«IPhEB-Monthly» Données juin 2016 (publication septembre 2016)

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 juin 2016 ont été intégrées. Les estimations pour 2016 sont faites sur base de la moyenne historique du premier semestre dans le total annuel.

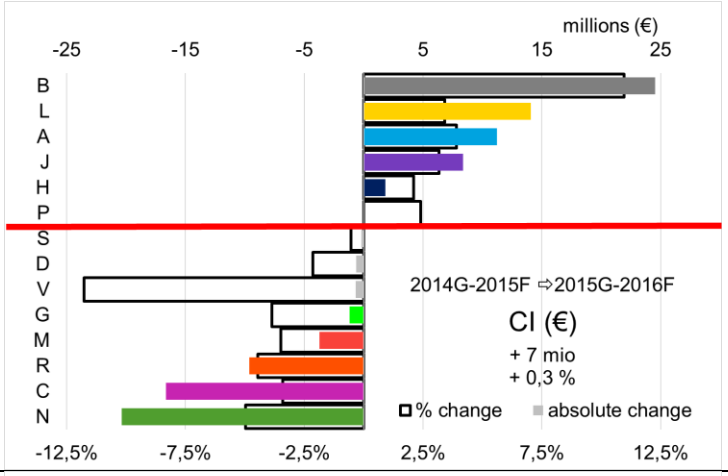
GLOBAL (mio)	CI	CP	PP	NB	NU	DDD	INN NB	%(all)	% (all)	NU	%(all)	%
2010	**2.693,276**	536,089	3.209,674	109,144		4.759,548	6,605		5,9%			
2011	**2.744,532**	520,464	3.238,594	108,987		4.870,632	7,934		7,1%			
2012	**2.693,472**	516,090	3.180,912	109,701		5.017,149	8,885		8,0%			
2013	**2.642,298**	500,402	3.111,631	109,258		5.111,107	9,183		8,4%			
2014	**2.618,749**	485,018	3.076,103	108,564		5.180,492	9,467		8,7%			
2015	**2.644,906**	471,818	3.083,991	106,921	45,183	5.252,214	9,788		8,5%	2,499		4,2%
2016	***2.621,927***	*453,838*	*3.029,199*	*103,853*	*198,185*	*5.275,511*	*9,535*		*9,2%*	*9,797*		*4,9%*
2016/2015	*-0,87%*	*-3,81%*	*-1,78%*	*-2,87%*	*338,63%*	*0,56%*	*-2,58%*			*292,10%*		
2015/2014	*1,00%*	*-2,72%*	*0,26%*	*-1,51%*		*1,38%*						
201507	**216,058**	36,926	250,674	8,448	1,891	429,056	0,744		8,8%	0,025		1,2%
201508	**196,820**	33,727	228,298	7,658	3,264	393,185	0,678		8,3%	0,059		1,7%
201509	**221,712**	40,029	258,457	8,961	5,565	436,842	0,815		9,1%	0,163		2,7%
201510	**237,099**	45,604	278,306	9,972	8,780	465,038	0,903		9,1%	0,298		3,4%
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	**231,554**	39,301	267,006	8,932	18,469	464,177	0,755		9,0%	0,937		5,6%

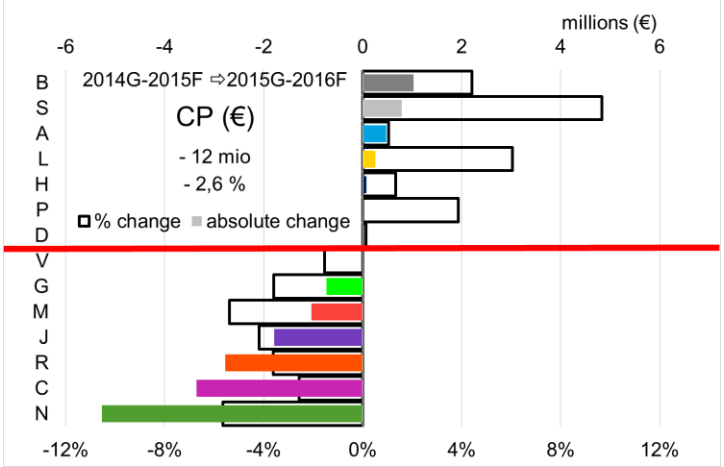
Ce tableau comprend les mêmes données que l'unique tableau de la page 1 par le passé, mais l'information relative aux délivrances est scindée en conditionnements (NB) et en unités (NU). Les unités sont les unités de médicaments « tarifés à l'unité » et qui sont des médicaments sous forme orale solide 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.

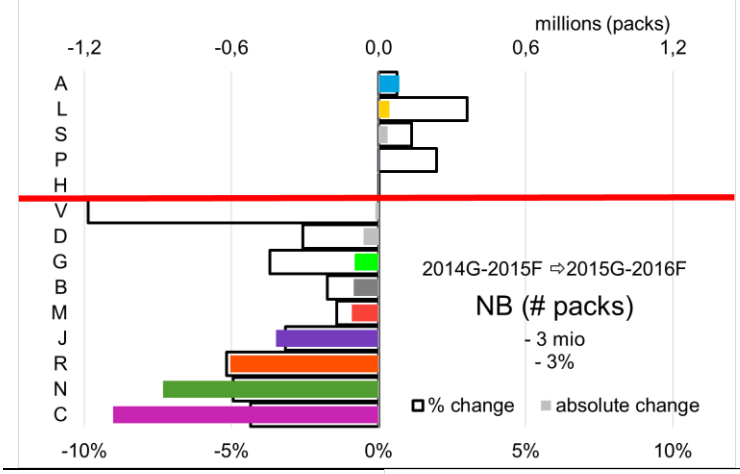
CI	cost insurance	comprend l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix, ainsi que les honoraires spécifiques des pharmaciens (INN – CIV – ENM – honoraires hebdomadaires pour la tarification à l'unité)
CP	cost patient	le montant des tickets modérateurs calculés en fonction de la base de remboursement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

