction des régions en mars 2020 (excluant la tarification par unité)



3. Diminution du nombre de délivrances en avril et mai : la vallée

Pour rappel, le premier graphique de ce rapport, présent dans la Section 2, affichait une tendance décroissante claire de la consommation (en termes de DDD) en avril et mai 2020.

Figure 20: un grand pic en mars, suivi d'une vallée en avril et mai



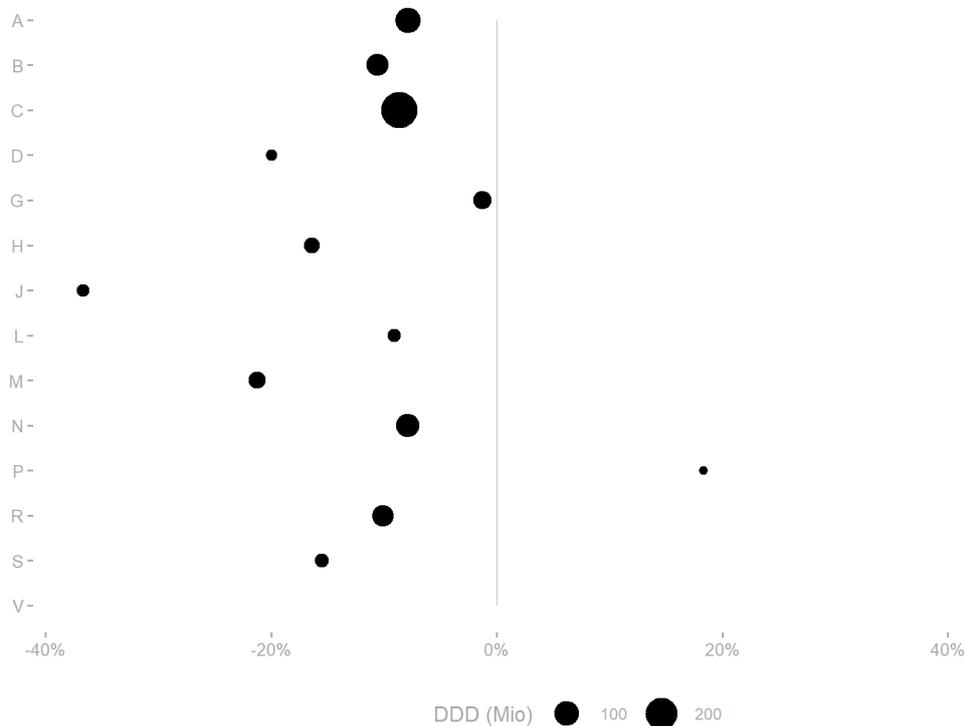
Dans la suite de ce rapport, nous comparons à nouveau les différentes variables attendues et observées. Nous utilisons la même méthode que dans les sections précédentes en l'appliquant, cette fois, à avril et mai. Nous réalisons, de façon similaire, un zoom par ATC, prescripteurs, âge/sexe, et géographie. En raison de la forte variabilité interannuelle (e.g. Notamment lors de la période de vacances) et de la faible quantité de délivrances qui caractérise ces deux mois de l'année, nous analysons avril et mai en sommant leurs variables.

3.1. ATC

En avril et mai, on a assisté à une forte baisse des délivrances, sans doute due au confinement et/ou à une peur de se déplacer.

La baisse se traduit dans les données par ATC, comme l'illustre la figure 22. En effet, la consommation (DDD) de la majorité des ATC délivrés se voit être inférieure à ce qui est extrapolé par une régression linéaire des délivrances des mois d'avril et mai des cinq années précédentes.

