

“IPhEB-Report” October 2025 publication (Augustus 2025 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)
2018	2.672	472,2	3.135	101,7	253,4	5.232	7,726	7,6%	2,54	1,0%
2019	2.675	459,1	3.134	101,5	252,6	5.280	3,961	3,9%	12,93	5,1%
2020	2.742	412,8	3.155	97,0	254,8	5.210	2,343	2,4%	14,04	5,5%
2021	2.862	389,2	3.251	98,6	254,7	5.270	2,296	2,3%	15,33	6,0%
2022	3.042	397,0	3.439	101,3	265,5	5.304	2,103	2,1%	5,86	2,2%
2023	3.302	409,3	3.711	103,4	279,7	5.445	2,484	2,4%	4,15	1,5%
2024	3.748	433,8	4.182	105,7	293,1	5.684	2,575	2,4%	4,76	1,7%
2025 (pred.)	3.840	438,0	4.278	106,8	291,1	5.730	2,700	2,5%	5,00	1,7%
2024/2023	+13,5%	+ 6,0%	+12,7%	+ 2,2%	+ 4,8%	+ 4,4%	+ 3,7%		+14,7%	
2025/2024	+2,5%	+1,0%	+2,3%	+1,0%	-0,7%	+0,8%	+4,9%		+5,1%	
202409	293,7	34,46	328,2	8,50	27,33	453,7	0,208	2,4%	0,583	2,1%
202410	339,6	40,23	379,9	9,96	23,61	497,0	0,241	2,4%	0,301	1,3%
202411	309,6	37,26	346,9	9,21	23,37	471,1	0,224	2,4%	0,471	2,0%
202412	329,9	39,34	369,2	9,59	27,08	515,4	0,241	2,5%	0,504	1,9%
202501	311,9	36,58	348,5	8,93	24,28	471,6	0,224	2,5%	0,483	2,0%
202502	290,3	33,47	323,8	8,16	23,29	435,2	0,207	2,5%	0,376	1,6%
202503	303,7	35,24	338,9	8,54	26,15	466,1	0,216	2,5%	0,412	1,6%
202504	316,3	36,47	352,8	8,87	22,16	484,9	0,225	2,5%	0,409	1,8%
202505	316,2	36,16	352,4	8,76	23,36	485,8	0,229	2,6%	0,463	2,0%
202506	323,2	36,62	359,8	8,88	25,07	492,8	0,224	2,5%	0,363	1,4%
202507	317,8	35,31	353,1	8,56	23,32	473,3	0,218	2,5%	0,393	1,7%
202508	295,7	32,65	328,4	7,80	24,08	436,5	0,199	2,5%	0,325	1,3%

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 couts 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 la consommation des médicaments de la sclérose en plaques

L'INAMI organise au mois de novembre une conférence de consensus sur les médicaments de la sclérose en plaques (SEP). C'est l'occasion pour l'IPhEB de faire le point sur l'utilisation de ces médicaments dans le cadre de l'officine ouverte au public.

Le tableau suivant reprend les médicaments disponibles en officine ouvertes au public et destinés plutôt à ralentir l'évolution ou prévenir de nouvelles rechutes de la maladie. Il s'agit essentiellement de médicaments utilisés en première ligne de traitement. Depuis peu, certains médicaments de deuxième ligne sont également remboursables en ambulatoire : les anticorps monoclonaux natalizumab, depuis juillet 2024, et omalizumab, depuis septembre 2021.

ATC 4	ATC 4 Nom	ATC 5	ATC 5 Nom	Spécialités	Remboursement INAMI	Age
					Indication	
L03AB	Interférons	L03AB07	Interféron bêta-1a	Avonex	\$253 sclérose en plaques - soit caractérisée par une seule poussée - soit de la forme récurrente-rémittente	-
				Rebif	\$239 sclérose en plaques - soit caractérisée par une seule poussée - soit de la forme récurrente-rémittente - soit en phase secondairement progressive (au moins 1 poussée durant les 2 dernières années)	-
		L03AB08	Interféron bêta-1b	Betaferon	\$495 sclérose en plaques - soit caractérisée par une seule poussée - soit de la forme récurrente-rémittente - soit en phase secondairement progressive (au moins 1 poussée durant les 2 dernières années)	-
		L03AB13	Peginterféron bêta-1a	Plegridy	\$761 sclérose en plaques de la forme récurrente-rémittente	>=18
L03AX	Autres immunostimulants	L03AX13	Acétate de glatiramer	Copaxone - Glatiramyl	\$131 sclérose en plaques - soit caractérisée par une seule poussée - soit de la forme récurrente-rémittente	-
L04AE	Modulateurs de récepteurs à la S1P	L04AE02	Ozanimod	Zeposia	\$761 sclérose en plaques de la forme récurrente-rémittente	>=18
		L04AE03	Siponimod	Mayzent	\$1097 Sclérose en plaques active de forme secondaire progressive	>=18
		L04AE04	Ponésimod	Ponvory	\$1119 sclérose en plaques de la forme récurrente	>=18
L04AG	Anticorps Monoclonaux	L04AG03	Natalizumab	Tysabri	\$1289 sclérose en plaques de la forme récurrente	>=18
		L04AG12	Ofatumumab	Kesimpta	\$1085 sclérose en plaques de la forme récurrente	>=18
L04AK	Inhibiteurs de DHODH	L04AK02	Tériflunomide	Aubagio	\$1161 (<=40kg) - &712 (>40kg) sclérose en plaques de la forme récurrente-rémittente	>=10
				Teriflunomide EG - Teriflunomide Viatrix	\$712 (>40kg) sclérose en plaques de la forme récurrente-rémittente	>=10
L04AX	Autres immuno-suppressants	L04AX07	Fumarate de diméthyle	Tecfidera	\$768 et \$1172 sclérose en plaques de la forme récurrente-rémittente	\$768 : >=18 \$1172 : >=13 et <18

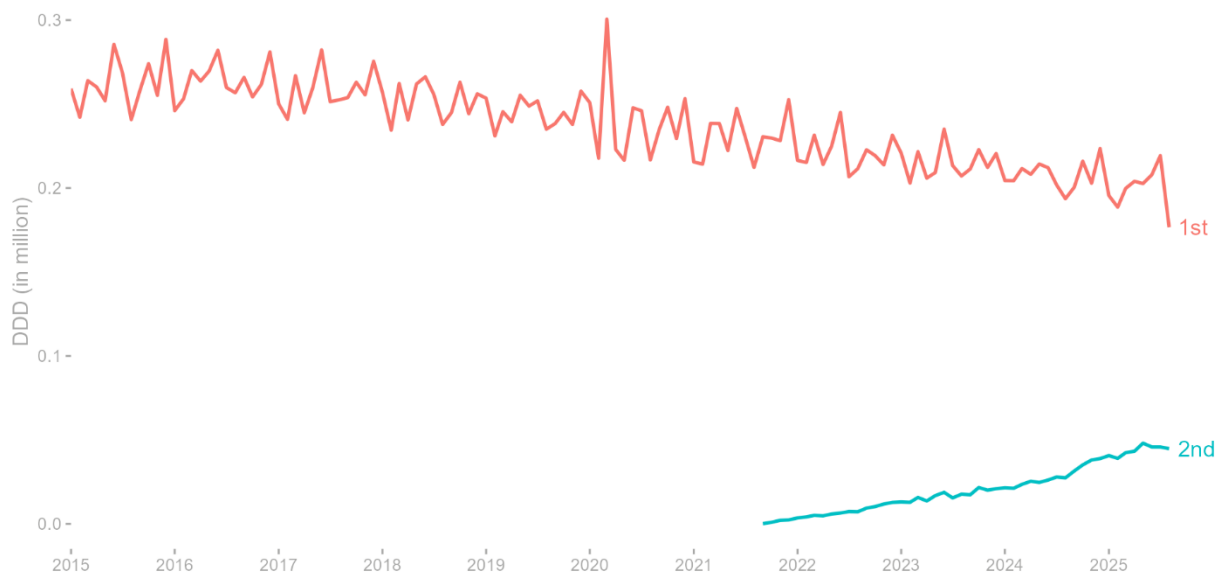
De nombreux autres médicaments de deuxième ligne sont disponibles en Belgique mais sont réservés à la délivrance en milieu hospitalier. Il s'agit de l'alemtuzumab, l'ocrélizumab, l'ofatumumab, l'ublituximab, la cladribine et la mitoxantrone.

