

& SANTÉ SOCIÉTÉ

Recherches et analyses du Service d'études
de la Mutualité chrétienne

04 Soins en fin de vie

32 Recours de longue durée
aux antidépresseurs

60 Budget Soins de santé 2026 :
le modèle de concertation sous pression budgétaire

17

avril 2026

Rendre possible le mieux vieillir

Pour bien vieillir, il faut avoir bien vécu : l'enjeu de l'Active Ageing

Edito



Dans *Mortality, Immortality and Other Life Strategies* (1992), Zygmunt Bauman explique comment notre rapport à la mort s'est déplacé, d'une condition qui nous concerne toutes et tous à une variable individuelle que nous pourrions contrecarrer par l'intensité de nos efforts. On conjure notre peur existentielle de la mort en une quête individuelle d'optimisation. Personne ne veut vieillir, parce que personne ne veut mourir et nous avons l'hubris de penser qu'avec assez d'efforts, nous pourrions nous passer totalement des deux. Il y a encore un siècle, on mourrait avant d'être vieux. Alors que l'espérance de vie dépassait rarement 50 ans, nous sommes passés en quelques décennies à une espérance de vie de plus de 82 ans. Si nous nous sommes vite habitués à vivre longtemps, une telle progression s'est surtout concentrée sur la durée de vie totale, mais l'attention à la durée de vie en bonne santé et, plus encore, en jouissant le plus possible de ce qui fait de la vie sa qualité et son sens n'a pas été intégré dans cette augmentation.

À cet égard, l'étude *Soins en fin de vie* montre combien la dernière étape reste fortement hospitalocentrée, alors qu'un recours plus précoce aux soins palliatifs favorise plus souvent la possibilité de mourir chez soi - signe qu'un accompagnement mieux réfléchi peut répondre davantage aux préférences des personnes. En effet, la fin de vie est souvent la matérialisation de ce qu'a été notre vie, on vit de ce dont on a épargné, dans la ville ou le village où l'on s'est

installé, et notre corps porte les traces du métier qu'on a mené, de ce qu'on a pu manger, entourés des personnes qui sont elles-mêmes en capacité ou non de prendre soin de nous ; notre santé mentale est la somme de ce qu'on a vécu.

Cette évidence, Alan Walker l'a formulée avec clarté : nous n'avons pas besoin d'une rhétorique de l'activation centrée sur l'emploi, mais d'une stratégie multidimensionnelle qui articule emploi, pensions, santé et soins, citoyenneté et lutte contre l'âgisme, et qui reconnaît la valeur politique d'un cadre préventif, inclusif, profondément orienté vers la dignité des personnes et la réduction des inégalités accumulées au fil des trajectoires de vie (Walker, 2002).

Dans cette vision, la vie n'est pas une course individuelle : elle est un chemin partagé. Et ce chemin n'est pas égal pour tout le monde. Les femmes, qui portent une charge invisible ; les personnes racisées, confrontées à des obstacles structurels ; les personnes précaires, empêchées par la fatigue, le stress, l'urgence du quotidien : toutes et tous vieillissent, mais pas de la même manière, pas avec les mêmes ressources, pas avec les mêmes horizons. Walker le souligne : les inégalités ne surgissent pas à l'âge de la retraite, elles s'accumulent, elles s'additionnent, elles s'installent.

A contrario de cette vision, nous vivons dans une époque hantée par la promesse d'une longévité lue en courbes et en bilans, oublieuse que le vieillissement n'est pas un déficit à gérer mais une vie à déployer. Ce n'est d'ailleurs pas un débat abstrait : comme le rappelle l'article *Budget de la santé 2026 : le modèle de concertation sous pression budgétaire*, les budgets des soins de santé sont partout sous pression. En Belgique, la norme de croissance des soins de santé est limitée et une hausse du ticket modérateur est prévue à partir de juillet 2026, avec un risque réel

de « soins de santé à deux vitesses » si l'on s'en tient à une lecture comptable du budget qui n'a pas l'ambition de choisir des objectifs de santé, à commencer la réduction des inégalités de santé. Le concept d'*Active Ageing* de Walker est une réponse partielle à ce problème. Il ne s'agit pas d'une injonction à être productif plus longtemps : c'est une politique d'égalité réelle qui relie santé, participation, protection sociale, soins et milieux de vie, pour que le « bien vieillir » soit la suite cohérente d'un « bien vivre » rendu possible dès le premier âge, et garanti pour toutes et tous, sans condition de performance ni d'adhésion aux normes dominantes. Et c'est pour permettre cette vision de la santé que le budget doit être réparti.

Vieillir, cela demande du soin : du soin donné, reçu, partagé. Cela exige des politiques publiques qui ne se contentent pas de faire durer la vie, mais qui la rendent habitable, vivable, connectée, digne ; qui ne se limitent pas à prévenir les maladies, mais qui renforcent les liens ; qui ne se bornent pas à gérer les dépendances, mais qui reconnaissent les besoins. C'est tout le sens des pistes ouvertes par l'étude *Soins en fin de vie* : briser le tabou autour de la mort, planifier plus tôt et mieux les soins de fin de vie, intégrer les désirs des patients, des dispositifs palliatifs dans les pratiques de première ligne comme à l'hôpital, lever les barrières financières et soutenir les proches - autant de leviers pour humaniser la dernière étape et, ce faisant, tenir la promesse du « bien vieillir ».

Alors oui, la fin de vie ne diffère pas de la vie qu'on a vécue plus jeune. Et elle est confrontée à une société qui ne fait peser que sur les épaules des individus tout le poids du vieillissement ; une société qui accable les plus fragiles, les plus discriminé-es, les plus isolé-es ; une société qui considère la longévité comme un défi. En revanche, elle devrait le voir comme un engagement d'égalité, de dignité, d'humanité. Cette donnée inclut la santé mentale à tous

les âges : l'étude *Recours de longue durée aux antidépresseurs en Belgique* rappelle que, malgré la diminution du nombre de nouveaux traitements, l'utilisation de longue durée persiste, avec un rôle central des médecins généralistes - d'où l'importance d'un accompagnement structuré à la réduction du traitement et des soins psychologiques de première ligne réellement accessibles pour ne pas médicaliser les détresses sociales.

Pour bien vieillir, il faut avoir bien vécu. Et pour avoir bien vécu, il faut être reconnu-e, soutenu-e, accompagné-e. C'est cela, l'*Active Ageing*. Et, en soi, c'est un projet de société.

Élise Derroitte
Vice-Présidente CM-MC

Bibliographie

- Bauman, Z. (1992). *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*. Cambridge : Polity Press.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(12), 121-139.

Soins en fin de vie

Étude rétrospective du profil des membres de la MC décédés, du lieu de décès et du trajet de soins

Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest — Service d'études MC-CM

Résumé

Dans une société vieillissante, où de plus en plus de décès surviennent après une longue période de maladie et de perte d'autonomie, beaucoup d'attention est accordée, à juste titre, à la qualité de la dernière phase de vie. En 2008, la MC a étudié la fin de vie de ses membres âgés de 40 ans et plus, décédés en 2005-2006. En raison, notamment, de la proportion importante de décès à l'hôpital - près de la moitié - et du rôle majeur de l'hôpital dans le trajet de soins, une conclusion importante était que la mort dans notre société reste fortement médicalisée.