Figure 21: Comparaison entre les valeurs de consommation (DDD) observées et attendues en avril-mai 2020 par classe principale d'ATC

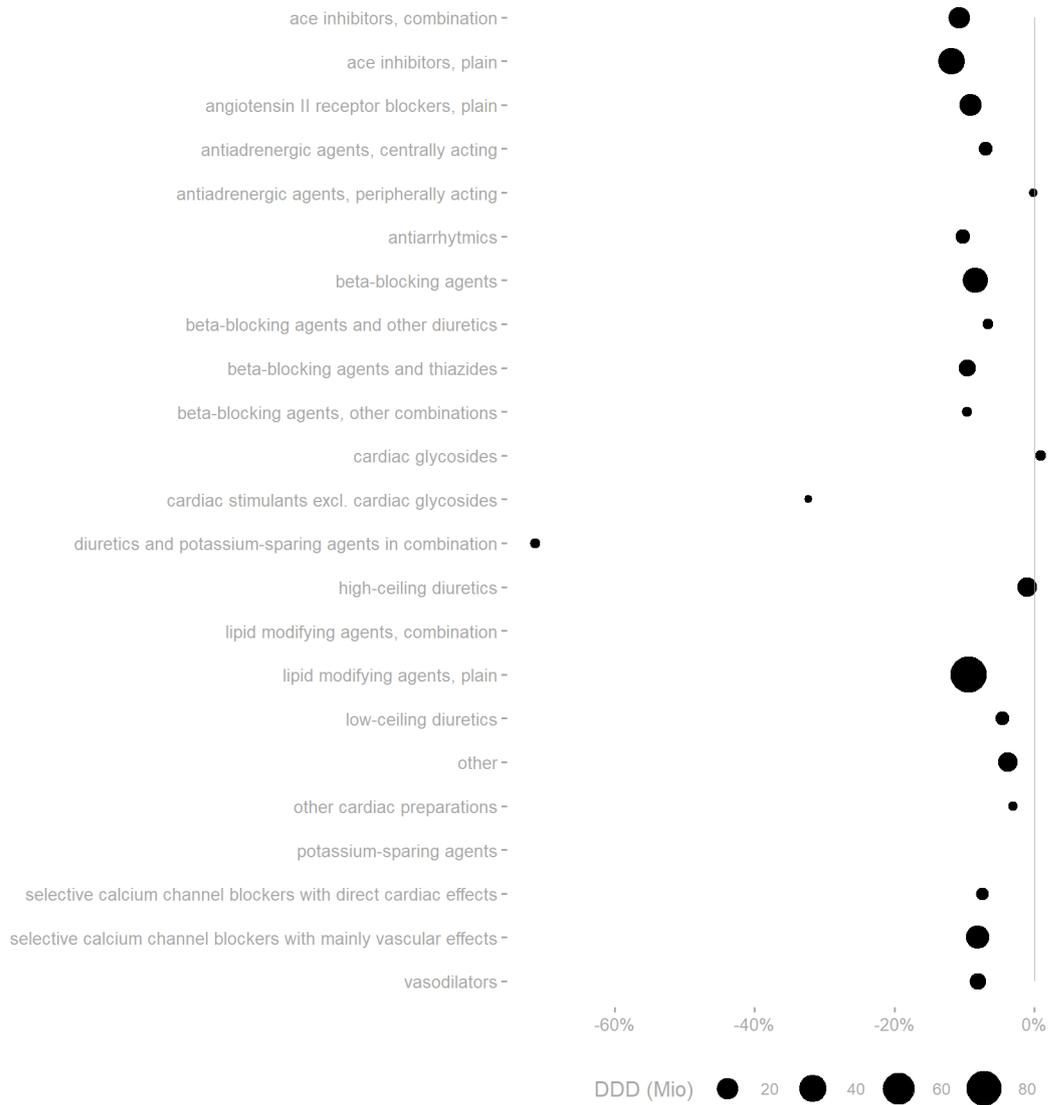


A nouveau, deux ATC1 se distinguent et restent plus haut qu'attendus. Il s'agit des ATC1 P et V.