A côté de ces médicaments, des traitements symptomatiques visant à soulager la spasticité musculaire ou les difficultés de marche sont parfois ajoutés : on utilise principalement le baclofène, la tizanidine et la fampridine. Les deux premiers sont remboursables sans autorisation mais sont aussi utilisés dans d'autres indications que la SEP. La fampridine est actuellement encore remboursée moyennant une autorisation du médecin conseil mais l'usage est limitée aux patients en cours de traitement ; de nouveaux patients ne peuvent plus obtenir le remboursement (§ 868). En milieu hospitalier, le cannabis (Sativex) et la toxine botulinique sont également indiqués pour les états spastiques de la SEP.

Aperçu global de la consommation

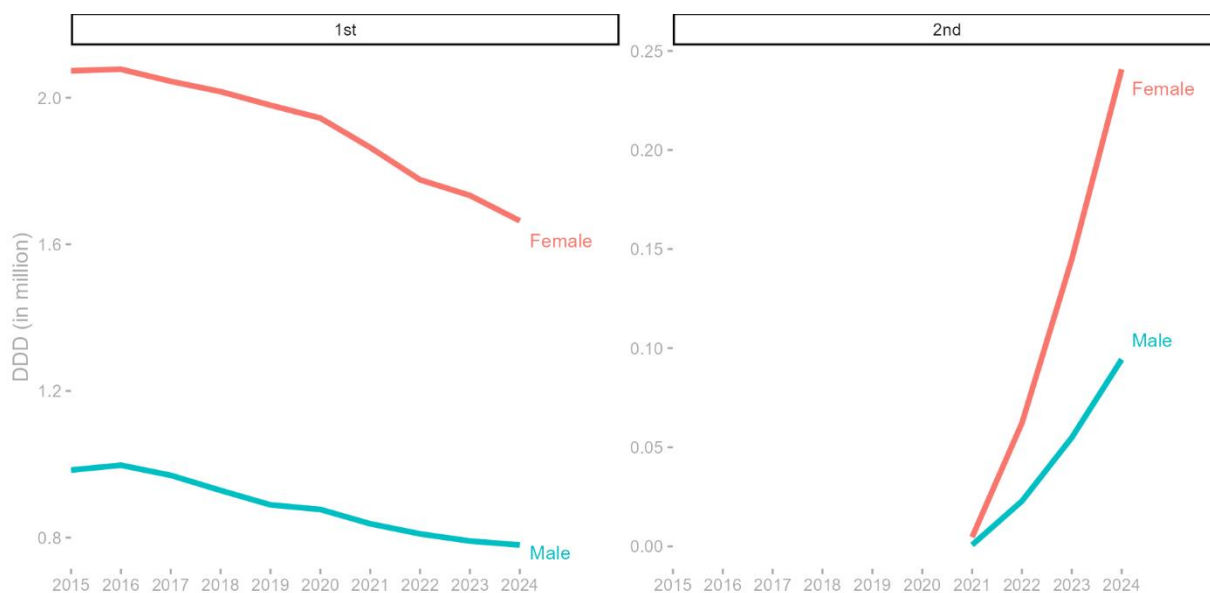
On constate une diminution continue du nombre de DDD délivrés de médicaments de première ligne depuis 2017. Inversement, depuis leur apparition sur le marché en 2021, on observe une croissance continue des médicaments de deuxième ligne.

Figure 1 : Consommation mensuelle (DDD) des médicaments de la sclérose en plaques



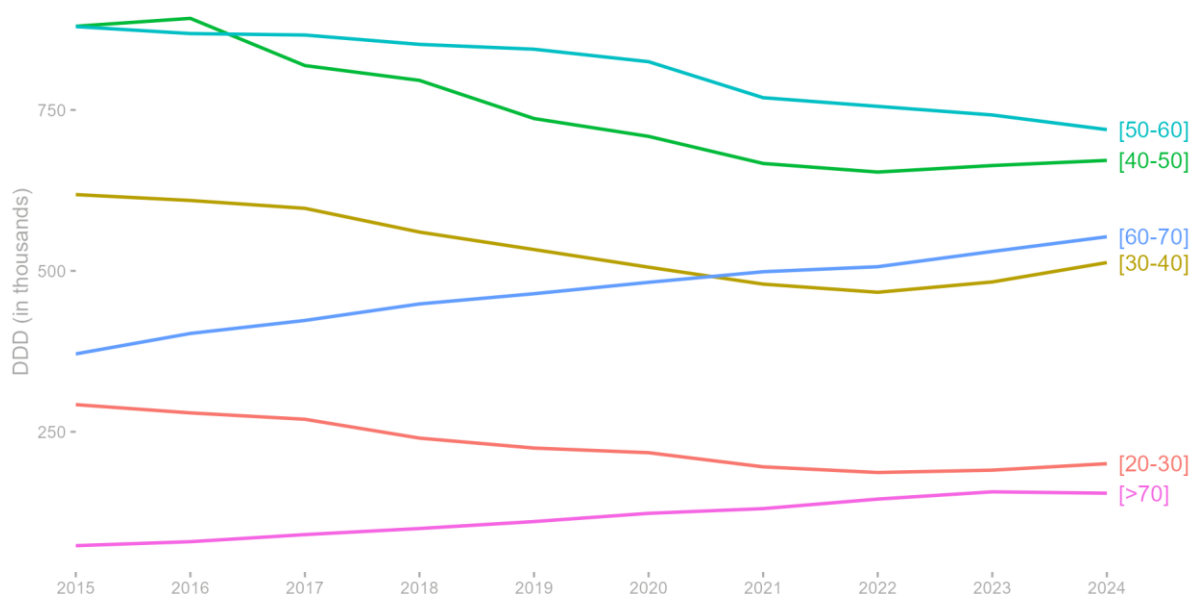
Une autre constatation importante est la différence de genre : la consommation des femmes est plus de 2 fois plus importante que celle des hommes pour les médicaments de première ligne et près de trois fois plus pour les médicaments de seconde ligne.

