

IPhEB-Report" June 2024 publication (April 2024 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 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)
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	2.867	389,9	3.257	98,8	265,4	5.248	2,300	2,3%	15,36	6,2%
2022	3.070	400,7	3.471	102,2	268,0	5.325	2,123	2,1%	5,91	2,2%
2023	3.336	413,6	3.750	104,4	282,6	5.474	2,510	2,4%	4,19	1,5%
2024 (pred.)	3.646	425,1	4.069	108,2	282,4	5.661	2,671	2,5%	4,43	1,6%
2023/2022	+8,7%	+3,2%	+8,0%	+2,2%	+5,4%	+2,8%	+18,2%		-29,1%	
2024/2023	+9,3%	+2,8%	+8,5%	+3,6%	-0,0%	+3,4%	+6,4%		+5,7%	
202305	272,6	33,95	306,5	8,508	23,36	459,1	0,209	2,5%	0,445	1,9%
202306	295,3	36,99	332,3	9,258	22,08	498,5	0,241	2,6%	0,292	1,3%
202307	260,8	30,62	291,4	7,801	24,98	424,3	0,195	2,5%	0,377	1,5%
202308	266,7	31,61	298,3	7,980	23,68	437,0	0,192	2,4%	0,415	1,8%
202309	281,0	34,29	315,3	8,750	22,14	450,5	0,201	2,3%	0,314	1,4%
202310	304,4	38,34	342,8	9,756	25,20	475,7	0,225	2,3%	0,332	1,3%
202311	299,5	37,91	337,4	9,587	24,01	479,6	0,220	2,3%	0,370	1,5%
202312	309,9	38,29	348,2	9,563	24,74	499,8	0,229	2,4%	0,309	1,2%
202401	290,1	35,01	325,1	8,791	23,61	455,4	0,214	2,4%	0,401	1,7%
202402	284,2	34,02	318,2	8,569	22,41	446,5	0,212	2,5%	0,347	1,5%
202403	297,1	35,29	332,4	8,842	23,86	468,3	0,217	2,5%	0,318	1,3%
202404	296,7	35,21	331,9	8,791	22,45	468,1	0,211	2,4%	0,353	1,6%

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 coûts 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 évolutions au sein de la Classe L

Bien que la classe L (cytostatiques et immunomodulateurs) soit l'une des classes les moins souvent délivrées dans les pharmacies publiques, elle se classe en première position en ce qui concerne les coûts INAMI. C'est aussi une classe qui connaît encore une très forte croissance. Compte tenu de l'impact de cette classe sur les budgets de santé actuels et futurs, nous allons l'examiner plus en détail.

Les cytostatiques (L01) représentent un groupe important de substances diverses, avec des mécanismes d'action variés, mais dont la plupart sont réservés à la délivrance en milieu hospitalier.

La thérapie endocrine (L02) est essentiellement représentée en officine ouverte au public par les inhibiteurs de l'aromatase, le tamoxifène et la triptoréline.

Les immunostimulants (L03) sont de moins en moins délivrés en officine (interférons et glatiramer) car ils sont progressivement remplacés par de nouvelles substances plus efficaces.

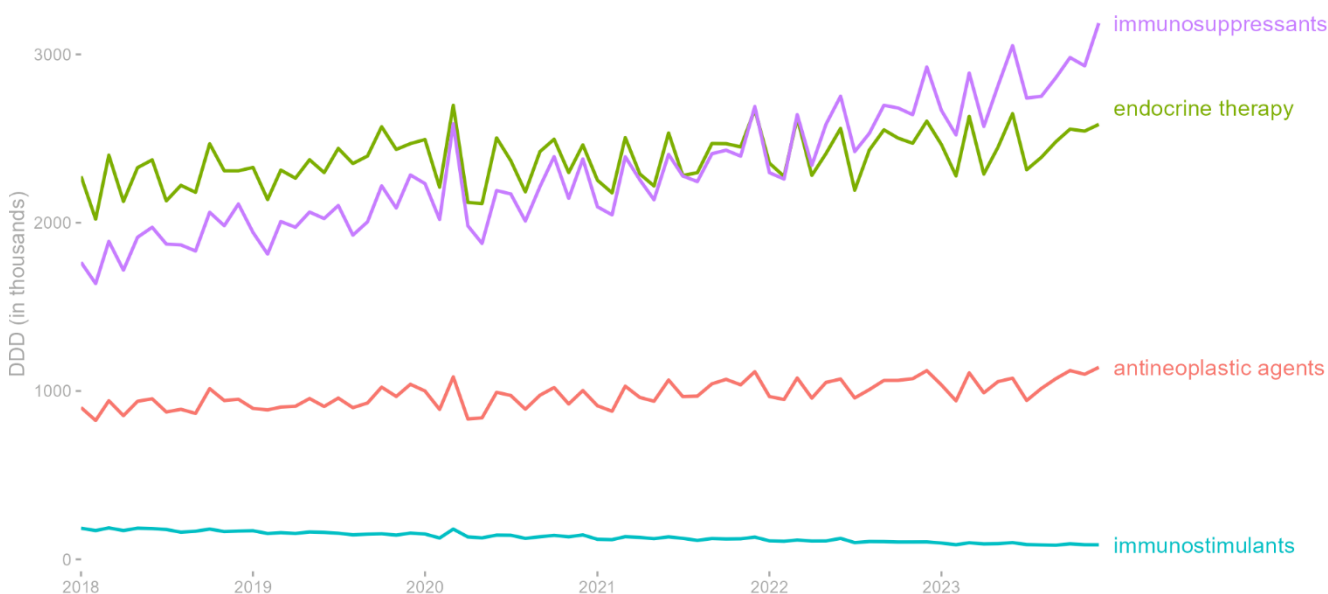
Les immunosuppresseurs (L04) constituent le groupe le plus important et dont l'impact est le plus marquant en officine ouverte au public. Ce sont des substances qui limitent l'action du système immunitaire. Ils sont dès lors utilisés essentiellement dans le traitement des maladies immunitaires chroniques ainsi que chez les patients ayant subi une transplantation afin de diminuer les risques de rejet. Comme les agents immunosuppresseurs diminuent l'immunité, leur utilisation est liée à une augmentation du risque d'infection et de certains cancers.

Ce rapport se compose de plusieurs parties. La première analysera la classe L de façon globale, la seconde, la classe L par ATC2. Finalement nous ferons une analyse sur le type de prescripteurs et les âges des patients.

Evolutions globales au sein de la classe L

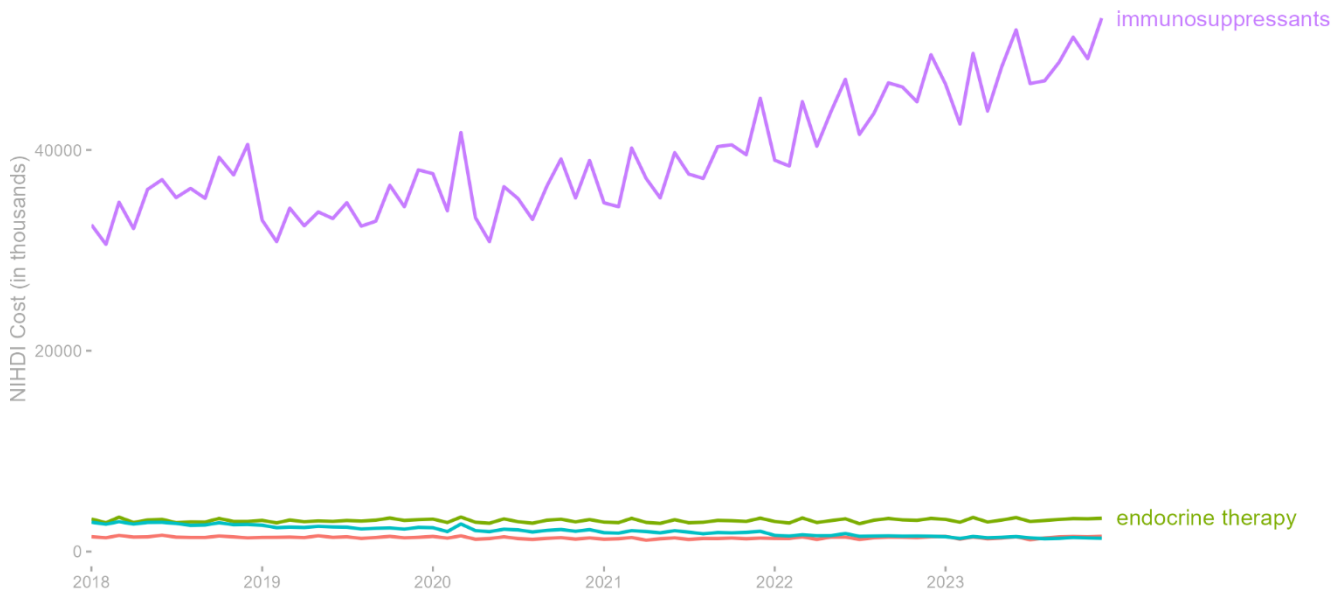
Au niveau ATC2, nous trouvons quatre sous-classes au sein de la classe L : cytostatiques (L01), thérapies endocriniennes (L02), immunostimulants (L03) et immunosuppresseurs (L04).