P car l'hydroxychloroquine est encore élevée en avril mais elle atteint des niveaux « normaux » en mai. V car l'oxygène continue d'augmenter fortement (en termes de DDD) jusqu'en mai avant de montrer une inflexion en juin puis juillet.

Comme on l'a fait pour le mois de mars 2020, on regarde aussi en détail la classe C (i.e. système cardiaque). On voit que les groupes les plus importants se comportent de façon assez homogène. Seuls quelques-uns, mineurs, affichent une consommation plus élevée que ce qui est attendu. Notons cependant qu'il s'agit principalement d'effets liés aux conditions d'extrapolation et de remboursement. Le cas des diurétiques d'épargne potassique (C03D), est expliqué par une augmentation préexistante de la spironolactone suite à la disparition de l'association fixe de l'altizide avec un diurétique d'épargne potassique (Aldactazine®). Celui de des associations d'agents hypolipémiants est dû à l'apparition sur ce marché de l'association fixe de rosuvastatine et d'ézétimibe que l'extrapolation basée sur les années précédentes sous-estime.

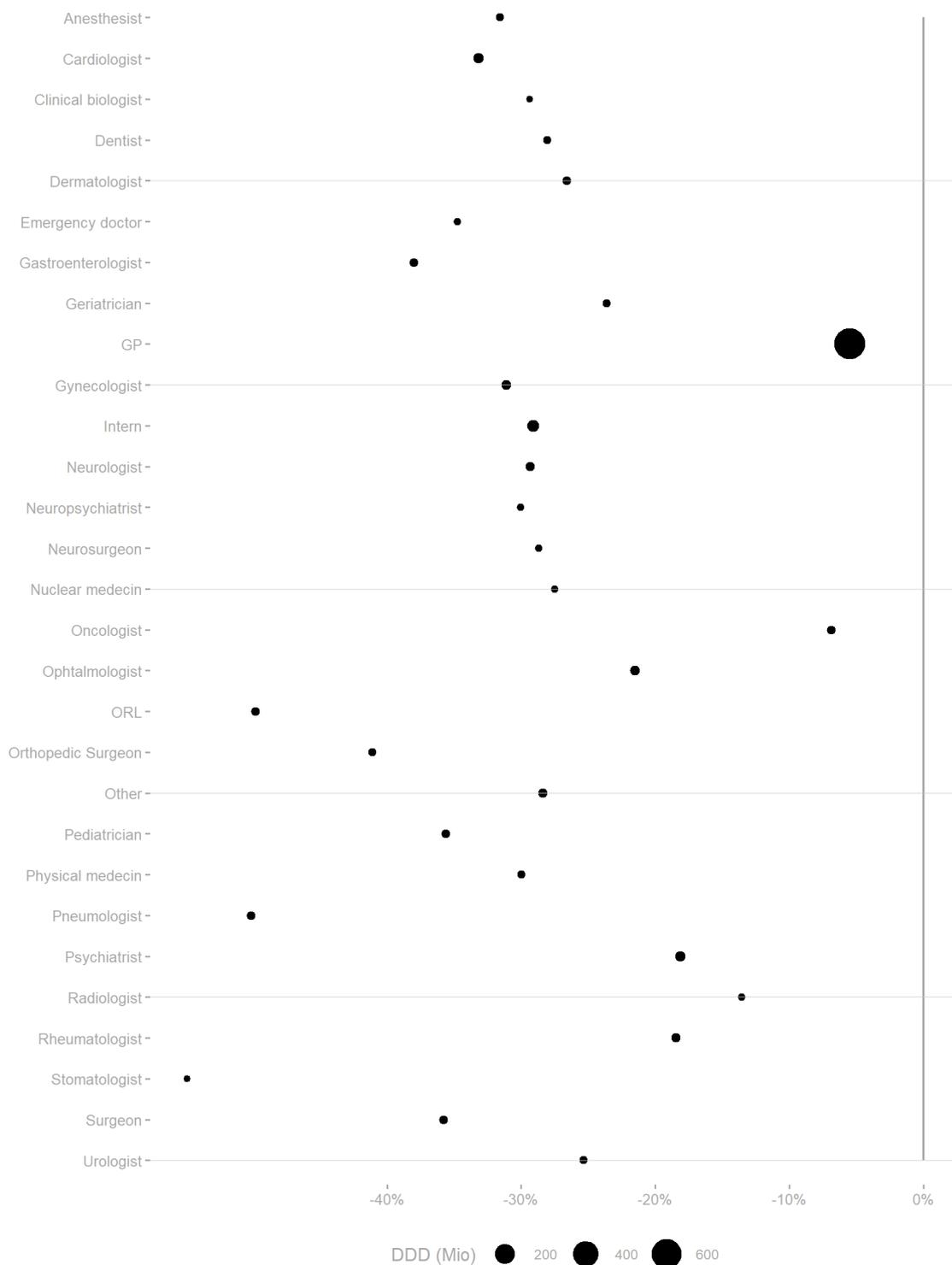
Figure 22: Comparaison entre valeurs de consommation (DDD) attendues et observées en avril-mai 2020 par ATC3 pour la classe C