Figure 2 : Consommation des médicaments de la sclérose en plaques selon le genre



Le graphique suivant illustre également la répartition de la consommation en fonction des tranches d'âge. Le groupe de moins de 20 ans n'est pas représenté ici car les données sont très faibles (quelques milliers de DDD par an).

Figure 3 : Consommation en DDD de l'ensemble des médicaments de la SEP par tranche d'âge



Le coût INAMI des médicaments de 1ère ligne est relativement stable jusqu'en 2022. Il baisse fortement entre 2021 et 2023 avec les diminutions successives des prix du glatiramer, du diméthylfumarate et du tériflunomide. Il semble ensuite retrouver la croissance avec, d'une part, l'apparition en 2012 des modulateurs des récepteurs à la sphingosine-1-phosphate (S1P), plus chers, et dont l'usage augmente progressivement et, d'autre part avec la ré-augmentation du prix du diméthylfumarate à son niveau d'avant 2023. Quant aux médicaments de seconde ligne, introduits fin 2021 et nettement plus coûteux, ils sont déjà responsables de près de 30% du coût INAMI des médicaments de la SEP en ambulatoire.

Figure 4 : Evolution du coût INAMI mensuel des médicaments de la SEP

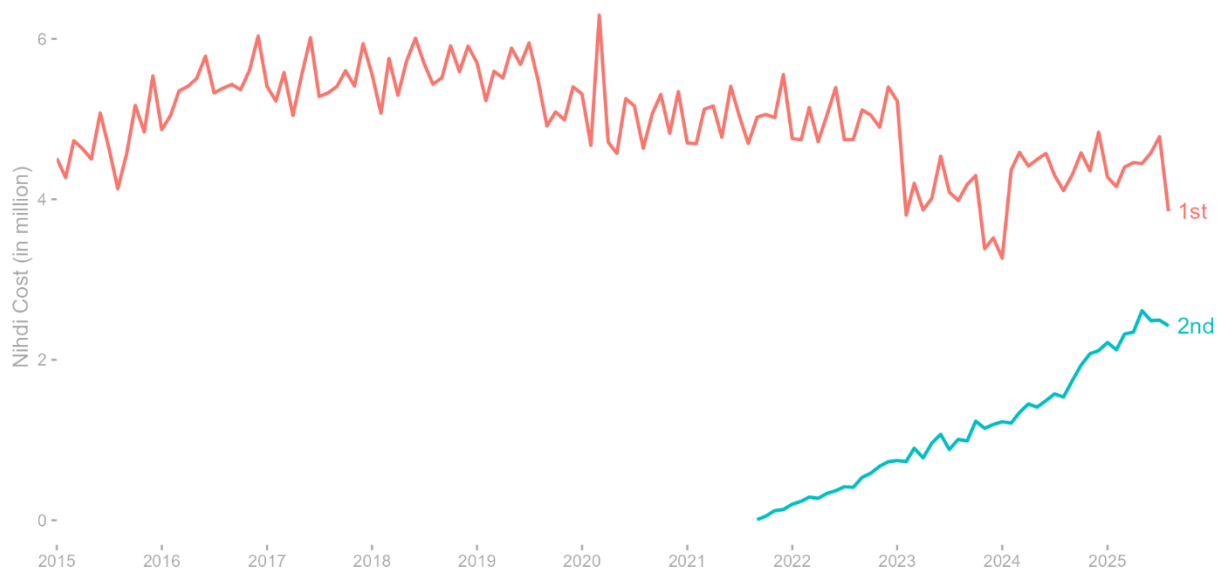
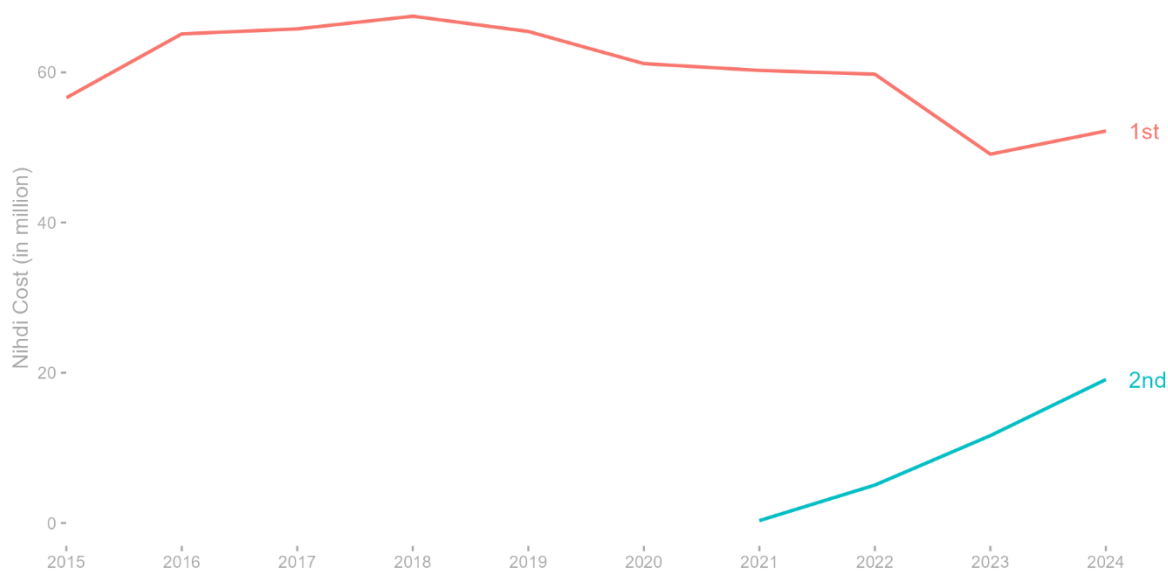
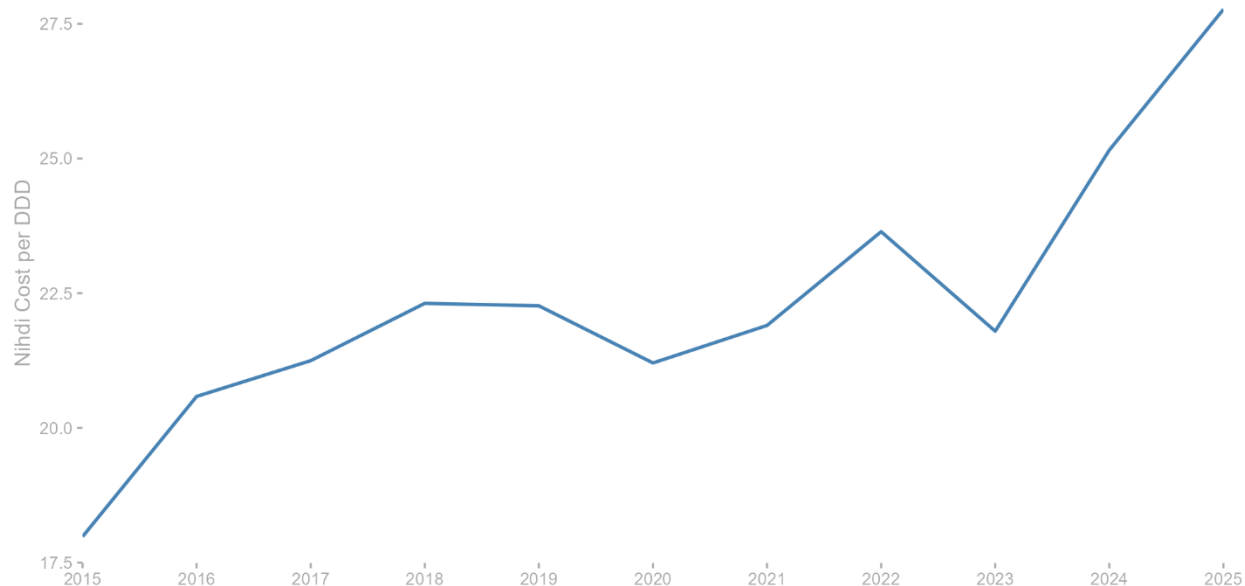


