«IPhEB-Monthly» Données octobre 2016 (publication janvier 2017)

Editeur responsable : Luc Vansnick, rue Archimède 11 – 1000 Bruxelles

Strictement réservé aux Administrateurs de l'IPhEB et au Comité Directeur de l'APB – Ne peut être diffusé

Ensemble des médicaments remboursés

Les informations dans les tableaux ci-dessous proviennent de la base de données IFSTAT des fournitures pharmaceutiques délivrées dans les officines ouvertes au public et remboursées par l'assurance obligatoire dans le cadre du système du tiers payant (voir aussi www.ipheb.be pour plus d'information au sujet de la base de données IFSTAT). Les données dans les tableaux se limitent aux médicaments remboursés.

Dans les tableaux qui suivent, les données jusque octobre 2016 ont été intégrées. Les estimations pour 2016 sont faites sur base de la moyenne historique des dix premiers mois dans le total annuel.

GLOBAL (mio)	CI	CP	PP	NB	NU	DDD	INN			
							NB (all)	% (all)	NU (all)	% (all)
2010	**2.693,276**	536,089	3.209,674			4.759,548	6,605	5,9%		
2011	**2.744,532**	520,464	3.238,594			4.870,632	7,934	7,1%		
2012	**2.693,472**	516,090	3.180,912			5.017,149	8,885	8,0%		
2013	**2.642,298**	500,402	3.111,631			5.111,107	9,183	8,4%		
2014	**2.618,749**	485,018	3.076,103			5.180,492	9,467	8,7%		
2015	**2.644,906**	471,818	3.083,991	106,921	45,183	5.246,121	9,788	8,5%	1,722	3,8%
2016	***2.638,470***	*456,886*	*3.049,161*	*103,598*	*216,253*	*5.271,443*	*9,034*	*8,7%*	*9,916*	*4,6%*
2016/2015	*-0,24%*	*-3,16%*	*-1,13%*	*-3,11%*	*378,61%*	*0,48%*	*-7,70%*	*-4,63%*	*476,02%*	*19,99%*
2015/2014	*1,00%*	*-2,72%*	*0,26%*			*1,38%*				
201511	**214,341**	38,195	248,976	8,516	11,809	420,623	0,782	8,4%	0,429	3,4%
201512	**242,068**	41,968	280,456	9,454	13,021	476,457	0,874	9,2%	0,735	5,4%
201601	**208,422**	36,688	241,712	8,332	14,531	419,554	0,799	9,0%	0,777	5,1%
201602	**213,672**	37,377	247,527	8,530	15,191	423,065	0,829	9,1%	0,825	5,1%
201603	**223,747**	39,018	259,154	9,050	16,582	449,834	0,873	9,1%	0,954	5,4%
201604	**218,031**	37,640	252,159	8,544	16,254	440,934	0,731	9,1%	0,663	4,3%
201605	**219,097**	37,798	253,249	8,562	18,065	445,610	0,725	9,0%	0,686	3,9%
201606	**231,464**	39,301	267,006	8,932	18,469	464,177	0,755	9,0%	0,937	5,6%
201607	**206,892**	34,659	237,926	7,853	20,084	412,689	0,649	8,8%	0,846	4,5%
201608	**210,876**	35,270	242,573	7,931	19,575	422,633	0,639	8,6%	0,803	4,4%
201609	**223,734**	38,556	258,351	8,623	19,756	442,948	0,690	8,7%	0,852	4,6%
201610	**234,797**	44,392	274,039	9,670	21,704	460,689	0,749	14,2%	0,823	4,0%

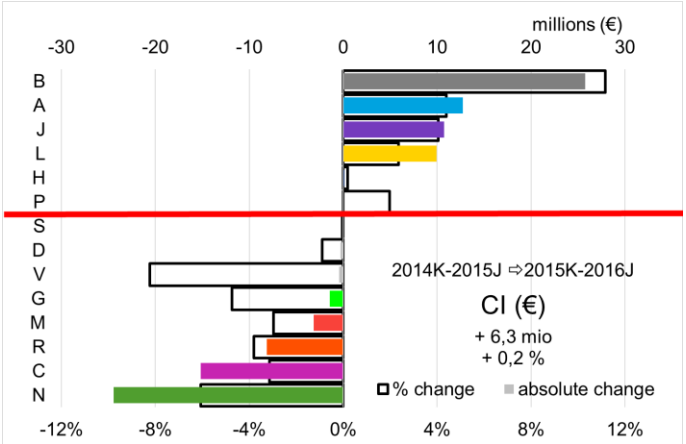
Ce tableau comprend les mêmes données que l'unique tableau de la page 1 par le passé, mais l'information relative aux délivrances est scindée en conditionnements (NB) et en unités (NU). Les unités sont les unités de médicaments « tarifés à l'unité » et qui sont des médicaments sous forme orale solide délivrés aux résidents de maisons de repos ou de maisons de repos et de soins. La « tarification à l'unité » a démarré en avril 2015, et son déploiement a été lent. Reprécisons ce que représentent les différents paramètres repris dans le tableau.

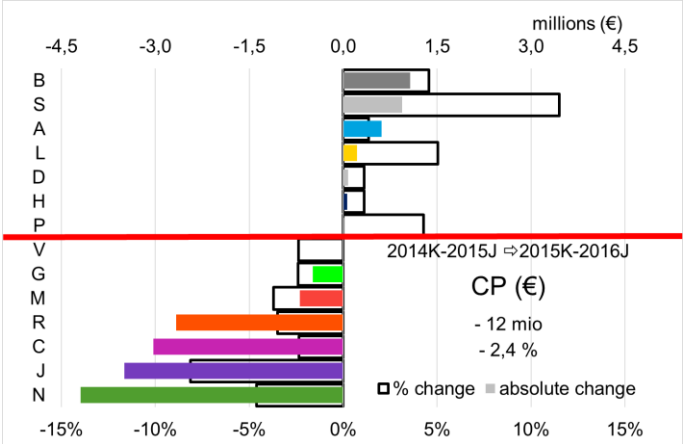
CI	cost insurance	comprend l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix, ainsi que les honoraires spécifiques des pharmaciens (INN – CIV – ENM – honoraires hebdomadaires pour la tarification à l'unité)
CP	cost patient	le montant des tickets modérateurs calculés en fonction de la base de remboursement ex usine, comprenant 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 à des résidents de MR et MRS.**
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.