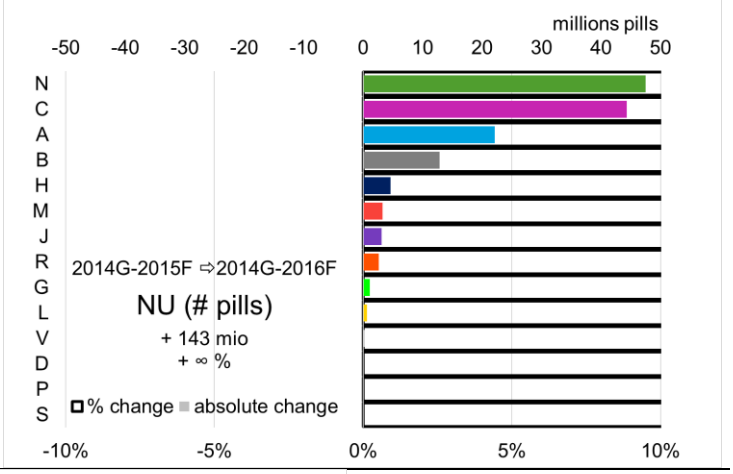
Remarque : Ce tableau n'inclut donc pas les changements suite à la reprise du MAF (maximum à facturer) dans le système du tiers payant depuis le 1 janvier 2015. Dans le passé les montants du MAF étaient déjà transférés des dépenses des patients vers les dépenses de l'INAMI, mais sans apparaître dans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

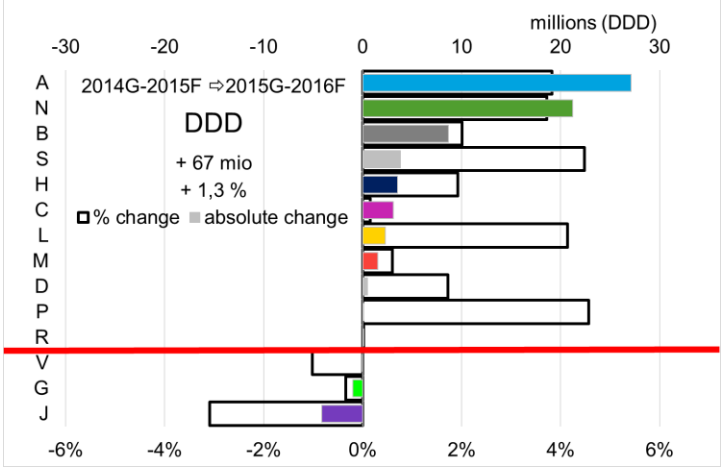
Changements dans les classes ATC principales











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

Les **dépenses** ont diminué de 5 mio d'euros ces 12 derniers mois, résultat d'une hausse de 7 mio d'euros (+ 0,3%) du coût INAMI (CI) et d'une baisse de 12 mio d'euros (-2,6%) du coût patient (CP). Les baisses absolues les plus importantes se situent dans les classes N, C, et R. Ce qui frappe dans le graphique, c'est que le CI de la classe J des anti-infectieux à usage systémique a augmenté, tandis que le CP y a diminué. C'est le CI des antiviraux qui augmente (+13 mio euros, + 12,4%), et le CP des antibiotiques qui diminue fortement (-2,4 mio euros, -8,9%). Et dans la classe S, c'est l'inverse : une diminution de presque € 300.000 du CI dans S01E (myotiques et préparations contre le glaucome), et une augmentation du CP (+ € 826.000, +36,3%) ailleurs. Cette augmentation s'explique par une augmentation du prix de la Néobacitracine® (de € 6,94 à € 9,43) le 1 octobre 2015, avec en même temps le passage de la catégorie de remboursement B à la catégorie de remboursement C. Ainsi le ticket modérateur augmente de € 0,85 à € 3,46 pour un patient actif, et de € 0,51 à € 3,46 pour un patient privilégié. A consommation constante, ce changement de prix et de catégorie de remboursement n'a pas d'effet sur le CI, et n'affecte que les dépenses du patient.

Le **nombre de conditionnements** (NB) a diminué, mais, à côté, on voit un **nombre d'unités** (NU) de médicaments sous forme orale solide, délivrées à des patients en maisons de repos. En supposant que ces unités proviennent surtout de grands conditionnements (3 mois de traitement), on comprend que les 143 mio d'unités correspondent à plus de 1,5 mio de conditionnements. On observe aussi que la diminution de boîtes est importante dans les classes C et N, et que c'est dans ces classes que les nombres d'unités sont les plus importants. Là, on peut supposer un glissement de boîtes vers des unités. Mais on ne peut pas tirer des conclusions trop hâtives, puisque dans la classe A, on voit une augmentation du nombre de conditionnements, aussi bien qu'un nombre relativement élevé d'unités.

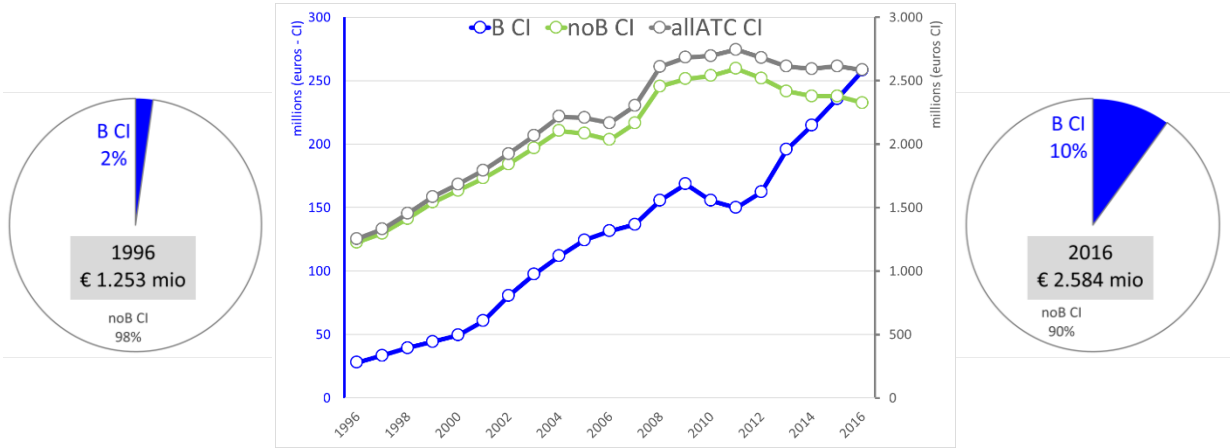
La **consommation** (exprimée en DDD) continue d'augmenter, mais cette augmentation ralentit. La consommation dans la classe G (avec les contraceptifs oraux) ne diminue plus beaucoup, et on peut supposer qu'elle est en voie de se stabiliser. On observe une diminution importante dans la consommation d'anti-infectieux (J), surtout dans la sous-classe des antibiotiques (- 4 mio DDD ; -3,6%). Mais elle est sans doute plus accidentelle que structurelle (consommation très élevée en décembre 2014, janvier et février 2015). Les augmentations les plus fortes de la consommation se situent dans les classes A et N. La croissance de la consommation dans la classe B (NOAC et acide acétylsalicylique dans la prévention cardio-vasculaire) est devenue un peu moins importante ces 12 derniers mois.