Graphique 1: Evolution de la consommation (DDD) dans la classe L



En termes de consommation de DDD, les immunosuppresseurs (L04) et les thérapies endocriniennes (L02) sont les plus importantes. Ce n'est que depuis 2022 que les immunosuppresseurs ont pris la première place. Les immunostimulants, quant à eux, sont plutôt anecdotiques dans les pharmacies ouvertes au public. Le groupe des antinéoplasiques (L01) est très limité car la plupart de ses très nombreux principes actifs ne sont pas délivrés en officine ouverte au public.

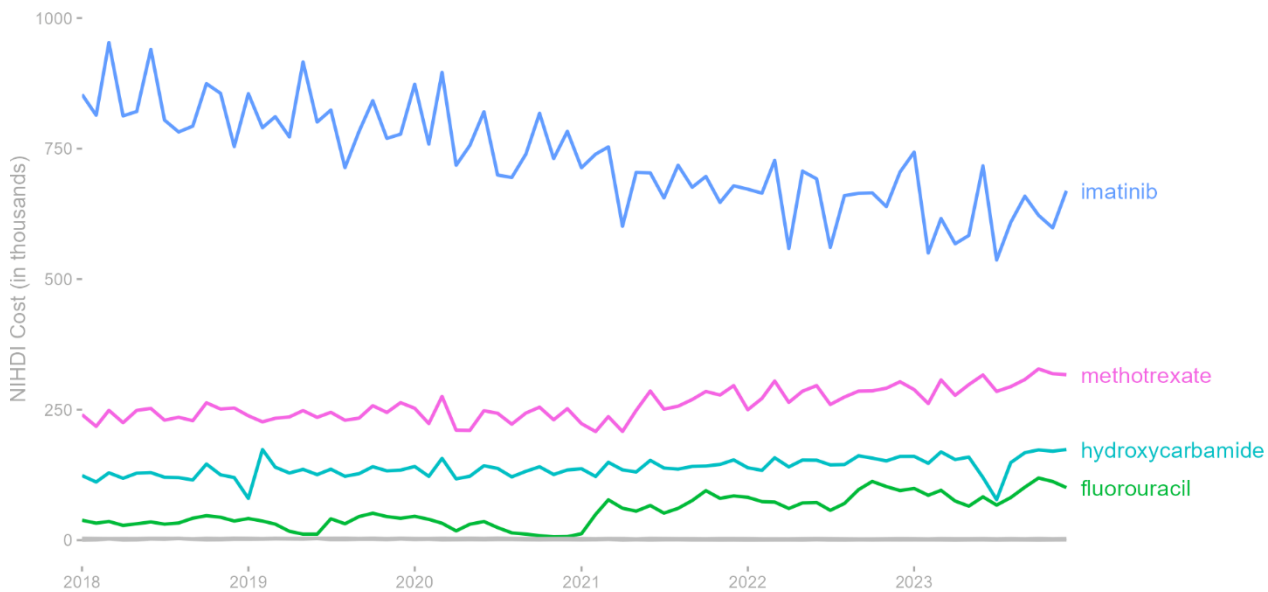
Graphique 2: Evolution des coûts INAMI au sein de la classe L



En ce qui concerne les coûts INAMI, ce sont à nouveau les immunosuppresseurs (L04) qui représentent la plus grande part. En comparaison, les autres classes sont négligeables. Cela signifie que le prix par DDD est bien plus élevé pour la classe L04 que pour les autres classes. La classe L04 croit ces dernières années car de nouvelles molécules et de nouvelles indications sont autorisées au remboursement. Pour les autres classes, les substances remboursables en officine sont plus anciennes et donc beaucoup moins chères.

Cytostatiques (L01) en détail

Graphique 3: Evolution des coûts INAMI au sein de la classe L01



- La classe L01 est dominée en termes de consommation par le méthotrexate (L01BA01). En ce qui concerne les coûts INAMI, cette substance se place à la deuxième place. C'est exclusivement le faible dosage de méthotrexate qui est délivré en officine, utilisé dans le traitement de formes sévères de certaines maladies auto-immunes.
- En termes de coûts INAMI, c'est l'imatinib (L01EA01) qui est en première position. En 2017, les coûts INAMI pour cette classe ont connu une très forte baisse. Celle-ci est due à l'introduction de médicaments génériques qui a entraîné une forte diminution des dépenses pour

la spécialité originale. L'imatinib est le seul inhibiteur de tyrosine-kinase remboursable en officine pour le traitement de certains cancers (Leucémie myéloïde chronique, GIST entre autres).

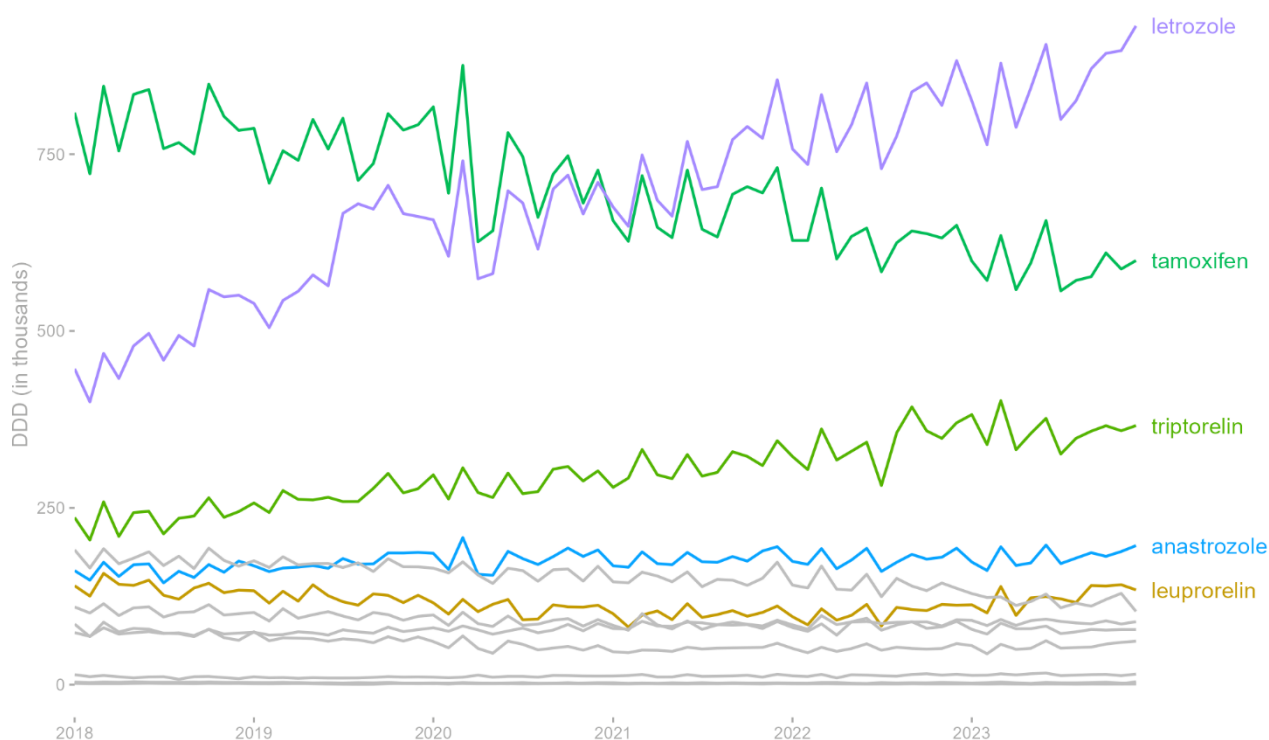
- En 2023, nous observons une baisse soudaine de l'évolution de l'hydroxycarbamide (L01XX05). Cela vient d'une rupture de stock du médicament Hydrea®. Une fois le médicament à nouveau disponible, son utilisation est revenue à son niveau initial.