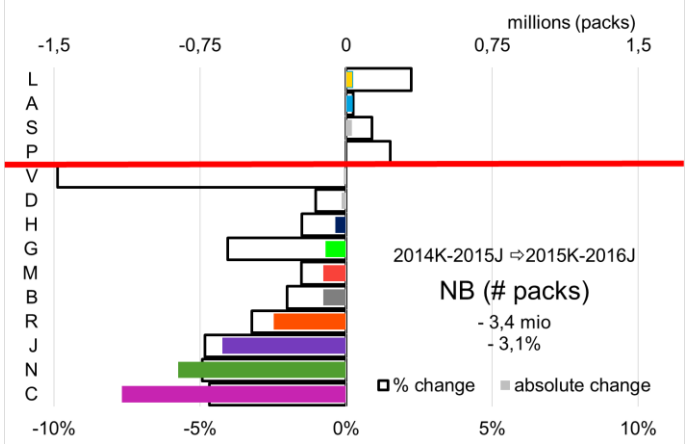
Remarque : Ce tableau n'inclut donc pas les changements suite à la reprise du MAF (maximum à facturer) dans le système du tiers payant depuis le 1 janvier 2015. Dans le passé les montants du MAF étaient déjà transférés des dépenses des patients vers les dépenses de l'INAMI, mais sans apparaître dans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

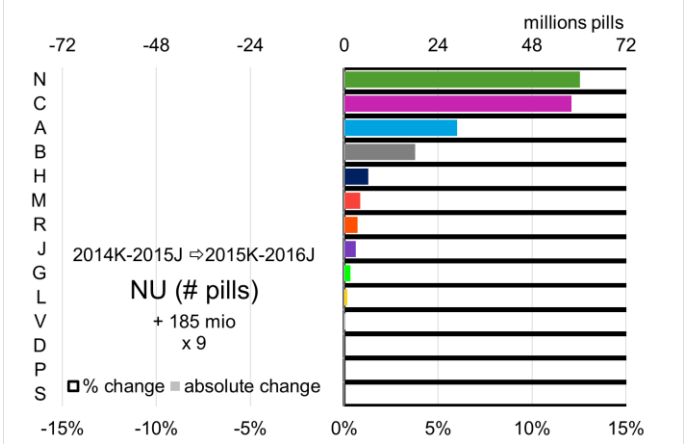
IPhEB asbl – rue Archimède 11 – 1000 Bruxelles – info@ipheb.be – www.ipheb.be – Tél +32 2 285 42 26 - janvier 2017

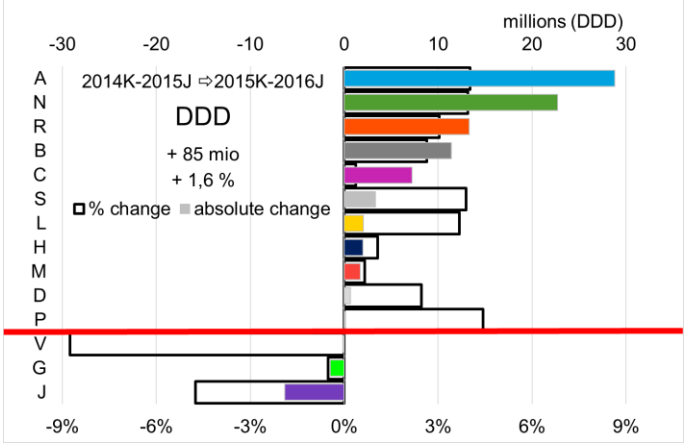
Changements dans les classes ATC principales











IPhEB asbl – rue Archimède 11 – 1000 Bruxelles – info@ipheb.be – www.ipheb.be – Tél +32 2 285 42 26 - janvier 2017

A	TRACTUS GASTRO-INTESTINAL ET METABOLISME	L	CYTOSTATIQUES, AGENTS IMMUNOMODULATEURS
B	SANG ET SYSTEME HEMATOPOIETIQUE	M	SYSTEME SQUELETTIQUE ET MUSCULAIRE
C	SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE	N	SYSTEME NERVEUX CENTRAL
D	PREPARATIONS DERMATOLOGIQUES	P	ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET REPELLANTS
G	SYSTEME URO-GENITAL ET HORMONES SEXUELLES	R	SYSTEME RESPIRATOIRE
H	HORMONES SYSTEMIQUES, SAUF LES HORMONES SEXUELLES	S	ORGANES SENSORIELS
J	ANTI-INFECTIEUX A USAGE SYSTEMIQUE	V	DIVERS

En regardant les graphiques avec les changements de ces 12 derniers mois (novembre 2015 – octobre 2016), par rapport au 12 mois précédents (novembre 2014 – octobre 2015), on observe que

- les diminutions du CI (coût INAMI) compensent globalement les augmentations ;
- les diminutions du CP (coût patient) sont plus importantes que les augmentations ;
- le nombre de conditionnements a diminué dans presque toutes les classes thérapeutiques principales, mais qu'il faut tenir compte du fait qu'une partie de la consommation est désormais tarifée à l'unité (médicaments sous forme orale solide délivrés à des patients en maisons de repos ou de repos et de soins) ;
- dans presque toutes les classes, la consommation a augmenté.

Les principaux changements dans les classes thérapeutiques principales, se résument ainsi

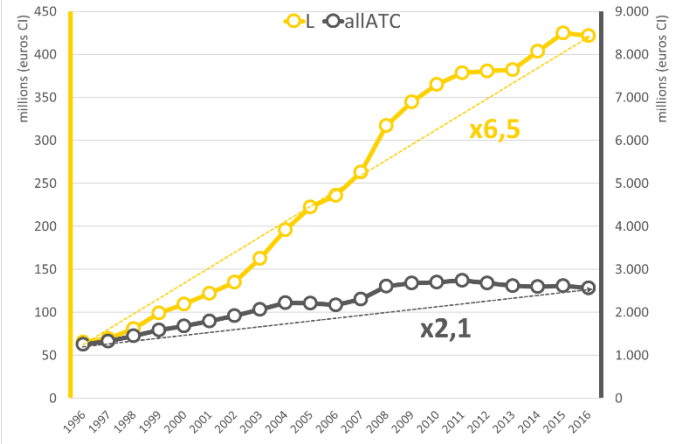
- L'augmentation du CI dans la classe A se situe surtout dans la sous-classe A10 des médicaments antidiabétiques (+ € 9 mio, +5,3%, voir aussi le ZOOM du mois passé), tandis que l'augmentation de la consommation se répartit sur la sous-classe A10 (+ 7,8 mio DDD, +2,8%) et sur la sous-classe A02 des antiacides (+ 20 mio DDD, +5%), où elle est bien plus importante.
- Les augmentations dans la classe B se situent surtout dans la sous-classe des nouveaux anticoagulants oraux (B01AE – B01AF), où le CI a encore augmenté de € 25 mio (+30%).
- Dans la classe C on observe d'importantes diminutions des dépenses pour les antihypertenseurs (C07 – C08 – C09), aussi bien les dépenses de l'INAMI (- € 12,4 mio, -4,5%) que celles des patients (- € 3,2 mio, -4,1%), mais aussi une augmentation de la consommation, notamment des hypolipidémiants (C10, + 12,6 mio DDD, +2,3%).
- Dans la classe J, on voit des diminutions partout, sauf des dépenses de l'INAMI, qui ont notamment augmenté dans la sous-classe J06 des antiviraux (+ € 16,7 mio, +15%), tandis que la consommation, notamment celle des antibiotiques a diminué (J01, - 6,5 mio DDD, -5,4%).
- L'augmentation continue des paramètres dans la classe L se situe essentiellement dans la sous-classe L04 des immunosuppresseurs, comme le montre plus en détail l'analyse qui suit dans le ZOOM, consacré cette fois à la classe L.
- Dans la classe N les dépenses diminuent, surtout dans la sous-classe N06 qui comprend les antidépresseurs et les médicaments pour le traitement de la maladie d'Alzheimer (- € 22 mio, -18%), tandis que la consommation augmente fortement dans plusieurs sous-classes, notamment dans la classe N02 des analgésiques (+ 5 mio DDD, +6%), dans la classe N03 des antiépileptiques (+ 5,7 mio DDD, +11%) qui comprend aussi la prégabaline (N03AX16), et dans la classe N06 (+ 8,4 mio DDD, +2,5%).
- Dans la classe R on voit, comme dans les classes C et N, une diminution des dépenses et une augmentation de la consommation.

