«IPhEB-Monthly» Avril 2013 (publication Juillet 2013)

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

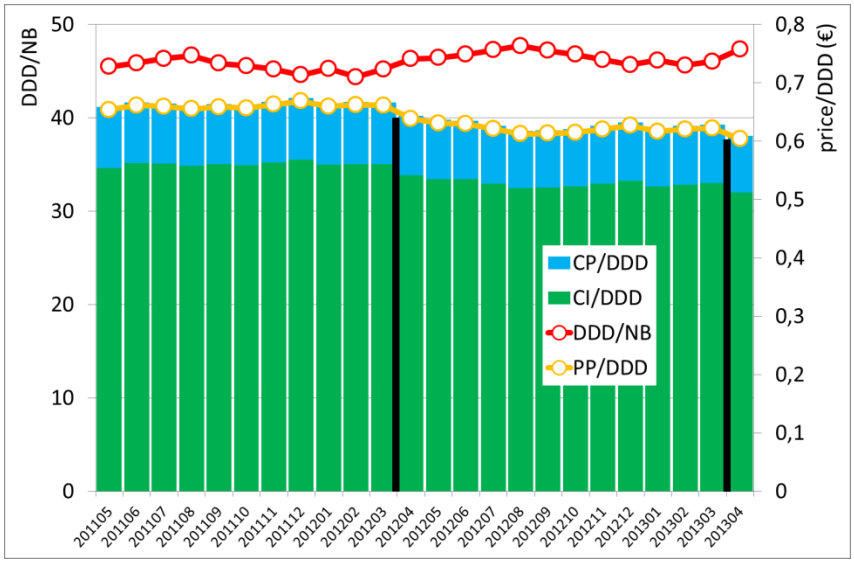
Strictement réservé aux Administrateurs de l'IPhEB et au Comité directeur de l'APB – Ne peut être diffusé

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 qui représentent plus que 99% des dépenses. Les petits risques des indépendants sont inclus dans l'assurance obligatoire depuis le 1 janvier 2008, ce qui perturbe les séries chronologiques et rend la comparaison entre 2007 et 2008 moins évidente.
Légende : CI : coût INAMI – CP : coût patient – PP : prix public – NB : nombre de boîtes – DDD : defined daily doses –INN : International Nonproprietary Name (DCI) – CIV : Chapitre IV – CII : Chapitre II (contrôle a postériori)
Dans le premier tableau la grandeur « NB » a été corrigée pour le Factane® (cf. remarque à ce sujet dans les numéros précédents).