Cette seconde étude rétrospective vise à actualiser et affiner partiellement les chiffres, en mettant l'accent sur le lieu de décès, le trajet de soins et le recours aux soins - en particulier les soins palliatifs - au cours de la période précédant le décès. Nous observons que de plus en plus de membres décèdent dans leur environnement familial - à domicile ou en maison de repos et de soins. Pourtant, l'hôpital occupe toujours une place importante dans le trajet de soins en fin de vie et constitue le lieu de décès pour quatre membres de la MC sur dix. Nous montrons également que la probabilité de décéder à l'hôpital ou celle de recourir aux soins palliatifs en fin de vie ne sont pas les mêmes pour tout le monde et restent notamment fortement associées aux affections oncologiques. Sur la base de ces constats, nous formulons quelques recommandations susceptibles de contribuer à renforcer la qualité des soins de fin de vie.

Mots-clés : Fin de vie, lieu de décès, soins palliatifs, trajet de soins, étude quantitative



Table des matières

Introduction	6
1. Revue de la littérature	6
2. Méthode	8
2.1. Sélection de la population d'étude	8
2.2. Variables et analyses	9
2.3. Limites de l'étude	10
3. Résultats	11
3.1. Profil de la population d'étude	11
3.2. Lieu de décès	11
3.3. Trajet de soins avant le décès	12
3.3.1. Évolution de l'environnement de soins un an avant le décès	12
3.3.2. Trajet de soins dans les 180 jours précédant le décès	13
3.4. Utilisation des soins durant les trois derniers mois de vie	16
3.4.1. Soins ambulatoires	18
3.4.2. Soins hospitaliers	18
3.4.3. Soins palliatifs	19
3.5. Analyses de régression concernant les facteurs influençant le lieu du décès et le recours aux soins palliatifs	19
3.5.1. Lieu du décès	19
3.5.2. Recours aux soins palliatifs	21
4. Discussion des résultats	23
4.1. Plus de décès dans un environnement familial	23
4.2. L'hôpital : un rôle toujours important en fin de vie	23
4.3. Soins palliatifs : sous-utilisation et démarrage tardif	24
4.4. Importance de la planification anticipée des soins	25
5. Recommandations	26
5.1. Plus d'ouverture concernant la fin de vie	27
5.2. Poursuivre les efforts en matière de planification anticipée des soins	27
5.3. Renforcer l'offre de soins palliatifs	27
5.4. Continuer à soutenir les proches	28
Conclusion	29
Bibliographie	29

Introduction

La constatation que, dans une société vieillissante, les décès surviennent de plus en plus souvent après une longue période de maladie et de perte d'autonomie, entraîne une attention croissante pour la qualité de la dernière phase de vie. La recherche se concentre notamment sur des indicateurs tels que le lieu de décès souhaité et réel, les transferts entre environnements de soins et le recours aux soins pendant la période précédant le décès, ainsi que sur les facteurs qui influencent ces éléments (Van den Block, Bossuyt, Van Casteren, & Deliens, 2007; Allers, Hoffmann, & Schnakenberg, 2019; Ginggeaw & LeBlanc, 2024; De Schreye, et al., 2023; Tay, et al., 2024). En 2008, la MC a également étudié un certain nombre de ces indicateurs pour les membres décédés et âgés de 40 ans et plus (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Les constatations importantes étaient que pour la moitié de ces personnes le décès avait eu lieu à l'hôpital et que trois personnes sur quatre avaient changé au moins une fois d'environnement de soins dans les six derniers mois précédant le décès, le plus souvent en raison d'une hospitalisation. La conclusion de cette étude était que la mort dans notre société reste un évènement fortement médicalisé, avec une marge d'amélioration vers une plus grande humanisation. Pour une politique adéquate qui garantisse la qualité de vie des patient-es et des proches, y compris dans la dernière phase de vie, il est important de continuer à suivre ces paramètres. La présente étude rétrospective sur la base de données relatives aux membres de la MC décédés en 2023-2024 vise à y contribuer.

1. Revue de la littérature

La forte prévalence des affections chroniques et de la multimorbidité, caractéristiques d'une société vieillissante, conduit à des décès de plus en plus fréquents après un processus pathologique prolongé et souvent complexe ou en raison de la vieillesse. Cela entraîne **une attention croissante pour la qualité de la fin de vie**, avec comme indicateurs, entre autres, les soins fournis et le lieu de décès (O'Sullivan, et al., 2024; OECD, 2024).

En ce qui concerne **le lieu de décès**, la littérature souligne la préférence de nombreuses personnes pour un décès à domicile (Costa, et al., 2016; Ginggeaw & LeBlanc, 2024) ou, plus généralement, dans un environnement familial, ce qui

inclut également la maison de repos et de soins (MRS) (Reyniers, Houttekier, Cohen, Pasman, & Deliens, 2014; OECD, 2024). La réalité s'avère cependant souvent différente. Dans leur recherche sur la fin de vie en Belgique, Van den Block et al. (2007) ont constaté que, durant la période 2005-2006, 49% des décès non soudains ont eu lieu à l'hôpital, 27% en MRS et 24% à domicile. Une première étude de la MC sur la fin de vie de ses membres âgés de 40 ans et plus a abouti à des résultats comparables, avec en 2005-2006 environ 50% de décès à l'hôpital, 27% à domicile et 23% en MRS (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Selon les données de Statbel les plus récentes concernant tous les décès de personnes âgées de 45 ans et plus en Belgique en 2022, 44% sont décédées à l'hôpital, 30% dans une institution de soins résidentiels (comme une maison de repos) et 26% à domicile ou ailleurs (Statbel, 2024). Malgré la tendance à la baisse, la part des décès à l'hôpital reste donc assez élevée. À l'échelle internationale, notre pays obtient un score moyen, avec une proportion plus élevée de décès à l'hôpital notamment en France (57%) et au Luxembourg (62%), mais plus faible aux Pays-Bas (27%) et en Suède (38%) (Jiang & May, 2021).

Des études portant sur **les facteurs influençant le lieu de décès** indiquent une interaction entre des facteurs individuels, des facteurs liés à la maladie et des facteurs environnementaux (Pedersen, Raunkiaer, & Graven, 2024; O'Sullivan, et al., 2024; Mertens, et al., 2022; Gomes, Calanzani, Gysels, Hall, & Higginson, 2013).

- **Facteurs individuels** : âge, sexe, état civil, situation socio-économique et (connaissance de la) préférence personnelle du/de la patient-e. Ainsi, les femmes, les personnes âgées, les personnes seules et celles avec un statut socio-économique (SSE) inférieur décèdent moins souvent à domicile et plus souvent en MRS ou à l'hôpital. L'absence d'information auprès des proches ou des prestataires de soins sur la préférence personnelle augmente également la probabilité d'un décès à l'hôpital. Par ailleurs, le domicile ne correspond pas toujours à la préférence personnelle, par exemple parce que l'on ne souhaite pas être une charge pour les proches ou parce que l'on se sent plus en sécurité dans une institution de soins. La préférence peut aussi évoluer, notamment en fonction de l'évolution de la maladie ou d'une expérience récente de soins de fin de vie et de décès d'un-e proche.
- **Facteurs liés à la maladie** : diagnostic, évolution de l'affection ou état fonctionnel. En cas de cancer ou d'accident vasculaire cérébral (AVC), la probabilité d'un décès à domicile ou à l'hôpital est plus grande, tandis que le diagnostic de démence semble plus souvent associé à

un décès en MRS. La probabilité d'un décès à l'hôpital augmente également en cas de détérioration soudaine de l'état de santé, de symptômes aigus (par exemple, détresse respiratoire grave, hémorragies) et de multiples hospitalisations préalables.

