

“IPhEB-Report” January 2026 publication (November 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	3.854	440,4	4.294	106,3	290,2	5.715	2,575	2,4%	4,76	1,7%
2025 (pred.)	3.882	440,9	4.323	106,4	288,3	5.718	2,680	2,5%	4,59	1,6%
2024/2023	+16,7%	+ 7,6%	+15,7%	+ 2,8%	+ 3,8%	+ 5,0%	+ 3,7%		+14,7%	
2025/2024	+0,7%	+0,1%	+0,7%	+0,1%	-0,6%	+0,0%	+4,1%		-3,6%	
202412	329,88	39,34	369,22	9,59	27,08	515,43	0,241	2,5%	0,504	1,9%
202501	311,92	36,58	348,51	8,93	24,28	471,59	0,224	2,5%	0,483	2,0%
202502	290,33	33,47	323,81	8,16	23,29	435,19	0,207	2,5%	0,376	1,6%
202503	303,69	35,24	338,93	8,54	26,15	466,14	0,216	2,5%	0,412	1,6%
202504	316,28	36,47	352,75	8,87	22,16	484,91	0,225	2,5%	0,409	1,8%
202505	316,21	36,16	352,35	8,76	23,36	485,83	0,229	2,6%	0,463	2,0%
202506	323,21	36,62	359,81	8,88	25,07	492,75	0,224	2,5%	0,363	1,4%
202507	317,80	35,31	353,09	8,56	23,32	473,34	0,218	2,5%	0,393	1,7%
202508	295,73	32,65	328,36	7,80	24,08	436,48	0,199	2,5%	0,325	1,3%
202509	352,27	38,06	390,31	9,03	24,01	481,66	0,224	2,5%	0,334	1,4%
202510	364,83	42,45	407,25	10,12	22,62	505,55	0,245	2,4%	0,304	1,3%
202511	331,80	38,06	369,83	9,05	24,75	466,43	0,223	2,5%	0,302	1,20%

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 personnes âgées :

Le vieillissement de la population est une préoccupation importante depuis plusieurs années. Parmi les défis à relever, se trouve les dépenses en matière de traitement médicamenteux. Ce rapport vise à montrer l'évolution de la consommation de médicaments ainsi que l'évolution du coût de ces médicaments pour l'assurance obligatoire et pour les patients. Ces données se limitent aux médicaments délivrés en officine ouverte au public aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire.

Deux points de vue ont été analysés : premièrement, l'évolution de la consommation en fonction des groupes d'âge ces dernières années. Deuxièmement, nous avons essayé de suivre une cohorte de patients afin de voir quelle est la modification du profil de consommation médicamenteuse en fonction du vieillissement.

L'objectif n'est pas ici d'analyser précisément les causes des évolutions constatées mais de simplement dresser un tableau de la situation.

Comme d'habitude, nous analysons les données selon les principales classes ATC, telles que reprises dans le tableau ci-dessous :

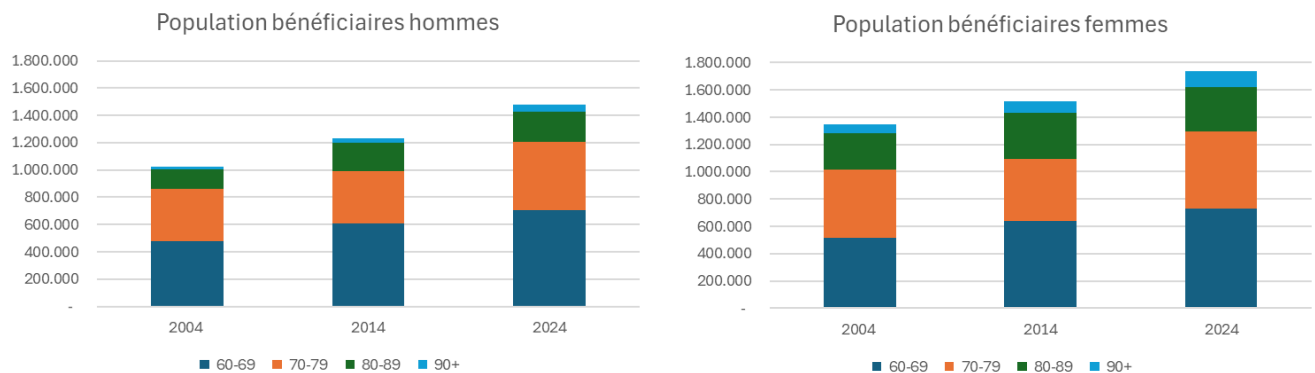
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme
B	Sang et système hématopoïétique
C	Système cardio-vasculaire
D	Préparations dermatologiques
G	Système uro-génital et hormones sexuelles
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles
J	Anti-infectieux à usage systémique
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs
M	Système squelettique et musculaire
N	Système nerveux central
P	Antiparasitaires, insecticides et repellants
R	Système respiratoire
S	Organes sensoriels
V	Divers

Pour certains graphiques, nous utilisons le concept de « classes ATC pertinentes », propre à l'IPhEB, reprenant les principaux groupes de médicaments. Ces groupes sont définis chaque fois dans le texte.