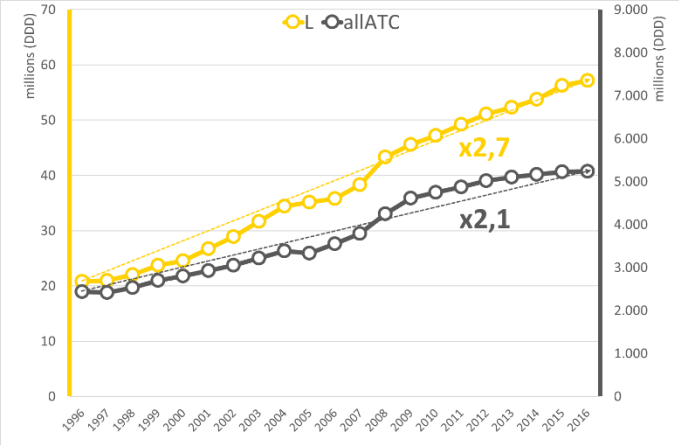
L'introduction de la tarification à l'unité des médicaments sous forme orale solide pour les patients en maison de repos et de repos et de soins a conduit à des changements, qui sont, pour l'instant, encore difficiles à évaluer. En effet, cette tarification à l'unité a progressivement été introduite à partir d'avril 2015 (2015D), soit dans le courant des 12 mois précédents (novembre 2014 – octobre 2015) auxquels on compare les 12 derniers mois, de sorte qu'il manque, pour l'instant, une base de comparaison valide.

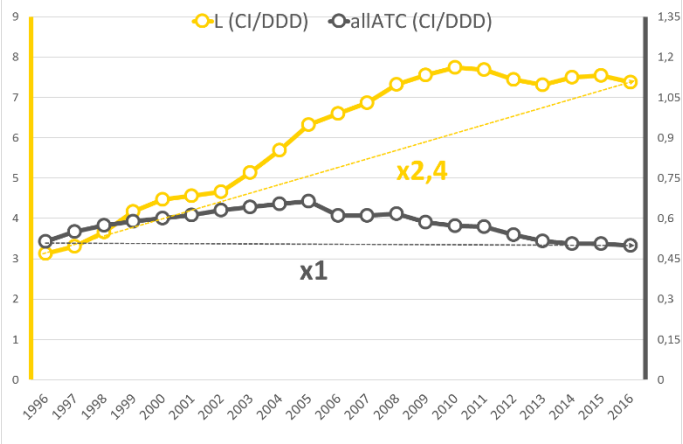
IPhEB asbl – rue Archimède 11 – 1000 Bruxelles – info@ipheb.be – www.ipheb.be – Tél +32 2 285 42 26 - janvier 2017

ZOOM sur la classe L

Le précédent ZOOM sur la classe L date d'avril 2014. Il était établi sur base des données jusque janvier 2014 et visait les changements des 12 derniers mois. Ici le regard sera plus large, et portera sur les données annuelles à partir de 1996. Les données de l'année en cours sont le résultat d'une extrapolation sur base des données disponibles.





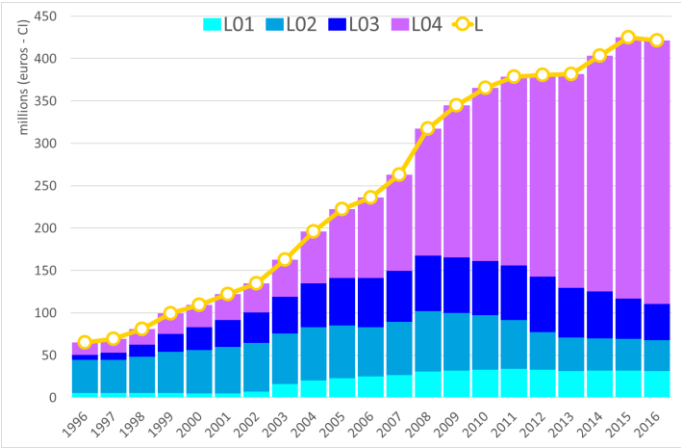


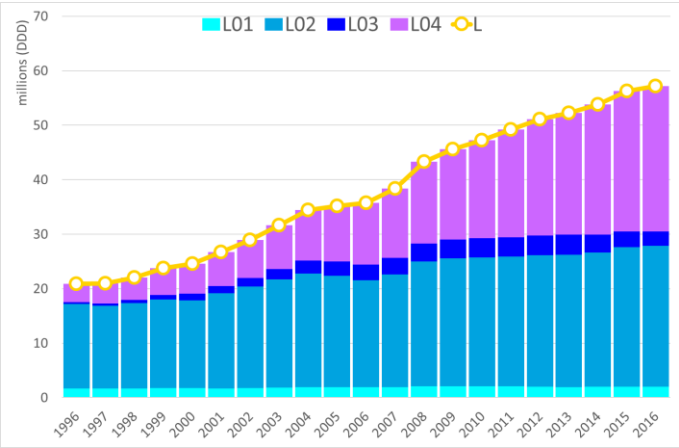
La classe L n'a pas évolué comme l'ensemble des médicaments remboursables. Durant la période 1996-2016, les dépenses de l'INAMI dans l'ensemble des médicaments remboursés ont plus que doublé, et le nombre de DDD a augmenté avec le même facteur, ce qui implique que le CI par DDD de 2016 est égal à celui de 1996 ! En moyenne l'INAMI intervient en 2016 avec un montant de € 0,50 par DDD, comme en 1996. Durant cette période 1996-2016, les dépenses de l'INAMI pour les médicaments de la classe L ont été multipliées par 6,5, tandis que la consommation a augmenté d'un facteur 2,7. C'est une plus forte croissance que celle de la consommation dans l'ensemble des médicaments remboursés, mais elle est moins importante que l'augmentation des dépenses. Ajoutons que pour un grand nombre de médicaments de la classe L, l'OMS ne détermine pas la DDD et que nous utilisons alors une DDD « belge », établie à partir de la notice.