- **Facteurs environnementaux** : environnement de vie ; proximité, disponibilité et accessibilité des soins, en particulier des soins palliatifs, ainsi que la présence et la capacité de soutien de la part de proches. Ainsi, la probabilité d'un décès à l'hôpital diminue pour les personnes séjournant déjà en MRS, recevant un soutien à domicile d'un-e aidant-e proche ou recourant à des soins palliatifs. La culture dominante dans la famille ou la société concernant l'attitude face à la mort et aux traitements prolongeant la vie joue également un rôle.

De nombreuses études se penchent sur **les soins en fin de vie**, avec une attention aux soins potentiellement inappropriés, tels que les transferts entre environnements de soins dans la période précédant le décès, et en particulier les **hospitalisations**. Une étude menée dans 45 pays a révélé qu'au moins 90% des personnes ont connu au moins une hospitalisation au cours de leur dernière année de vie (Robinson, et al., 2014). Dans la première étude de la MC sur la fin de vie, une grande part des transferts entre environnements de soins correspondait à des hospitalisations, et le trajet le plus fréquent comprenait une hospitalisation depuis le domicile suivie d'un décès à l'hôpital (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Dans leur étude auprès de résident-es en MRS dans six pays européens, Honinx et al. (2021a) ont observé que 12% (Italie) à 26% (Belgique) des résident-es ont connu une hospitalisation dans le mois précédant le décès, avec une durée moyenne de 7 à 14 jours, et ont souligné l'impact potentiellement négatif d'une hospitalisation, en particulier chez les personnes âgées vulnérables. Ils-elles reconnaissent néanmoins que les décisions concernant les traitements, y compris l'hospitalisation, sont souvent complexes. À cet égard, Reyniers et al. (2014) constatent que, pour des raisons individuelles, mais également des raisons liées à la maladie ou à l'environnement, une hospitalisation n'est pas nécessairement indésirable ou inappropriée et peut parfois être indiquée. Il peut s'agir du souhait du-de la patient-e, qui s'y sent plus en sécurité et éprouve moins d'angoisse. L'hospitalisation peut également être liée au coût des alternatives, aux limites de la capacité de soins de l'environnement (par exemple, la capacité des aidant-es proches, la possibilité pour un-e généraliste ou une MRS

de soulager certains symptômes, ou la disponibilité des prestataires de soins la nuit ou le weekend). Des situations aiguës telles qu'une hémorragie importante ou une douleur incontrôlable peuvent également justifier une admission. Les auteur-rices soulignent toutefois que les soins et traitements superflus doivent être évités et qu'il ne faut pas donner de faux espoirs aux patient-es et à leurs proches. Néanmoins, les chercheur-es concluent sur la base de leurs analyses qu'il existe parfois, en pratique, des soins potentiellement inappropriés et des hospitalisations évitables (De Schreye, et al., 2023; Honinx, et al., 2021b).

Dans les soins de fin de vie, **les soins palliatifs** constituent un point d'attention particulier car, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ils peuvent contribuer substantiellement à une meilleure qualité de vie pour les patient-es atteint-es d'une maladie mortelle, ainsi que pour leurs proches (WHO, 2020). Ils peuvent également réduire la probabilité de décéder à l'hôpital (Zhiyi, et al., 2025), y compris pour les personnes ayant un SSE inférieur (Chen, et al., 2016). En 2020, l'OMS estimait que, dans le monde, seulement 14% des personnes ayant besoin de soins palliatifs y avaient effectivement accès (WHO, 2020), et dans les pays de l'OCDE, il s'agit de moins de 40% (OECD, 2024).

En Belgique, la loi du **14 juin 2002 relative aux soins palliatifs**¹ stipule, depuis 2016, que **chaque patient-e, quelle que soit son espérance de vie, a droit à des soins palliatifs lorsqu'il-elle se trouve dans un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital**. Ces soins visent à garantir et optimiser aussi longtemps que possible la qualité de vie du-de la patient-e et de ses proches, par une offre de soins multidisciplinaires complets sur les plans physique, psychique, social, moral, existentiel et, le cas échéant, spirituel. La loi précise également qu'une offre suffisamment large de soins palliatifs et les critères de remboursement de ces soins par la Sécurité sociale doivent garantir l'égalité d'accès à ces soins pour tous-tes les patient-es, dans l'ensemble de l'offre de soins.

Malgré cela, les chiffres belges semblent indiquer une sous-utilisation des soins palliatifs, un recours souvent tardif au cours du processus de la maladie et un accès inégal. Ainsi, seulement 57% des patient-es atteint-es de cancer décédés en 2020 ont reçu des soins palliatifs en fin de vie. Et pour près d'un-e patient-e sur cinq, le décès a eu lieu dans la semaine qui a suivi la délivrance de soins palliatifs, ce qui indique que ces soins ont été mis en place très tardivement

1 Loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs (M.B. 26 octobre 2002), modifiée par la loi du 21 juin 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs, élargissant la définition des soins palliatifs (M.B. 29 août 2016).

(Sciensano, 2024). Une étude sur des patient-es belges atteintes de cancer, âgées de 70 ans et plus, a conclu que seulement 44% ont reçu des soins palliatifs dans les trois derniers mois et que ces soins n'ont débuté qu'un mois avant le décès pour au moins la moitié d'entre elles (Depoorter, et al., 2023). En outre, des études indiquent que les personnes plus jeunes, celles qui ne vivent pas seules, ainsi que celles atteintes de cancer, sont plus susceptibles de bénéficier de soins palliatifs (Maetens, Beernaert, Deliëns, Gielen, & Cohen, 2019), tandis que les personnes en situation de pauvreté ou avec un SSE inférieur rencontrent davantage d'obstacles et recourent dès lors plus souvent aux soins aigus (Rowley, Richards, Carduff, & Marryn, 2021). Un récent rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) confirme la sous-utilisation de l'offre palliative et l'existence de besoins non rencontrés pour diverses raisons (par exemple, offre insuffisante, résistance personnelle, coût élevé, etc.) (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Les chercheur-euses insistent donc sur la nécessité d'investir davantage dans ces soins.

La littérature montre donc que **le lieu de décès comme les soins de fin de vie** sont déterminés **par une interaction d'un large éventail de facteurs**. Il est également souligné que **les décisions doivent être fondées sur les besoins et les préférences du-de la patient-e et des proches**, car cela peut contribuer positivement à la qualité de vie dans la dernière phase (O'Sullivan, et al., 2024; Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Puisqu'il apparaît, y compris en Belgique, que ces préférences sont souvent peu ou insuffisamment connues, des chercheur-euses plaident pour **un dialogue précoce** avec les proches et les prestataires de soins (Mistiaen, et al., 2017; O'Sullivan, et al., 2024; Dupont, De Vleminck, Deliëns, & Gilissen, 2023). Dans cette **planification anticipée des soins** (PAS), les besoins et préférences des patient-es constituent toujours le point de départ. Mais des chercheur-euses soulignent aussi la nécessité de tenir compte de la situation spécifique du-de la patient-e et des possibilités de l'environnement de soins pour fournir des soins appropriés et de qualité (par exemple, en cas de symptômes aigus ou graves, ou de capacité limitée des proches) (Costa, et al., 2016; Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). En outre, l'attention doit aussi porter sur les inégalités, notamment au détriment des personnes avec un SSE faible, tant pour le lieu de décès souhaité que pour le recours aux soins palliatifs.