Deux substances sont anecdotiques. Il s'agit de cyclophosphamide et busulfan. On peut aussi citer le fluorouracile (L01BC02), exclusivement utilisé en officine sous forme de crème dermique dans le traitement des kératoses actiniques, de la maladie de Bowen et des condylomes acuminés (pour un coût INAMI d'un peu moins de 100.000 € par mois).

Thérapie endocrine (L02) en détail

La thérapie endocrine est utilisée dans le traitement des cancers qui dépendent des hormones ou des voies de signalisation hormonales pour leur croissance.

Graphique 4: Evolution de la consommation (DDD) au sein de la classe L02

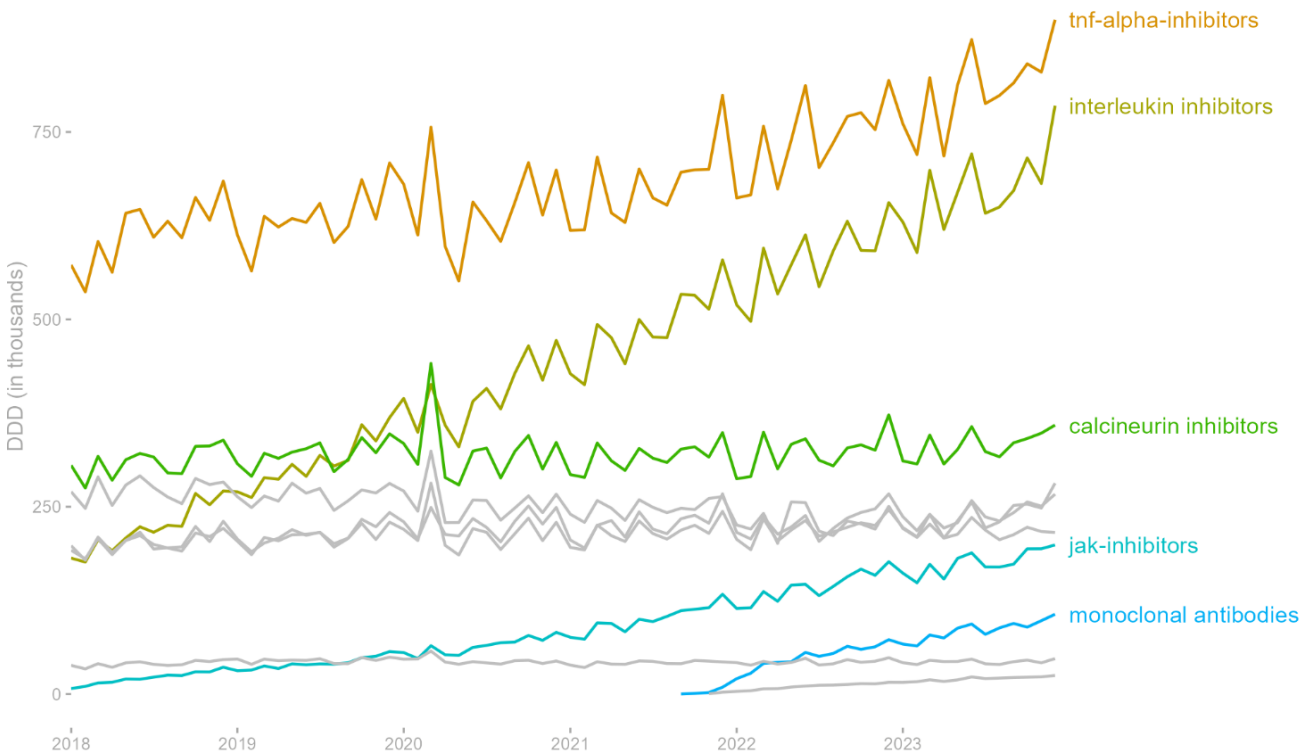


- Depuis 2021, le létrozole (L02BG04) est la substance la plus délivrée au sein de la classe L02. La tendance croissante de sa consommation continue.
- En revanche, on observe une diminution de l'utilisation du tamoxifène (L02BA01), qui occupe désormais la deuxième place.
- L'évolution inverse de ces substances semblent indiquer une modification progressive des traitements des cancers hormono-dépendants.

En ce qui concerne les coûts INAMI (non montrés dans les graphiques), c'est la triptoréline (L02AE04) qui constitue la substance principale de la classe. En 2023, la consommation de cette dernière a stagné, tout comme les coûts INAMI qui y sont associés.

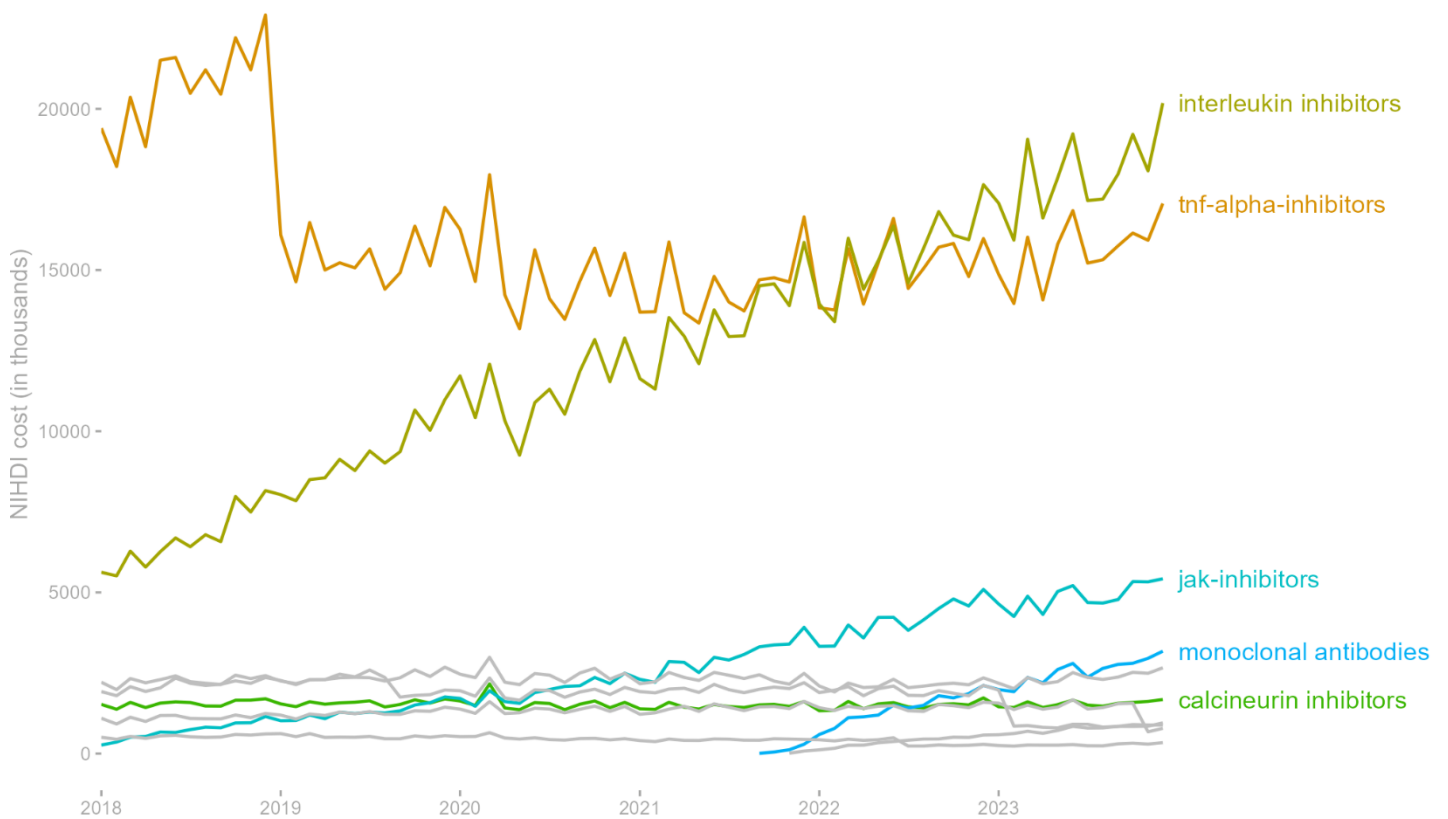
Immunosuppresseurs (L04) en détail

Graphique 5: Evolution de la consommation (DDD) au sein de la classe L04



- Dans la classe L04, nous observons deux types de groupes différents : certains augmentent sans montrer de signe de ralentissement, tandis que d'autres sont stables. Les deux principaux, à savoir les inhibiteurs du TNF-alpha (L04AB) et les inhibiteurs des interleukines (L04AC), appartiennent au premier cas. Les groupes plus récents, tels que les inhibiteurs de JAK (L04AF) et les anticorps monoclonaux (L04AG), montrent également une croissance continue.
- Parmi les groupes stables, nous notons d'une part les inhibiteurs de la calcineurine (L04AD) et, d'autre part, non étiquetés sur le graphique, les immunosuppresseurs sélectifs (L04AA), les inhibiteurs de la dihydroorotate déshydrogénase (L04AK) et d'autres immunosuppresseurs (L04AX).
- La consommation d'inhibiteurs de la kinase mTOR (L04AH) et des modulateurs récents des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate (L04AE), également non étiquetés sur le graphique, est en revanche très limitée, mais ces derniers connaissent une croissance importante depuis leur introduction sur le marché