Ensemble des médicaments remboursés

GLOBAL DATA (mio)	CI	CP	PP	NB	DDD	CII		CIV		INN (refpricing)		INN	
						NB	%	NB	%	NB	%(ref)	NB	%(all)
2008	2.610,762	599,144	3.209,906	112,370	4.242,960	5,867	5,2%	17,510	15,6%	3,027	4,5%	3,671	3,3%
2009	2.682,419	588,713	3.271,131	113,951	4.607,252	12,353	10,8%	14,769	13,0%	3,784	5,4%	4,413	3,9%
2010	**2.703,519**	537,176	3.221,022	109,593	4.759,548	12,856	11,5%	12,275	12,2%	5,920	8,7%	6,605	5,9%
2011	**2.753,570**	522,191	3.249,410	109,413	4.876,463	13,586	12,2%	11,897	12,3%	7,131	10,3%	7,934	7,1%
2012	**2.688,434**	514,216	3.173,953	109,436	4.989,715	13,213	11,9%	12,314	12,0%	8,075	11,8%	8,885	8,0%
2013	***2.673,195***	*507,788*	*3.149,992*	*109,853*	*5.163,923*	*13,626*	*12,3%*	*12,164*	*11,0%*	*9,149*	*13,2%*	*9,909*	*9,0%*
2013/2012	*-0,57%*	*-1,25%*	*-0,75%*	*0,38%*	*3,49%*	*3,17%*	*3,61%*	*-8,80%*	*-8,42%*	*13,30%*	*12,37%*	*11,52%*	*12,28%*
2012/2011	-2,37%	-1,53%	-2,32%	0,02%	2,32%	-2,74%		3,50%		13,23%		11,98%	
2011/2010	1,85%	-2,79%	0,88%	-0,16%	2,46%	5,68%		0,67%		20,46%		20,12%	
201205	**227,857**	43,212	268,770	9,172	425,898	1,088	11,9%	0,911	9,9%	0,700	11,9%	0,775	8,3%
201206	**236,055**	44,086	277,776	9,430	441,262	1,098	11,6%	0,971	10,3%	0,698	11,6%	0,764	7,9%
201207	**209,182**	39,425	246,510	8,393	396,680	0,966	11,5%	0,873	10,4%	0,591	11,4%	0,639	7,5%
201208	**206,104**	38,736	242,733	8,309	396,399	0,940	11,3%	0,873	10,5%	0,601	11,6%	0,648	7,7%
201209	**209,300**	40,933	247,653	8,744	398,077	0,985	11,2%	1,192	13,6%	0,640	12,1%	0,713	8,1%
201210	**244,562**	50,688	291,567	10,693	457,451	1,179	11,0%	1,920	17,9%	0,756	12,3%	0,870	8,1%
201211	**222,492**	43,084	262,937	9,324	418,986	1,144	12,2%	1,172	12,6%	0,778	12,2%	0,706	8,3%
201212	**219,047**	41,293	258,013	9,036	410,898	1,158	12,8%	0,926	10,2%	0,768	12,4%	0,713	8,5%
201301	**228,995**	43,821	270,393	9,501	438,186	1,173	12,3%	0,939	9,9%	0,830	12,7%	0,772	8,7%
201302	**209,071**	40,093	246,926	8,724	397,961	1,082	12,4%	0,846	9,7%	0,773	12,8%	0,721	8,9%
201303	**225,320**	42,724	265,684	9,268	426,741	1,127	12,2%	0,919	9,9%	0,803	12,6%	0,744	8,7%
201304	**216,867**	40,977	255,552	8,940	423,311	1,064	11,9%	0,894	10,0%	0,744	12,2%	0,690	8,3%

Ce graphique illustre la corrélation (négative) entre la taille moyenne des conditionnements (en DDD par conditionnement – DDD/NB – axe vertical à gauche) et le prix moyen par DDD, repéré sur l'axe vertical à droite, durant ces derniers 24 mois. Le graphique représente l'évolution du prix public (en jaune), réparti en coût patient (bleu) et coût INAMI (vert). Comme les vaccins contre la grippe perturberaient un peu les données des mois d'octobre, ils ont été retirés des données. Il reste néanmoins un effet saisonnier, avec de plus petits conditionnements et des prix par DDD plus élevés en hiver, au moment où le nombre de traitements aigus est plus élevé. Aussi bien en 2012 qu'en 2013, on voit très bien l'effet de la baisse globale des prix de 1,95% au mois d'avril. Et on observe également, qu'un changement de prix par DDD dans un sens, correspond à un changement du nombre de DDD par conditionnement dans l'autre sens. Les différentes échelles à gauche et à droite, ne permettent pas d'évaluer les changements relatifs des prix et de la taille, repris dans ce petit tableau.