Dans la présente étude, nous souhaitons examiner le profil des membres de la MC décédés en 2023 ou 2024, le lieu

de leur décès, ainsi que leur trajet de soins et leur utilisation des soins dans la période précédant le décès. Nous analysons également **quels facteurs influencent le lieu de décès et l'utilisation des soins palliatifs**. La comparaison avec la précédente étude de la MC permet de mettre en évidence certaines évolutions. Les connaissances actualisées peuvent ainsi contribuer à améliorer davantage la qualité de la fin de vie et des soins prodigués en fin de vie en Belgique.

2. Méthode

La réalisation des objectifs de la présente recherche s'effectue au moyen d'une étude rétrospective basée sur les données issues des bases de données administratives de la MC. Celles-ci contiennent des informations sur les caractéristiques sociales et démographiques des membres de la MC et sur leur utilisation de soins donnant lieu à un remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé (AO) ou des systèmes régionaux de protection sociale (par exemple, séjours dans des institutions de soins telles qu'un hôpital ou une MRS, contacts avec des prestataires de soins et recours aux médicaments). Elles ne contiennent pas d'informations sur les diagnostics cliniques.

2.1. Sélection de la population d'étude

L'étude analyse les données relatives aux affilié-es de la MC décédé-es en 2023 ou 2024, la mise en commun de deux années permettant d'obtenir des résultats plus robustes.

La sélection se limite aux membres de la MC qui avaient au moins 40 ans au moment de leur décès ou qui auraient atteint l'âge de 40 ans au cours de l'année civile de leur décès (= 106.624 personnes). Ce choix méthodologique augmente les chances d'obtenir une population d'étude plus homogène quant aux circonstances de décès. Bien que les données de la MC ne contiennent aucune information sur la cause du décès, nous supposons que cela permet d'inclure principalement des décès suite à une maladie (prolongée) ou liés à l'âge, et d'exclure certaines situations spécifiques de décès (par exemple, en néonatalogie, les jeunes victimes de la route ou les suicides chez les jeunes). Même s'il existe une possibilité que de telles situations soient incluses dans l'analyse, il s'agit vraisemblablement d'une petite part de notre population d'étude. En 2022, pour l'ensemble de la Belgique, 6% des décès de personnes âgées de 45 ans ou plus

étaient attribués à une cause externe², contre 38% dans le groupe de moins de 45 ans (Statbel, 2024). En outre, le critère d'âge permet de comparer certains de nos résultats avec ceux de la précédente étude de la MC portant sur les affilié-es décédé-es et âgé-es d'au moins 40 ans.

Plusieurs catégories de personnes sont exclues de cette étude :

- Les membres résidant sur le territoire de la Communauté germanophone (= neuf communes), car les bases de données de la MC ne contiennent plus, depuis le 1er janvier 2019, dans le cadre de la sixième réforme de l'État, d'informations sur les institutions de soins telles que les MRS, alors qu'il s'agit d'une variable importante dans cette étude tant pour l'analyse du lieu de décès que du trajet de soins ;
- Les travailleur-euses frontalier-ères et les personnes résidant à l'étranger, en raison de l'absence de garantie quant à l'exhaustivité des données sur l'utilisation des soins ;
- Les personnes qui ont été membres de la MC moins d'un an avant leur décès, car certaines analyses se basent sur une année complète de données ;
- Les personnes pour lesquelles certaines données manquent, par exemple le code INS³ ou le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (statut BIM).

La population d'étude finale se compose de 94.629 membres de la MC. Dans la suite de l'article, l'expression « membres de la MC » renvoie à cette population d'étude.

2.2. Variables et analyses

Nous dressons le **profil général** de la population d'étude selon l'âge, le sexe, la région, le statut BIM et le fait pour une personne d'être considérée ou non comme vivant seule⁴. Étant donné l'importance du cancer comme cause de décès⁵, une distinction est faite entre **personnes décédées avec et sans cancer**. Sont considérées comme décédées avec cancer les personnes pour lesquelles, durant leur dernière année de vie, au moins une des prestations suivantes

a été facturée : admission en hôpital de jour oncologique, frais de déplacement pour patient-es atteint-es de cancer, hospitalisation à domicile avec traitement oncologique, consultation ambulatoire en oncologie, chimiothérapie, radiothérapie ou consultation oncologique multidisciplinaire. Sur la base des données de facturation relatives aux prestations suivantes, une variable a également été créée pour indiquer si une personne **a reçu ou non des soins palliatifs** durant la dernière année : forfait palliatif, forfait palliatif en centre de soins de jour (CSJ), forfait palliatif en soins infirmiers à domicile, prestations de kinésithérapie auprès d'un-e patient-e palliatif-ve, prestation d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire en soins palliatifs (EMSP), séjour en unité hospitalière palliative (Sp4) et l'honoraire pour le-la généraliste dans le cadre de la planification anticipée des soins⁶. Pour certaines analyses, seuls les soins palliatifs ambulatoires sont pris en compte.

Pour chaque membre de la MC, le **lieu de décès** a été déterminé⁷ sur la base des données de facturation au jour du décès, en distinguant l'hôpital (admission classique dans un hôpital général ou psychiatrique, donc avec nuitée), une institution de soins résidentiels (MRS, y compris court séjour, maison de soins psychiatriques, initiative d'habitation protégée et, en partie, institution pour personnes en situation de handicap) et le domicile ou ailleurs (par exemple sur le lieu de travail, sur la voie publique, etc.), désignés ci-après par « domicile ».

Comme dans l'étude précédente de la MC, nous avons ensuite examiné **pour chaque jour de la dernière année de vie** le lieu de séjour de chaque membre de la MC afin de décrire l'évolution de la répartition entre environnements de soins durant la dernière année de vie, ainsi que le trajet entre environnements de soins au cours des six derniers mois.

Enfin, nous avons analysé, pour chaque membre de la MC, **l'utilisation des soins** dans les 90 jours précédant le décès⁸ :

- Soins ambulatoires : généraliste, spécialiste, kinésithérapie, soins infirmiers à domicile et médicaments délivrés en ambulatoire ;

2 Les causes externes (ou exogènes) renvoient aux décès résultant de blessures non intentionnelles (accidents), homicide, suicide, et autres facteurs externes tels que les erreurs médicales, complications des soins médicaux ou chirurgicaux, ou causes d'intention indéterminée.

3 Le code INS permet d'identifier la commune où une personne est domiciliée.

4 En tenant compte de la situation familiale durant l'année du décès.

5 En 2022, chez 23,6% des personnes décédées âgées de 45 ans ou plus en Belgique, la cause du décès mentionnée était « tumeurs ». Parmi les personnes décédées âgées de 85 ans ou plus, cette proportion était même de 27,4% (Statbel, 2025).

6 Pour plus d'explications sur l'offre existante en soins palliatifs, voir un rapport récent du KCE de Dauvin et al. (2025).

7 Les mutualités ne disposent pas, en effet, de l'information relative au lieu du décès telle que communiquée sur l'acte de décès.

8 Par analogie avec l'étude de Depoorter et al. (2023).

- Soins hospitaliers : admission classique, hôpital de jour, service des urgences et soins intensifs ;
- Institutions de soins résidentiels : MRS (y compris court séjour), CSJ, maison de soins psychiatriques, initiative d'habitation protégée et institution pour personnes en situation de handicap ;
- Soins palliatifs : forfait palliatif soins infirmiers à domicile, kinésithérapie pour patient-es palliatif-ves, prestation d'une EMSP, forfait palliatif en CSJ, séjour en unité hospitalière palliative.