Graphique 6: Evolution des coûts INAMI au sein de la classe L04



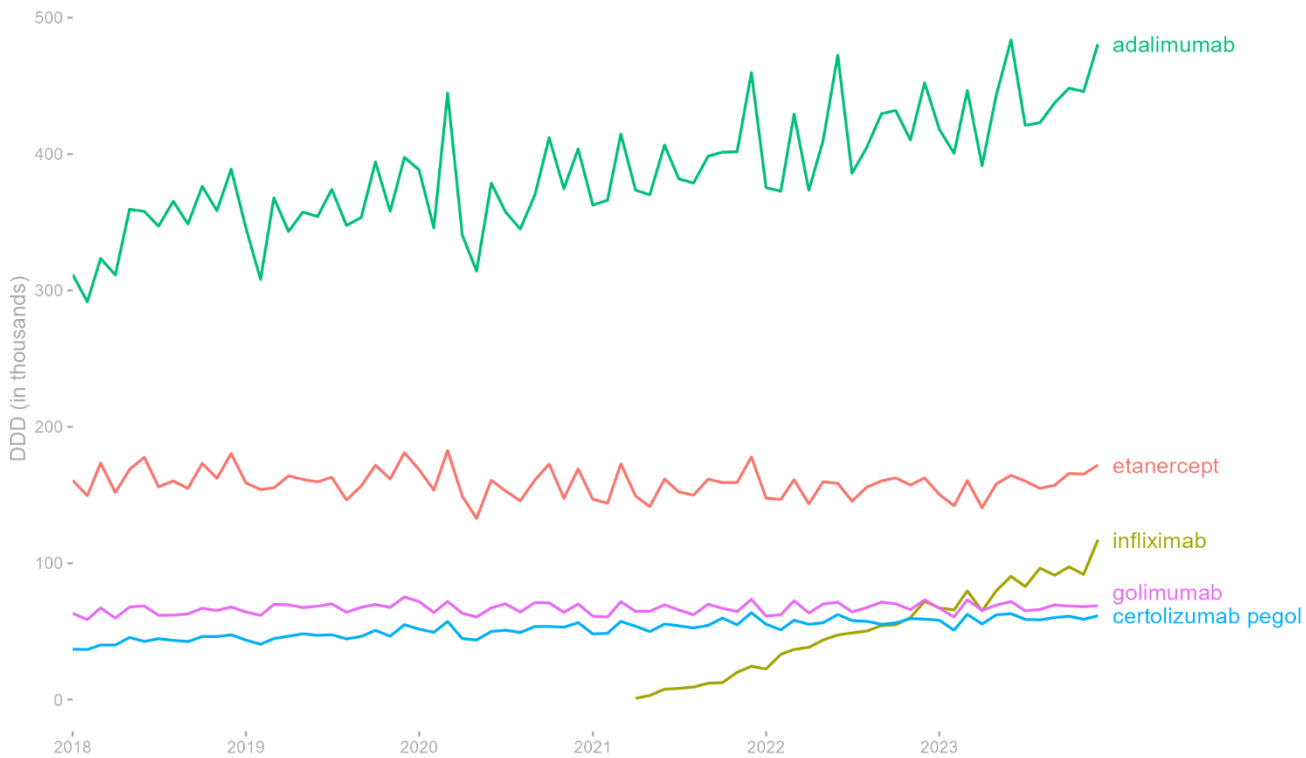
- Depuis 2022, ce sont les inhibiteurs des interleukines (L04AC) qui dominent les coûts INAMI.
- Viennent ensuite les inhibiteurs du TNF-alpha. Leurs dépenses sont restées stables depuis un certain temps. Les baisses soudaines sont principalement dues à l'apparition de biosimilaires. Nous étudierons plus en détail les impacts des biosimilaires dans un prochain rapport.
- Les autres groupes suivent de loin, mais nous observons surtout chez les inhibiteurs de JAK (L04AF) et les anticorps monoclonaux une tendance vers une augmentation importante des coûts INAMI .

Ci-dessous, nous examinons plus en détail les principaux groupes de la classe L04. Il s'agit des inhibiteurs du TNF-alpha (L04AB), des inhibiteurs des interleukines (L04AC), des inhibiteurs de JAK (L04AF) et des anticorps monoclonaux (L04AG). Nous mettrons chaque fois l'accent sur les coûts INAMI.

Inhibiteurs du TNF-alpha (L04AB)

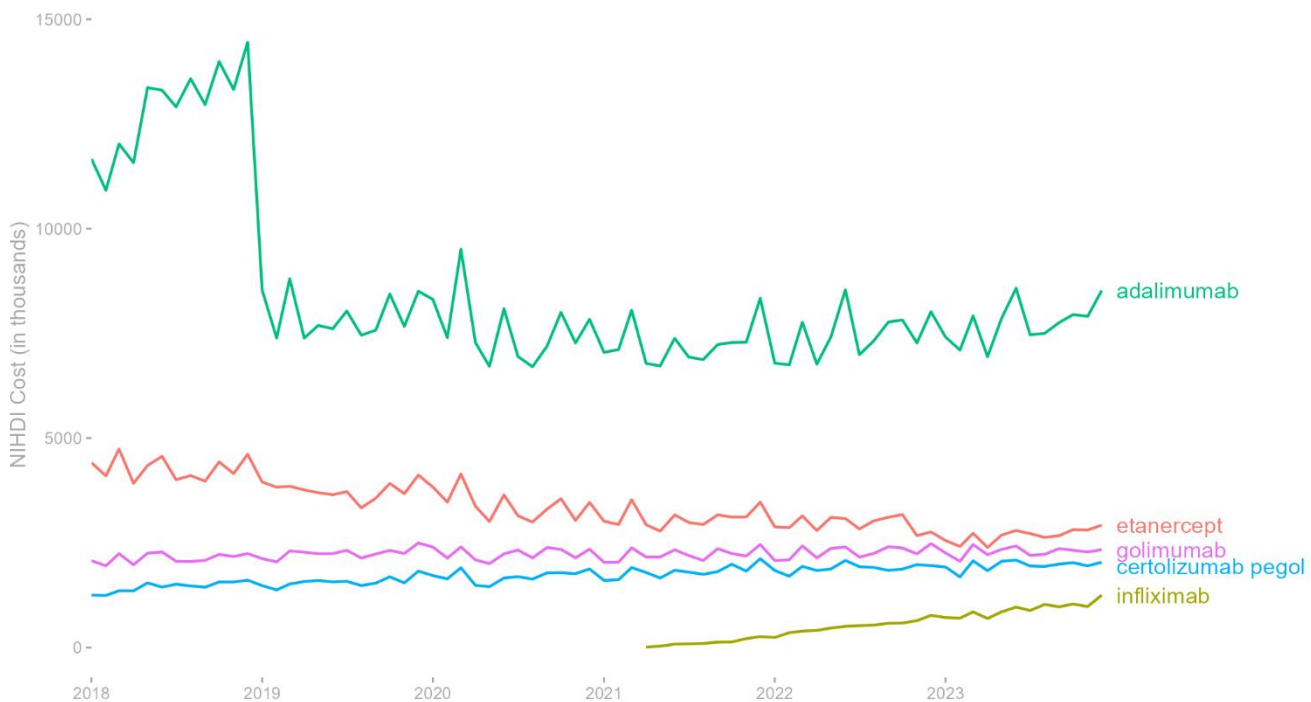
Les anti-TNF alpha (anti-TNF α) (L04AB) représentent une avancée majeure dans le domaine de la biothérapie. Ces médicaments ont radicalement transformé la gestion et l'évolution de maladies inflammatoires chroniques graves et invalidantes, telles que la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, le psoriasis sévère avec sa forme rhumatismale, l'arthrite juvénile idiopathique, ainsi que certaines maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) telles que la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn.