Graphiques 1-2-3 *: Évolution annuelle (1996-2016) des dépenses de l'INAMI (CI – Graphique 1), de la consommation exprimée en DDD (Graphique 2) et du CI moyen par DDD pour les médicaments de la classe L (jaune), et pour l'ensemble des médicaments remboursés (gris)*

Au niveau ATC (2) la classe L est subdivisée en 4 classes. Les premières classes (L01 et L02) comprennent des médicaments antitumoraux. Remarquons toutefois que beaucoup de médicaments antitumoraux ne sont pas dispensés aux patients dans les officines ouvertes au public. En effet, ces dernières années, on assiste à une évolution importante des médicaments antitumoraux avec notamment le développement

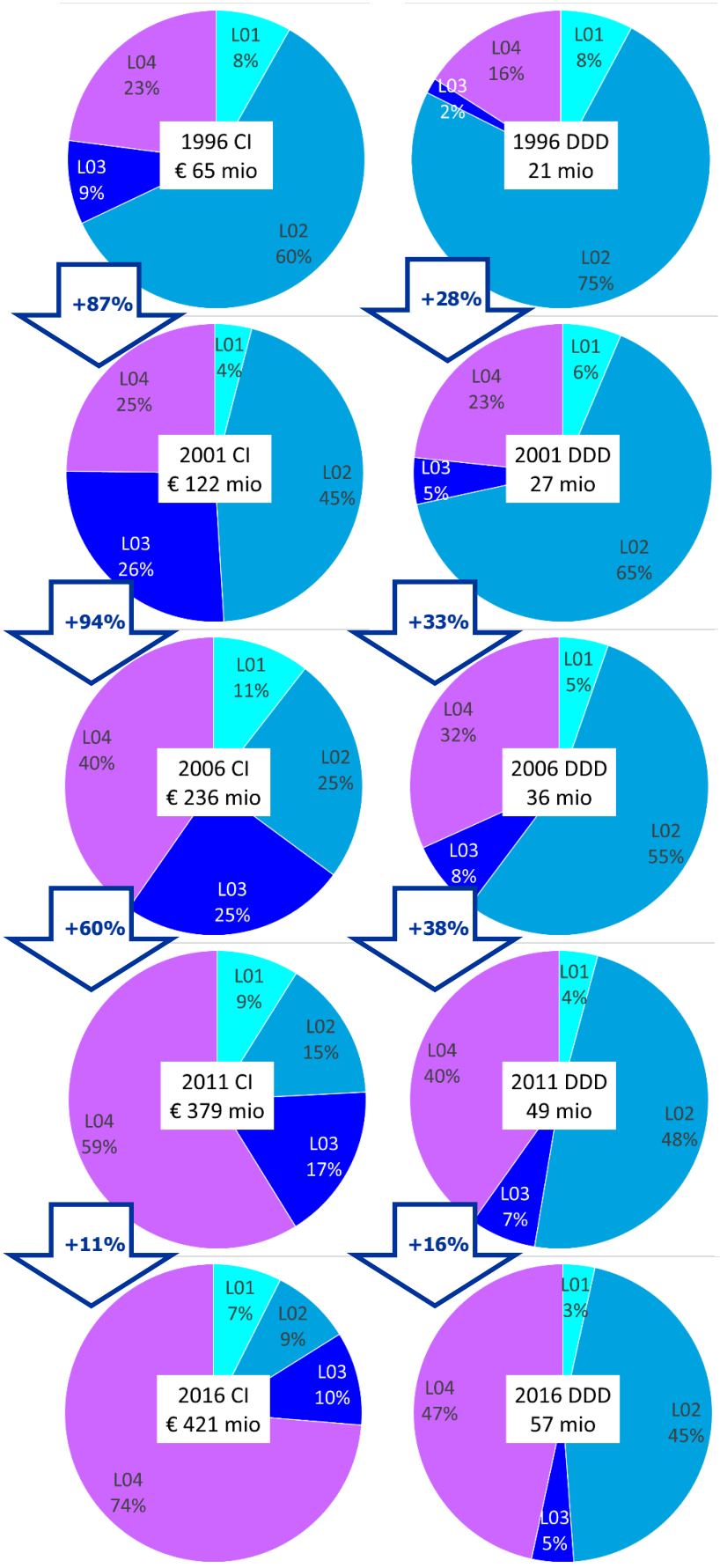
L01	AGENTS ANTINEOPLASIQUES
L02	THERAPEUTIQUE ENDOCRINE
L03	IMMUNOSTIMULANTS
L04	IMMUNOSUPPRESSEURS





Graphiques 4-5 *: Évolution annuelle (1996-2016) des dépenses de l'INAMI (CI – Graphique 4) et de la consommation exprimée en DDD (Graphique 5) pour l'ensemble des médicaments remboursés de la classe L (ligne jaune), répartie selon ses sous-classes ATC(2) (bâtonnets)*

IPhEB asbl – rue Archimède 11 – 1000 Bruxelles – info@ipheb.be – www.ipheb.be – Tél +32 2 285 42 26 - janvier 2017



Graphique 6 *: Évolution (1996-2016) par tranche de 5 ans des dépenses (CI – à gauche) et de la consommation (DDD – à droite) de la classe L selon les sous-classes ATC(2)*

de "thérapies ciblées": anticorps monoclonaux, cytokines et inhibiteurs de protéines kinases. Grâce à une meilleure connaissance des différents types de cancers, ces médicaments sont dirigés spécifiquement sur des mutations à l'origine d'une transformation maligne. Mais ces traitements sont le plus souvent administrés en milieu hospitalier, et dans ces cas, les données les concernant ne figurent pas dans la bases de données Ifstat de l'IPhEB.

Les deux autres classes (L03 et L04) comprennent des immunomodulateurs, les immunostimulants et les immunosuppresseurs. Elles comprennent notamment les immunosuppresseurs en cas de transplantation et des médicaments des maladies immunitaires chroniques (des immunostimulants ou des immunosuppresseurs).

Les Graphiques 4 et 5 montrent l'évolution annuelle des dépenses (CI) et de la consommation (DDD) des sous-classes ATC (2). On observe d'emblée qu'il y a eu beaucoup de changements. On notera notamment

- la croissance dans la classe L04, surtout celle des coûts, qui frappe aussi chaque fois qu'on examine à la page 2 les changements dans les classes thérapeutiques principales ;
- l'augmentation très visible du CI de la classe L01 en 2003, qui coïncide avec l'arrivée de l'imatinib (L01XE01 – Glivec®), un inhibiteur de la protéine kinase sous forme orale (voir infra) ;
- l'importance de la classe L02 dans la consommation ;

Les camemberts ci-contre illustrent encore davantage les changements dans le paysage de la classe L. Ils montrent les modifications dans la répartition des coûts (CI – à gauche) et de la consommation (DDD – à droite).