Figure 5 : Coût INAMI annuel des médicaments de la SEP



Si l'on observe le coût moyen par DDD pour l'ensemble de ces médicaments, on observe une augmentation constante, à l'exception de l'année 2020, et une croissance très importante ces 2 dernières années.

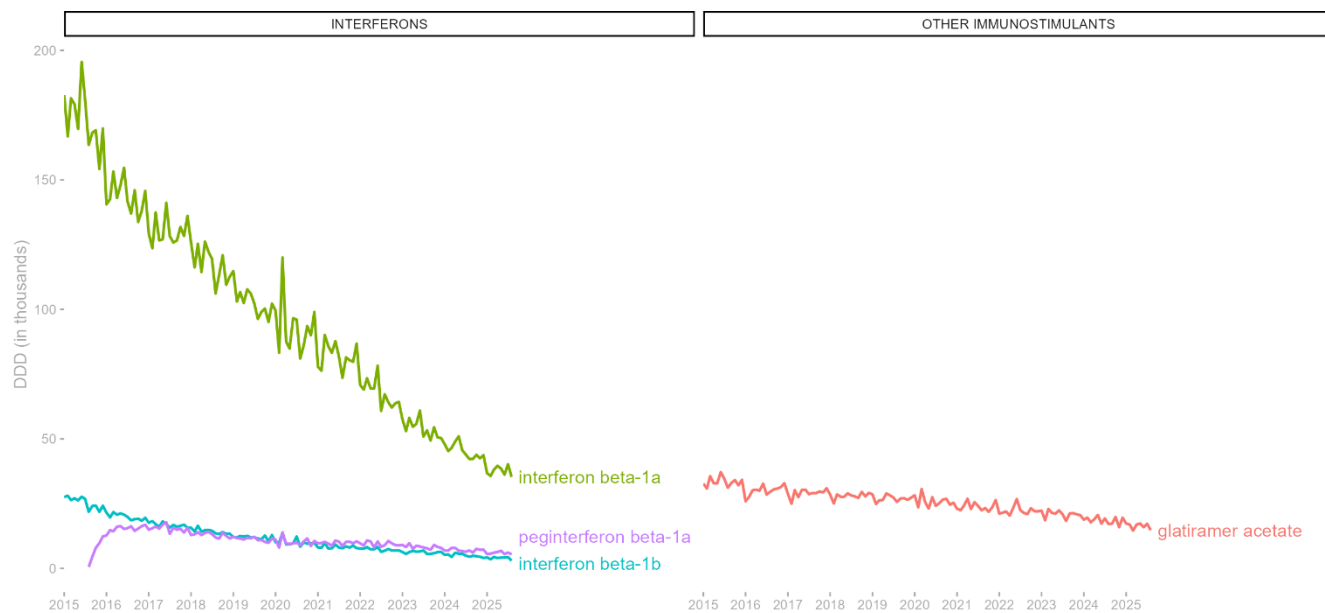
Figure 6 : Coût INAMI moyen par DDD pour les médicaments de la SEP



Analyse par classe de médicaments

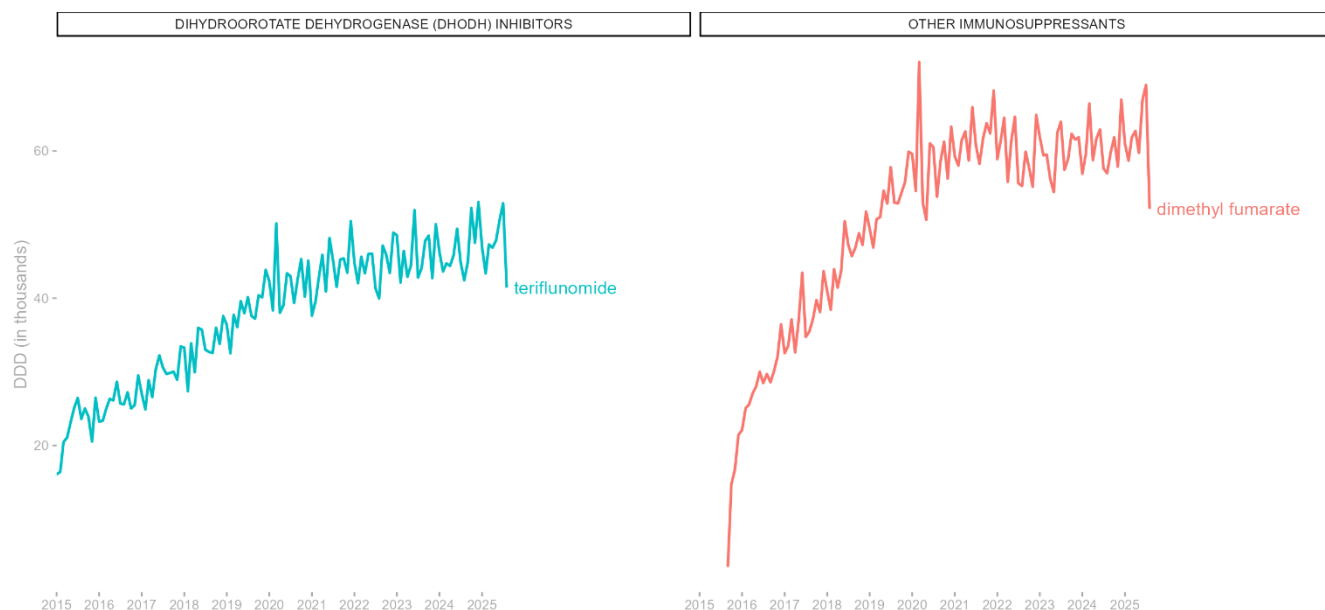
En analysant l'évolution de la consommation par classe des médicaments de première ligne, on observe une diminution constante de tous les interférons. Il en est de même pour le glatiramer mais de façon moins spectaculaire.

