

**FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA AVRIL
2026****LU POUR VOUS**

INAMI top 25 : les plus grandes dépenses pour des médicaments dans les officines publiques en 2024

L'INAMI publie chaque année un top 25 des principes actifs délivrés dans les officines publiques, classés selon le montant dépensé. Son dernier top 25 concerne l'année 2024. Nous en proposons une brève analyse.

NOUVEAUTÉS MÉDICAMENTS**Remboursements**

- sofosbuvir + velpatasvir granules (Epclusa®)

Arrêts de commercialisation

- éthanol + propanol (Softa-Man®)
- fluorure à usage systémique (Z-Fluor®)

Lu pour vous

INAMI top 25 : les plus grandes dépenses pour des médicaments dans les officines publiques en 2024

L'INAMI publie chaque année un top 25 des principes actifs délivrés dans les officines publiques, classés selon le montant dépensé. Son dernier top 25 concerne l'année 2024. L'INAMI a également publié le rapport MORSE sur ses dépenses en 2024 pour les médicaments délivrés dans les officines publiques et les hôpitaux. Nous en proposons une brève analyse.

Messages clés

- Chaque année, les dépenses de l'INAMI pour le top 25 des principes actifs délivrés dans les officines publiques augmentent. En 2024, ces dépenses s'élevaient à environ 1,26 milliard d'euros.
- L'apixaban occupe la première place pour la troisième année consécutive. Deux autres AOD (l'édoxaban et le rivaroxaban) figurent également en haut du top 25.
- L'association fixe rosuvastatine + ézétimibe figure pour la deuxième année dans le top 25 et connaît une progression remarquable : de la 23^e place en 2023 à la 12^e place en 2024.
- Le top 25 comprend un certain nombre de médicaments (très) onéreux qui sont utilisés par un nombre limité de patients. Cette part de médicaments onéreux, prescrits par des spécialistes, ne cesse d'augmenter.
- Le rapport MORSE pour 2024 montre que les dépenses de l'INAMI pour les médicaments augmentent encore plus fortement dans le secteur hospitalier que dans les officines publiques, principalement en raison des *médicaments dits « sous contrat »*.
- **Conclusion du CBIP** : il est difficile pour les pouvoirs publics de maîtriser les coûts des médicaments. Il faut continuer à miser sur une prescription rationnelle : cela signifie qu'il faut choisir un traitement sur la base d'arguments étayés scientifiquement en matière d'efficacité et d'innocuité, mais aussi en tenant compte du coût. En ce qui concerne la forte augmentation de l'utilisation de l'association fixe rosuvastatine + ézétimibe, il convient de noter que le bénéfice de cette association par rapport à une statine seule n'a pas été prouvé sur des critères d'évaluation forts. L'association simvastatine + ézétimibe présente un bénéfice limité en termes de morbidité cardio-vasculaire, par rapport à une statine seule, mais aucun bénéfice sur le plan de la mortalité cardio-vasculaire et totale.

L'INAMI publie chaque année le **top 25 des principes actifs** délivrés dans les officines publiques en fonction de leur coût. Son dernier top 25 concerne l'année 2024.¹

- Total des dépenses de l'INAMI pour ce top 25 : **environ 1,26 milliard d'euros**. Ce coût total augmente d'année en année (hausse d'environ 10 % par rapport à 2023, d'environ 22 % par rapport à 2022 et d'environ 31 % par rapport à 2021).
- Le top 25 représente 35 % des dépenses totales de l'INAMI pour les plus de 700 principes actifs remboursés dans le secteur ambulatoire (dépenses totales de l'INAMI pour les médicaments délivrés dans les officines publiques en 2024 : environ 3,6 milliards d'euros). [Remarque : les montants mentionnés ici ne tiennent pas compte des éventuelles compensations que l'INAMI reçoit des sociétés pharmaceutiques pour les *médicaments dits « sous contrat »* (cf. infra).]
- Le top 25 représente environ 18 % du volume des traitements (en DDD ou defined daily dose).