On voit ainsi que dans la consommation, les classes L02 et L04 sont les plus importantes, mais que la part de L02 a diminué de 75% à 45%, tandis que celle de L04 a augmenté de 16% en 1996 à 47%. La classe L04 est donc, à l'heure actuelle, la plus importante dans la consommation, mais elle est encore plus importante dans les coûts, dont elle représente 74%. La classe L02 est manifestement moins chère : les 45% qu'elle représente dans la consommation, correspondent à seulement 9% des dépenses de l'INAMI.

La part des médicaments de L01 dans la consommation a progressivement diminué, mais l'évolution de sa part dans les coûts est plus irrégulière.

Au cours des 20 dernières années, la classe L03 est d'abord devenue plus importante, pour représenter ensuite, de nouveau, une plus petite part dans l'ensemble de L, aussi bien dans la consommation que dans les dépenses.

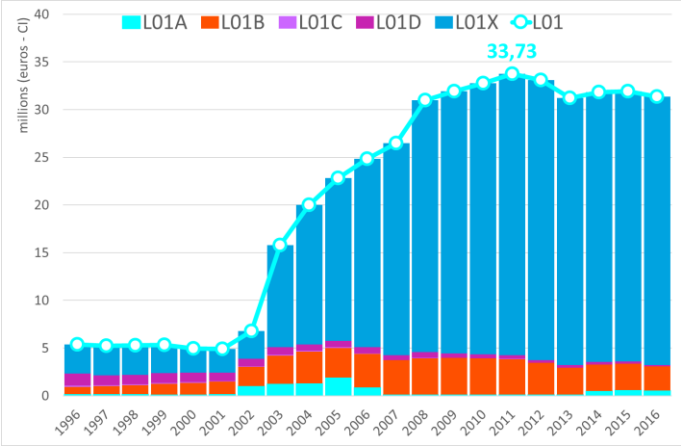
Pour mieux comprendre ces changements, nous regarderons dans les pages qui suivent, un peu plus en détail ces différentes classes.

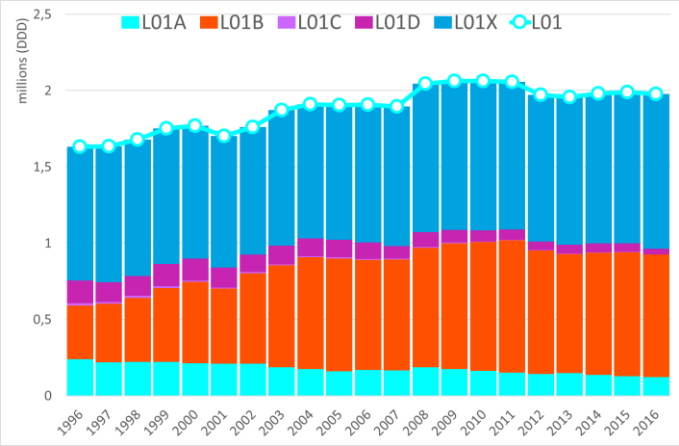
L01 agents antinéoplasiques

La classe L01 des agents antinéoplasiques comprend au niveau ATC (3) 5 sous-classes dont des médicaments ont été délivrés dans les officines ouvertes au public dans la période 1996-2016.

L01A	AGENTS ALKYLANTS
L01B	ANTIMETABOLITES
L01C	ALCALOIDES ET AUTRES PRODUITS NATURELS
L01D	ANTIBIOTIQUES CYTOTOXIQUES ET APPARENTES
L01X	AUTRES AGENTS ANTINEOPLASIQUES

- La classe L01A est peu importante dans les dépenses, mais relativement plus importante dans la consommation (Graphiques 7 et 8), qui néanmoins diminue pendant toute la période. La substance la plus importante dans la consommation est la cyclophosphamide (L01AA01 – Leukeran®) dont le prix a fortement augmenté en mai 2014. La hausse des dépenses en 2002-2006 correspond à la présence, durant cette période de la témozolomide (L01AX03 – Temodal®).
- La classe L01B est quasi exclusivement limitée au méthotrexate sous forme parentérale (L01BA01).
- La classe L01C n'est quasi pas présente dans les officines ouvertes au public.
- La classe L01D est peu importante et la consommation d'antibiotiques cytotoxiques et apparentés diminue. Les substances les plus importantes de cette classe sont l'épirubicine (L01DB03), la bléomycine (L01DC01) et la mitomycine (L01DC02).
- Le plus grand changement dans la classe L01 se situe dans la sous-classe L01X des « autres » agents antinéoplasiques. En 1996 on y retrouvait déjà l'hydroxycarbamide (L01XX05 – Hydrea®), dont la consommation continue toujours à augmenter, et l'estramustine (L01XX11 – Estracyt®) dont la consommation a progressivement diminué pendant toute la période. En 2002, le premier inhibiteur de la protéine kinase, l'imatinib (L01XE01 – Glivec®), est arrivé, plus efficace mais beaucoup plus cher que les autres médicaments de cette classe. La consommation dans la classe L01X est restée stable, mais les dépenses ont énormément augmenté.





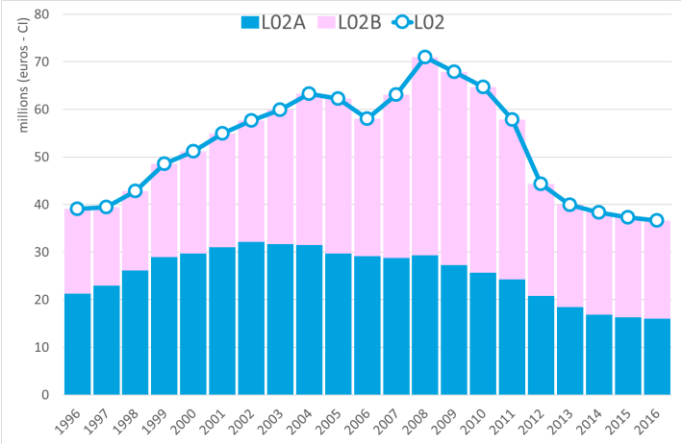
***Graphiques 7-8** : Évolution annuelle (1996-2016) des dépenses de l'INAMI (CI – Graphique 7) et de la consommation exprimée en DDD (Graphique 8), pour l'ensemble des médicaments remboursés de la classe L01 (ligne turquoise), répartie selon ses sous-classes ATC(3) (bâtonnets)*

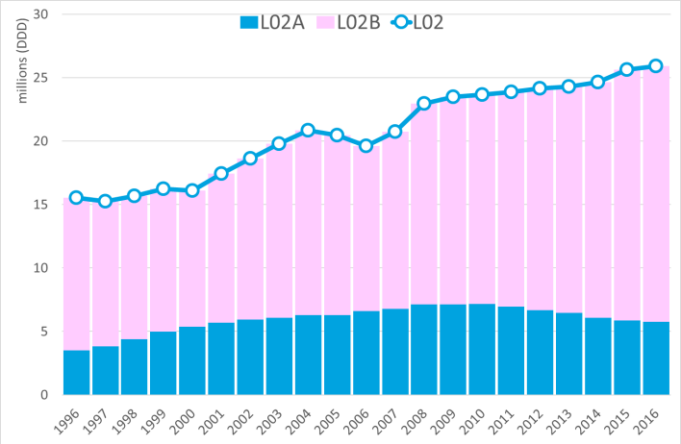
L02 thérapeutique endocrine

La classe L02 de la thérapeutique endocrine se partage en deux sous-classes.