ZOOM sur la classe B (sang et système hématopoiétique)

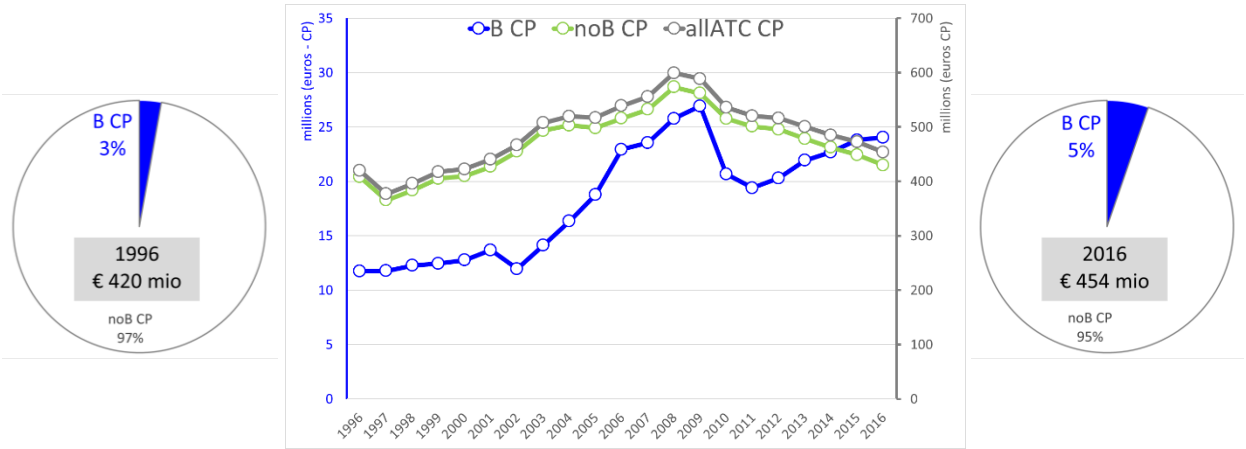
S'agissant de la classe B, il y a deux faits récurrents : le nombre énorme de DDD d'acide acétylsalicylique depuis son remboursement dans la prévention cardio-vasculaire en 2008, et la forte augmentation des dépenses depuis l'arrivée de nouveaux antithrombotiques, les NOAC (novel oral anticoagulants). Dans l'IPhEB Monthly, la répartition des dépenses et des volumes sur les classes thérapeutiques principales est suivie de manière régulière et depuis déjà un certain temps, on observe systématiquement ces deux phénomènes.

Si nous regardons les évolutions des dépenses, celles de l'INAMI (CI – coût INAMI – Graphique 1) et celles des patients (CP – coût patients – Graphique 2) sur une plus longue période (1996-2016), on voit que dans la classe B celles de l'INAMI ont beaucoup augmenté, de € 28 mio en 1996 à € 258 mio estimés pour cette année-ci. Cela correspond presque à une multiplication par 10, là où en dehors de la classe B, les dépenses n'ont même pas tout à fait doublé (de € 1,225 mio en 1996 à € 2,326 en 2016), ce qui correspond à une augmentation importante de la part de la classe B dans les dépenses de l'INAMI, de 2% en 1996 à 10% en 2016. Et sur cette même période on voit (Graphique 3), que, là où dans l'ensemble des médicaments remboursés la consommation a plus que doublé (de 2,2 mia DDD en 1996 à 5,2 mia DDD en 2016) (mais pas triplé), la consommation dans la classe B a plus que décuplé (de 39 mio DDD en 1996 à 451 mio DDD en 2016) et que donc la part de la classe B dans la consommation a également beaucoup augmenté, de 2% en 1996 à 9% en 2016.

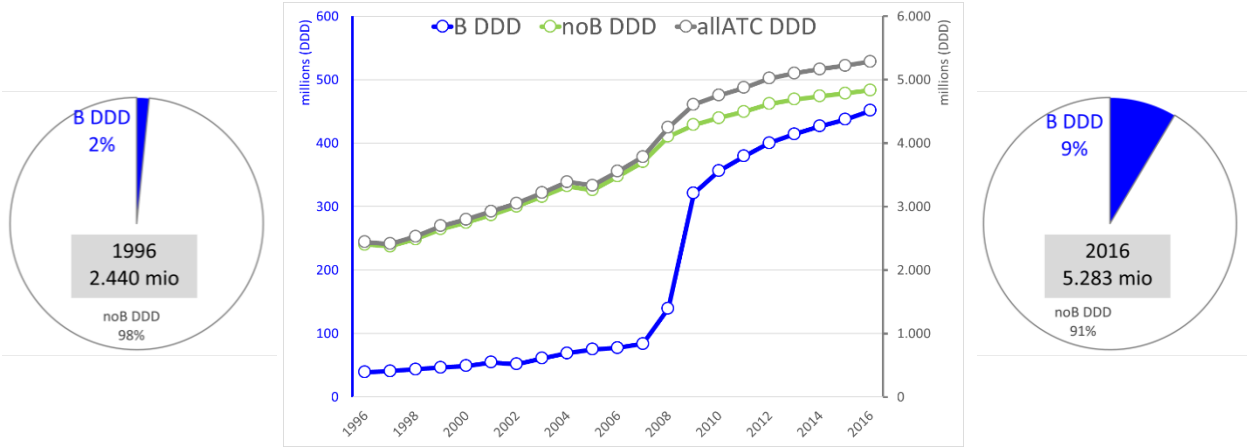
Comme les augmentations importantes de la part de la classe B dans les dépenses de l'INAMI et dans la consommation s'expliquent différemment, l'interprétation des changements dans les coûts unitaires (CI par DDD et CP par DDD – Graphiques 4 et 5) n'est pas évidente. Notons tout de même qu'en moyenne les médicaments remboursés de la classe B étaient plus chers au début de la période étudiée, et qu'en 2008, la situation s'est retournée. Pour les patients, les médicaments remboursés de la classe B sont à l'heure actuelle toujours moins chers que les autres médicaments remboursés, tandis que, pour l'assurance obligatoire, on observe une augmentation de la dépense par DDD depuis 2012 qui fait que ces deux dernières années, le CI/DDD moyen dans la classe B dépasse le CI/DDD moyen dans l'ensemble des autres classes thérapeutiques.