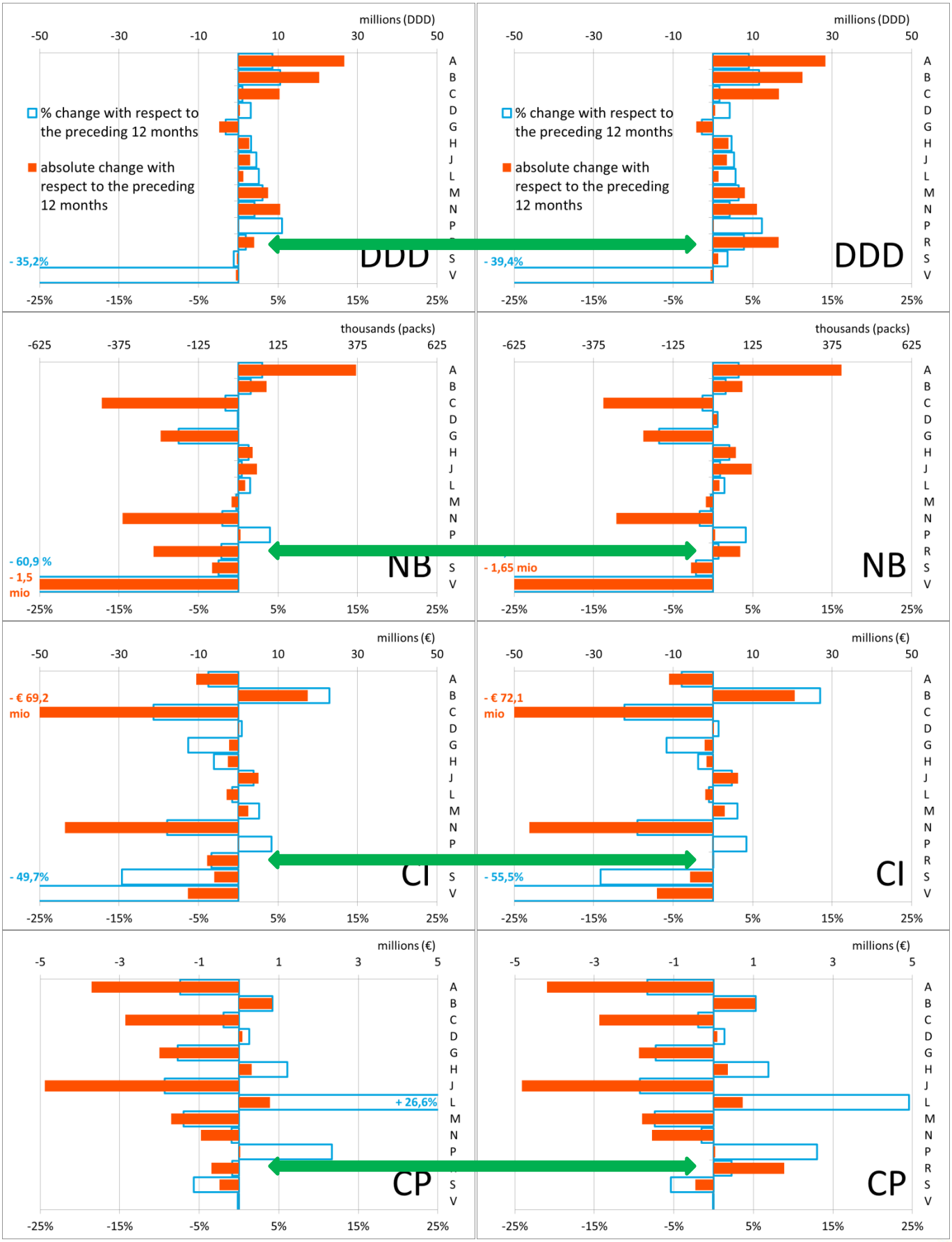


	DDD/NB	CI/DDD	CP/DDD	PP/DDD
201204	2,40%	-3,54%	-2,69%	-3,44%
201304	2,83%	-2,97%	-3,30%	-3,03%

Il montre qu'aux deux mois d'avril représentés, les baisses de prix au niveau des DDD sont plus importantes que 1,95%, et plus importantes aussi que l'augmentation des tailles, ce qui explique la baisse du chiffre d'affaires global, malgré une augmentation de la consommation.