Commentaires du CBIP sur le top 25

Le top 25 de l'INAMI concerne uniquement les médicaments délivrés dans les officines publiques. Le groupe (en forte augmentation) des médicaments onéreux délivrés en milieu hospitalier n'est donc pas inclus. Le top 25 ne permet pas de nous prononcer sur les indications pour lesquelles les médicaments ont été prescrits. Il donne cependant une idée des pratiques de prescription des médecins.

L'**apixaban** occupe la première place pour la troisième année consécutive. Avec l'édoxaban qui pointe à la quatrième place et le rivaroxaban à la neuvième, ce sont pas moins de trois AOD qui figurent en haut du top 25 en 2024 à nouveau. Selon l'INAMI, les AOD représentent 80 % des anticoagulants consommés, contre seulement 5 % pour les antagonistes de la vitamine K (calculé sur la base du nombre de DDD). Le fait que les AOD soient préférés aux antagonistes de la vitamine K est conforme aux guidelines pour la prévention de la thromboembolie artérielle en cas de fibrillation auriculaire et pour le traitement de la thromboembolie veineuse profonde et de l'embolie pulmonaire (après la phase initiale du traitement) : les guidelines stipulent que les AOD et les antagonistes de la vitamine K sont tout aussi efficaces, mais privilégient les AOD en raison de leur facilité d'utilisation et de leur risque hémorragique moindre (cf. également Positionnement dans le Répertoire 2.1.2.).

NB : ces trois AOD représentent un remboursement cumulé d'environ 243 millions d'euros, pour quelque 370 000 patients. On note

donc 26 000 patients de plus par rapport à 2023, sans augmentation du budget. Pour le rivaroxaban, les dépenses de l'INAMI ont diminué par rapport à 2023, peut-être en raison de l'arrivée sur le marché de génériques en 2024 et de la suppression du remboursement du Xarelto® 10, 15 et 20 mg (cf. Folia août 2024).

L'**association fixe rosuvastatine + ézétimibe** figure pour la deuxième année consécutive dans le top 25 et connaît une progression remarquable : de la 23^e place en 2023 à la 12^e place en 2024. En 2024, l'association a été remboursée à hauteur d'environ 41 millions d'euros pour quelque 340 000 patients (soit 104 000 patients de plus qu'en 2023). Depuis plusieurs années, l'INAMI constate une forte augmentation de l'utilisation de combinaisons d'hypolipidémiants, avec notamment une hausse remarquable de l'association rosuvastatine + ézétimibe. L'INAMI a écrit ceci à ce sujet : « *La nette évolution vers des combinaisons modernes confirme la tendance vers une baisse plus intensive et personnalisée des lipides* » (rapport MORSE 2024). Pourtant, l'ajout d'ézétimibe à une statine (à savoir la simvastatine) n'apporte qu'un bénéfice limité en termes de morbidité cardio-vasculaire et aucun bénéfice sur le plan de la mortalité cardio-vasculaire et totale. Et en ce qui concerne spécifiquement l'association rosuvastatine + ézétimibe, il n'existe aucune étude ayant utilisé des critères d'évaluation forts (cf. Répertoire 1.12.4. (ézétimibe) et Répertoire 1.12.9. (associations)).

Cinq antidiabétiques figurent dans le top 25 (le sémaglutide, l'empagliflozine, la dapagliflozine, la metformine et l'insuline glargine). Avant 2024, les indications de l'empagliflozine et de la dapagliflozine ont été étendues à l'insuffisance cardiaque et à la maladie rénale chronique, ce qui contribue peut-être à leur forte utilisation.