L02A	HORMONES ET APPARENTES
L02B	ANTIHORMONES ET APPARENTES

- La consommation dans la sous-classe L02A des hormones et apparentés (Graphique 10) a augmenté jusqu'en 2010, et diminue depuis. Les coûts (Graphique 9) ont commencé à diminuer dès 2003. Cette sous-classe est principalement représentée par 3 analogues de la gonadoréline : la leuproréline (L02AE02 – Lucrin®), la goséréline (L02AE03 (Zoladex®) et la triptoréline (L02AE04 – Décapeptyl®).
- Dans la sous-classe des anti-hormones et apparentés, la consommation continue d'augmenter. Le médicament le plus important de cette classe est un anti-estrogène, le tamoxifène (L02BA01), qui représentait 90% des DDD de L02 en 1996, et représente aujourd'hui encore 45% des DDD pour 13% du CI. Les autres substances actives les plus importantes dans cette sous-classe sont le bicalutamide (L02BB03 – Casodex®), un anti-androgène, et des inhibiteurs de l'aromatase, l'anastrozole (L02BG03 – Arimidex®) et le létrozole (L02BG04 – Femara®). La consommation du létrozole augmente et il représente à l'heure actuelle 24% des DDD de L02B pour 26% du CI. On observe que depuis 2008, les dépenses dans L02B ont fortement diminué, après l'arrivée des grands conditionnements d'Arimidex® et de Femara® et ensuite des génériques de l'anastrozole et du létrozole.





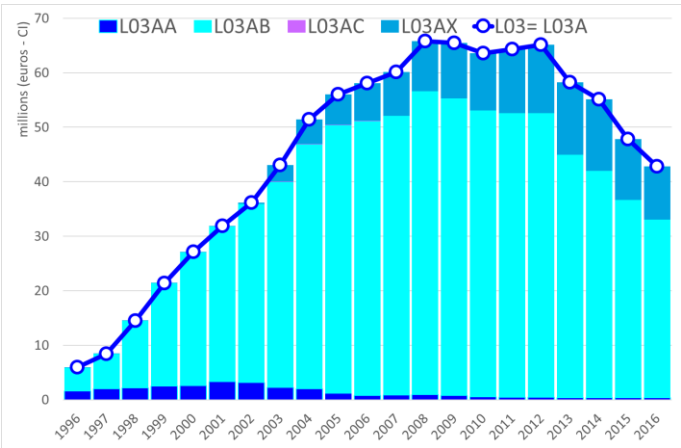
Graphiques 9-10 *: Évolution annuelle (1996-2016) des dépenses de l'INAMI (CI – Graphique 9) et de la consommation exprimée en DDD (Graphique 10), pour l'ensemble des médicaments remboursés de la classe L02 (ligne bleue), répartie selon ses sous-classes ATC(3) (bâtonnets)*

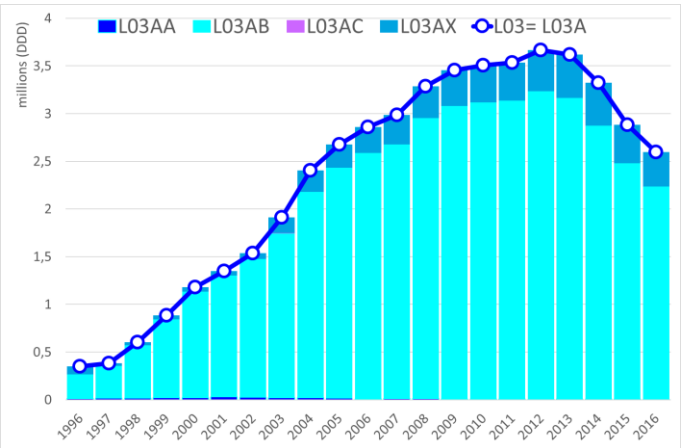
L03 immunostimulants

Les immunostimulants de L03 (=L03A) qui sont délivrés dans les officines ouvertes au public sont répartis sur les 4 sous-classes au niveau ATC (4) reprises dans le tableau ci-contre.

L03AA	FACTEURS DE CROISSANCE DES COLONIES
L03AB	INTERFERONS
L03AC	INTERLEUKINES
L03AX	AUTRES IMMUNOSTIMULANTS

- La sous-classe la plus importante est celle des interférons (L03AC). Les interférons β-1a et β-1b diminuent la fréquence et la gravité des poussées chez certains patients atteints de sclérose en plaques avec alternance de poussées et de rémissions. Certains interférons sont aussi utilisés dans le cadre de l'hépatite B et l'hépatite C et dans des affections malignes. L'arrivée de la nouvelle génération d'antiviraux à action directe pour le traitement de l'hépatite C (IPhEB Monthly de juillet 2015), qui a permis des traitements exclusivement par voie orale, sans interférons, explique sans doute en partie la diminution de la consommation d'interférons de ces dernières années. Mais on a aussi vu arriver de nouveaux traitements pour la sclérose en plaques, qui expliquent aussi une partie de la diminution de la consommation d'interférons. Signalons notamment les immunosuppresseurs sélectifs (L04AA – cf. infra) suivants : le natalisumab (L04AA23 – Tysabri®), le fingolimod (L04AA27 – Gilenya®) et le teriflumonide (L04AA31 – (Aubagio®), dont seulement le dernier est délivré dans les officines ouvertes au public.
- Les facteurs de croissance des colonies (L03AA) et les interleukines (L03AC) ne sont quasi pas présents dans les officines ouvertes au public.
- Les autres immunostimulants (L03AX) se limitent au glatiramer acétate (L03AX13 – Copaxone®) pour le traitement de la sclérose en plaques.