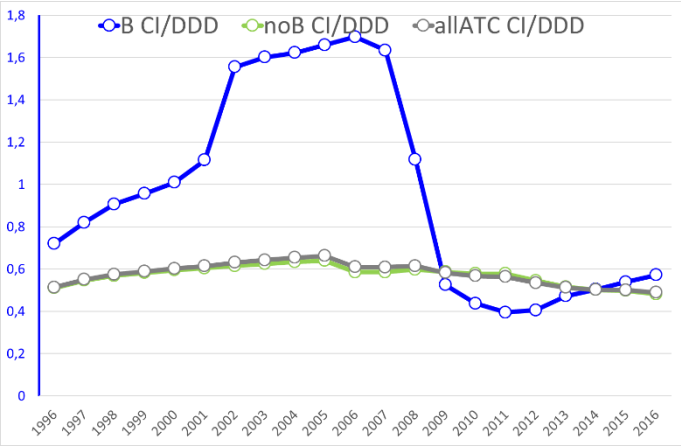
Graphique 1 *: évolution annuelle des dépenses de l'assurance obligatoire (CI – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B (sang et système hématopoiétique – repère à gauche), pour l'ensemble des médicaments remboursés et pour les médicaments remboursés en dehors de la classe B (all ATC et noB – repère à droite), avec sur les côtés la part de la classe B dans le CI total en 1996 (à gauche) et en 2016 (à droite)*



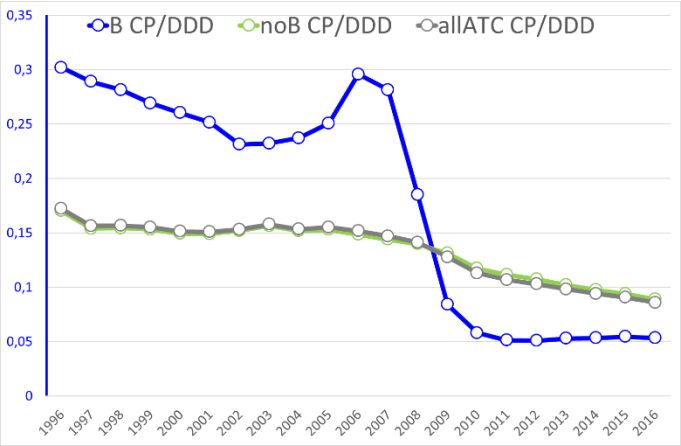
Graphique 2 *: évolution annuelle des dépenses de l'assurance obligatoire (CP – coût patient) pour les médicaments remboursés de la classe B (sang et système hématopoiétique – repère à gauche), pour l'ensemble des médicaments remboursés et pour les médicaments remboursés en dehors de la classe B (all ATC et noB – repère à droite), avec sur les côtés la part de la classe B dans le CP total en 1996 (à gauche) et en 2016 (à droite)*



Graphique 3 *: évolution annuelle de la consommation de médicaments remboursés dans la classe B (sang et système hématopoiétique – repère à gauche), mesurée en DDD, de la consommation totale de médicaments remboursés et de la consommation de médicaments remboursés en dehors de la classe B (all ATC et noB – repère à droite), avec sur les côtés la part de la classe B dans la consommation totale en 1996 (à gauche) et en 2016 (à droite)*



Graphique 4 *: évolution annuelle du CI par DDD pour les médicaments remboursés de la classe B, du CI par DDD pour les médicaments remboursés hors de la classe B et du CI par DDD pour l'ensemble des médicaments remboursés*



Graphique 5 *: évolution annuelle du CP par DDD pour les médicaments remboursés de la classe B, du CP par DDD pour les médicaments remboursés hors de la classe B et du CP par DDD pour l'ensemble des médicaments remboursés*

Pour mieux comprendre les différences observées entre les évolutions dans la classe B et les autres médicaments remboursés, nous regarderons maintenant ce qui se passe à l'intérieur de la classe B. Le tableau qui suit en reprend la classification ATC avec les différentes substances actives qui figurent dans les données Ifstat durant la période 1996-2016.