Evolution globale en fonction de l'âge

Nous présentons ici la consommation dans les différentes classes ATC des groupes d'âge par tranche de 10 ans en 2004, 2014 et 2024. L'évolution de la population des bénéficiaires dans ces groupes d'âge est représentée dans les graphiques ci-dessous :

Figure 1 : Population des bénéficiaires entre 2004 et 2024

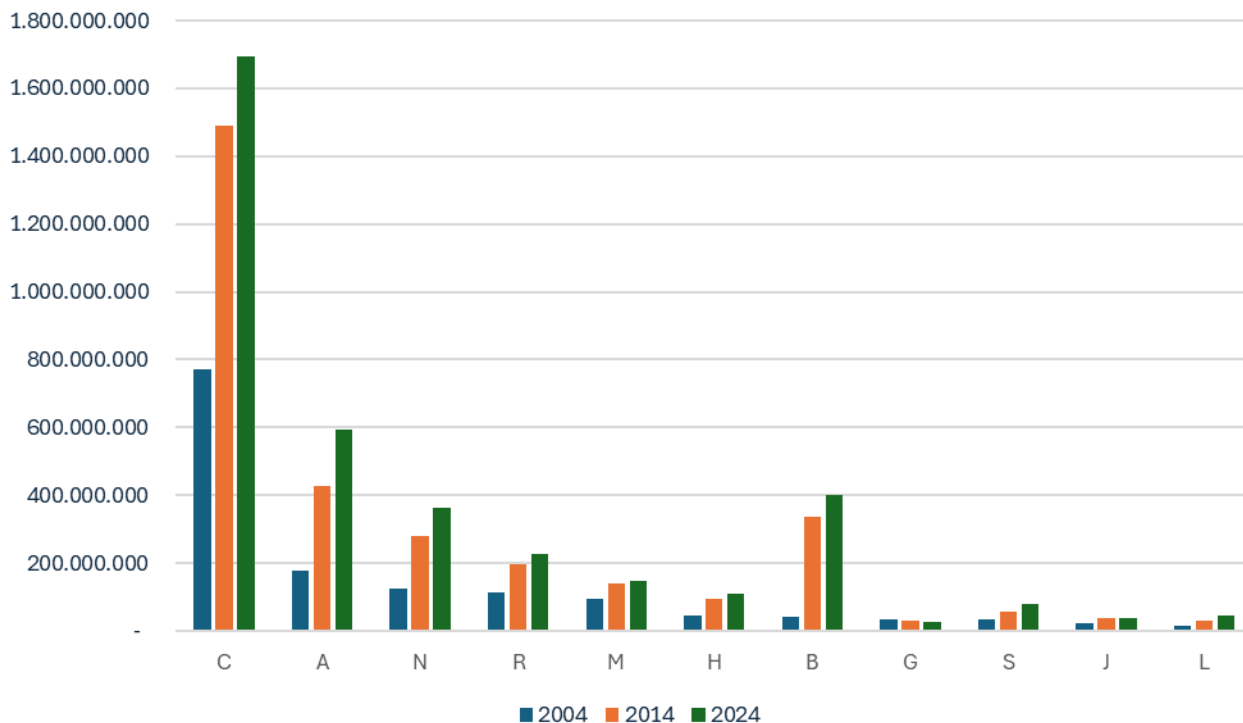


L'augmentation de la population des bénéficiaires de plus de 60 ans est très importante, un peu plus chez les hommes (+44%) que chez les femmes (+29%). La proportion relative de chaque groupe d'âge ne change presque pas si ce n'est pour les plus de 90 ans (de 3,5 % en 2004 à 5,1 % en 2024).