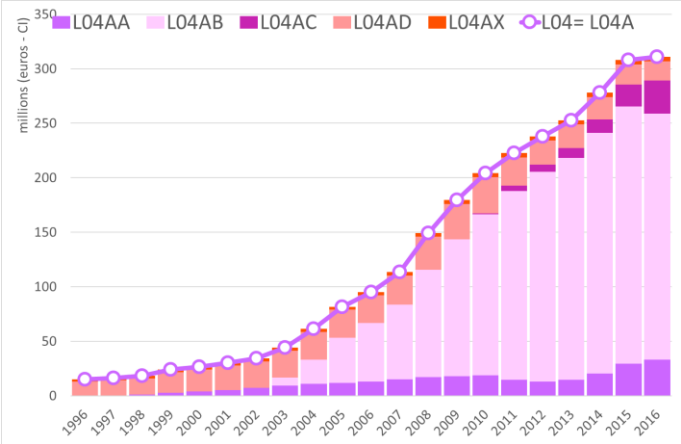


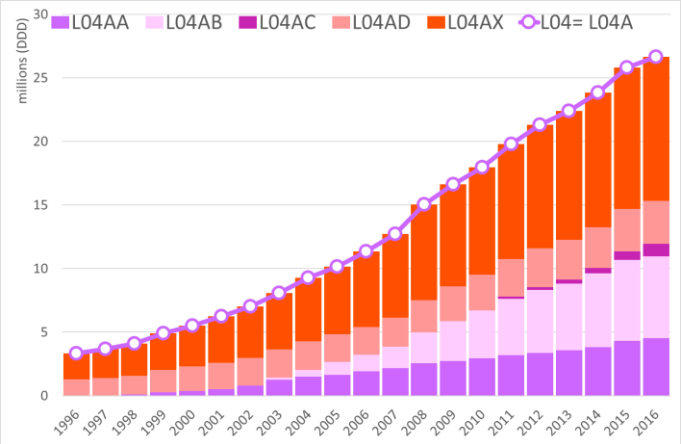


Graphiques 11-12 *: Évolution annuelle (1996-2016) des dépenses de l'INAMI (CI – Graphique 11) et de la consommation exprimée en DDD (Graphique 12) pour l'ensemble des médicaments remboursés de la classe L03 (= L03A – ligne bleu foncée), répartie selon ses sous-classes ATC(4) (bâtonnets)*

L04AA	IMMUNOSUPPRESSEURS SELECTIFS
L04AB	INHIBITEURS DE FACTEUR DE NECROSE DE TUMEURS ALPHA (TNF-ALPHA)
L04AC	INHIBITEURS DE L'INTERLEUKINE
L04AD	INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE
L04AX	AUTRES IMMUNOSUPPRESSEURS

En 1996, les immunosuppresseurs (L04 = L04A) représentaient 16% des DDD et 23% des dépenses de l'INAMI au sein de la classe L. En 2016, ils représentent 46% de la consommation et 74% des dépenses, celles-ci ayant augmenté de € 15 mio en 1996 à € 311 mio cette année. Les immunosuppresseurs sont répartis, au niveau ATC (4) en 5 classes (cf. ci-contre). Sur les graphiques ci- dessous (Graphiques 13-14) on voit que cette explosion des dépenses s'est produite dans la sous-classe des anti-TNF-α (L04AB), dont le premier, l'étanercept (L04AB01 – Enbrel®) est arrivé dans les officines ouvertes au public en 2002. En 1996, seuls la cyclosporine (L04AD01), un inhibiteur de la calcineurine (L04AD) et deux « autres » immunosuppresseurs (L04AX), l'azathioprine (L04AX01) le méthothrexate L04AX03), étaient présents dans les données. En 1998 on voit l'arrivée des immunosuppresseurs sélectifs (L04AA01) avec l'acide mycophénolique (L04AA06), utilisé en cas de transplantation. Après l'arrivée en 2002 du premier anti-TNF- α, on voit arriver en 2010 une autre nouvelle classe, celle des inhibiteurs de l'interleukine (L04AC) comprenant aussi des médicaments pour le traitement de maladies immunitaires chroniques.





***Graphiques 13-14** : Évolution annuelle (1996-2016) des dépenses de l'INAMI (CI – Graphique 13) et de la consommation exprimée en DDD (Graphique 14), pour l'ensemble des médicaments remboursés de la classe L04 (= L04A – ligne lilas), répartie selon ses sous-classes ATC(4) (bâtonnets)*

- La classe L04AA des immunosuppresseurs sélectifs comprend des immunosuppresseurs en cas de transplantation (l'acide mycophénolique (L04AA06), le sirolimus (L04AA10) et l'éverolimus (L04AA18)), ainsi que des médicaments des maladies immunitaires chroniques, dont le teriflunomide (L04AA31 – Aubagio®) indiqué pour les traitements de la sclérose en plaques. Cette sous-classe n'était pas présente dans les données en 1996. L'acide mycophénolique est arrivé en 1998 et d'autres substances actives se sont progressivement ajoutées. Cette année (2016) on a encore vu arriver l'aprémilast (L04AA32 – Otezla®).
- Comme nous l'avons déjà remarqué ci-dessus, la classe L04AB des anti-TNF-α est la classe qui a fait « exploser » les dépenses dans la classe L. Après l'arrivée de l'étanercept en 2002, il y a eu celle de l'adalimumab (L04AB04 – Humira®) en 2004, et en 2010 celles du certolizumab pégol (L04AB05 – Cimzia®) et du golimumab (L04AB06 – Simponi®). L'adalimumab est la substance la plus utilisée (3,4 mio DDD en 2016), et qui génère aussi les plus grosses dépenses (€ 128 mio CI). Signalons encore qu'au 1 janvier 2017, un biosimilaire de l'étanercept arrivera dans les officines.
- La classe L04AC des interleukines est la sous-classe d'immunosuppresseurs la plus récente. Elle comprend de nouveaux médicaments des maladies immunitaires chroniques et est arrivée dans les données en 2010 avec l'ustékinumab (L04AC05 – Stélara®), pour lequel les dépenses dépassent € 20 mio en 2016, pour 700.000 DDD.
- La classe L04AD des inhibiteurs de la calcineurine comprend des immunosuppresseurs en cas de transplantation, la ciclosporine (L04AD01) et le tacrolimus (L04AD02). La ciclosporine était déjà présente en 1996, et le tacrolimus est arrivé en 1998.
- La classe L04AX des « autres » immunosuppresseurs est la plus importante dans la consommation, mais elle est à peine visible dans le graphique des dépenses (Graphique 13). Cette classe comprend l'azathioprine (L04AX01), un immunosuppresseur en cas de transplantation, la thalidomide (L04AX02) qui depuis cette année est à nouveau disponible en Belgique sous forme de spécialité pharmaceutique, et le méthotrexate oral (L04AX03). La consommation du méthotrexate oral a augmenté de 0,9 mio DDD en 1996 à 8,3 mio DDD en 2016, et les dépenses correspondantes de € 180.000 à € 1,6 mio.

On voit que la classe des immunosuppresseurs est en pleine expansion et que de nouveaux traitements pour les maladies immunitaires chroniques continuent d'arriver.