B	SANG ET SYSTEME HEMATOPOIETIQUE
B01	ANTITHROMBOTIQUES
B01A	ANTITHROMBOTIQUES
B01AA	ANTAGONISTES DE LA VITAMINE K
B01AA03	WARFARIN
B01AA04	PHENPROCOUMON
B01AA07	ACENOCOUMAROL
B01AB	GROUPE DES HEPARINES
B01AB01	HEPARINE
B01AB04	DALTEPARINE
B01AB05	ENOXAPARINE
B01AB06	NADROPARINE
B01AB09	DANAPAROID
B01AB10	TINZAPARINE
B01AC	INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, SAUF L'HEPARINE
B01AC04	CLOPIDOGREL
B01AC05	TICLOPIDINE
B01AC06	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE
B01AC07	DIPYRIDAMOLE
B01AC22	PRASUGREL
B01AC24	TICAGRELOR
B01AC30	ASSOCIATIONS
B01AD	ENZYMES
B01AD02	ALTEPLASE
B01AD07	RETEPLASE
B01AE	INHIBITEURS DIRECTS DE LA THROMBINE
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATE
B01AF	INHIBITEURS DIRECTS DU FACTEUR Xa
B01AF01	RIVAROXABAN
B01AF02	APIXABAN
B02	ANTIHEMORRHAGIQUES
B02A	ANTIFIBRINOLYTIQUES
B02AA	ACIDES AMINES
B02AA02	ACIDE TRANEXAMIQUE
B02AB	INHIBITEURS DE LA PROTEINASE
B02AB01	APROTININE
B02B	VITAMINE K ET AUTRES HEMOSTATIQUES
B02BA	VITAMINE K
B02BA01	PHYTOMENADIONE
B02BD	FACTEURS DE COAGULATION
B02BD02	FACTEUR VIII DE COAGULATION
B02BD04	FACTEUR IX DE COAGULATION
B02BD06	FACTEUR VON WILLEBRAND ET FACTEUR VIII DE COAGULATION
B02BD09	NONACOG ALFA
B03	ANTIANEMIQUES
B03A	PREPARATIONS MARTIALES
B03AC	PREPARATIONS PARENTERALES DE FER
B05	SUCCEDANES DU SANG ET SOLUTIONS DE PERFUSIONS
B05A	SANG ET PRODUITS APPARENTES
B05AA	SUCCEDANES DU SANG ET FRACTIONS PLASMATIQUES PROTEIQUES
B05AA05	DEXTRAN
B05AA07	HYDROXYETHYLAMIDON
B05B	SOLUTIONS INTRAVEINEUSES
B05BA	SOLUTIONS DE NUTRITION PARENTERALE
B05BA01	ACIDES AMINES
B05BA02	EMULSIONS LIPIDIQUES
B05BA03	HYDRATES DE CARBONE
B05BA10	ASSOCIATIONS
B05BB	SOLUTIONS MODIFIANT LA BALANCE ELECTROLYTIQUE
B05BB01	ELECTROLYTES
B05BB02	ELECTROLYTES ET HYDRATES DE CARBONE
B05BC	SOLUTIONS DE DIURESE OSMOTIQUE
B05BC01	MANNITOL
B05X	ADDITIFS POUR SOLUTIONS INTRAVEINEUSES
B05XA	SOLUTIONS D'ELECTROLYTES
B05XA02	BICARBONATE DE SODIUM
B05XA04	CHLORURE D'AMMONIUM

Tableau 1 *: liste des ATC de la classe B figurant dans les données des médicaments remboursés dans la période 1996-2016 (premier semestre).*

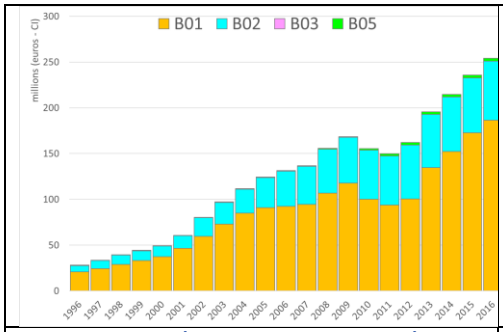
Les sous-classes ATC(2) de la classe B

L'observation de l'évolution selon la première répartition, c'est à dire au niveau ATC(2) (Graphiques 6 à 11), indique immédiatement que la sous-classe B01 des antithrombotiques est de loin la plus grande sous-classe de la classe B. Ce n'est que pour les dépenses de l'INAMI, qu'une autre classe atteint une visibilité dans le graphique (Graphique 6), à savoir la classe **B02** des antihémorragiques, qui comprend notamment les facteurs de coagulation (B02BD). Comme nous l'avons déjà observé dans le ZOOM qui y était consacré (IPhEB Monthly de février 2013 avec les données jusque novembre 2012), au sein des classes thérapeutiques au niveau ATC(4) les facteurs de coagulation figurent dans le TOP10 des dépenses, avec un coût INAMI par DDD de loin le plus élevé. En 2016 comme en 1996, ils représentent 25% du CI de la classe B. Cette part était plus élevée encore, il y a quelques années, allant jusqu'à 36% du CI de la classe B en 2012. La diminution relative de ces dernières années, s'explique surtout par l'augmentation du CI dans B01, notamment par l'arrivée des NOAC.

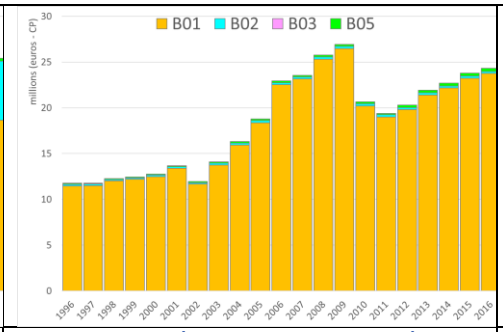
Il reste néanmoins vrai que la sous-classe B02 est une classe de médicaments très chers, comme on peut le constater aussi dans le Graphique 9 (deuxième ligne du premier set de graphiques ci-dessous). Ce qui frappe, c'est l'augmentation du CI/DDD de cette classe, surtout entre 2001 et 2008. Cela s'explique surtout par l'augmentation dans cette période du nombre de DDD dans B02BD (facteurs de coagulation), et par conséquent des dépenses. Comme les indications (différents types d'hémophilie) sont univoques, et la prévalence est stable, l'augmentation du nombre de DDD délivrés dans les officines ouvertes au public, doit donc s'expliquer par des glissements. Les produits à partir de plasma humain, dont il s'agit ici, proviennent presque tous du DCF (Département Central de Fractionnement de la Croix-Rouge), et peuvent aussi être livrés directement chez le patient. Ces produits, ainsi que les produits biosynthétiques, peuvent également être délivrés dans des pharmacies hospitalières. Ce que les données montrent, c'est que depuis 2001, le nombre de DDD délivrés dans les officines ouvertes au public a plus que triplé. Et les dépenses ont suivi la même évolution après une augmentation plus importante en 2002, suite à l'augmentation du prix du Recombinate® et l'arrivée de nouvelles présentations, plus chères, du Kogenate® et de l'Helixate®. Ce que les données ne montrent pas, c'est comment ont évolué la consommation et les dépenses pour le traitement de l'hémophilie en dehors des officines ouvertes au public.

Le graphique de la consommation (Graphique 8) montre bien que celle-ci (nombre de DDD) est quasi entièrement concentrée dans la classe B01, et qu'elle a « explosé » au moment du remboursement de l'acide acétylsalicylique en 2008.