3.2. Prescripteurs

La vallée est généralisée pour l'ensemble des prescripteurs

Figure 23: Comparaison entre valeurs de consommation (DDD) attendues et observées en avril-mai 2020 par spécialisation des prescripteurs

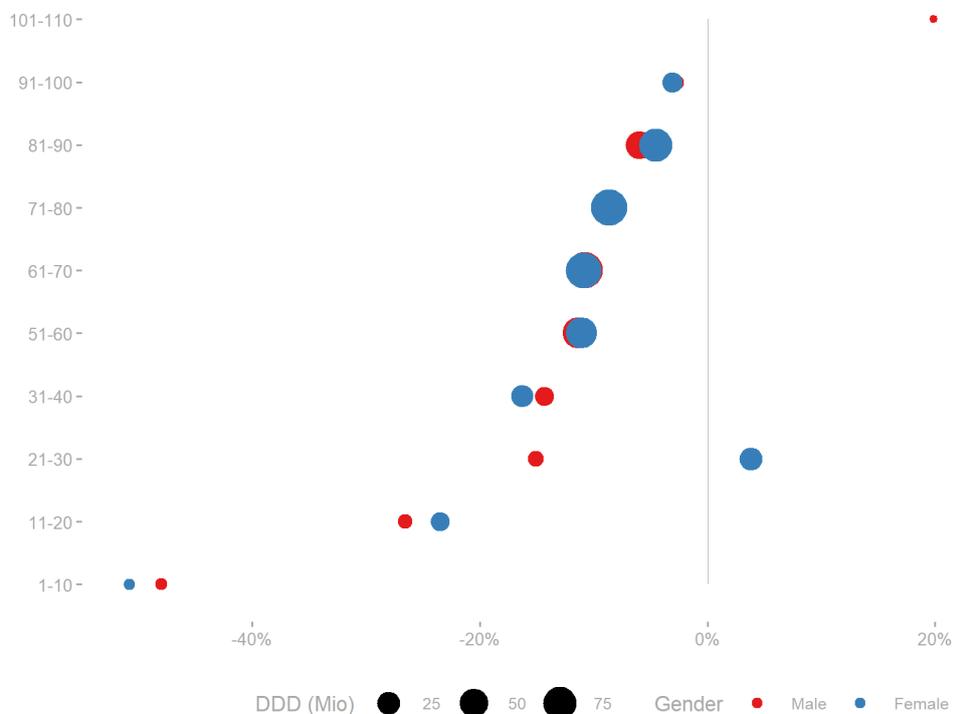


Ce sont les généralistes qui ont prescrit le plus de délivrances en termes de DDD. Ils connaissent également la plus faible baisse de DDD prescrites et délivrées en avril et mai. Suite aux mesures prises durant la période de pandémie, les prescriptions étaient en effet possibles par e-mail en avril et mai, ce qui peut expliquer cette tendance.