Graphique 7 : Evolution de la consommation (DDD) au sein des inhibiteurs du TNF-alpha (L04AB)



- Il y a cinq inhibiteurs du TNF-alpha sur le marché à l'heure actuelle. Le plus consommé est l'adalimumab (L04AB04). Depuis 2021, la forme sous-cutanée de l'infliximab (L04AB02) est remboursée en Belgique dans les pharmacies publiques. Depuis lors, elle connaît une forte augmentation de sa consommation.

Graphique 8 : Evolution des coûts INAMI pour les inhibiteurs du TNF-alpha

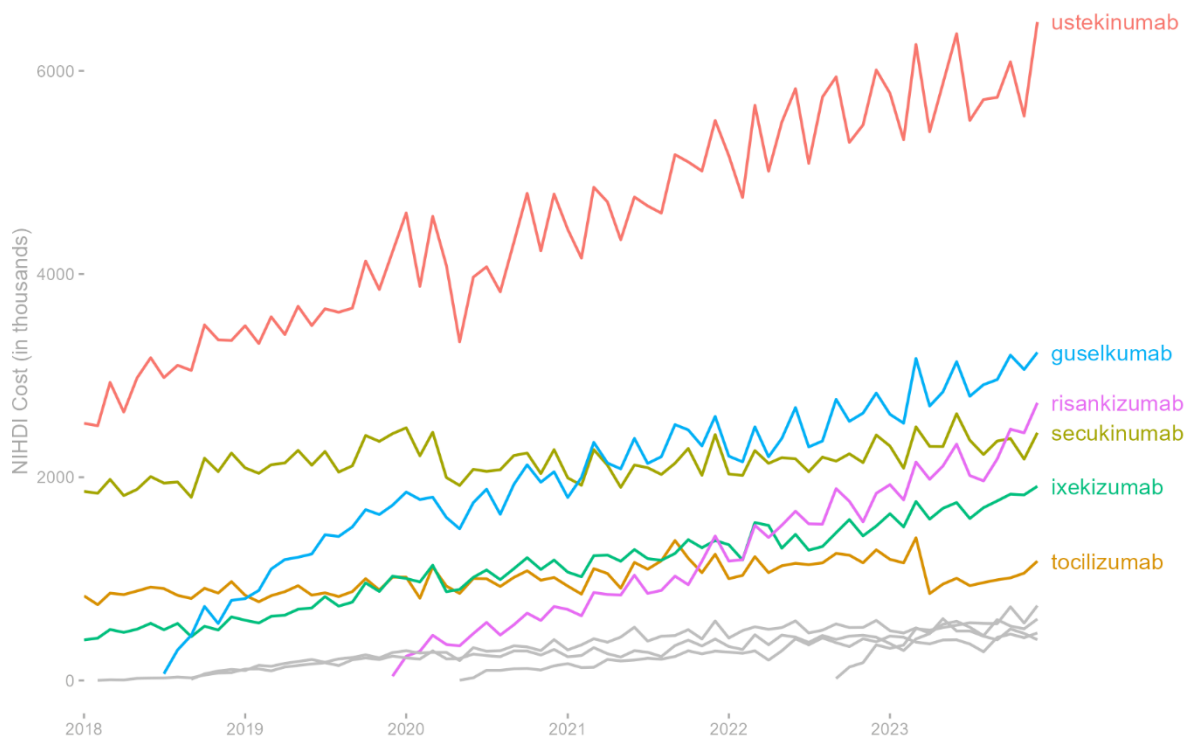


- L'adalimumab occupe également la première place parmi les inhibiteurs du TNF-alpha en termes de coûts INAMI. Notons qu'en début 2019, les dépenses pour celui-ci ont connu une chute très marquée en réponse à l'arrivée des biosimilaires sur le marché.

- Pour l'étanercept, occupant la deuxième place, nous observons un coût INAMI à la baisse, bien que la consommation reste stable.

Les inhibiteurs de l'interleukine (L04AC)

Graphique 9 : Evolution des coûts INAMI pour les inhibiteurs de l'interleukine (L04AC)



Un grand nombre de nouveaux produits apparaît dans la classe des inhibiteurs des interleukines. Le coût INAMI le plus élevé continue cependant à être attribué à l'un des plus anciens : l'ustékinumab (L04AC05). Parmi les produits plus récents, les dépenses augmentent rapidement pour le guselkumab (L04AC16) et le risankizumab (L04AC18). Ces dernières sont liées à une hausse de la consommation.

Les inhibiteurs de JAK (L04AF)

Les inhibiteurs de JAK (L04AF) sont des inhibiteurs de protéines kinases dont les indications autorisées sont la dermatite atopique, certains types d'arthrite, la colite ulcéreuse et la pelade (alopecia areata).

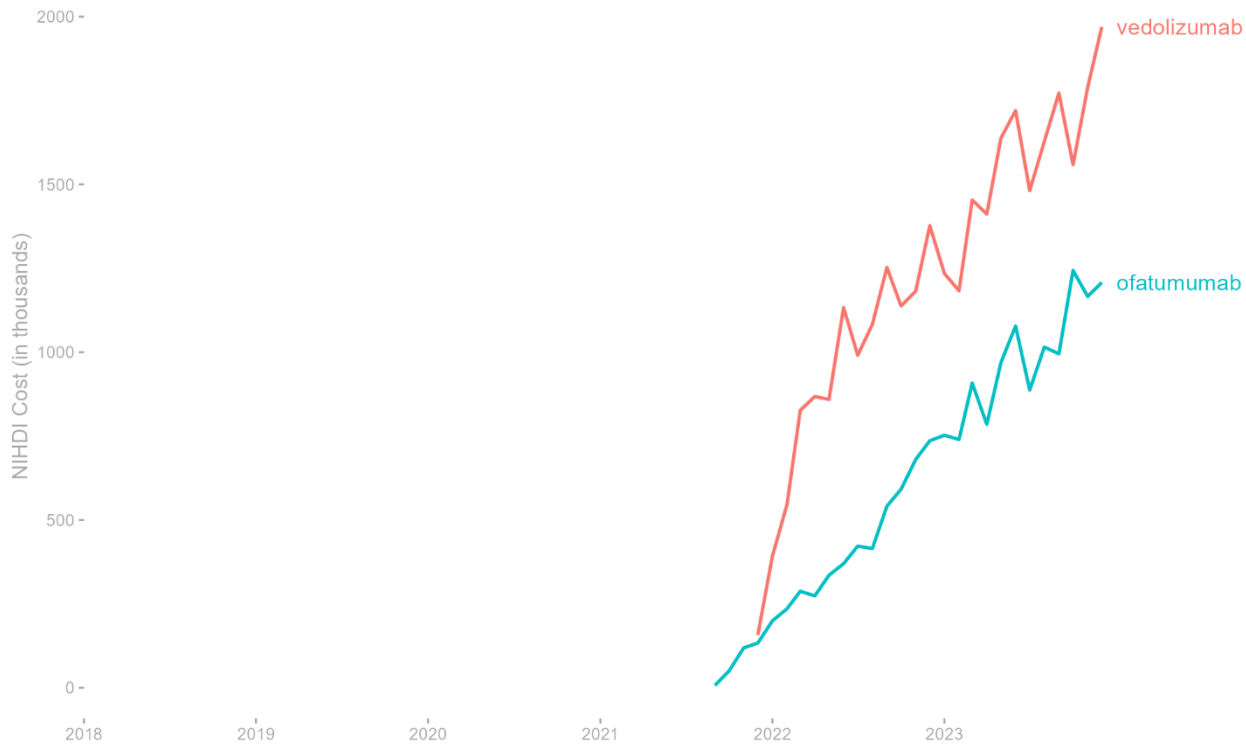
Graphique 10 : Evolution des coûts INAMI pour les inhibiteurs de JAK (L04AF et abrocitinib (D11AH08))



- Parmi les inhibiteurs JAK, c'est surtout l'upadacitinib (L04AF03) qui connaît une montée en flèche depuis son arrivée sur le marché en 2021. Le fait que les anciens inhibiteurs de JAK, le tofacitinib (L04AF01) et le baricitinib (L01AF02), aient commencé à montrer une tendance à la baisse au même moment indique probablement qu'une partie de cette croissance résulte d'un transfert entre ces substances.
- Deucravacitinib a été introduit en novembre 2023 sur le marché belge pour traiter le psoriasis en plaques modéré à sévère.
- L'abrocitinib est aussi un inhibiteur JAK (dont la classe ATC est D11AH08) exclusivement utilisé dans la dermatite atopique.
- L'impact de l'introduction de ces deux substances semble actuellement plutôt limité.