Figure 7 : Evolution mensuelle de la consommation des interférons et du glatiramer



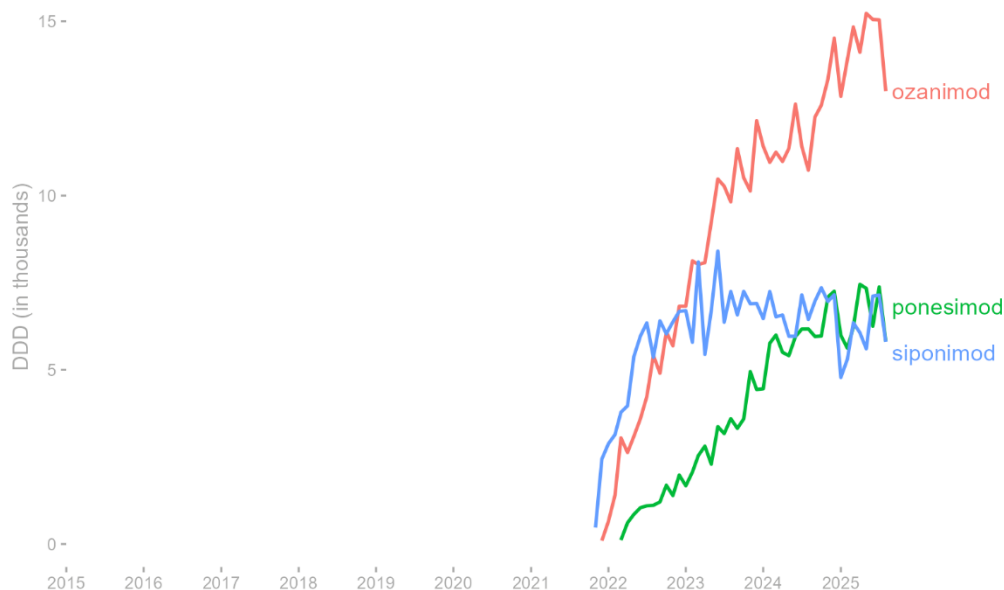
On voit, dès leur mise sur le marché, une utilisation croissante du diméthylfumarate et du tériflunomide, tous deux administrés par voie orale. A partir de 2021, cette augmentation s'arrête et la consommation se stabilise.

Figure 8 : Evolution mensuelle de la consommation de tériflunomide et de diméthylfumarate



C'est à cette époque qu'apparaissent sur le marché les modulateurs du récepteur à la sphingosine-1-phosphate, également administrés par voie orale, qui sont encore actuellement en pleine croissance, sauf en ce qui concerne le siponimod qui semble stable depuis 2 ans.

Figure 9 : Evolution mensuelle de la consommation¹ des modulateurs des récepteurs à la S1P²

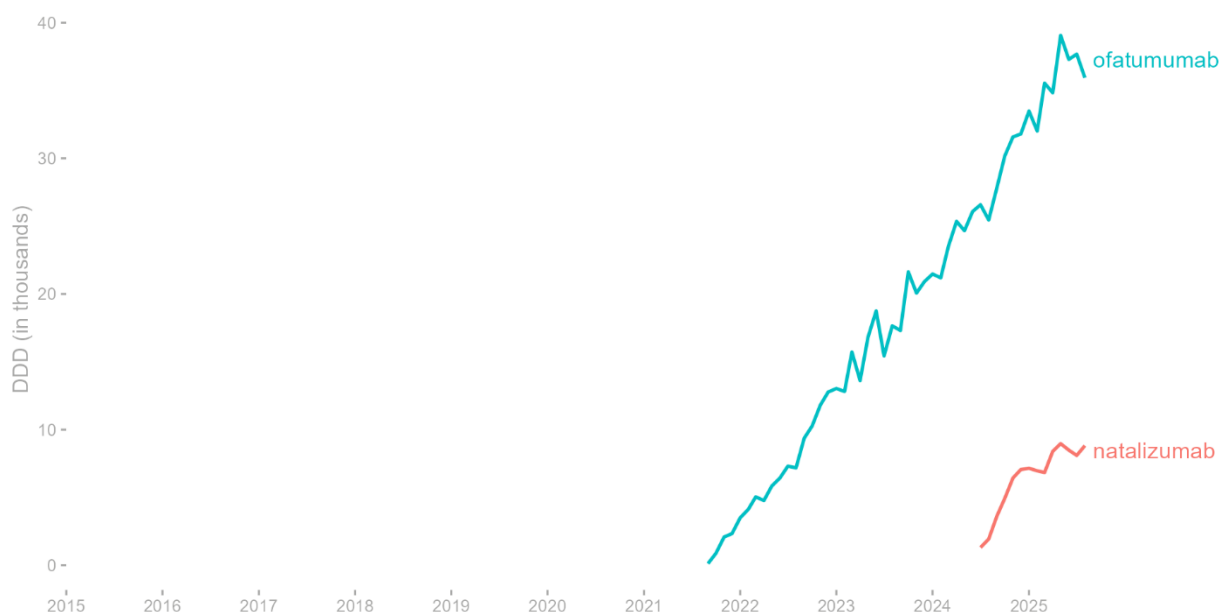


En ce qui concerne les médicaments de 2ème ligne, seuls 2 produits sont remboursables en officine ouverte au public : l'ofatumumab depuis septembre 2021 et le natalizumab depuis juillet 2024. Ce dernier était déjà remboursé depuis plusieurs années en milieu hospitalier sous forme de perfusion. C'est la forme sous-cutanée qui est remboursable en officine depuis 2024. Pour tous deux, depuis leur apparition sur le marché, la croissance est importante et continue.

¹ Notons ici pour l'interprétation de ces données que la DDD du siponimod n'est pas officiellement attribuée : l'IPhEB a attribué la valeur de 1 mg pour la réalisation de ces graphiques.

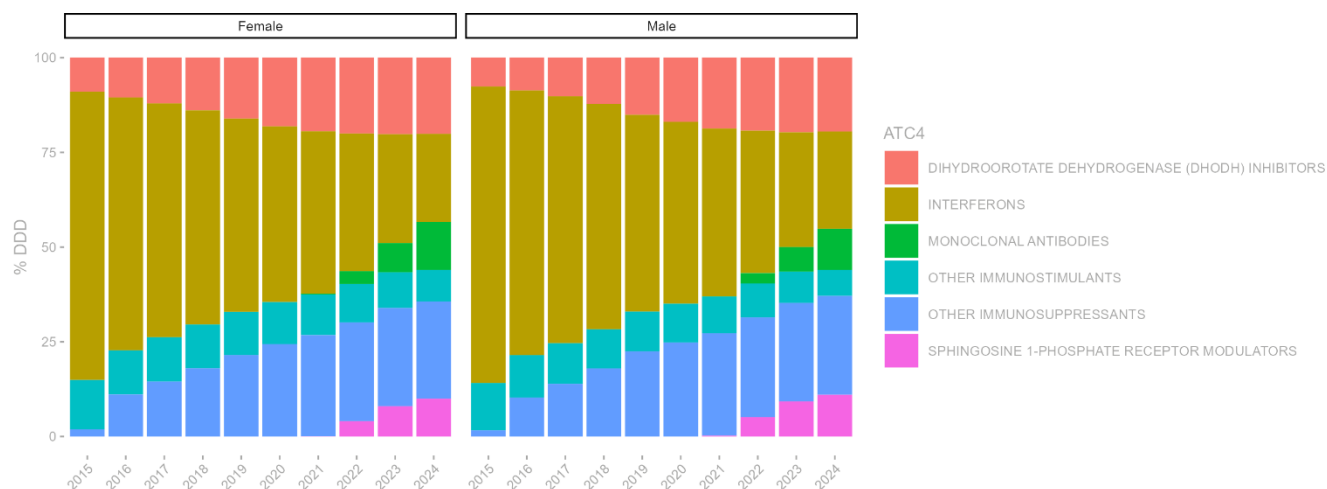
² L'ozanimod est aussi remboursé pour la rectocolite hémorragique. Afin de limiter les données à la SEP, les prescriptions des gastroentérologues ont été exclues de l'analyse.