Consommation médicamenteuse

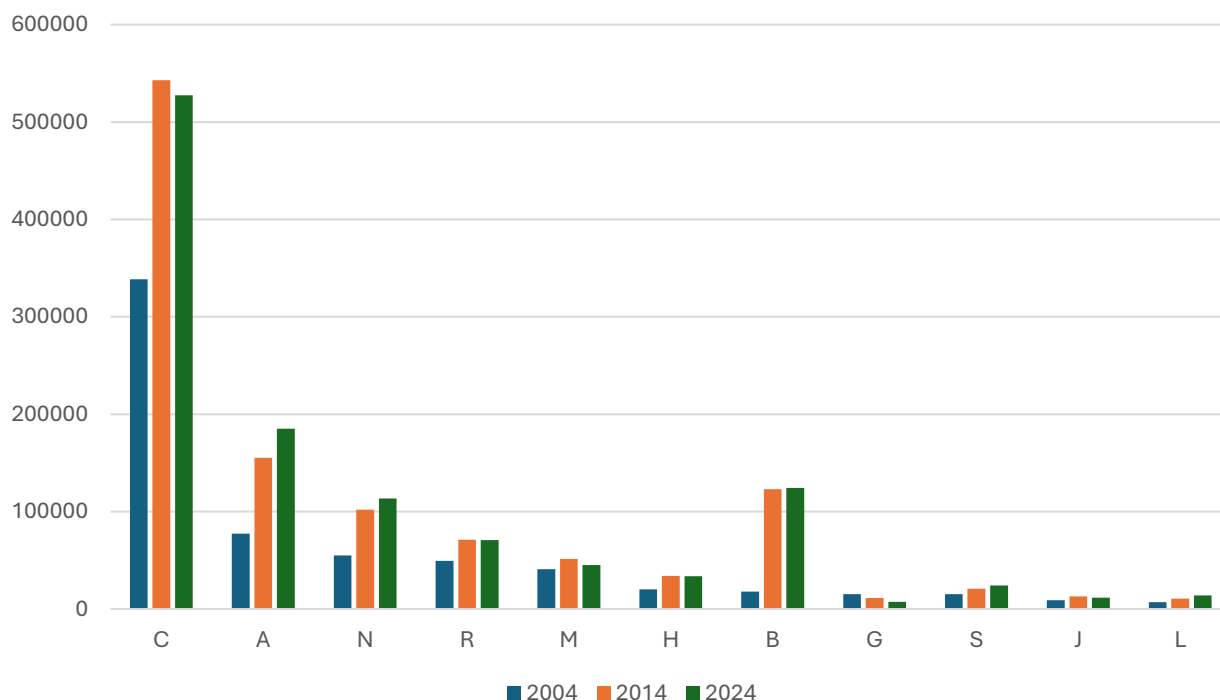
Voyons d'abord les données globales : pour la population des bénéficiaires de l'assurance obligatoire de plus de 60 ans, la consommation globale, exprimée en DDD, a plus que doublé en 20 ans. Elle passe de 1.481 millions de DDD en 2004 à 3.125 millions de DDD en 2024. En rapportant ces chiffres au nombre de bénéficiaires (d'après les données de l'AIM), la consommation médicamenteuse augmente de 649.549 DDD/1000 bénéficiaires en 2004 à 1.161.719 DDD/1000 bénéficiaires en 2024, soit une augmentation de 79%. Mais l'essentiel de cette augmentation s'est produite dans la période 2004-2014 (75%) tandis qu'elle n'est que de 2% dans la période 2014-2024.

Figure 2: consommation (DDD) dans les principales classes ATC en 2004, 2014 et 2024



Le graphique ci-dessus illustre l'évolution brute de la consommation durant cette période par classe ATC. On observe logiquement que la classe C, les médicaments du système cardiovasculaire, est de loin la plus importante. On voit également la croissance importante de la classe A, essentiellement les antidiabétiques, et de la classe N (médicaments du système nerveux). L'évolution la plus remarquable en 2014 est celle de la classe B. (voir plus loin) : l'énorme augmentation de 2014 est due au remboursement de l'acide acétylsalicylique en prévention cardiovasculaire et aux nouveaux anticoagulants.

Figure 3: Consommation en DDD/1000 bénéficiaires en 2004, 2014 et 2024



Si l'on rapporte la consommation brute au nombre de bénéficiaires, on observe une évolution quelque peu différente : après l'augmentation importante de 2014, la consommation par bénéficiaire se stabilise ou diminue dans toutes les classes en 2024 sauf dans les classes A et N.

Dans la classe N, l'augmentation est due aux analgésiques non opioïdes et aux médicaments contre la maladie de parkinson. Dans la classe A, ce sont bien sûr les antidiabétiques non insuliniques, en particulier les gliflozines et les analogues du GLP-1 qui sont responsables de l'augmentation.

Notons aussi que si la consommation brute de la classe J a augmenté, la consommation par bénéficiaire a diminué de 11% entre 2014 et 2024. Ceci est essentiellement dû à la suppression du remboursement des immunoglobulines en ambulatoire.

La consommation est sensiblement différente selon le sexe : globalement, la consommation par bénéficiaire est plus élevée chez les femmes mais la tendance est à la diminution : de +42% en 2004 à +12% en 2024. Les classes où la consommation est proportionnellement plus élevée chez les femmes sont les classes G, H, N et M. Chez les hommes, la consommation par bénéficiaire est plus élevée dans les classes B, R et C. Pour la classe L, une inversion s'est produite : + 37% chez les hommes en 2014 mais +20% chez les femmes en 2024.