Les anticorps monoclonaux (L04AG)

Graphique 11 : Evolution des coûts INAMI pour les anticorps monoclonaux (L04AG)

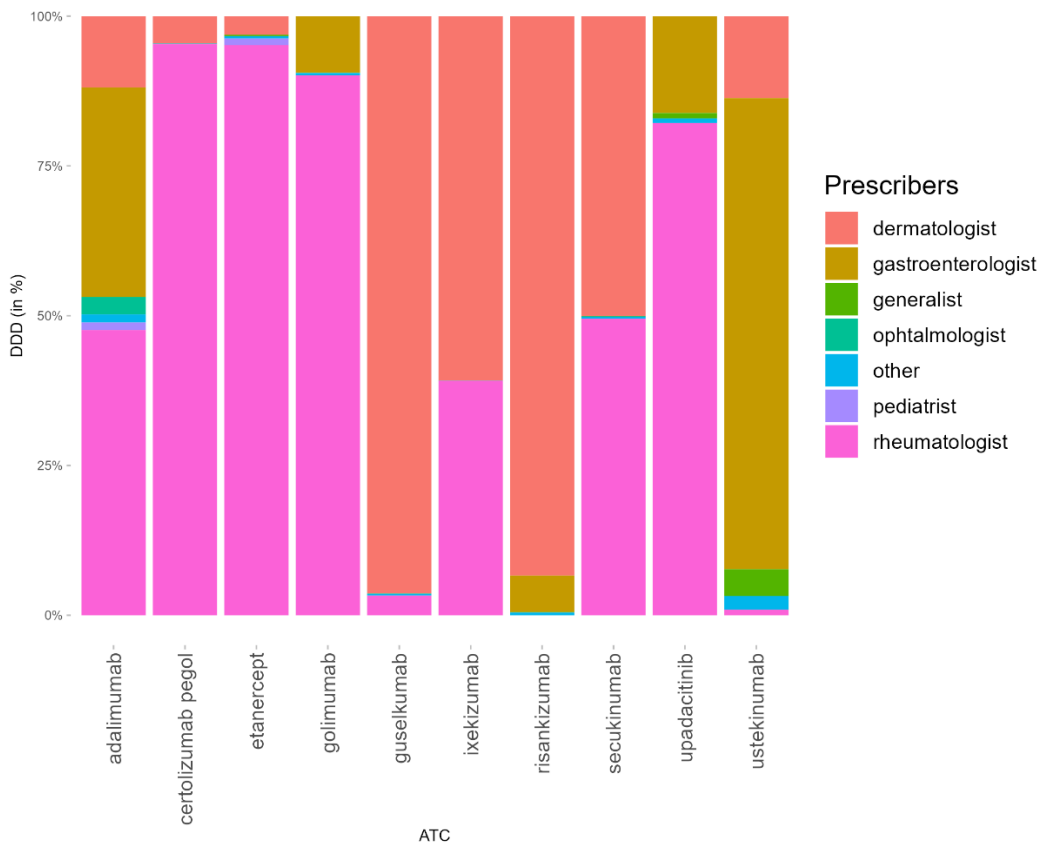


- Cette classe apparait à partir de 2021 dans nos données car le vedolizumab (L04AG05) est remboursé depuis décembre 2021 pour traiter la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, et l’ofatumumab (L04AG12) est remboursé depuis septembre 2021 dans les pharmacies en Belgique pour le traitement de la sclérose en plaques.
- Les deux substances connaissent depuis lors une très forte croissance.

Prescripteurs

Nous analysons maintenant la consommation en fonction des prescripteurs. Dans l'analyse nous mettons l'accent sur les 10 substances qui représentent le plus de coûts INAMI au cours de l'exercice 2023. Nous retenons également les 9 principaux groupes de prescripteurs en termes de coûts INAMI pour la prescription de ces 10 substances.

Graphique 12: Répartition de la consommation selon les prescripteurs pour les 10 substances ayant les plus grands coûts INAMI (2023)



Les prescripteurs des différentes substances sont assez diversifiés. Pour un certain nombre de substances, la grande majorité des prescriptions provient des rhumatologues. C'est le cas principalement pour le certolizumab. Cela suggère qu'il est surtout utilisé pour le traitement de l'arthrite psoriasique, de la spondylite ankylosante et de la spondylarthrite axiale, et dans une moindre mesure pour le psoriasis en plaques. Nous observons également une majorité de prescriptions par des rhumatologues pour le golimumab. C'est un indicateur de nouveaux traitements contre l'arthrite psoriasique et la spondylite ankylosante. La part encore existante des prescriptions par des gastro-entérologues est probablement due à l'indication de la colite ulcéreuse.

Une autre substance, avec une part très importante de prescriptions par des rhumatologues, est l'éta nercept. Cela semble logique, puisque ce médicament est remboursé pour diverses formes de pathologies articulaires.

Le risankizumab et le guselkumab sont pratiquement exclusivement prescrits par des dermatologues. Ce sont des médicaments biologiques utilisés pour traiter les maladies inflammatoires de la peau, en particulier le psoriasis en plaques modéré à sévère.

Chacune de ces deux substances est également remboursée pour les maladies articulaires et le risankizumab pour la maladie de Crohn, mais il semble qu'elles soient moins utilisées à cette fin.

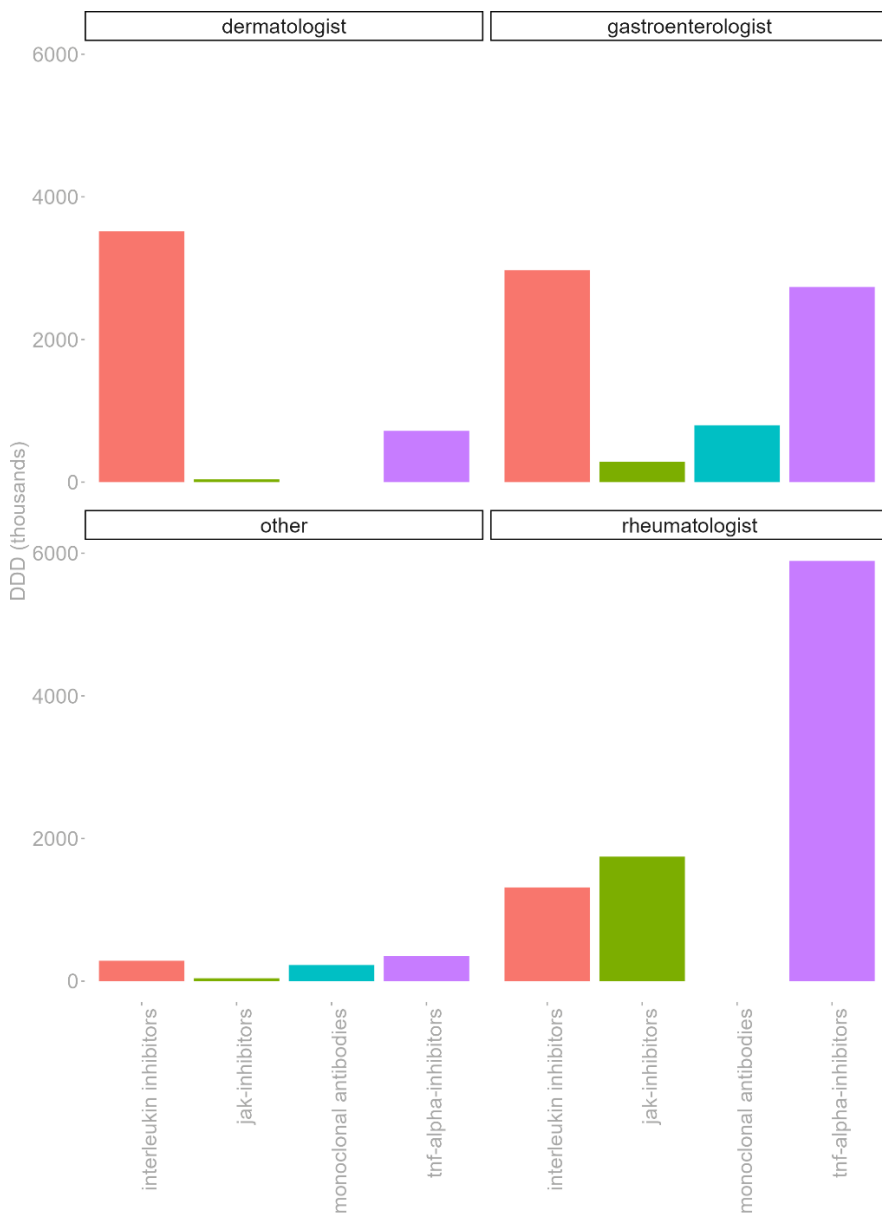
Nous observons également une grande part de prescriptions par les dermatologues pour le sécukinumab et l'ixékizumab. C'est logique, étant donné leur indication pour le psoriasis en plaques. Un nombre considérable de prescriptions provient aussi des rhumatologues, compte tenu des multiples indications liées aux maladies articulaires pour ces médicaments.