Après avoir présenté des statistiques descriptives concernant le profil, le lieu de décès, le trajet et l'utilisation des soins, une analyse par régression logistique multinomiale examine si, et dans quelle mesure, une série de facteurs tels que l'âge, le sexe, le statut BIM, la situation familiale (personne seule ou non), un diagnostic de cancer et les soins palliatifs sont associés au lieu de décès (= variable dépendante avec les catégories suivantes : domicile, MRS et hôpital). Dans un premier temps, nous vérifions si les variables indépendantes sont trop fortement corrélées entre elles, ce qui pourrait biaiser les résultats. Les variables du modèle sont sélectionnées sur la base du *Variance Inflation Factor* (VIF) et d'une analyse des effets⁹. Ensuite, l'influence de chaque variable indépendante retenue est examinée de plus près. L'analyse indique dans quelle mesure et dans quelle direction une caractéristique - telle que l'âge ou le sexe - augmente ou réduit la probabilité d'un certain résultat, par exemple un décès à l'hôpital ou à domicile. Pour chaque catégorie de la variable dépendante, on estime comment une modification d'une variable indépendante influence la probabilité d'attribution à cette catégorie par rapport à une catégorie de référence et à valeurs égales des autres variables indépendantes. Ceci est exprimé en *odds ratio* (OR), un nombre qui indique dans quelle mesure la probabilité d'un certain résultat est plus ou moins élevée par rapport à une référence. Un OR supérieur à 1 indique une probabilité accrue, un OR inférieur à 1 une probabilité réduite. Les *odds ratio* ne sont pas des probabilités en tant que telles, mais un rapport de probabilités. Ils comparent la probabilité d'un événement dans deux groupes différents ; il s'agit de probabilités relatives par rapport à un groupe de référence. Seules les variables statistiquement significatives sont commentées. Une analyse de régression similaire examine quelles variables indépendantes sont déterminantes pour bénéficier de soins palliatifs au cours de la dernière année de vie.

2.3. Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites. Elle analyse des données de la MC, ce qui empêche de généraliser directement les résultats à l'ensemble de la population belge. Par exemple, la proportion de personnes âgées de 40 ans ou plus est légèrement plus élevée parmi les membres de la MC durant la période étudiée (56,4% contre 53,1%), avec notamment une part de marché de la MC plus élevée dans les tranches d'âge supérieures (INAMI, 2025). De plus, la part de marché de la MC diffère selon les régions, avec une part plus faible à Bruxelles, mais aussi en Wallonie. En outre, depuis la première étude de la MC (portant sur les personnes décédées en 2005-2006), le profil de la population de ses membres a évolué, avec notamment une part plus importante de personnes âgées et un rajeunissement de la sous-population bénéficiant du statut BIM.

Ensuite, les données dont disposent les mutualités sont des données administratives, collectées dans le cadre de la gestion des membres et de la facturation des soins de santé, ce qui implique que certaines caractéristiques telles que la vulnérabilité ou les affections doivent être mesurées à l'aide de variables proxys. Cela peut entraîner une détection incomplète des membres présentant une certaine caractéristique.

Par ailleurs, seules les données relatives aux soins de santé remboursés par l'AO et en partie par les systèmes régionaux de protection sociale (sauf la Communauté germanophone) sont disponibles, et non celles concernant des soins non remboursés, tels que certains médicaments ou certaines structures d'accueil pour personnes âgées. En particulier pour les soins palliatifs, il manque des données sur les équipes mobiles actives dans les hôpitaux et les MRS, ainsi que sur les soins palliatifs généralistes assurés, par exemple, par les médecins généralistes ou le personnel soignant en MRS ou en gériatrie dans les hôpitaux. Cela entraîne très probablement une sous-estimation du recours aux soins palliatifs.

De plus, les données administratives ne permettent pas d'évaluer la pertinence ou la qualité des soins en fin de vie, ni la mesure dans laquelle le lieu de décès correspondait au lieu souhaité ou le plus indiqué. Il manque en effet des informations sur l'état de santé (diagnostic, comorbidités, problèmes de santé, limitations fonctionnelles ou cognitives), la

9 Le *Variance Inflation Factor* (VIF) est une mesure indiquant la multicollinéarité entre variables. Cette mesure permet de tester si certaines variables se recouvrent. Ensuite, une analyse des effets (*analysis of effects*) permet d'examiner quelles variables indépendantes ont, chacune séparément, une influence réelle sur le résultat. Seules les variables indépendantes présentant une influence significative et démontrable sont incluses dans l'analyse ultérieure.

cause du décès, les circonstances du décès et les souhaits du-de la patient-e ou de son entourage.

Enfin, nous comparons les résultats selon l'âge, le sexe, etc. Les différences éventuelles indiquent uniquement des associations, sans permettre de tirer des conclusions quant à la causalité.

3. Résultats

3.1. Profil de la population d'étude

La population d'étude compte 94.629 personnes décédées en 2023 ou 2024, toutes sont membres de la MC. Un peu plus de la moitié sont des femmes (51,7%), avec une proportion croissante selon l'âge : de 39,2% dans le groupe des 40-64 ans à 60,8% chez les 85 ans et plus. L'âge moyen au décès est de 82,1 ans, la médiane de 85 ans. 74,4% résident en Flandre, 22,4% en Wallonie et seulement 3,0% à Bruxelles. 44,1% ont le statut BIM, avec des pourcentages plus faibles dans les groupes d'âge 65-74 ans (36,0%) et 75-84 ans (35,7%) et plus élevés chez les 85 ans et plus (50,0%) et chez les femmes (50,8% par rapport à 36,9% chez les hommes). Un peu plus

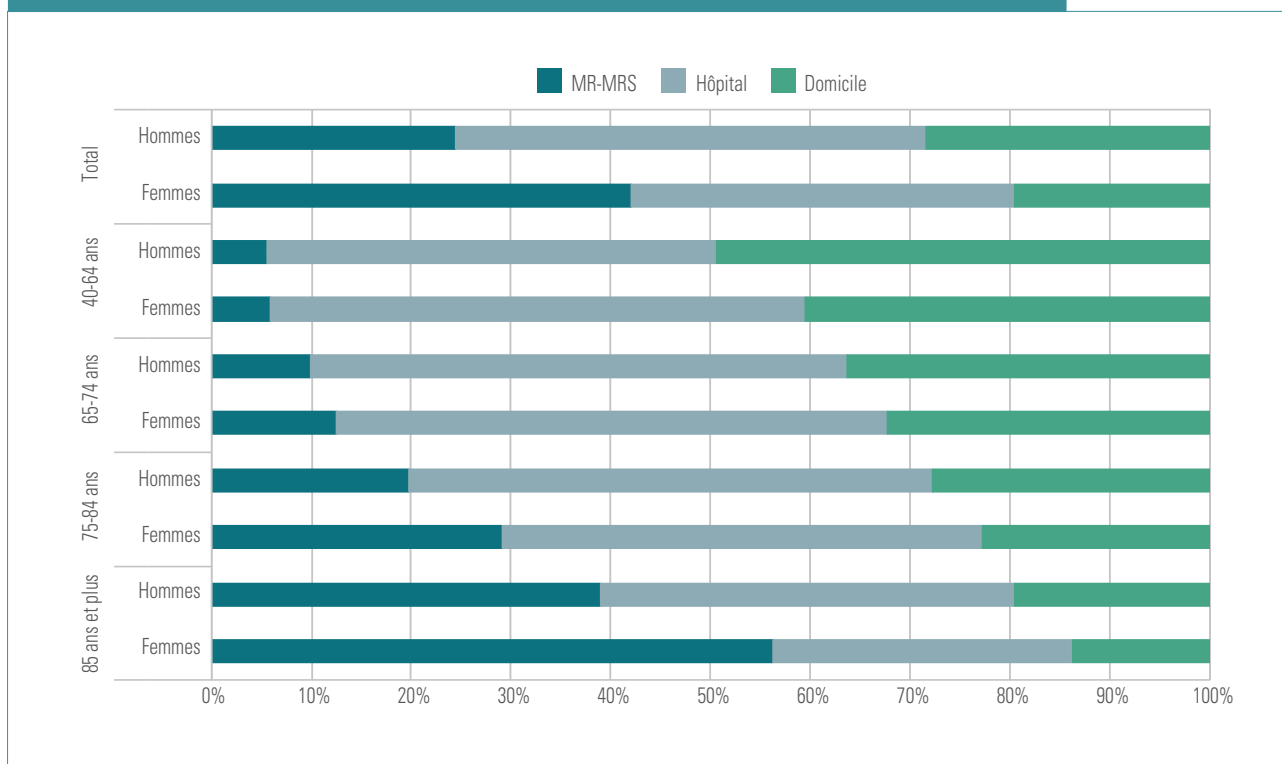
de la moitié sont des personnes qui vivent seules (53,7%), près d'un quart présentent une indication de diagnostic de cancer (23,9%) et plus d'un quart ont eu recours aux soins palliatifs (26,7%).