Changements dans les classes ATC principales

avril 2012- mars 2013 par rapport à avril 2011-mars 2012 | mai 2012- avril 2013 par rapport à mai 2011-avril 2012



Le mois passé nous avions déjà remarqué que les répartitions des classes thérapeutiques principales ne changent pas beaucoup de 12 mois en 12 mois, que ce soit en volume (nombres de DDD ou de conditionnements (NB)), ou en dépenses (les dépenses de l'INAMI (CI – coût INAMI) ou les tickets modérateurs (CP – coût patient)). C'est pourquoi nous n'avions regardé dans le numéro précédent que les changements par rapport au 12 mois précédents. Si nous refaisons l'exercice aujourd'hui, nous constatons que les graphiques visualisant les changements sur 12 mois ne changent pas beaucoup non plus. Ci-dessus nous avons remis les graphiques des différences précédentes (à gauche) à côté des graphiques actualisés (à droite). Rappelons que ces graphiques représentent les différences en nombre ou en valeur (orange – repère au-dessus) ou en pourcentage (cadre bleu – repère en-dessous) entre 12 mois (avril 2012 – mars 2013) et les 12 mois précédents (avril 2011 – mars 2012) – à gauche. A droite il s'agit des différences entre les 12 derniers mois (mai 2012 – avril 2013) et les 12 mois précédents (mai 2011 – avril 2012). Et nous constatons que les seules différences importantes se situent dans la classe R du système respiratoire. Regardons donc ces différences d'un peu plus près. En analysant les données à un niveau plus détaillé, on observe que la différence s'explique en grande partie par le changement des conditions de remboursement du Spiriva® (R03BB04 - bromure de tiotropium) en avril 2012. Jusqu'à ce moment-là, le remboursement du Spiriva® était conditionné par le chapitre II de la réglementation INAMI mais, depuis lors, il est devenu remboursable sous des conditions du chapitre IV, c'est-à-dire moyennant une autorisation du médecin conseil de l'organisme assureur du patient. De ce fait, le nombre de conditionnements délivrés a chuté de 74.000 conditionnements en mars 2012 à 5.500 conditionnements le mois suivant. Dans les graphiques ci-dessus, on représente

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

- à gauche : [**avril 2012**- mars 2013] **moins** [avril 2011-mars 2012]
- à droite : [mai 2012- avril 2013] **moins** [mai 2011-**avril 2012**]

Le mois d'avril 2012 a donc bougé de la période qui est comparée vers la période à laquelle on compare, du côté « plus » au côté « moins », ce qui donne lieu à un « changement de signe », qui explique en grande partie les différences observées. A côté de l'effet Spiriva®, il y a aussi un effet similaire, mais moins fort, pour les antihistaminiques à usage systémique (R06). La délivrance de ces médicaments est soumise à des effets saisonniers, avec des maxima au printemps. Et il se fait qu'en avril 2012, la délivrance d'antihistaminiques était moins élevée qu'en avril 2011 ou en avril 2013, le « pic » de 2012 se situant plus tard dans l'année, en mai et en juin.

ZOOM sur les IPP

Le ZOOM de l'IPhEB Monthly de février 2011, avec les données jusque novembre 2010, portait sur les IPP. Il commençait ainsi :