L'adalimumab est la substance qui présente la plus grande consommation en termes de DDD. Elle reprend également la plus grande diversité de prescripteurs car elle présente de nombreuses indications différentes. La proportion d'ophtalmologues est plus élevée que pour les autres substances. Ils la prescrivent particulièrement pour l'uvéïte. Les pédiatres sont la deuxième catégorie à prescrire le plus cette substance. Globalement, les médecins généralistes sont ceux qui prescrivent le moins de ces substances, ce qui est logique puisque le remboursement est conditionné dans tous les cas par une demande préalable effectuée par un médecin spécialiste auprès de la mutuelle. De plus, pour être remboursé, le médicament doit également être prescrit par un spécialiste à l'exception de l'upacitinib et de l'ustékinumab pour le traitement de la maladie de Crohn et de la rectocolite hémorragique sévère, ainsi que de l'aprémilast pour le traitement des ulcères buccaux liés à la maladie de Behcet.

Le prochain graphique montre le nombre de DDD délivrés par catégorie de prescripteurs par ATC4 dans la classe L04.

Nous reprenons les mêmes ATC4 établis dans la première partie de ce rapport: interleukin inhibitors, JAK inhibitors, monoclonal antibodies, tnf-alpha inhibitors. Ces catégories sont en effet les plus importantes en termes de DDD délivrées et de coût INAMI.

Graphique 13 : Répartition de la consommation par substance pour les principaux groupes de prescripteurs (2023)



On remarque que les rhumatologues sont ceux qui prescrivent le plus de DDD. Spécialement pour les inhibiteurs du TNF (adalimumab, certolizumab, étanercept, golimumab et infliximab). Les inhibiteurs des interleukines sont principalement prescrits par les dermato-vénérologues (risankizumab, ixékizumab, guselkumab pour le psoriasis) et par les gastro-entérologues, dans le cadre des maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn et colite ulcéreuse).

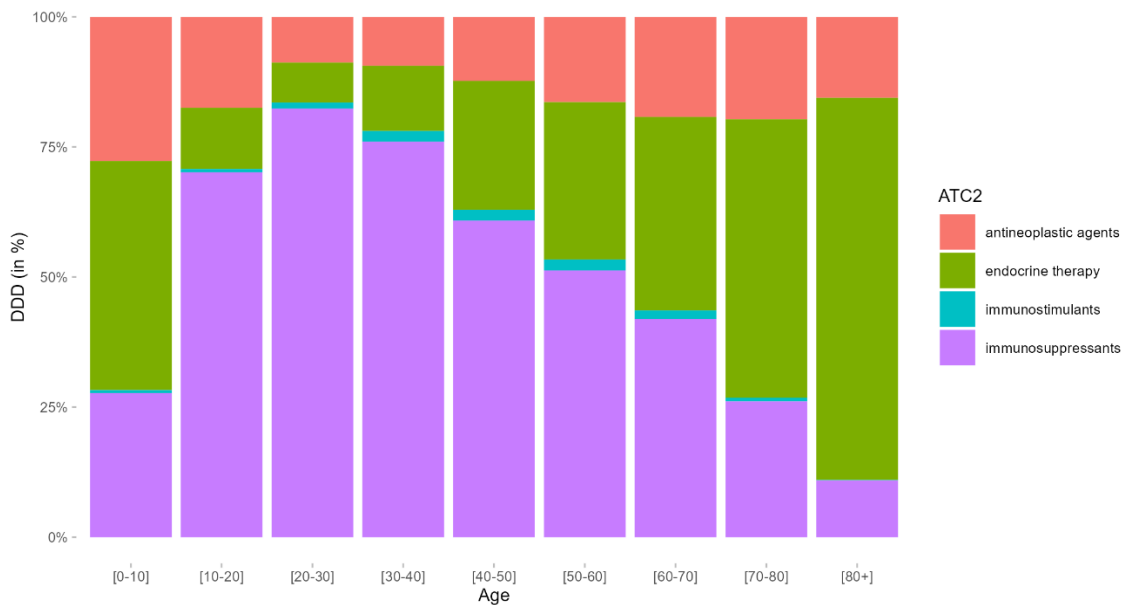
Les autres spécialistes prescrivent beaucoup moins de DDD.

Age

La suite de l'article se concentre sur la consommation en termes de DDD des substances de la classe L par tranche d'âge.

Une première analyse s'axera sur les ATC2 et une seconde sur certains ATC5 sélectionnés.

Graphique 14: Répartition de la consommation selon l'âge du patient par ATC2 (2023)



Nous pouvons observer que pour les tranches d'âge jusque 50 ans, l'immunosuppresseur est le plus utilisé. A partir de la tranche d'âge 70-80 ans, on observe que c'est plutôt la catégorie thérapie endocrinienne qui est proportionnellement plus prescrite. La troisième catégorie est la catégorie des agents néoplasiques.

La consommation en termes de pourcentage de DDD pour les immunosuppresseurs est la plus élevée entre 20 et 30 ans. Ensuite la proportion des thérapies endocriniennes augmente de plus en plus avec l'âge.

Ensuite, nous reprenons les 15 substances avec le plus grand coût INAMI pour l'année 2023 :

- Inhibiteurs du TNF-alpha (L04AB) : adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab pegol,
- Inhibiteurs des Interleukines (L04AC) : ustékinumab, uselkumab, sécukinumab, risankizumab, ixékizumab, tocilizumab
- Inhibiteurs des JAK (L04AF) : upadacitinib,
- Anticorps monoclonaux (L04AG) : védolizumab,
- Inhibiteur de la calcineurine (L04AD) : tacrolimus,
- Inhibiteurs de la DHODH (L04AK) : tériflunomide,
- Analogue de la GRH (L02AE) : triptoréline,

Ainsi que les 5 substances avec la plus grande consommation en termes de DDD pour cette même année : outre l'adalimumab et la triptoréline déjà citées plus haut, s'ajoutent :

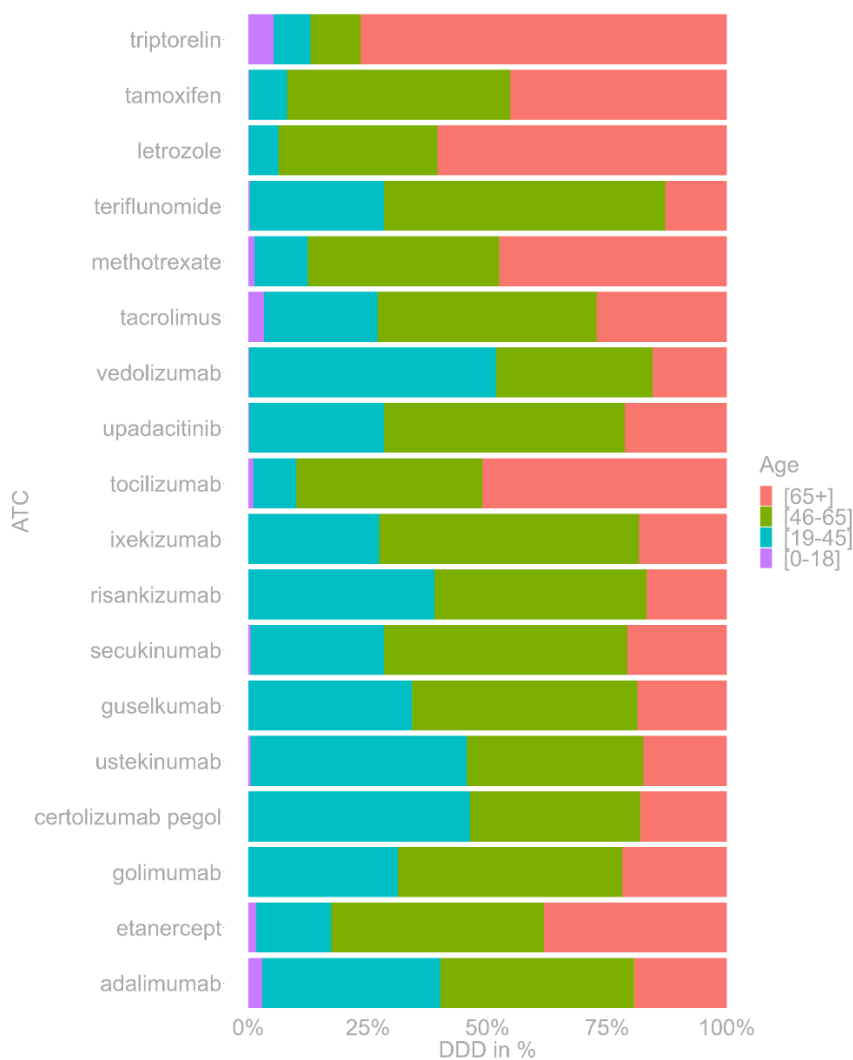
- Autres immunosuppresseurs (L04AX) ou analogues de l'acide folique (L01BA) : méthotrexate,
- Inhibiteurs de l'aromatase (L02BG) : létrozole,