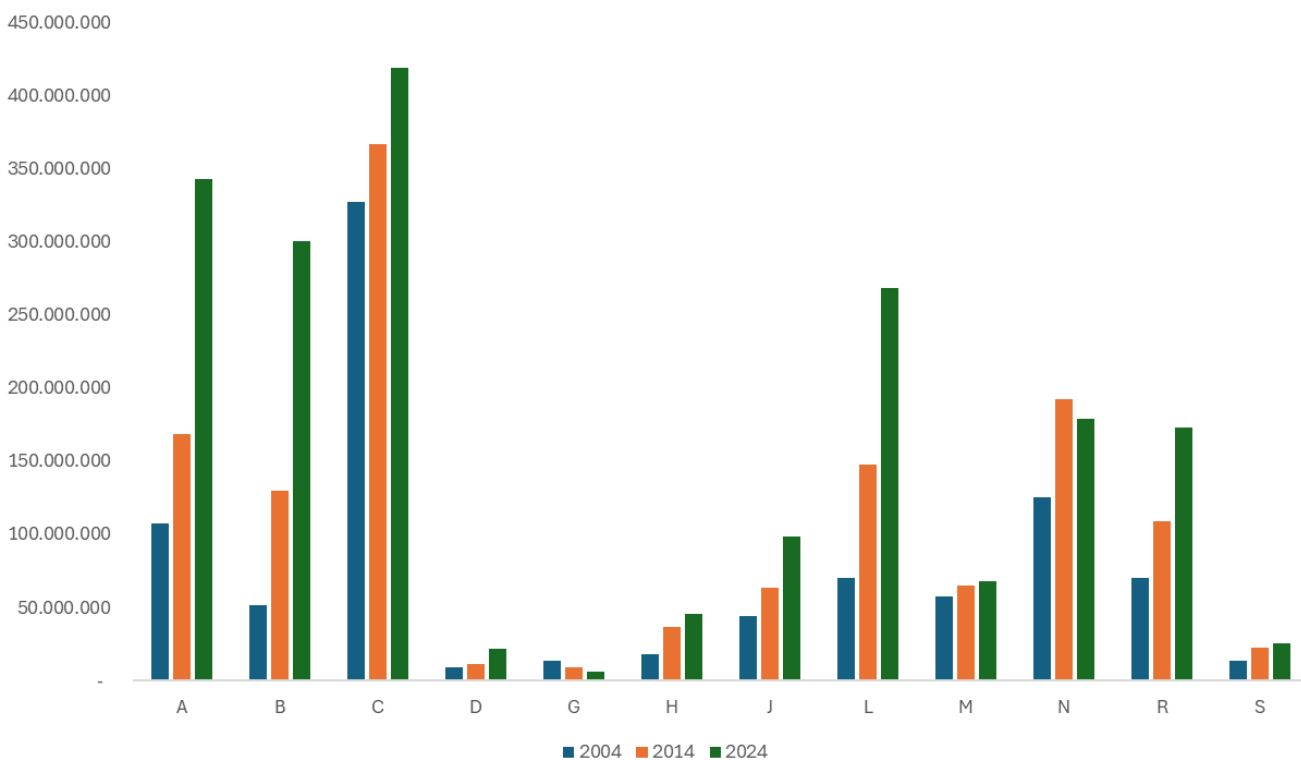
Coût INAMI

En ce qui concerne le coût INAMI, l'augmentation globale pour les plus de 60 ans est de 29% en 2014 par rapport à 2004 et de 26% en 2024 par rapport à 2014, soit une augmentation de 51% sur la période de 20 ans. L'augmentation est importante dans toutes les classes, à l'exception de la classe G, qui diminue constamment, et de la classe N qui diminue légèrement entre 2014 et 2024.

Cette augmentation se différencie en 2024 par rapport à 2014 entre les hommes (+34%) et les femmes (+19%). Sur l'ensemble de la période, l'augmentation est de 42% pour les femmes et de 61% pour les hommes.