3.3. Age

L'impact de l'âge dans la chute des délivrances en avril/mai est très intéressant et montre parfois de fortes différences selon les genres.

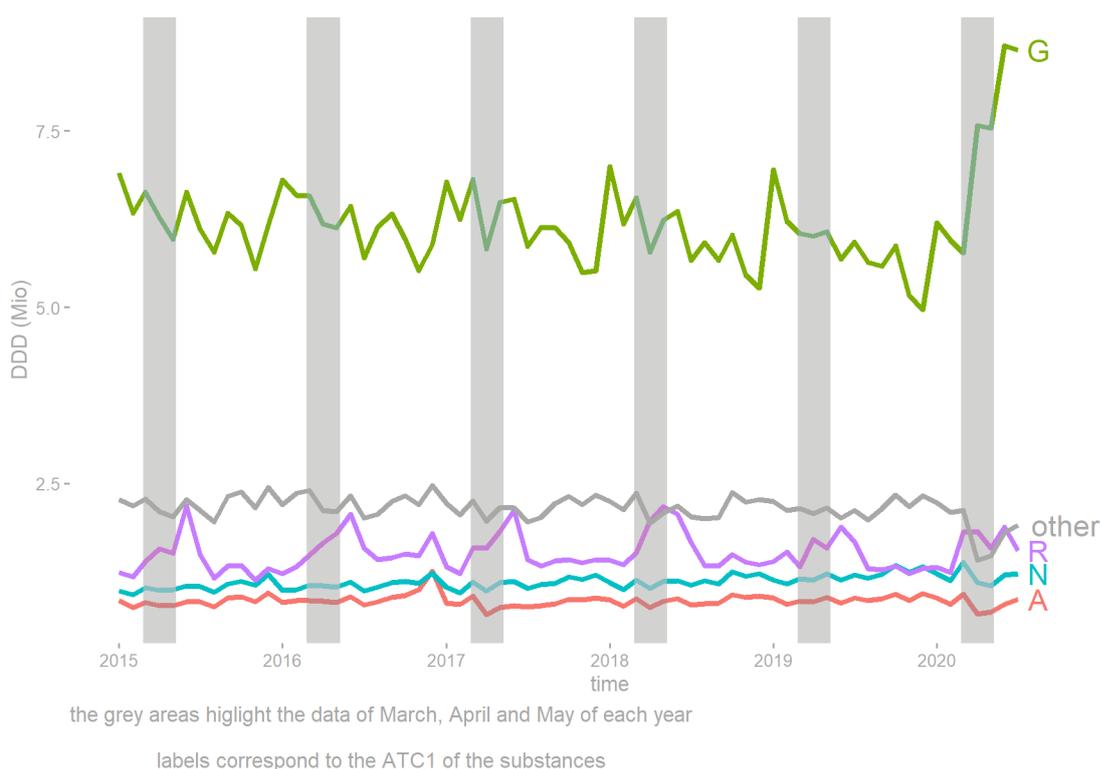
Figure 24: Comparaison entre valeurs de consommation (DDD) observées et attendues en avril-mai 2020 par tranche d'âge



Ce sont les enfants de 0 à 10 ans qui affichent la quantité de DDD délivrée en avril et mai la plus éloignée de la valeur attendue, avec près de 50% en moins.

La forte différence entre hommes et femmes dans la tranche d'âge 21-30 ans est également notable. Au regard des précédents résultats, le graphique ci-dessous affiche le profil de consommation de médicaments des jeunes femmes de 21 à 30 ans.