3.2. Lieu de décès

Durant la période 2023-2024, 42,6% de la **population totale de l'étude** décède à l'hôpital, 23,8% à domicile ou ailleurs et 33,5% dans une institution de soins résidentiels. Comme il s'agit en grande majorité d'une maison de repos (et de soins) (32,9%), nous y faisons référence dans le présent article par l'acronyme 'MRS'. Les décès à l'hôpital surviennent principalement dans un service de gériatrie (32,9% ; chez les 85 ans et plus : 56,9%) ou dans un service de diagnostic et de traitement médical (29,6% - selon les catégories d'âge et le sexe, de 31,6% à 41,8%). Ensuite, près de 18,5% décèdent en soins intensifs et 13,4% dans un service palliatif, mais cette proportion diminue avec l'âge, passant de près d'une personne sur cinq chez les 40-64 ans à un peu moins d'une sur dix chez les 85 ans et plus.

Selon le sexe, les femmes décèdent plus souvent en MRS et les hommes plus souvent à domicile ou à l'hôpital (voir Figure 1). Pour les deux sexes, la proportion de décès en MRS augmente avec l'âge, tandis que celle des décès à domicile

Figure 1 : Lieu de décès des membres de la MC, âgés de 40 ans et plus, décédés en 2023-2024 selon l'âge et le sexe (Source : MC)



diminue. Pour toutes les personnes de 65 ans et plus, les femmes décèdent plus souvent que les hommes en MRS, avec un écart croissant selon l'âge.

Selon la région, nous observons que les habitant-es de Bruxelles (47,8%) et de Wallonie (45,9%) décèdent plus souvent à l'hôpital que ceux et celles de Flandre (41,4%), où la proportion de décès en MRS (35,5%) est plus élevée qu'à Bruxelles (29,0%) et en Wallonie (27,7%).

Les personnes disposant du **statut BIM** décèdent plus souvent en MRS (40,0% contre 28,4%) et moins souvent à l'hôpital (39,2% contre 45,3%) ou à domicile (20,8% contre 26,3%). Il en va de même pour **les personnes vivant seules** (MRS : 46,7% contre 18,3% ; hôpital : 36,4% contre 49,8% ; domicile : 16,9% contre 31,9%).

Les personnes atteintes d'**un cancer** décèdent plus souvent à l'hôpital (56,4% contre 38,3%) ou à domicile (30,4% contre 21,8%), et moins souvent en MRS (13,2% contre 39,9%). Un décès à l'hôpital a également plus souvent lieu dans un service palliatif (28,8% contre 7,8%).

Lorsqu'il existe une indication de **soins palliatifs ambulatoires** durant la dernière année de vie (= 23,5% des membres de la MC), la proportion de décès à domicile atteint 50,7% (contre 15,6%) et celle des décès à l'hôpital 29,6% (contre

46,6%). Un décès à l'hôpital survient pour 36,1% dans un service palliatif (contre 9,9%).

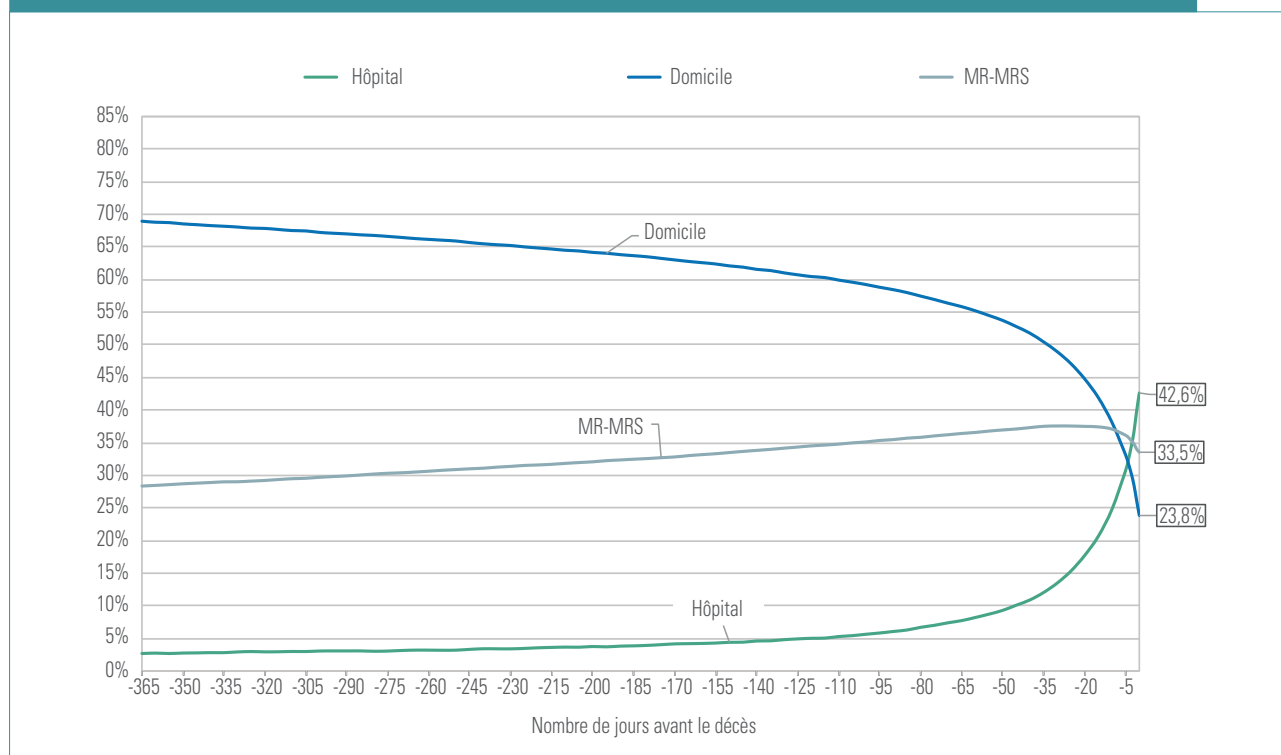
3.3. Trajet de soins avant le décès

3.3.1. Évolution de l'environnement de soins un an avant le décès

Pour chaque membre de la MC, l'environnement de soins a été déterminé jour par jour pour la dernière année de vie. La figure 2 montre le résultat pour la **population totale de l'étude**. La proportion de personnes en MRS augmente de manière assez régulière, passant de 28,4% un an avant la date du décès à 37,6% un mois avant, avant de redescendre à 33,5%. La proportion de personnes admises à l'hôpital est faible au départ (2,7%) et n'augmente que modestement jusqu'à environ trois mois avant le décès, tandis que la proportion de personnes à domicile - initialement 69,0% - diminue progressivement, mais fortement. La plupart des changements d'environnement de soins surviennent durant le mois précédant le décès, avec une augmentation exponentielle de la proportion de personnes hospitalisées et une forte diminution de la proportion de personnes à domicile.