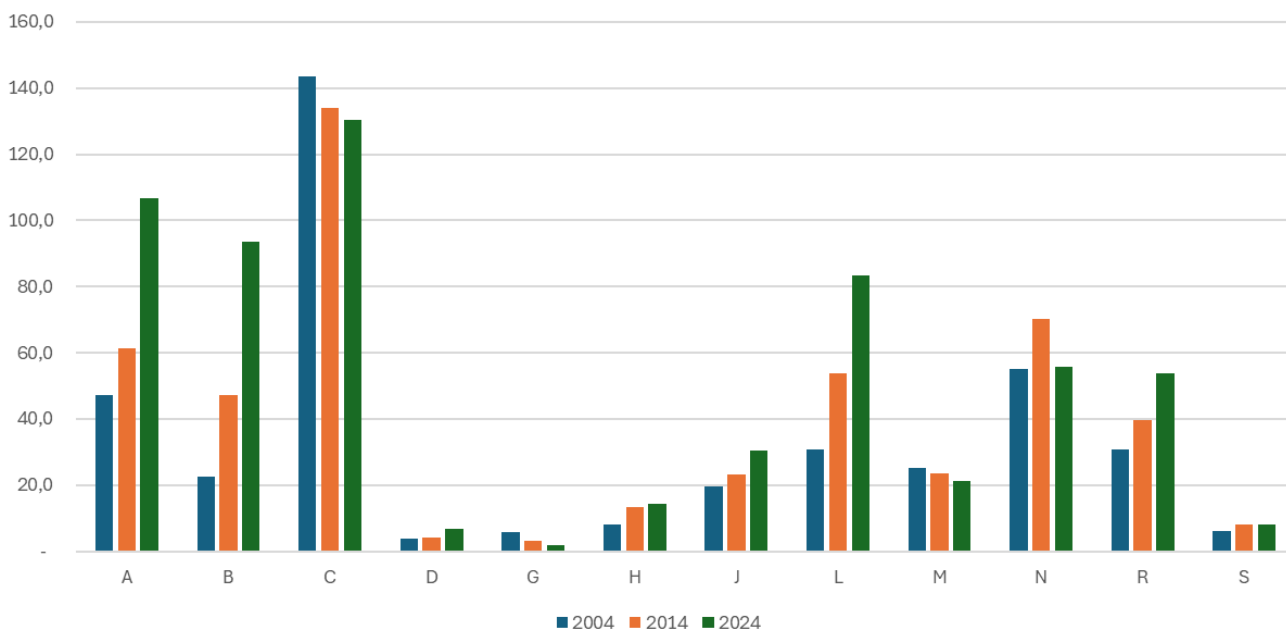
En analysant la répartition du coût par classe ATC principale, la classe C est de loin la plus coûteuse mais les classes A et B connaissent une énorme augmentation de coût entre 2014 et 2024 (voir plus bas une analyse plus détaillée pour les classes A, B et C). L'augmentation est aussi importante mais moins spectaculaire pour les classes L et R.

Figure 4 : Coût INAMI total pour les bénéficiaires de plus de 60 ans



Le coût moyen par bénéficiaire passe en 20 ans de 403 € à 610 €. Le graphique suivant illustre bien que ce sont les classes A, B et L qui provoquent une importante augmentation du coût moyen par bénéficiaire.

Figure 5 : Coût INAMI moyen par bénéficiaire

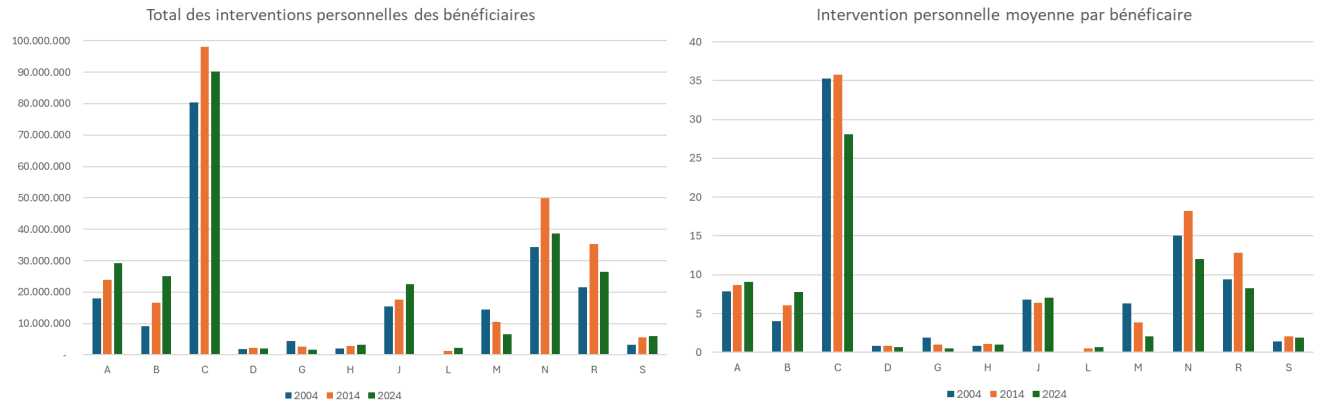


Il faut noter que les coûts INAMI repris ici ne prennent pas en compte les montants épargnés dans le cadre des conventions avec les firmes pharmaceutiques.

Coût pour les patients

L'image est quelque peu différente pour le coût patient : Tout comme le coût INAMI, l'augmentation est d'environ 30% entre 2014 et 2024 mais on observe ensuite une diminution de 5 % entre 2024 et 2014. Cette diminution concerne surtout les classes C, M, N et R. Elle est particulièrement marquée si l'on prend en considération le coût moyen par bénéficiaire.