Figure 25: évolution temporelle du nombre de DDD délivrées depuis 2015 chez les jeunes femmes de 21 à 30 ans



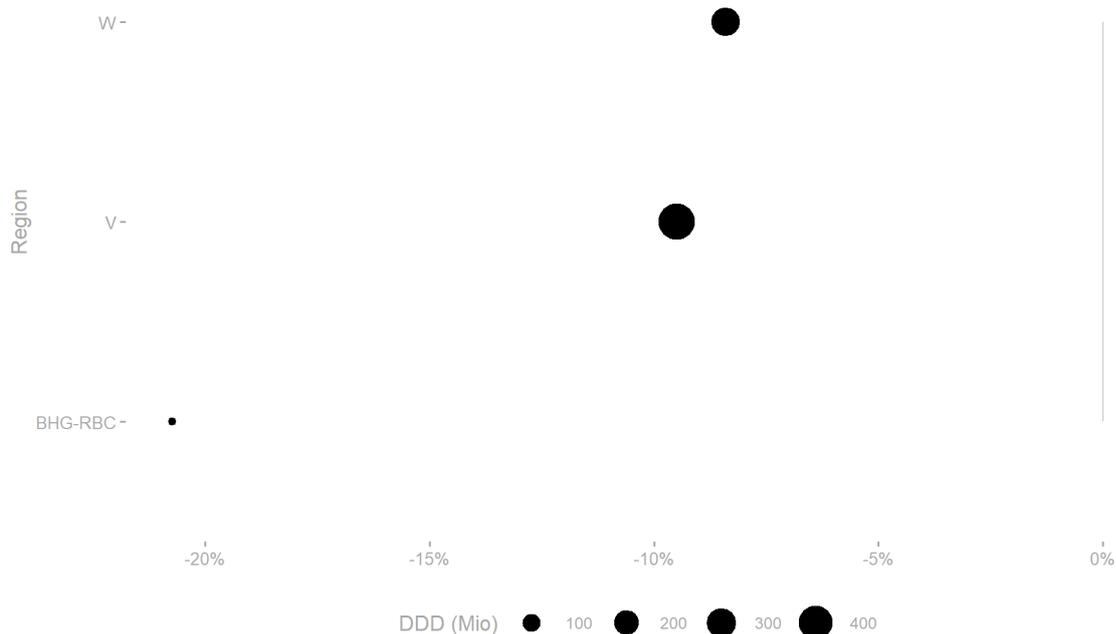
On remarque une augmentation importante de la consommation de la classe des hormones sexuelles et médicaments du système uro-génital (classe G).

Cette augmentation est liée au changement des modalités de remboursement puisque depuis le 1^{er} avril 2020, les contraceptifs pour les jeunes sont remboursables pour les femmes de moins de 25 ans (au lieu de 21 ans auparavant).

3.4. Géographie

A propos des différences géographiques, on remarque que la région de Bruxelles-Capitale, rapportant le moins de différence entre DDD prédits et observés en mars, est par contre celle qui montre la plus grande diminution en avril/mai. Les navetteurs qui se procuraient leurs médicaments à Bruxelles auraient-ils eu tendance à migrer vers la Wallonie et/ou la Flandre ? Annulant ainsi l'effet hamster de mars et affichant une grosse diminution dans la consommation en avril/mai.

Figure 26: Comparaison entre valeurs de consommation (DDD) espérée et attendue par tranches d'âge en avril-mai 2020