Les tendances générales en matière d'environnement de soins durant la dernière année de vie ne diffèrent pas fon-

Figure 2 : Évolution de l'environnement de soins durant la dernière année de vie des membres de la MC, âgés de 40 ans et plus, décédés en 2023-2024 (n=94.629) (Source : MC)



damentalement selon le **sexe**. Les hommes séjournent cependant plus souvent à domicile ou à l'hôpital et les femmes plus souvent en MRS. Dans les deux groupes, la proportion à domicile diminue avec **l'âge**, tandis que la proportion en hôpital augmente. La proportion en MRS - relativement faible et stable jusqu'à 74 ans - augmente à partir de 75 ans, sauf dans les derniers jours de vie. Les femmes séjournent plus souvent que les hommes en MRS dans toutes les catégories d'âge, avec un écart croissant avec l'âge. Les tendances générales se retrouvent dans toutes les **régions**, même si la proportion de séjours hospitaliers augmente davantage à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre, où le poids croissant des MRS est plus marqué.

Chez les membres de la MC sans **statut BIM**, trois sur quatre séjournent à domicile un an avant le décès, et un peu plus d'un sur cinq en MRS. Chez les personnes avec statut BIM, ces proportions sont respectivement de 61,4% et 35,7%. Dans les deux groupes, la proportion en hôpital augmente exponentiellement dans le dernier mois de vie, avec une tendance encore plus marquée chez les personnes sans statut BIM. Le groupe avec statut BIM montre en revanche une plus forte augmentation de la proportion en MRS. Chez les **personnes vivant seules**, on observe qu'elles séjournent déjà plus souvent en MRS qu'à domicile à partir du 6^{ème} mois avant le décès.

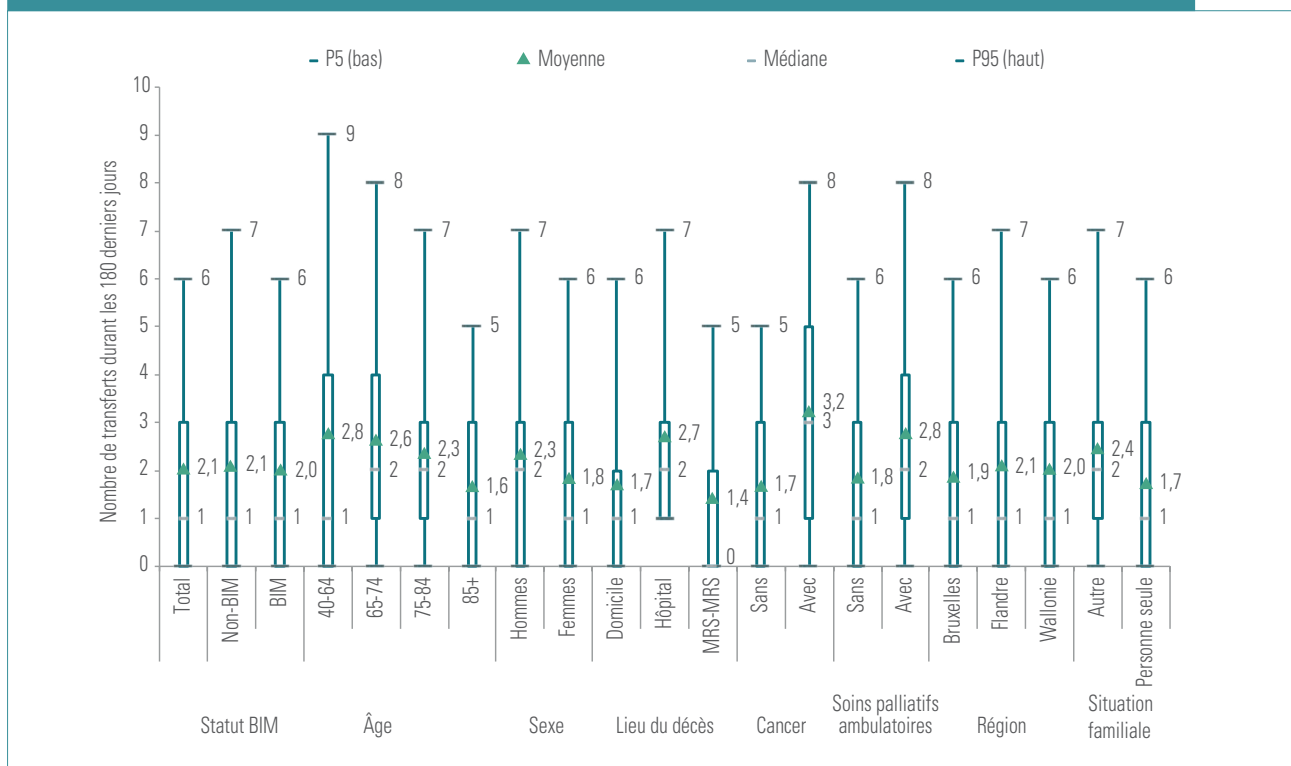
Pour les personnes souffrant d'un **cancer**, la grande majorité séjourne à domicile (90,8%) un an avant la date du décès, et très peu en MRS (6,2%). Les tendances sont similaires à celles observées pour l'ensemble de la population d'étude, mais l'augmentation de la proportion de personnes hospitalisées durant le dernier mois de vie est plus marquée. Chez celles et ceux **recevant des soins palliatifs ambulatoires**, 87,0% séjournent à domicile un an avant le décès. Dans ce groupe, l'augmentation de la proportion d'hospitalisations est moins forte durant la dernière année et la baisse de la proportion à domicile est moins prononcée.

3.3.2. Trajet de soins dans les 180 jours précédant le décès

Répartition du nombre de transferts

La figure 3 montre la répartition du nombre total de transferts entre environnements de soins par personne dans les 180 jours précédant le décès selon différents paramètres. Nous constatons que la moitié des membres MC décédés changent au moins une fois d'environnement de soins (médiane), indépendamment du statut BIM ou de la région. Le nombre de transferts est en moyenne plus élevé pour les hommes et lorsqu'on est plus jeune, ainsi qu'en cas de soins palliatifs ambulatoires ou de cancer, mais plus faible pour les personnes vivant seules. Selon le lieu du décès, on observe davantage de transferts pour ceux et celles qui dé-

Figure 3 : Répartition du nombre de transferts entre environnements de soins durant les 180 derniers jours selon différents paramètres (Source : MC)



cèdent à l'hôpital et moins pour ceux et celles qui décèdent à domicile ou en MRS. La figure montre également qu'un quart des membres MC, quel que soit le paramètre étudié, change au moins trois fois d'environnement de soins durant les six derniers mois de vie (P75). Dans des situations extrêmes (P95), cela peut, selon le paramètre, aller jusqu'à cinq voire neuf fois.