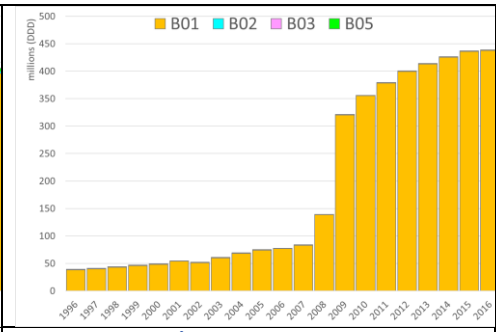
La deuxième ligne du premier set de graphiques ci-dessous (Graphiques 9 à 11) montre l'évolution des prix unitaires (CI/DDD et CP/DDD) moyens des sous-classes ATC(2). Comme le CI/DDD moyen de la classe B02, avec notamment les facteurs de coagulation, est tellement élevé, un deuxième graphique (Graphique 10), reprend les évolutions des autres sous-classes au niveau ATC(2). Dans ce dernier, on observe l'augmentation du CI/DDD dans la classe **B05** en 2010. Comme nous l'avons déjà remarqué ailleurs, cette augmentation est la conséquence du nouveau mode de rémunération des pharmaciens à partir d'avril 2010, avec un honoraire de délivrance inclus dans le prix, ce qui a donné lieu à une augmentation des prix de spécialités peu onéreuses, dont les solutions intraveineuses (B05B). La classe **B03** des antianémiques ne comprenait qu'une seule spécialité, le FERRUM HAUSMANN®, qui n'est plus remboursée par l'INAMI depuis décembre 1999. La classe **B01** est discutée en détail plus loin.



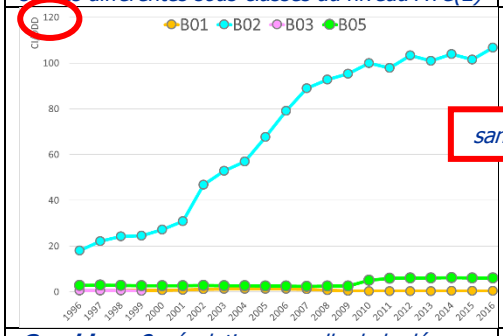
Graphique 6 *: évolution annuelle des dépenses de l'assurance obligatoire (**CI** – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B (sang et système hématopoiétique), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(2)*



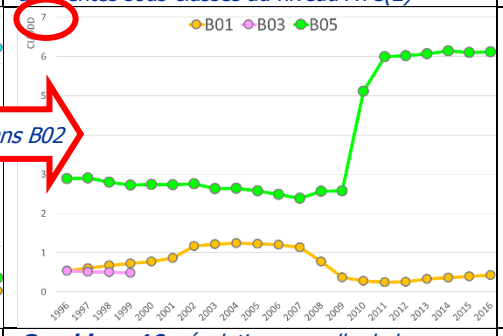
Graphique 7 *: évolution annuelle des dépenses des patients (**CP** – coût patient) pour les médicaments remboursés de la classe B (sang et système hématopoiétique), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(2)*



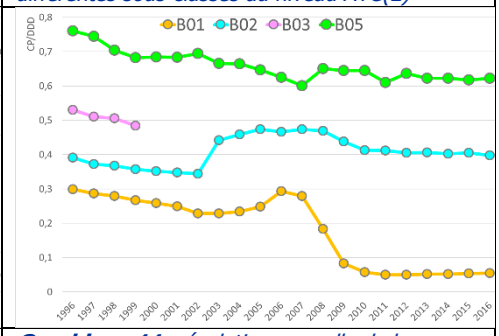
Graphique 8 *: évolution annuelle de la consommation, mesurée en **DDD**, des médicaments remboursés de la classe B (sang et système hématopoiétique), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(2)*



Graphique 9 *: évolution annuelle de la dépense moyenne de l'assurance obligatoire par DDD (**CI/DDD** – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B par sous-classe au niveau ATC(2)*



Graphique 10 *: évolution annuelle de la dépense moyenne de l'assurance obligatoire par DDD (**CI/DDD** – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B par sous-classe au niveau ATC(2), **sans la sous-classe B02***



Graphique 11 *: évolution annuelle de la dépense moyenne du patient par DDD (**CP/DDD** – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B par sous-classe au niveau ATC(2)*

La sous-classe B01, selon ses sous-classes au niveau ATC(4)

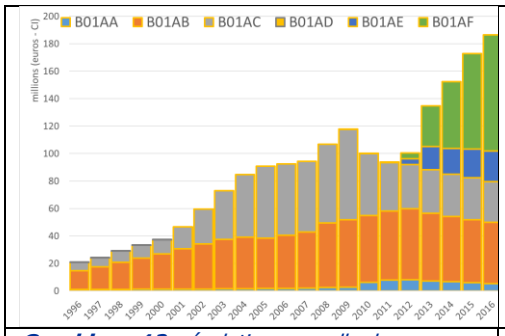
Dans la classe B01, on observe (Graphique 10 – ci-dessus) une augmentation du CI/DDD moyen jusqu'en 2002. Ensuite ce montant reste stable jusqu'en 2007, pour ensuite fortement diminuer en 2008 (effet de l'acide acétylsalicylique). Et ces dernières années, on voit qu'il augmente (effet des NOAC).

Pour le voir plus clairement, regardons l'évolution de la classe B01, selon ses sous-classes au niveau ATC(4) (Graphiques 12 à 17).

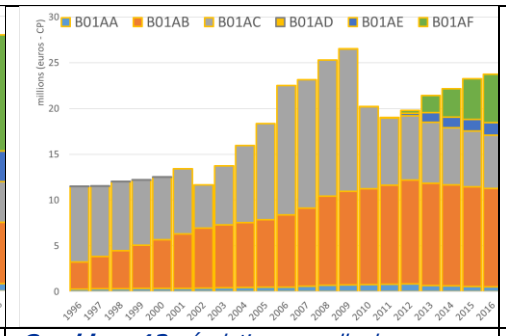
Dans l'évolution des dépenses (Graphiques 12 et 13), et surtout dans les dépenses de l'INAMI (Graphique 12), on voit clairement l'augmentation dans les sous-classes des NOAC (B01AE et B01AF). On observe aussi que cette augmentation fort visible des coûts à partir de 2012, correspond en fait à une diminution du coût journalier des NOAC.