- Anti-estrogènes (L02BA) : tamoxifène.

Cela nous fait un total de 18 substances distinctes.

Le premier graphique analyse pour chaque substance le pourcentage de DDD délivrées par tranche d'âge comparé au total de DDD délivrées pour cette substance.

Graphique 15: Répartition de la consommation par âge pour les substances sélectionnées (2023)



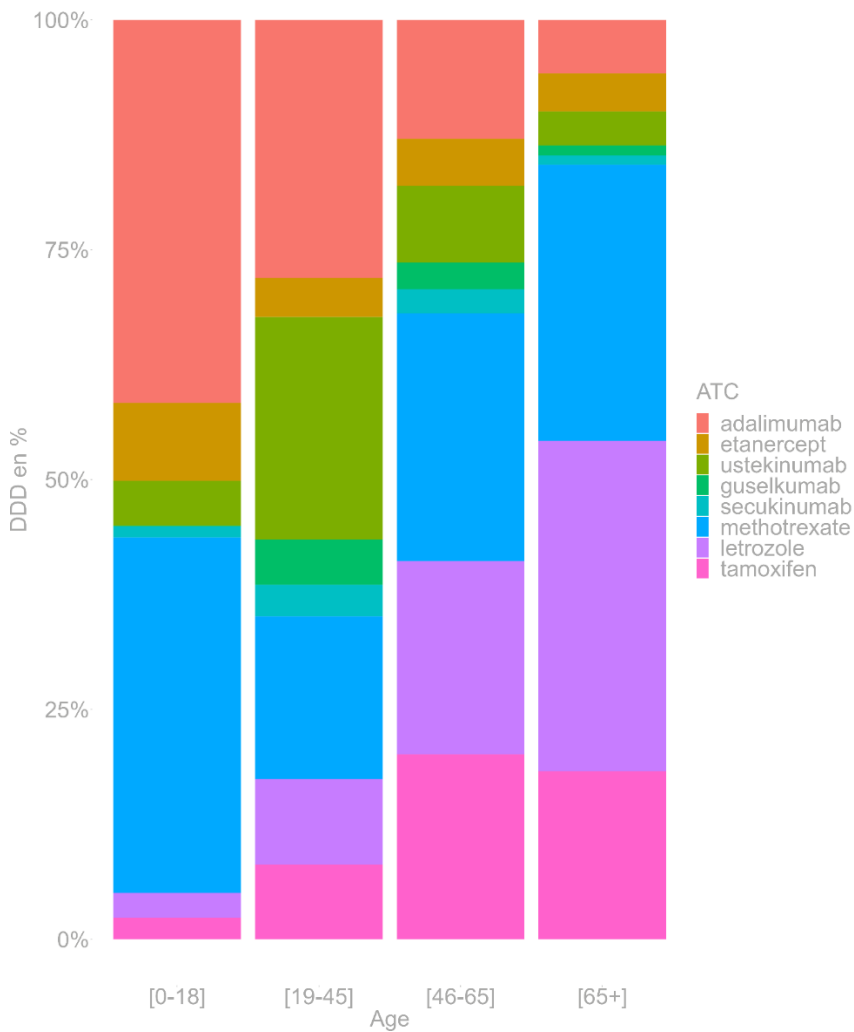
Les patients sous triptoréline sont clairement les plus âgés. Presque toutes les prescriptions concernent des personnes de plus de 65 ans. On peut sans doute en conclure qu'il est ici principalement prescrit pour le traitement palliatif du carcinome prostatique avancé. D'autres médicaments présentant également une part importante de patients âgés sont le tamoxifène, le létrozole, le méthotrexate et le tocilizumab. Pour chacun d'eux, la moitié ou plus de la consommation concerne des patients de plus de 65 ans. Le létrozole est indiqué dans le traitement du cancer du sein chez les femmes post-ménopausées. Cela entraîne automatiquement un âge de patients tiré vers le haut. Le tamoxifène est utilisé dans la thérapie du cancer, avec notamment l'indication dans le traitement palliatif du carcinome mammaire métastatique.

Un certain nombre de substances est également délivré à des enfants. Il s'agit généralement de composants avec des indications pédiatriques. La grande variété d'indications rend difficile de tirer des conclusions claires de la répartition par âge.

Le prochain graphique analyse pour chaque tranche d'âge le pourcentage de DDD délivrées par substance comparé au total de DDD délivrées pour cette tranche d'âge.

Nous retenons les 5 substances avec le plus grand coût INAMI pour l'année 2023 (adalimumab, ustékinumab, guselkumab, étanercept, sécukinumab) et les trois avec la plus grande consommation en DDD (méthotrexate, létrozole, tamoxifène).

Graphique 16: Répartition de la consommation par substance pour les différents groupes d'âge (2023)



Nous observons quelques différences intéressantes entre les principes actifs. En particulier, nous constatons chez les jeunes patients une part importante d'adalimumab et de méthotrexate. Pour l'adalimumab, nous avons déjà mentionné qu'il y a un assez grand nombre de prescriptions par des pédiatres. Cela est cohérent et est probablement dû aux indications spécifiques pour les jeunes patients.

Chez les patients plus âgés, nous constatons que d'autres médicaments dominent. En premier lieu, nous pensons au tamoxifène et au létrozole. Les maladies qui en sont probablement responsables ont été discutées précédemment.

Il convient de noter que l'ustékinumab occupe une place assez importante chez les jeunes adultes (19-45 ans). Ses indications sont très diverses.

Conclusion

Il est notable que la classe L connaît une croissance continue de la consommation et des dépenses, en particulier dans la catégorie des immunosuppresseurs (L04). Cette augmentation est principalement due à l'émergence de nouvelles indications, ainsi qu'à l'introduction de nouveaux médicaments, notamment les inhibiteurs des interleukines et les anticorps monoclonaux. De plus, l'expansion des indications pour les enfants contribue également à cette croissance.

En revanche, les sous-classes L01 (cytostatiques) et L02 (thérapie endocrinienne) connaissent des tendances plus stables, avec une augmentation seulement dans le cas de létrozole dans la classe L02. Ces stabilisations peuvent être attribuées à une utilisation bien établie des médicaments dans ces sous-classes, avec moins de nouvelles indications, de nouvelles molécules ou de changements majeurs dans la prescription.

En ce qui concerne la répartition des prescriptions par spécialistes, on observe une diversité significative. Les rhumatologues sont les principaux prescripteurs pour de nombreux médicaments de la classe L, en particulier dans la catégorie des inhibiteurs du TNF-alpha, indiquant leur rôle crucial dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques. Les dermatologues et les gastro-entérologues jouent également un rôle important dans la prescription de certains médicaments, en fonction de leurs indications spécifiques.

Enfin, l'analyse par tranche d'âge révèle des modèles intéressants, avec une prévalence de l'utilisation des immunosuppresseurs chez les jeunes adultes, tandis que la thérapie endocrinienne devient plus courante chez les personnes âgées.

En conclusion, l'évolution de la classe L, et en particulier la classe L04 pour les patients ambulatoires, est certainement à surveiller dans les prochaines années car elle représente d'une part, une innovation importante pour le traitement de maladies autrefois difficiles à traiter et, d'autre part, parce qu'elle propose un défi en matière de dépenses et d'allocation des ressources des soins de santé.