Figure 6 : Répartition du coût pour les patients par classe ATC principale



Coût par DDD

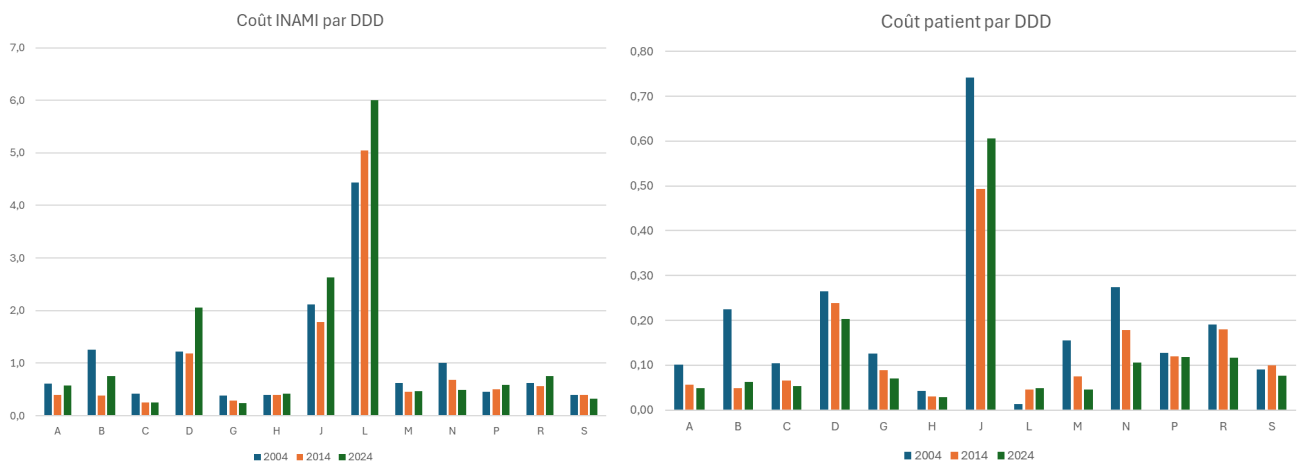
Afin de mieux cadrer les coûts, il est important de savoir quel est le coût moyen par DDD, soit par jour théorique de traitement aussi bien pour l'INAMI que pour les patients. On voit dans les 2 graphiques ci-dessous que l'évolution est quelque peu différente. Pour l'INAMI, les mesures d'économie avec le remboursement de référence donnent bien leurs effets entre 2004 et 2014. Le coût par DDD reste stable ou diminue, sauf dans la classe L, en raison de l'apparition progressive des différents immunomodulateurs (classe L04). En 2024 cependant, le coût réaugmente dans presque toutes les classes, sauf C et G.

Pour les patients, la situation est plus favorable : les coûts journaliers moyens par patient diminuent partout, sauf pour la classe B (nouveaux anticoagulants), J (passage des antibiotiques en catégorie de remboursement C au lieu de B en 2017) et L (apparition des immunomodulateurs en catégorie B avec le plafond de l'intervention personnelle).

Notons que pour la classe B, la diminution du coût journalier moyen en 2014 et 2024, par rapport à 2004, est essentiellement due au remboursement de l'acide acétylsalicylique, dont l'utilisation est très importante avec un coût journalier infime.

Enfin, il faut également remarquer que la part relative du patient dans le coût moyen diminue également : de 18,2 % en 2004, cette part descend à 11,5% en 2024.

Figure 7 : Coûts moyens journaliers pour l'INAMI et pour les patients



Tentative de suivi de cohorte

Pour une analyse plus précise, une autre approche consiste à suivre une cohorte de patients qui avaient de 65 à 69 ans en 2004 en observant leur consommation médicamenteuse en 2014 (alors 75 à 79 ans) et en 2024 (alors 85 à 89 ans).

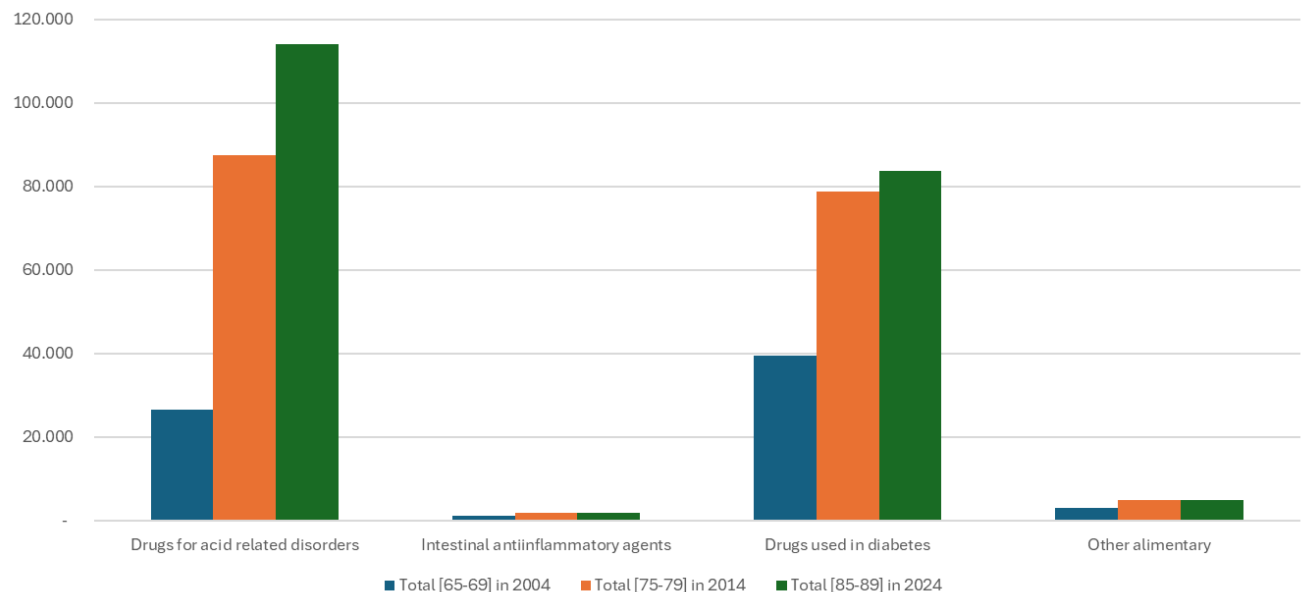
D'après les données de l'AIM, la population concernée et sa décroissance est décrite dans le tableau suivant :