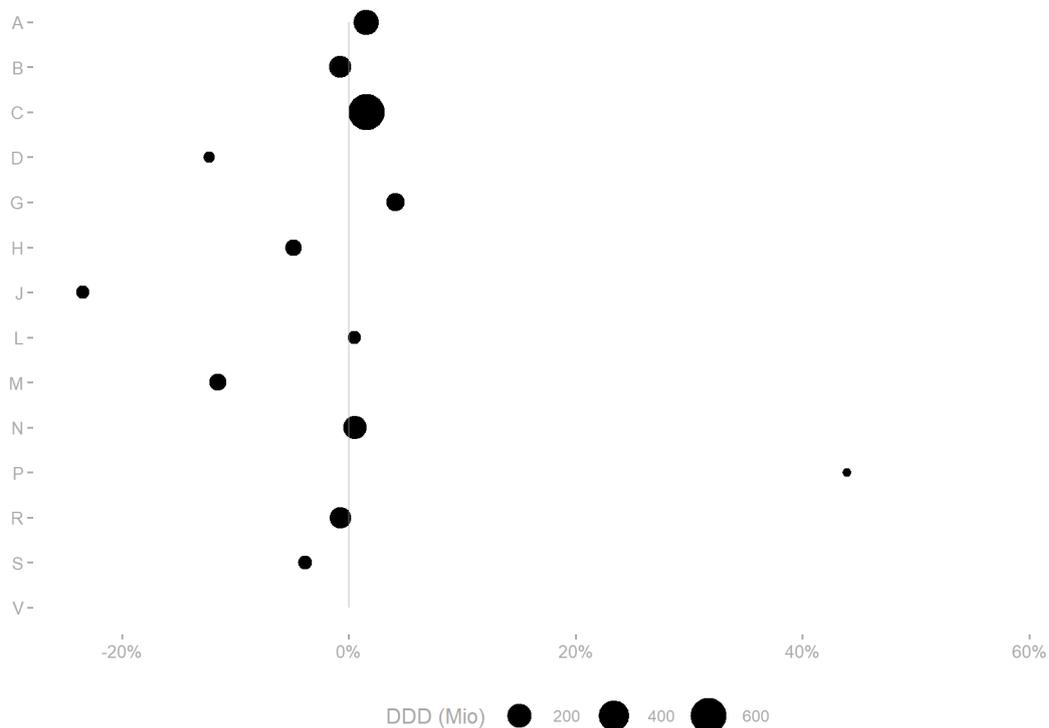
4. Conclusion

Cet article confirme nos suppositions selon lesquelles le patient belge a eu tendance à stocker en mars, et retirer moins de délivrances en avril et mai 2020.

Que peut-on conclure de cette évolution et de l'impact de la crise du Covid-19 ? A-t-elle eu un impact sur le traitement et la santé des Belges ?

La question est vaste et nous ne disposons pas de l'ensemble des données nécessaires pour y répondre. Une première approche permet de comparer, comme nous l'avons fait, la somme des DDD délivrés en Belgique de mars à juin 2020 à ce qu'on l'aurait pu attendre pour la même période sur base des années précédentes. Le mois de juin pourrait correspondre à un retour à une situation habituelle ou, à tout le moins, une habitude aux mesures de sécurités.

Figure 27 Comparaison entre valeurs de consommation (DDD) attendues et observées selon la tranche d'âge en avril-mai 2020



Lorsqu'on fait cet exercice, on se rend compte que la plupart des ATC1 ont un bilan neutre. La chute de délivrances en avril-mai a été compensée par le stockage de mars. Cependant, la tendance anormale par rapport aux années précédentes persiste, comme pour les 3 mois précédents, dans les classes J (antiinfectieux, surtout les antibiotiques), P (hydroxychloroquine !) et V (oxygène).

Soulignons également que ceci n'est qu'un premier aperçu. Nous avons opté, dans un premier temps, pour une analyse générale en abordant le phénomène dans son ensemble. Derrière, des masses d'effets peuvent se cacher. Différentes approches, comme une analyse plus granulaire par ATC, vaudraient également la peine d'être approfondies à l'avenir. Notons finalement, qu'une partie des effets ne deviendra visible qu'avec un recul temporel plus large sur toutes les données.

5. Annexe: les classes ATC principales

Descriptions des différentes classes d'ATC principales

ATC1	DESCRIPTION
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme
B	Sang et système hématopoïétique
C	Système cardio-vasculaire
D	Préparations dermatologiques
G	Système uro-génitale et hormones sexuelles
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles
J	Anti-infectueux à usage systémique
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs
M	Système squelettique et musculaire
N	Système nerveux central
P	Antiparasitaires, insecticides et repellants
R	Système respiratoire
S	Organes sensorielles
V	Divers