Par souci de complétude nous ajoutons ci-dessous encore un tableau avec toutes les substances actives de la classe L qui figurent dans les données Ifstat.

L01 AGENTS ANTINEOPLASIQUES

L01A AGENTS ALKYLANTS
L01AA ANALOGUES DE LA MOUTARDE A L'AZOTE
L01AA01 CYCLOPHOSPHAMIDE
L01AA02 CHLORAMBUCIL
L01AA03 MELPHALAN
L01AB ALKYLSULPHONATES
L01AB01 BUSULFAN
L01AC ETHYLENEIMINES
L01AC01 THIOTEPA
L01AD DERIVES DE LA NITROSUREE
L01AD01 CARMUSTINE
L01AX AUTRES AGENTS ALKYLANTS
L01AX03 TEMOZOLOMIDE
L01AX04 DACARBAZINE
L01B ANTIMETABOLITES
L01BA ANALOGUES DE L'ACIDE FOLIQUE
L01BA01 METHOTREXATE
L01BA03 RALTITREXED
L01BB ANALOGUES DES PURINES
L01BB02 MERCAPTOPURINE
L01BB03 TIOGUANINE
L01BB05 FLUDARABINE
L01BC ANALOGUES DES PYRIMIDINES
L01BC01 CYTARABINE
L01BC02 FLUOROURACIL
L01BC06 CAPECITABINE
L01BC53 TEGAFUR, ASSOCIATIONS
L01C ALCALOIDES ET AUTRES PRODUITS NATURELS
L01CA ALCALOIDES DE LA PERVENCHE ET SES ANALOGUES
L01CA01 VINBLASTINE
L01CA02 VINCRISTINE
L01CA03 VINDESINE
L01CB DERIVES DE LA PODOPHYLLOTOXINE
L01CB01 ETOPOSIDE
L01CB02 TENIPOSIDE
L01CD TAXANES
L01CD01 PACLITAXEL
L01CD02 DOCETAXEL
L01D ANTIBIOTIQUES CYTOTOXIQUES ET APPARENTES
L01DA ACTINOMYCINES
L01DA01 DACTINOMYCINE
L01DB ANTHRACYCLINES ET APPARENTES
L01DB01 DOXORUBICINE
L01DB02 DAUNORUBICINE
L01DB03 EPIRUBICINE
L01DB06 IDARUBICINE
L01DB07 MITOXANTRONE
L01DC AUTRES ANTIBIOTIQUES CYTOSTATIQUES
L01DC01 BLEOMYCINE
L01DC03 MITOMYCINE
L01X AUTRES AGENTS ANTINEOPLASIQUES
L01XA DERIVES DU PLATINE
L01XA02 CARBOPLATINE
L01XB METHYLHYDRAZINES
L01XB01 PROCARBAZINE
L01XD SENSIBILISANTS POUR UNE THERAPIE PHOTODYNAMIQUE / RADIOTHERAPIE
L01XD04 ACIDE AMINOLEVULINIQUE
L01XE INHIBITEURS DE LA PROTEINE KINASE
L01XE01 IMATINIB
L01XX AUTRES CYTOSTATIQUES
L01XX02 ASPARAGINASE
L01XX05 HYDROXYCARBAMIDE
L01XX11 ESTRAMUSTINE
L01XX14 TRETINOINE
L01XX25 BEXAROTENE

L02 THERAPEUTIQUE ENDOCRINE

L02A HORMONES ET APPARENTES
L02AA ESTROGENES
L02AA02 POLYESTRADIOL PHOSPHATE
L02AA04 FOSFESTROL
L02AB PROGESTATIFS
L02AB01 MEGESTROL

L02AB02 MEDROXYPROGESTERONE
L02AB03 GESTONORONE
L02AE ANALOGUES DE LA GONADORELINE
L02AE01 BUSERELINE
L02AE02 LEUPRORELINE
L02AE03 GOSERELINE
L02AE04 TRIPTORELINE
L02AE05 HISTRELINE
L02AX AUTRES HORMONES
L02B ANTIHORMONES ET APPARENTES
L02BA ANTI-ESTROGENES
L02BA01 TAMOXIFENE
L02BA02 TOREMIFENE
L02BA03 FULVESTRANT
L02BB ANTI-ANDROGENES
L02BB01 FLUTAMIDE
L02BB03 BICALUTAMIDE
L02BG INHIBITEURS DE L'AROMATASE
L02BG01 AMINOGLUTHETIMIDE
L02BG03 ANASTROZOLE
L02BG04 LETROZOLE
L02BG06 EXEMESTANE
L02BX AUTRES ANTIHORMONES ET APPARENTES
L02BX02 DEGARELIX
L03 IMMUNOSTIMULANTS
L03A IMMUNOSTIMULANTS
L03AA FACTEURS DE CROISSANCE DES COLONIES
L03AA02 FILGRASTIM (G-CSF)
L03AA03 MOLGRAMOSTIM
L03AA10 LENOGRASTIME
L03AA13 PEGFILGRASTIM
L03AB INTERFERONS
L03AB03 INTERFERON GAMMA
L03AB04 INTERFERON ALFA-2A
L03AB05 INTERFERON ALFA-2B
L03AB07 INTERFERON BETA-1A
L03AB08 INTERFERON BETA-1B
L03AB09 INTERFERON ALFACON-1
L03AB10 PEGINTERFERON ALFA-2B
L03AB11 PEGINTERFERON ALFA-2A
L03AB13 PEGINTERFERON BETA-1A
L03AC INTERLEUKINES
L03AC01 ALDESLEUKINE
L03AX AUTRES IMMUNOSTIMULANTS
L03AX03 VACCIN BCG
L03AX13 GLATIRAMER ACETATE
L04 IMMUNOSUPPRESSEURS
L04A IMMUNOSUPPRESSEURS
L04AA IMMUNOSUPPRESSEURS SELECTIFS
L04AA06 ACIDE MYCOPHENOLIQUE
L04AA10 SIROLIMUS
L04AA13 LEFLUNOMIDE
L04AA18 EVEROLIMUS
L04AA24 ABATACEPT
L04AA31 TERIFLUNOMIDE
L04AA32 APREMILAST
L04AB INHIBITEURS DE FACTEUR DE NECROSE DE TUMEURS ALPHA (TNF-ALPHA)
L04AB01 ETANERCEPT
L04AB04 ADALIMUMAB
L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL
L04AB06 GOLIMUMAB
L04AC INHIBITEURS DE L'INTERLEUKINE
L04AC05 USTEKINUMAB
L04AC07 TOCILIZUMAB
L04AC10 SECUKINUMAB
L04AD INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE
L04AD01 CICLOSPORINE
L04AD02 TACROLIMUS
L04AX AUTRES IMMUNOSUPPRESSEURS
L04AX01 AZATHIOPRINE
L04AX02 THALIDOMIDE
L04AX03 METHOTREXATE (ORAL)