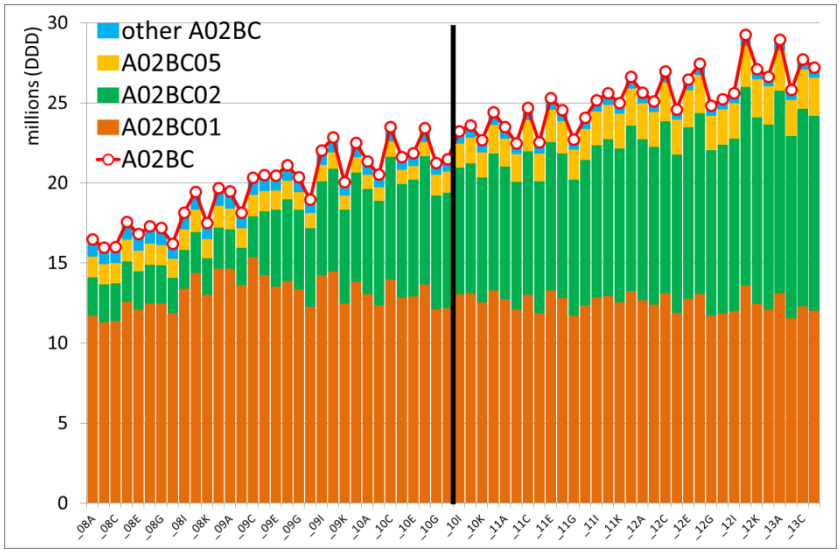
> *La Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) a revu les recommandations relatives aux inhibiteurs de la pompe à protons. Cette révision est liée aux médicaments avec contrôle a posteriori (chapitre II) et fait partie de l'exécution du point de l'accord médico-mutualiste 2009-2010 qui prévoit une mesure visant à encourager, lors de l'initiation d'un traitement, la prescription d'une des molécules moins onéreuses, notamment pour les IPP. Les modifications principales, en application à partir du 1ier septembre 2010 sont les suivantes :*
>
> - *en cas de reflux gastro-œsophagien et d'œsophagite de reflux, la CRM recommande de prescrire un IPP lorsque la situation clinique le demande, plutôt qu'en traitement continu ;*
> - *en cas de reflux œsophagien, l'endoscopie ne doit plus être effectuée endéans un certain délai. Les recommandations illustrent la nécessité de faire une endoscopie par quelques exemples typiques.*
>
> *Plus de détails se trouvent sur le site de l'INAMI (http://www.inami.fgov.be/drug/fr/drugs/recommendation/PPI_IPP.htm).*
>
> *L'application de la première recommandation devrait se traduire par la délivrance de plus petits conditionnements et conduire à une diminution de la consommation. Nous avons essayé de voir si les effets des nouvelles recommandations se manifestent déjà dans les données Ifstat.*

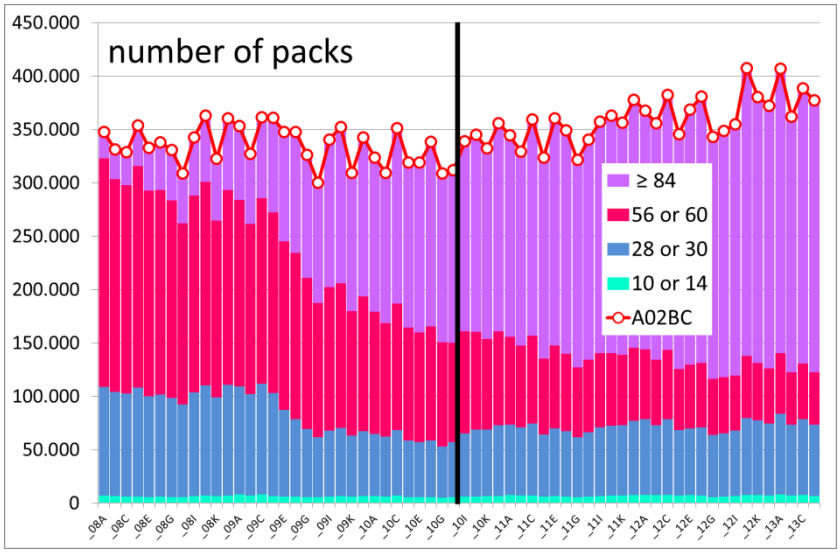
A ce moment là, on ne voyait pas beaucoup d'effet. On avait d'ailleurs constaté que :