Âge	Année	Hommes	Femmes
65-69 ans	2004	236.340	262.344
75-79 ans	2014	178.515	226.196
85-89 ans	2024	91.361	145.672

On ne peut évidemment pas considérer ces groupes comme homogènes dans le temps, étant donné les variations démographiques durant ces 20 ans mais on peut bien se faire une idée de l'évolution de la consommation en comparant le nombre de DDD par 1000 bénéficiaires pour chaque année analysée. L'exercice a été réalisé pour les « classes ATC pertinentes » des classes principales A (Système gastro-intestinal), B (Sang et système hématopoïétique) et C (Système cardiovasculaire).

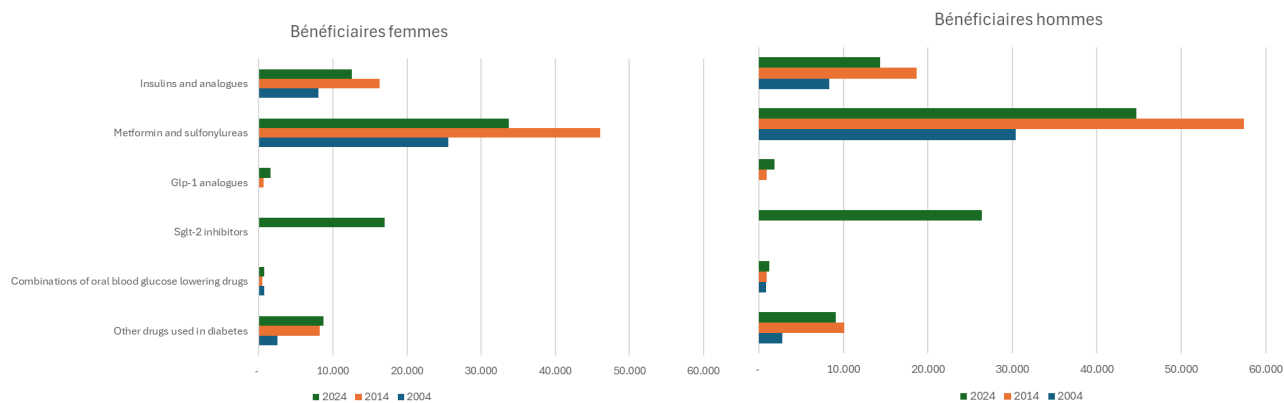
Dans la **classe A**, la croissance de l'usage des médicaments contre l'acidité est impressionnante et il s'agit bien sûr des inhibiteurs de la pompe à protons, en majorité représenté par le pantoprazole qui rassemble 65% de la consommation de ce groupe en 2024. Les antihistaminiques-H2, déjà minoritaires en 2004 (17%) ont complètement disparu en 2024.

Figure 8 : Consommation moyenne exprimée en DDD/1000 bénéficiaires pour la classe A