Figure 10 : Evolution mensuelle de la consommation des médicaments de 2ème ligne (anticorps monoclonaux)



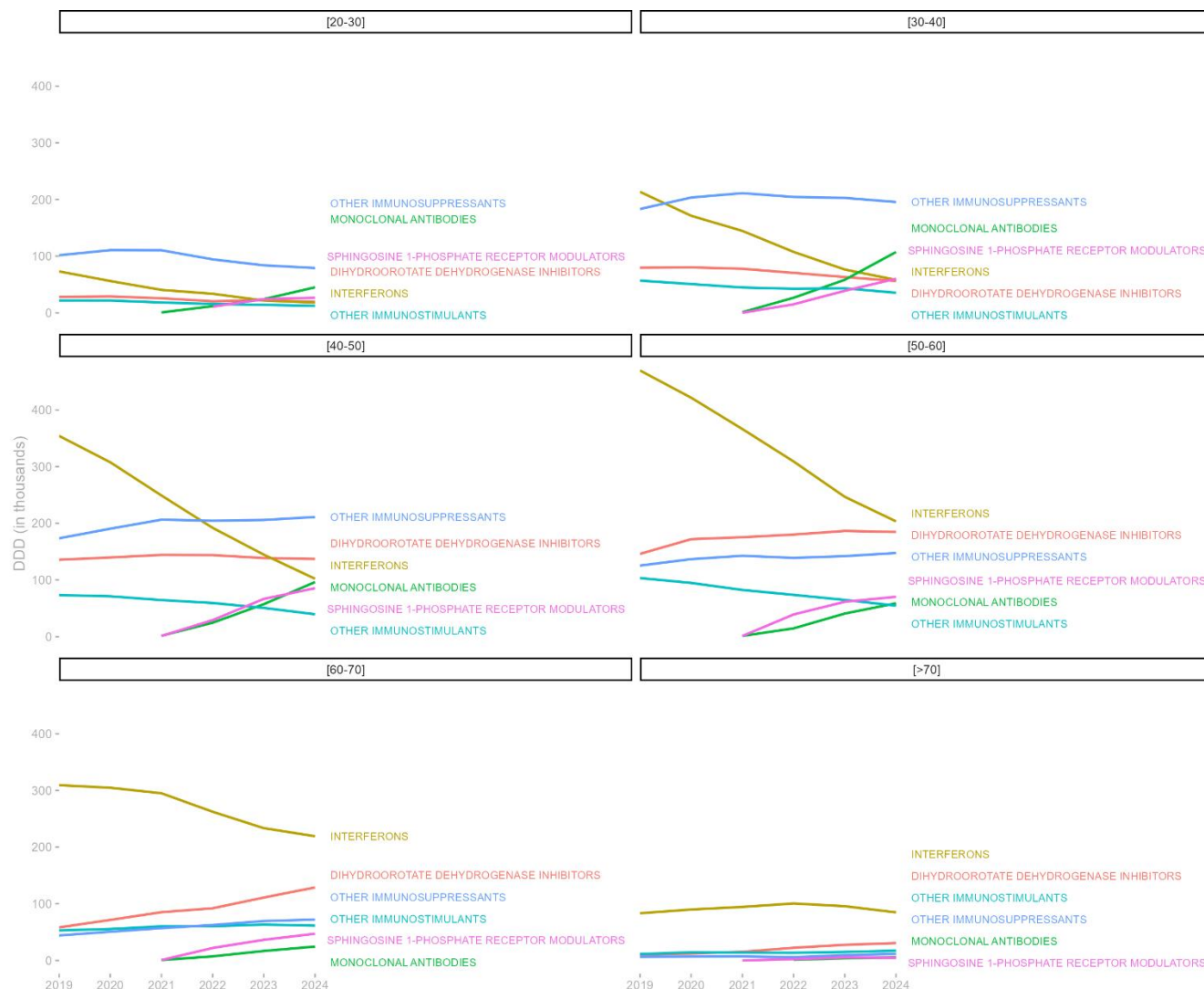
Si l'on compare la consommation des différentes classes en fonction du sexe, on constate une évolution comparable, si ce n'est une proportion plus importante de l'usage des anticorps monoclonaux chez les femmes.

Figure 11 : Consommation relative des différentes classes de médicaments de la SEP selon le genre



Analyse par groupes d'âge

Figure 12 : Consommation des différentes classes de médicaments de la SEP en fonction de l'âge des patients



En analysant la consommation en fonction de l'âge, on constate que les anciens médicaments sont les plus utilisés dans les tranches d'âge supérieures : ainsi, les interférons, qui sont globalement en baisse importante, restent les plus prescrits pour les plus de 60 ans et leur consommation est plus stable dans ce groupe d'âge. Le tétriflunomide est prépondérant dans la tranche 50-60 ans tandis que c'est le diméthylfumarate qui l'est pour les 20 à 50 ans. C'est dans le groupe de 30 à 50 ans que les modulateurs du récepteur à la sphingosine-1-phosphate et les anticorps monoclonaux sont le plus utilisés.

Analysons de plus près la consommation selon l'âge des médicaments les plus récents, à savoir les modulateurs du récepteur à la SP1P et les anticorps monoclonaux. Les graphiques indiquent que ces médicaments sont surtout utilisés pour les groupes d'âge de 30 à 50 ans. On constate toutefois que le siponimod est plus utilisé chez les patients plus âgés.

Figure 13 : Evolution de la consommation mensuelle des modulateurs du récepteur à la S1P, selon le groupe d'âge