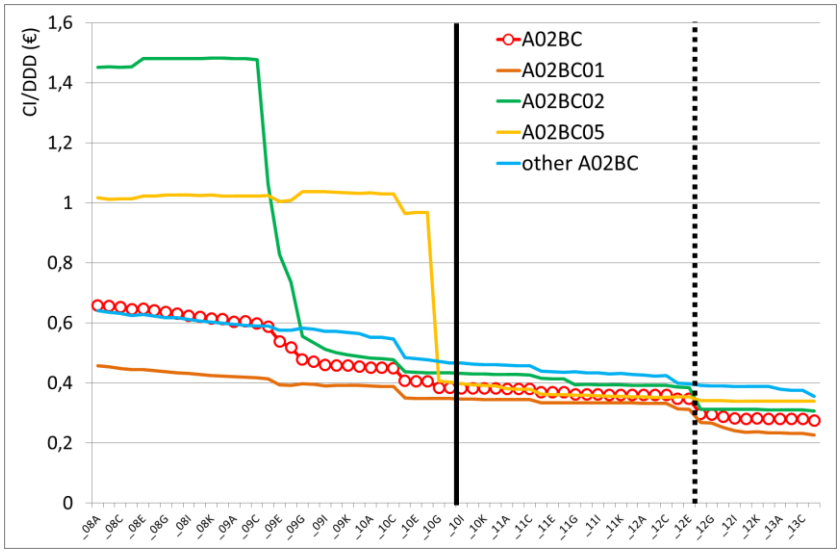
> *Le manque d'effet visible des nouvelles recommandations en matière de prescription d'IPP contraste fort avec ce qui s'est passé en juillet 2005, moment où les conditions de remboursement des antihistaminiques H2 oraux et des IPP avaient changé.*

Plus de deux ans se sont passés depuis. Regardons donc maintenant si nous voyons les effets escomptés.

Un premier graphique représente l'évolution de la consommation (mesurée en DDD) d'IPP par mois, de janvier 2008 à avril 2013. La deuxième moitié de cette période de 64 mois commence en septembre 2010, au moment où les nouvelles recommandations sont entrées en vigueur. On observe que la consommation totale d'IPP (en rouge, au-dessus des bâtonnets) a continué d'augmenter. Sur l'ensemble de la période représentée, la consommation mensuelle a presque doublé, d'environ 15 millions de DDD par mois au début de la période, à presque 30 millions de DDD à la fin de la période. Les nouvelles recommandations ne semblent pas avoir eu un grand effet sur la croissance de la consommation d'IPP. Les bâtonnets représentent la répartition selon les différentes molécules. Au début de la période représentée, la consommation d'oméprazole (A02BC01- en orange), augmentait. Ensuite elle a diminué jusqu'environ 12,5 millions de DDD par mois et elle se maintient à ce niveau depuis septembre 2010. Ce qui frappe le plus, c'est l'augmentation de la consommation de pantoprazole (A02BC02 - en vert). Ces dernier mois, la consommation de pantoprazole dépasse celle d'oméprazole. La consommation







d'es-oméprazole (A02BC02 – en jaune) augmente également, mais elle reste bien inférieure à celle de l'oméprazole ou du pantoprazole. Il y a encore d'autres IPP (en bleu), le lansoprazole et le rabéprazole, dont la consommation est très réduite.

Le deuxième graphique représente l'évolution du nombre de conditionnements (en rouge, au-dessus des bâtonnets) pendant cette même période. Le nombre de boîtes par mois est plus stable, mais il est tout de même plus élevé vers la fin de la période (400.000 par mois) qu'au début (350.000 par mois). Dans ce deuxième graphique, la répartition des bâtonnets est en fonction de la taille des conditionnements, en nombre de comprimés. On observe que le nombre de petits conditionnements de 10 ou 14 comprimés (en vert clair) est très réduit. Au début de la période représentée, environ 100.000 conditionnements à 28 ou 30 comprimés (en bleu) étaient délivrés par mois. Dans le courant de 2009, ce nombre a diminué, et dans la deuxième moitié de la période ce nombre est assez stable, avec une moyenne de 65.000 boîtes par mois. Ce qui frappe, c'est la diminution du nombre de boîtes à 56 ou 60 comprimés (en fuchsia), et l'augmentation spectaculaire de grandes boîtes (au moins 84 comprimés - en mauve).