Le top 25 comprend un certain nombre de médicaments (très) onéreux qui sont utilisés par un nombre limité de patients, par exemple l'émicizumab (deuxième place, avec 261 patients), l'ustékinumab, l'association emtricitabine + ténofovir + bictégravir et le risankizumab. Ces médicaments sont initiés par des spécialistes et leur part dans le top 25 ne cesse d'augmenter. Les nouveaux venus dans le top 25 de 2024 sont également tous des médicaments prescrits par des spécialistes : le risankizumab (13^e place, inhibiteur de l'IL-23), le dupilumab (15^e place, inhibiteur de l'IL-4/IL-13) et l'upadacitinib (18^e place, inhibiteur de JAK1).

Le top 25 compte aussi un certain nombre de médicaments moins onéreux qui sont utilisés par un nombre beaucoup plus important de patients. Parmi ceux-ci, on retrouve quelques médicaments déjà présents dans les précédents tops 25, comme l'atorvastatine, la metformine et le pantoprazole. Le pantoprazole (à nouveau à la sixième place) comptait plus de 1,7 million d'utilisateurs en 2024 (chiffre très similaire à celui de 2023). Les IPP sont utilisés à large échelle, souvent à long terme sans que cela soit nécessaire. C'est pourquoi l'INAMI évalue la prescription des IPP par les médecins traitants : cf. Folia janvier 2025. Pour le positionnement des IPP, cf. Répertoire 3.1.

Note : rapport MORSE 2024

L'INAMI a récemment publié le **rapport MORSE (Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses)** pour 2024², qui analyse ses dépenses en médicaments délivrés dans les officines publiques et les hôpitaux. Le constat est évident : les dépenses de l'INAMI pour les médicaments augmentent d'année en année. En 2024, un nouveau record a été atteint : les dépenses brutes totalisaient quelque 7,9 milliards d'euros, soit une hausse de 9,6 % par rapport à 2023. Les dépenses réelles (après déduction des contributions de l'industrie et des compensations des sociétés pharmaceutiques dans le contexte des *médicaments dits « sous contrat »*) s'élevaient à environ 5,6 milliards d'euros, soit une augmentation de 6,6 % par rapport à 2023. Quinze classes de médicaments (sur un total de 164) représentent 68 % du coût total : il s'agit notamment des anticorps monoclonaux et conjugués, des inhibiteurs de protéines kinases, des antidiabétiques plus récents et des hypolipidémiants (inhibiteurs de la PCSK9, inclisiran, acide bempédoïque et combinaisons telles que statine + ézétimibe). C'est dans le secteur hospitalier que la hausse est la plus forte, principalement en raison des *médicaments dits « sous contrat »*.

NB : les *médicaments sous contrat* (art. 81/111) sont des médicaments bénéficiant d'un remboursement temporaire, sur la base d'une convention confidentielle entre l'entreprise pharmaceutique et les pouvoirs publics concernant le coût, assortie de conditions pour l'entreprise (NB: ces médicaments sont signalés par le symbole T sur notre site web). Il s'agit de nouveaux médicaments à usage spécialisé (en 2024 : 60 % de ces médicaments étaient utilisés en oncologie), dont la valeur ajoutée et/ou l'impact budgétaire sont encore considérés comme trop incertains pour accorder un remboursement définitif. Ces dernières années, on a constaté une augmentation importante du nombre de conventions confidentielles et des dépenses de l'INAMI pour ces médicaments, malgré les compensations des sociétés pharmaceutiques.

Conclusion du CBIP

Il est difficile pour les pouvoirs publics de maîtriser les coûts des médicaments. Il faut continuer à miser sur une **prescription rationnelle** : cela signifie qu'il faut choisir un traitement sur la base d'arguments étayés scientifiquement en matière d'efficacité et d'innocuité, mais aussi en tenant compte du coût. L'attention se porte bien sûr en premier lieu sur le bénéfice pour la santé du

patient (en balance avec les risques). Néanmoins, les coûts pour le patient et la communauté ne peuvent être ignorés. En ce qui concerne la forte augmentation de l'utilisation de l'association fixe rosuvastatine + ézétimibe, il convient de noter que le bénéfice de cette association par rapport à une statine seule n'a pas été prouvé sur des critères d'évaluation forts. L'association simvastatine + ézétimibe présente un bénéfice limité en termes de morbidité cardio-vasculaire, par rapport à une statine seule, mais aucun bénéfice sur le plan de la mortalité cardio-vasculaire et totale.