Rappelons (cf. IPhEB Monthly de mai 2015 avec les données jusque février 2015) que l'on entend par NOAC les inhibiteurs de la thrombine à action directe (B01AE) ou des inhibiteurs directs du facteur Xa (B01AF). Trois NOAC sont remboursés en Belgique. Le dabigatran (B01AE07 – Pradaxa®) et le rivaroxaban (B01AF01 – Xarelto®) sont enregistrés depuis 2009 pour la prévention primaire de la thrombose veineuse profonde et de l'embolie pulmonaire en cas de chirurgie orthopédique majeure (prothèse de hanche ou de genou). Ils ont depuis lors été enregistrés pour la prévention thromboembolique dans la fibrillation auriculaire non valvulaire ainsi que pour le traitement et la prévention secondaire de la thrombose veineuse profonde et de l'embolie pulmonaire. L'apixaban (B01AF02 - Eliquis®), un autre inhibiteur du facteur Xa, disponible depuis 2012, est également enregistré dans ces indications. L'élargissement des indications a donné lieu à l'apparition de nouveaux dosages et de grands conditionnements et les prix ont diminué. Le CI/DDD moyen des NOAC reste néanmoins plus élevé que celui dans les autres sous-classes de B01 (Graphique 15), mais pour le CP/DDD ce n'est pas le cas (Graphique 16). Ceci s'explique notamment par les grands conditionnements et les plafonds sur les tickets modérateurs.

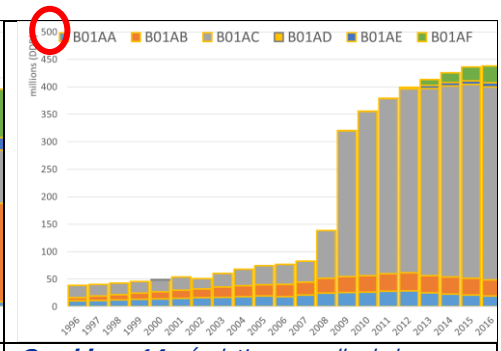
La consommation continue à augmenter (cf. Graphiques 14 et 17). Le Graphique 14 représente l'évolution des différentes sous-classes ATC(4) de B01. Mais comme le poids de la sous-classe B01AC (en gris) qui comprend l'acide acétylsalicylique dans la prévention cardio-vasculaire (B01AC06) est très important (plus que 80% des DDD de B01 depuis 2009), le graphique en-dessous (Graphique 17) reprend l'évolution de la consommation des sous-classes sans B01AC. Dans ce dernier graphique on voit surtout, à partir de 2012, la diminution de la consommation dans B01AA (les antagonistes de la vitamine K) de 28 mio DDD en 2012 à 19 mio DDD en 2016 et l'augmentation de la consommation de NOAC de 3 mio DDD en 2012 à 38 mio DDD en 2016. La consommation dans B01AB (groupe des héparines) est restée stable, à environ 30 mio de DDD par an depuis 2010.



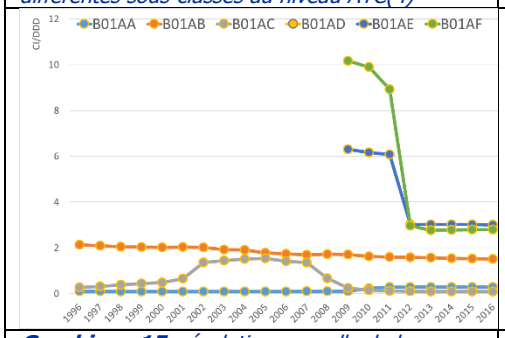
Graphique 12 *: évolution annuelle des dépenses de l'assurance obligatoire (**CI** – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B01 (antithrombotiques), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(4)*



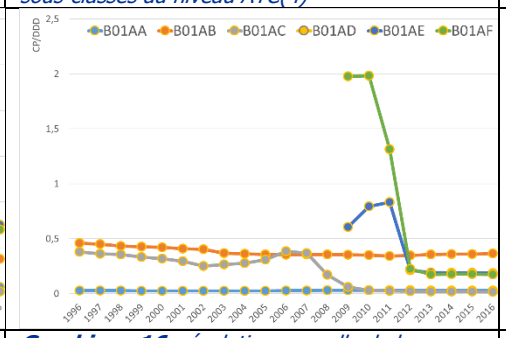
Graphique 13 *: évolution annuelle des dépenses des patients (**CP** – coût patient) pour les médicaments remboursés de la classe B01 (antithrombotiques), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(4)*



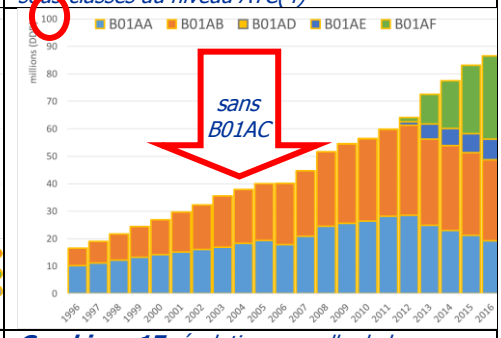
Graphique 14 *: évolution annuelle de la consommation, mesurée en **DDD**, de médicaments remboursés de la classe B01 (antithrombotiques), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(4)*



Graphique 15 *: évolution annuelle de la dépense moyenne de l'assurance obligatoire par DDD (**CI/DDD** – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B01 (antithrombotiques) par sous-classe au niveau ATC(4)*



Graphique 16 *: évolution annuelle de la dépense moyenne du patient par DDD (**CP/DDD** – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B01 (antithrombotiques) par sous-classe au niveau ATC(4)*



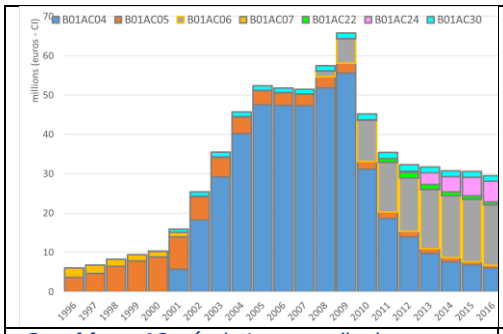
Graphique 17*: évolution annuelle de la consommation, mesurée en DDD, de médicaments remboursés de la classe **B01** (antithrombotiques), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(4) **sans la sous-classe B01AC (inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, sauf l'héparine)***

Les ATC(5) de la sous-classe B01AC

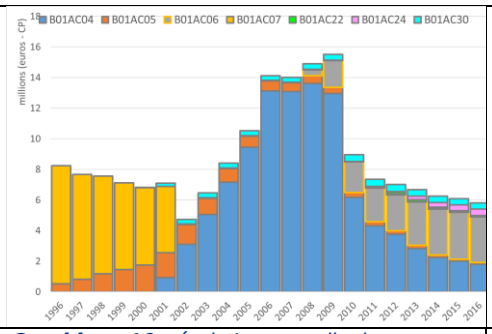
Outre l'importance de l'acide acétylsalicylique dans la prévention cardio-vasculaire dans la sous-classe des « inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, sauf l'héparine », regardons aussi l'évolution des différentes substances actives dans cette sous-classe. Comme pour les répartitions ci-dessus, il y a les évolutions annuelles des dépenses (CI (Graphique18) et CP (Graphique 19)), de la consommation (DDD – Graphiques 20 et 23) et des coûts unitaires ((CI/DDD (Graphique 21) et CP/DDD (Graphique 22)).