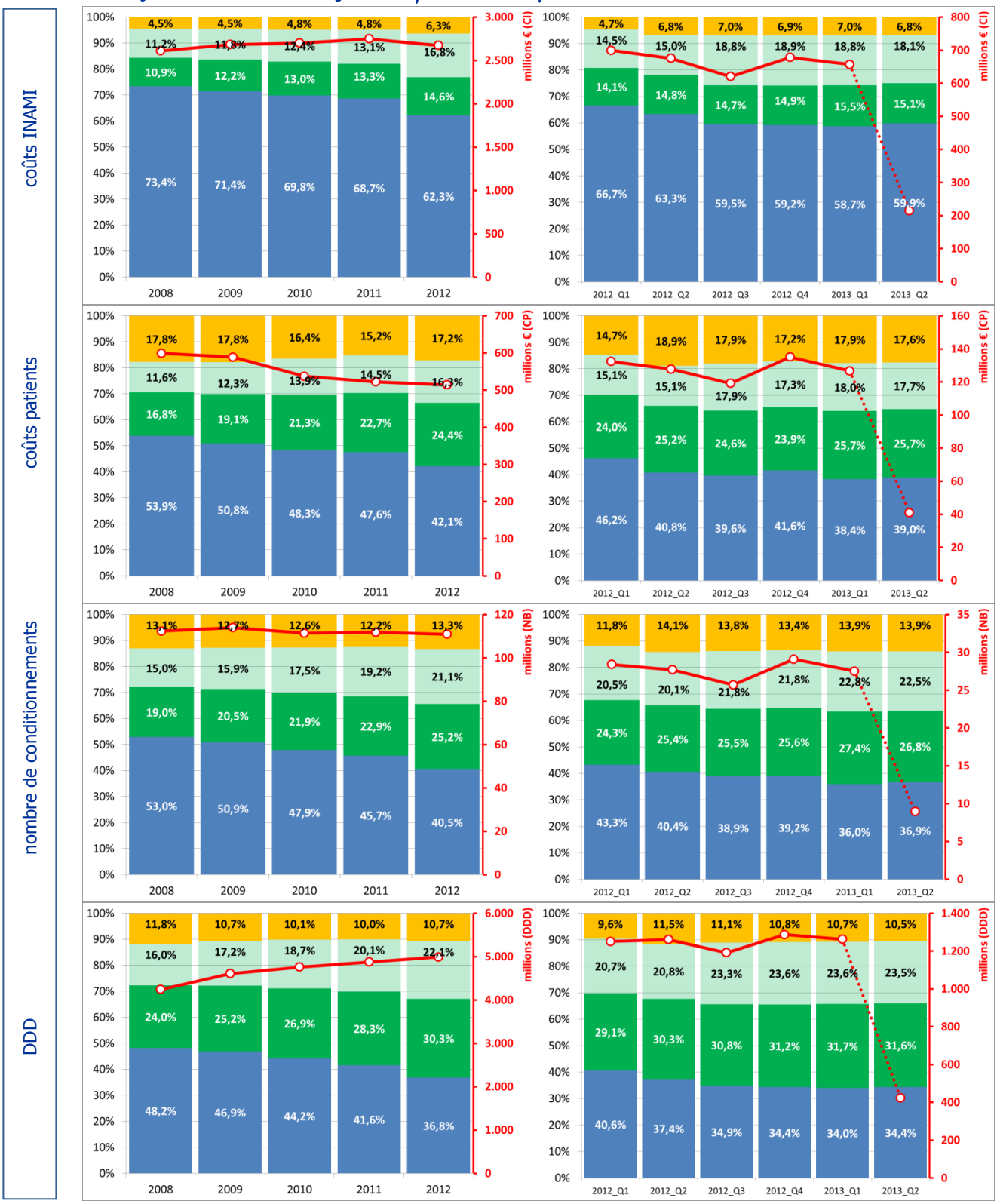
Malgré les recommandations quant au bon usage des IPP, nous ne voyons pas dans les données les effets attendus sur la consommation ou sur la taille des conditionnements.