Sources

1 INAMI. Le TOP 25 des principes actifs dans les dépenses du secteur ambulatoire de l'assurance soins de santé en 2024. Janvier 2026. Voir aussi le rapport en PDF.

2 INAMI. Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses - Médicaments remboursables - Rapport MORSE - Données 2024 (PDF). Voir aussi: Rapport MORSE et Médicaments : Davantage d'innovations et d'indications. Quel coût pour l'INAMI en 2024 ? (13/01/2026).

Nouveautés médicaments

Nouveautés médicaments avril 2026**Modalités de remboursement**

- sofosbuvir + velpatasvir granules (Epclusa®)

Arrêts de commercialisation

- éthanol + propanol (Softa-Man®)
- fluorure à usage systémique (Z-Fluor®)

: médicaments soumis à une surveillance particulière et pour lesquels la notification d'effets indésirables au Centre Belge de Pharmacovigilance est encouragée (entre autres médicaments contenant un nouveau principe actif, médicaments biologiques).

: médicaments pour lesquels des procédures additionnelles de minimisation des risques *Risk Minimization Activities* : RMA) ont été imposées par l'autorité qui délivre l'autorisation de mise sur le marché (voir Folia mars 2015), telles que du matériel éducatif ou des brochures.

: contre-indication ou réduction de dose en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine entre 30 et 15 ml/min/1,73m²).

: contre-indication ou réduction de dose déjà en cas d'insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 ml/min/1,73m²), ou en cas d'insuffisance rénale sans précision du degré de sévérité.

Les actualités médicamenteuses de ce mois prennent en compte les changements portés à notre connaissance jusqu'au 27 mars 2026. Les modifications signalées après cette date seront reprises dans les Weekly Folia du mois de mai.

Les textes du Répertoire concernant ces actualités seront mis à jour à la date du 17 avril.

Remboursements**sofosbuvir + velpatasvir granules (Epclusa®)**

Les associations de **sofosbuvir + velpatasvir** aux dosages de 150/37,5 mg et 200/50 mg **utilisés chez les enfants dans le traitement de l'hépatite C chronique**, ne sont **plus remboursées** depuis le 1er avril 2026. Les comprimés de 400/100 mg restent remboursés, mais ne sont adaptés que pour le traitement des adultes ou des enfants pesant au moins 30 kg.

Arrêts de commercialisation

Cette rubrique concerne les arrêts définitifs de commercialisation. Les spécialités concernées ne sont plus mentionnées dans le Répertoire.

La liste des médicaments indisponibles peut être consultée sur le site de l'AFMPS-Pharmastatut.

éthanol + propanol (Softa-Man®)

L'association d'éthanol + propanol (Softa-Man®) n'est plus commercialisée. D'autres gels hydro-alcooliques non enregistrés comme médicaments sont disponibles pour la désinfection des mains.

fluorure à usage systémique (Z-Fluor®)

Le fluorure à usage systémique n'est plus commercialisé. Son rapport bénéfice-risque dans la prévention des caries était défavorable. Le fluorure appliqué localement est suffisant (voir Folia de mars 2022 suite à l'Avis 9602 du Conseil Supérieur de la Santé).

Colophon

Les *Folia Pharmacotherapeutica* sont publiés sous l'égide et la responsabilité du *Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique* (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les *Folia Pharmacotherapeutica* ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

Rédacteurs en chef: (redaction@cbip.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) et
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Éditeur responsable:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.