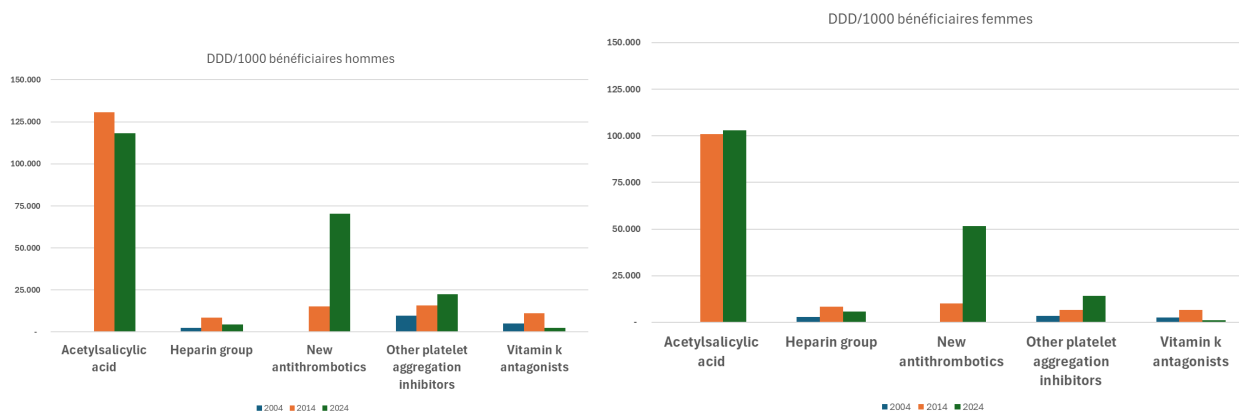
La croissance de la consommation moyenne des antidiabétiques est également remarquable. Le graphique suivant reprend les différentes classes concernées. On constate que la consommation moyenne des hommes est supérieure à celle des femmes dans toutes les classes. La consommation moyenne pour le groupe de la metformine et des sulfonylurées diminue en 2024, ainsi que pour les insulines. Les autres groupes connaissent une croissance, en particulier les analogues du GLP-1 et les inhibiteurs du SGLT-2. Chez les hommes, l'augmentation de la consommation en 2014 est bien perceptible et plus importante que chez les femmes dans toutes les classes. Dans le groupe des « other drugs used in diabetes », l'augmentation de 2014 est due à l'apparition de l'usage des gliptines.

Figure 9 : Consommation moyenne des médicaments utilisés dans le diabète



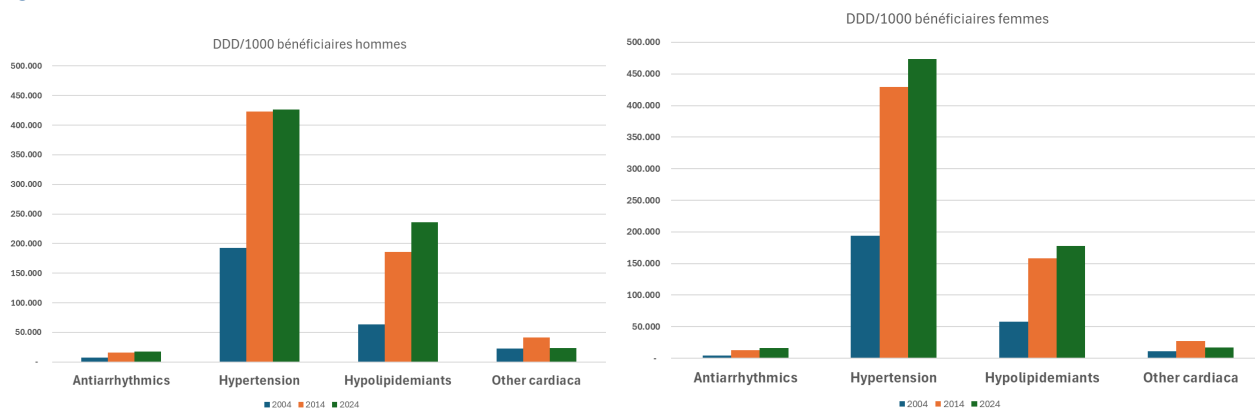
Dans la **classe B**, on voit apparaître en 2014 la consommation très importante de l'acide acétylsalicylique, qui n'était pas remboursé en 2004, pour la prévention cardiovasculaire. Les nouveaux anticoagulants oraux apparaissent en 2014 et augmentent fortement en 2024. Par contre, la consommation des antagonistes de la vitamine K devient insignifiante dans ce groupe. On constate aussi l'augmentation continue des autres inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, essentiellement le clopidogrel et le prasugrel. Ces tendances sont identiques chez les hommes et chez les femmes mais on observe une consommation moyenne par bénéficiaire plus importante chez les hommes dans toutes les classes, sauf pour le groupe des héparines.

Figure 10 : Evolution de la consommation dans la classe B dans la cohorte



Dans la **classe C**, la croissance de la consommation par bénéficiaire est générale. Les graphiques ne représentent ici que les classes principales : Les médicaments de l'hypertension et les hypolipémiants sont en forte augmentation en 2014, mais celle-ci ralentit en 2024. Les glycosides cardiotoniques, non repris dans le graphique, deviennent marginaux (2.700 à 3.000 DDD par 1000 bénéficiaires).

Figure 11 : Evolution de la consommation dans la classe C dans la cohorte



Dans « Other cardiaca », la variation de la consommation est due à la molsidomine qui a doublé entre 2004 et 2014 mais diminué de moitié en 2024 (32.420 DDD/1000 bénéficiaires). La consommation des dérivés nitrés par contre a plus que doublé dans la même période (13.010 DDD/1000 bénéficiaires en 2024).