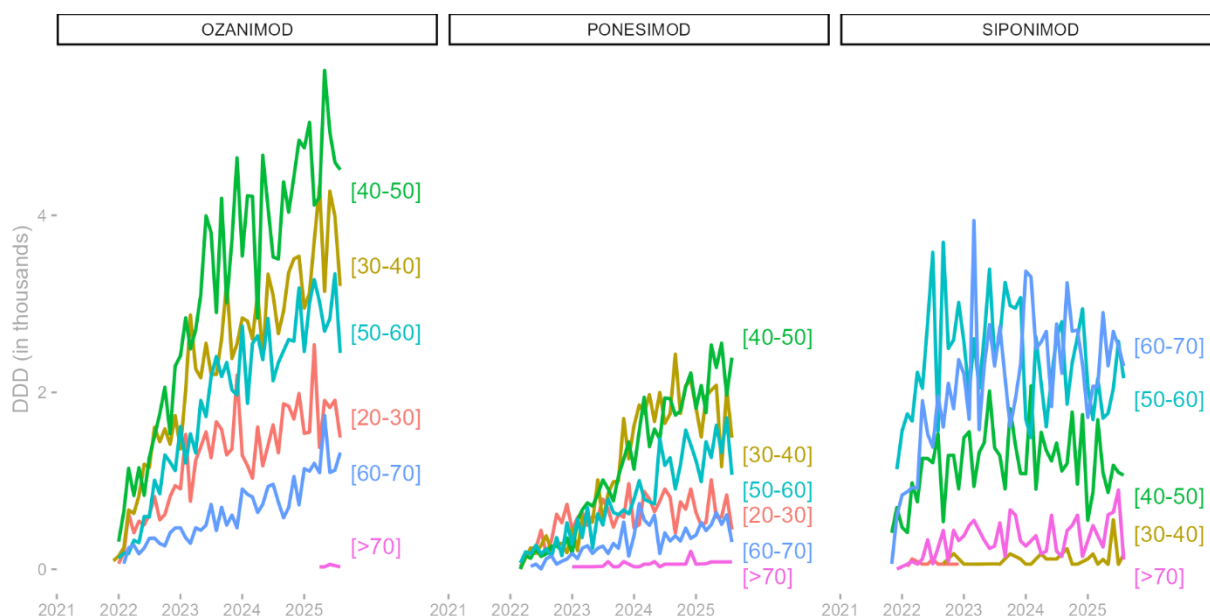
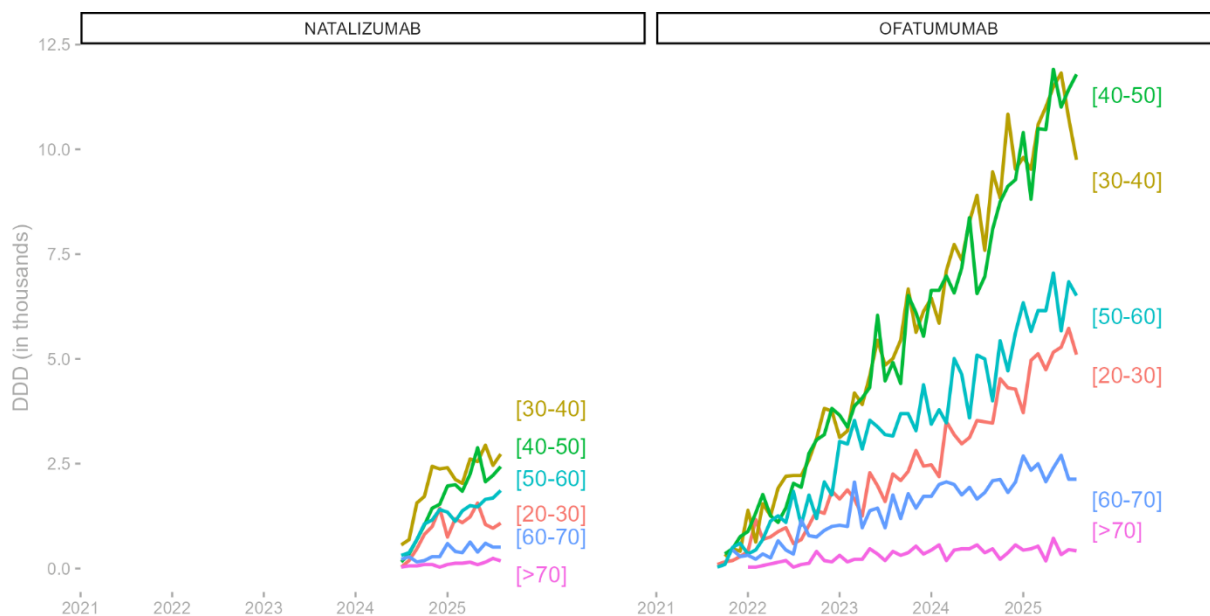


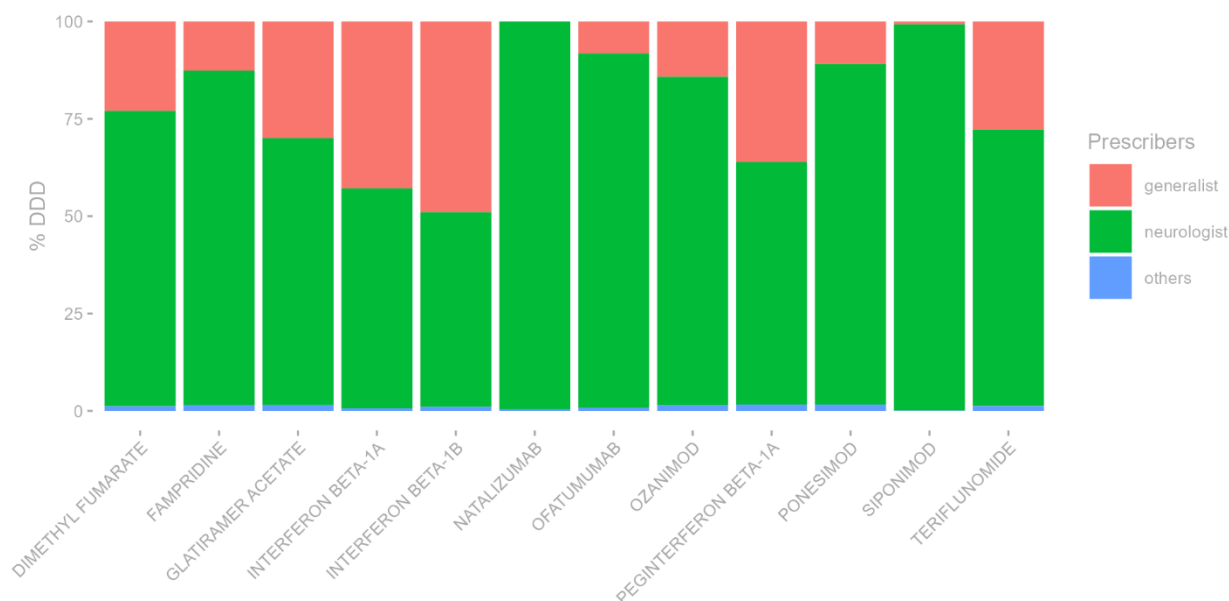
Figure 14 : Evolution mensuelle de la consommation des anticorps monoclonaux, selon le groupe d'âge