Mais, malgré l'augmentation de la consommation, il y a une diminution des dépenses, aussi bien les dépenses de l'INAMI que celles des patients. À titre d'illustration, ce troisième graphique avec l'évolution, toujours pendant la même période, du coût INAMI par DDD (CI/DDD) pour les IPP. Le coût moyen pour l'ensemble des IPP est en rouge. Les autres coûts représentés sont les coûts moyens par DDD des différentes substances actives. L'oméprazole (en orange) reste l'IPP le moins cher. Il est vrai qu'il y a déjà des génériques de l'oméprazole depuis 2002, tandis que les génériques du pantoprazole (en vert) sont arrivés en 2009, moment qui correspond à la chute du CI/DDD dans le graphique, et au départ de l'augmentation de la consommation dans le premier graphique de la page.

Les premiers génériques de l'es-oméprazole ne sont arrivés qu'en 2011. Mais grâce à la diminution de plus de 50% du prix moyen d'une DDD en juillet 2010, le remboursement de l'es-oméprazole passait des conditions du chapitres IV (attestation) aux conditions du chapitre II de la réglementation INAMI (contrôle a postériori) et il devenait donc remboursable dans les mêmes conditions que les autres IPP. La consommation de l'es-oméprazole a certes augmenté depuis, mais pas dans les mêmes proportions que celle du pantoprazole (cf. premier graphique). On voit que dans la deuxième moitié de la période représentée, les coûts INAMI par DDD se sont alignés. Dans le cadre des mesures d'économie de 2012, un plafond de remboursement a été fixé pour chaque molécule de la classe des anti-ulcéreux gastriques, plafond qui correspond au prix le plus bas, augmenté de 10%. Cela a conduit à la baisse du CI par DDD que l'on observe en juin 2012. Depuis plus aucune intervention INAMI ne dépasse les 40 eurocents/DDD. Mais les différences relatives restent importantes (du simple au double). Ce petit tableau donne les valeurs pour les extrémités du graphique :

CI/DDD	moyenne	oméprazole	pantoprazole	es-oméprazole	autres IPP
janvier 2008	€ 0,66	€ 0,46	€ 1,45	€ 1,02	€ 0,64
avril 2013	€ 0,28	€ 0,23	€ 0,31	€ 0,34	€ 0,36

Remboursement de référence ou non, génériques & copies, bon marché & chers



Légende :

- expensive (% of total)
- cheap originals (% of total)
- generics (% of total)
- not refpricing (% of total)
- total (mio € or mio)

Ces graphiques visualisent la répartition des coûts INAMI, des coûts patients (tickets modérateurs), du nombre de conditionnements et du nombre de DDD selon qu'il s'agit de médicaments en dehors du remboursement de référence (not refpricing), ou dedans : génériques ou copies (generics), originaux dont le prix égale la base de remboursement (cheap originals) ou originaux dont le prix dépasse la base de remboursement (expensive). Le trait rouge montre l'évolution de la valeur absolue correspondante (repérée sur l'axe vertical droit). A gauche on voit l'évolution annuelle, à droite l'évolution par trimestre depuis la reprise des petits risques des indépendants dans l'assurance obligatoire. Pour l'instant la dernière année représentée est l'année 2012 (complète) et le dernier trimestre représenté est le deuxième trimestre de 2013, incomplet.