A l'heure actuelle, l'acide acétylsalicylique représente 93% des DDD de cette sous-classe, comme le montre le Graphique 20. En dessous, le Graphique 23, reprend les mêmes informations, mais en excluant l'acide acétylsalicylique. On voit alors plus facilement que d'autres changements ont eu lieu dans la consommation des inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire. Ainsi on observe que pendant les années 1996-2001, le dipyridamole était l'antiplaquettaire remboursé le plus délivré. Sauf sous certaines conditions, le dipyridamole était remboursé en catégorie Cx, ce qui explique le CI et le CI/DDD relativement bas, et le CP et le CP/DDD relativement élevés. En 2002, le remboursement du dipyridamole en catégorie Cx a été supprimé, et le dipyridamole n'est plus remboursable que dans certaines indications, en catégorie B. Depuis, le nombre de DDD remboursées a fortement diminué (Graphique 23), le CI/DDD a augmenté et le CP/DDD a diminué. La quasi-disparition du dipyridamole du remboursement, coïncide plus ou moins avec l'arrivée du clopidogrel (B01AC04), dont la consommation n'a cessé d'augmenter de 2001 à 2009. Depuis lors, la consommation de clopidogrel diminue. La forte diminution des coûts unitaires en 2010 correspond à l'arrivée de génériques.

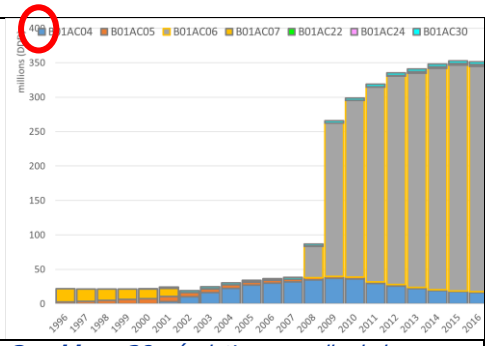
Parmi les autres antiplaquettaires, il y a encore la ticlopidine (B05AC05), déjà présente en 1996, et dont la consommation a augmenté jusqu'en 2000, pour ensuite diminuer à partir de l'arrivée du clopidogrel (B01AC04) en 2001. Dans les graphiques, on voit aussi l'Aggrenox® (B01AC30, une combinaison de dipyridamole et d'acide acétaylsalicylique) qui figure dans les données depuis 2000, ainsi que le pasugrel (B01AC22 – Efient®) et le ticagrelor (B01AC24 – Brilique®), qui sont plus récents.



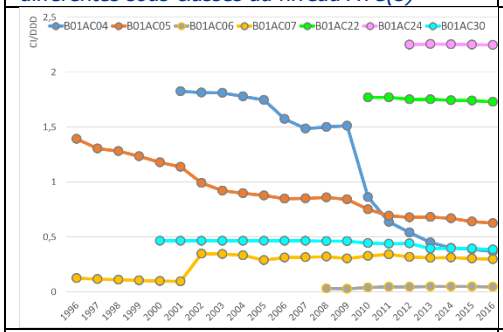
Graphique 18 *: évolution annuelle des dépenses de l'assurance obligatoire (CI – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B01AC (inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, sauf l'héparine), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(5)*



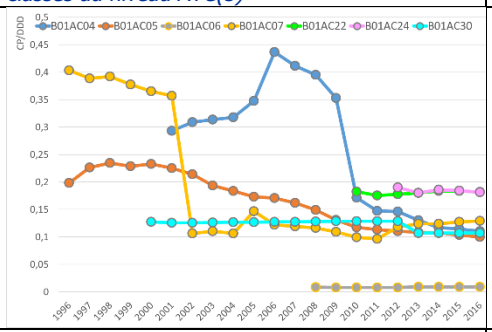
Graphique 19 *: évolution annuelle des dépenses des patients (CP – coût patient) pour les médicaments remboursés de la classe B01AC (inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, sauf l'héparine), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(5)*



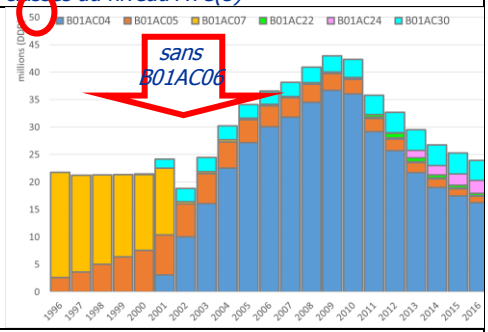
Graphique 20 *: évolution annuelle de la consommation, mesurée en DDD, de médicaments remboursés de la classe B01AC (inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, sauf l'héparine), réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(5)*



Graphique 21 *: évolution annuelle de la dépense moyenne de l'assurance obligatoire par DDD (**CI/DDD** – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B01AC (inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, sauf l'héparine), par sous-classe au niveau ATC(5)*



Graphique 22*: évolution annuelle de la dépense moyenne du patient par DDD (**CP/DDD** – coût INAMI) pour les médicaments remboursés de la classe B01AC (inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, sauf l'héparine), par sous-classe au niveau ATC(5)*



Graphique 23 *: évolution annuelle de la consommation, mesurée en DDD, de médicaments remboursés de la classe B01AC (inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, sauf l'héparine) réparties sur les différentes sous-classes au niveau ATC(5)* ***sans la sous-classe B01AC06 (acide acétylsalicylique dans la prévention cardio-vasculaire)***