Analyse par prescripteur

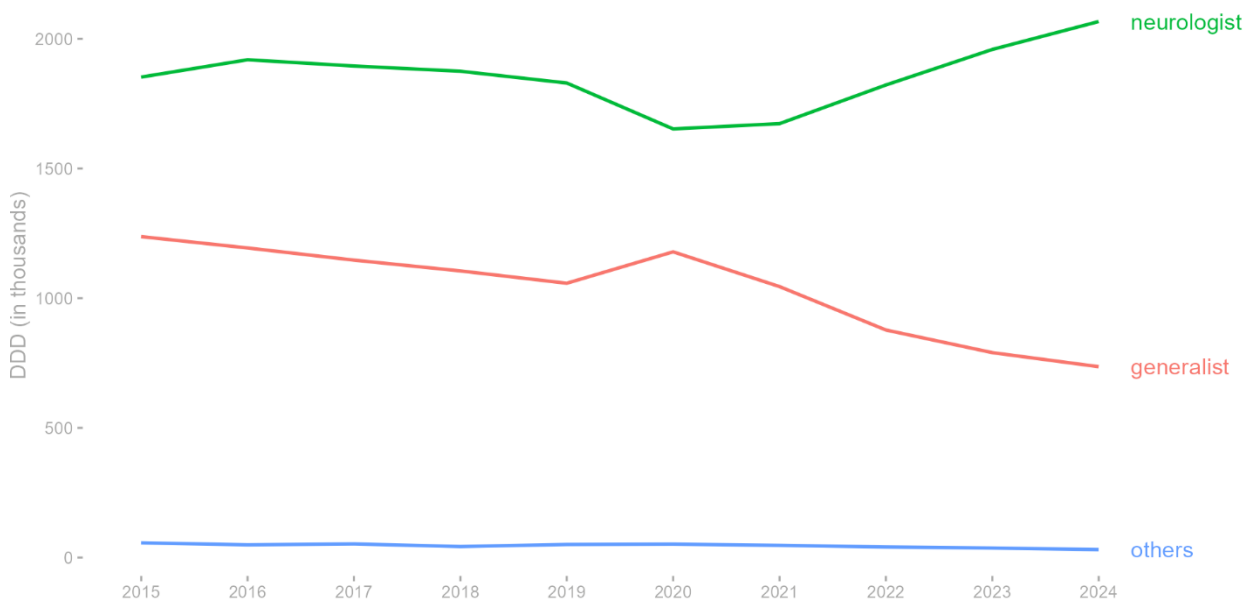
En s'intéressant aux prescripteurs de ces médicaments, on constate logiquement que la majorité des prescriptions sont rédigées par les neurologues. Le graphique suivant illustre clairement ce fait pour l'année 2024. Ce sont surtout les anciens produits (interférons, glatiramer, diméthylfumarate et tériflunomide) qui sont prescrits par les généralistes.

Figure 15: Proportion de la prescription des médicaments de la SEP selon la spécialité du médecin



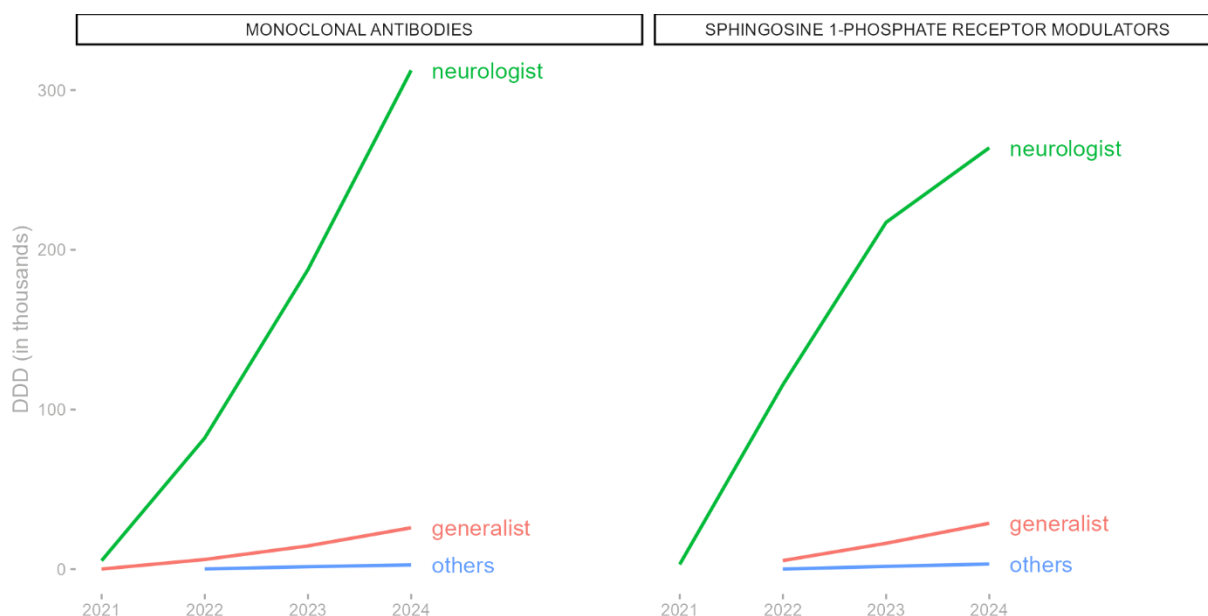
En observant l'évolution annuelle, il apparaît clairement que la proportion de prescriptions de généralistes diminue au cours du temps, à l'exception notable de la période de pandémie. Ceci n'est pas étonnant étant donné la diminution constante et importante de l'utilisation des interférons et du glatiramer.

Figure 16 : Evolution exprimée en DDD de la prescription de médicaments de la SEP selon la spécialité du médecin



L'apparition des nouveaux produits (modulateurs du récepteur à la S1P et anticorps monoclonaux) en 2021 accentue encore le phénomène, comme le montrent les graphiques ci-dessous.

Figure 17 : Evolution de la prescription, exprimée en DDD, selon la spécialité du médecin



Les médicaments de la spasticité

Les médicaments de cette classe sont utilisés pour traiter la spasticité, un symptôme fréquent et invalidant de la sclérose en plaques. La spasticité se manifeste par une raideur musculaire, des spasmes ou des contractions involontaires qui peuvent gêner la mobilité et causer des douleurs.

Les principaux produits utilisés ici sont le baclofène, la tizanidine et la fampridine.

Pour le baclofène et la tizanidine, il est impossible d'estimer l'usage dans le cadre de la sclérose en plaque car ces produits sont indiqués pour la spasticité induite par plusieurs pathologies et nos données ne nous permettent pas de les distinguer. Nous nous limitons ici à signaler la consommation globale, très stable ces 10 dernières années du baclofène avec 4 millions de DDD par an et celle de la tizanidine, stable avec 400.000 DDD par an jusque 2021 mais depuis lors en baisse régulière avec 325.000 DDD en 2024. Pour ces 2 produits, la consommation est partagée de manière égale entre hommes et femmes.

Pour la fampridine par contre, le remboursement a été autorisé exclusivement pour l'amélioration de la marche chez les adultes souffrant de sclérose en plaques. Cependant, ce remboursement est maintenant limité aux patients qui ont précédemment obtenu le remboursement et pour autant que le traitement reste bénéfique pour le patient. L'utilisation de la fampridine a augmenté entre 2017 et 2021 jusque 290.000 DDD par an et diminue maintenant lentement mais continuellement : 240.000 DDD en 2024. Elle est autant utilisée chez les hommes que chez les femmes. On constate une diminution de l'usage dans toutes les tranches d'âge, excepté pour les plus de 70 ans, ce qui semble logique compte tenu des conditions actuelles de remboursement. Cette molécule est essentiellement prescrite par les neurologues mais on constate une augmentation de prescriptions chez les généralistes depuis 2022.

Figure 18 : Evolution de la consommation de fampridine selon le groupe d'âge et évolution de la prescription selon la spécialité du médecin