Types de transferts selon le lieu du décès

Pour chaque membre MC, le trajet de soins dans les 180 jours précédant le décès a été analysé en fonction du lieu de décès (voir Figures 4, 5 et 6). Étant donné la grande variabilité, les figures montrent les quinze trajets les plus fréquents - qui couvrent ensemble au moins 90% du sous-groupe concerné - ainsi que les neuf derniers transferts.

Dans chaque figure, le lieu de décès est représenté symboliquement à droite, et en se déplaçant vers la gauche, les éventuels transferts depuis d'autres environnements de soins. La représentation ne tient pas compte de la durée de séjour dans un environnement donné et une ligne interrompue indique des transferts supplémentaires non représentés.

Parmi les **personnes décédées à domicile**, environ la moitié réside à domicile durant tout le dernier semestre, donc sans hospitalisation classique ni séjour en MRS (voir Figure 4). Pour les autres, il y a au moins un transfert, le plus souvent une ou plusieurs hospitalisations. Près de 20% des trajets de soins comportent un seul transfert depuis le domicile vers l'hôpital puis un retour au domicile où le décès

Figure 4 : Les 15 trajets de soins les plus fréquents dans les 180 jours précédant le décès pour les membres de la MC, âgés de 40 ans et plus, décédés à domicile (Source : MC)



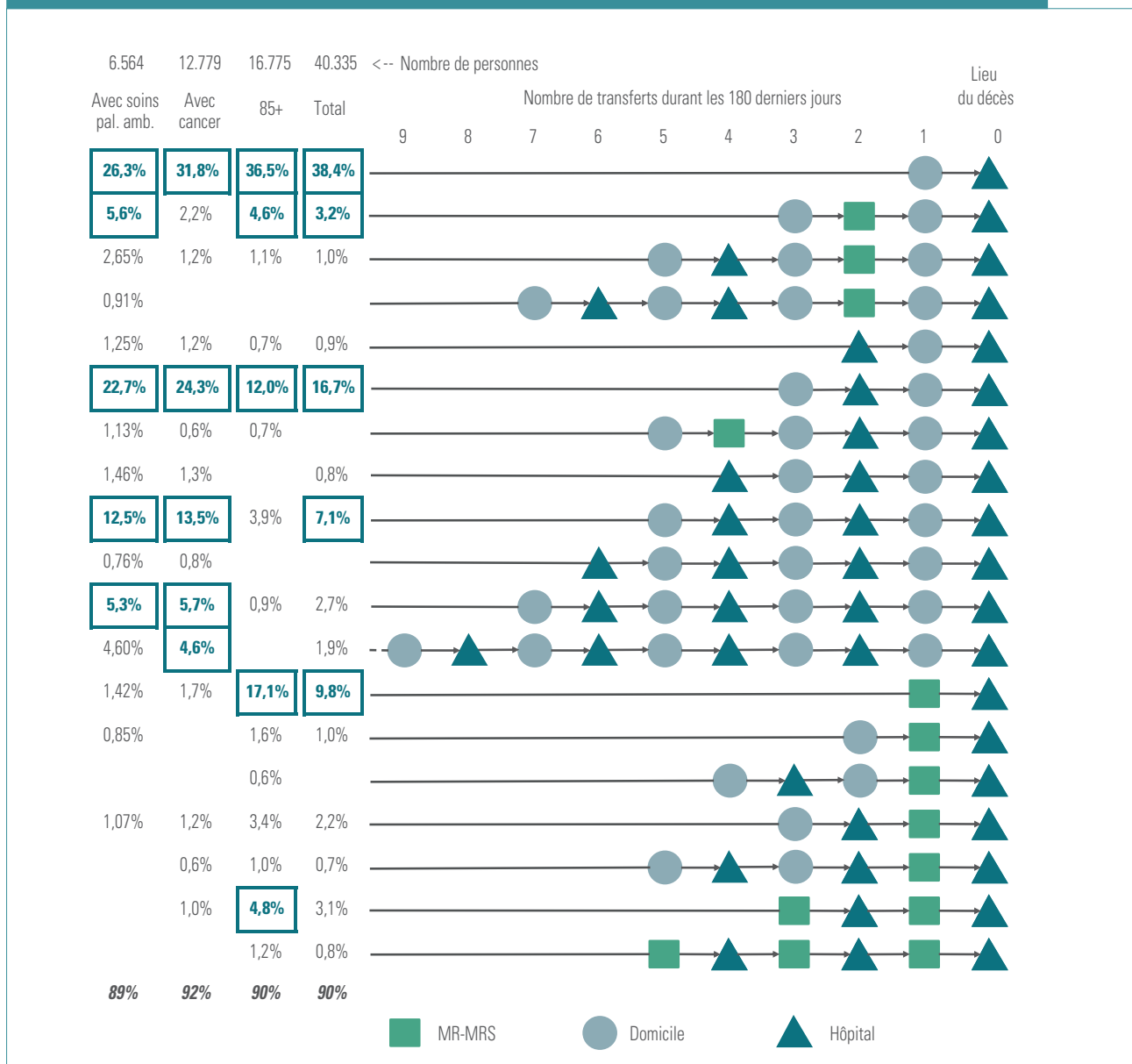
a lieu. Dans 12% des cas, le trajet est composé uniquement d'au moins deux transferts du domicile vers l'hôpital, le dernier transfert étant le retour au domicile où le décès a lieu. La proportion de trajets de soins comportant au moins un transfert est plus élevée lorsqu'il y a des soins palliatifs ambulatoires ou un cancer. Un peu plus d'une personne sur dix connaît un ou plusieurs séjours en MRS durant les six mois précédant le décès, avec une proportion plus élevée parmi les 85 ans et plus (18,0%).

Pour toutes les **personnes décédées à l'hôpital**, il y a au moins un transfert entre environnements de soins dans les 180 jours précédant le décès (voir Figure 5). Dans plus de deux cas sur trois, il s'agit uniquement de transferts entre le domicile et l'hôpital :

- 38% des cas lorsque le trajet de soins se limite à un seul transfert du domicile vers l'hôpital ;
- 17% des cas lorsque le trajet se compose de deux transferts domicile-hôpital : du domicile vers l'hôpital, puis retour au domicile, suivi d'un dernier transfert vers l'hôpital ;
- 12% des cas lorsque le trajet est constitué d'au moins trois transferts domicile-hôpital.

Parmi les personnes bénéficiant de soins palliatifs ambulatoires ou atteintes d'un cancer, la proportion comportant plusieurs transferts domicile-hôpital est plus importante. Dans les 180 derniers jours de vie, près d'une personne sur dix réside de manière permanente en MRS avant d'être admise puis de décéder à l'hôpital. Avec 17,1%, cette proportion est nettement plus élevée pour les 85 ans et plus. Les

Figure 5 : Les 15 trajets de soins les plus fréquents dans les 180 jours précédant le décès pour les membres de la MC, âgés de 40 ans et plus, décédés à l'hôpital (Source : MC)



trajets incluant un ou plusieurs séjours en MRS sont rares chez ceux et celles bénéficiant de soins palliatifs ambulatoires ou atteintes d'un cancer.

Plus de la moitié des **personnes décédées en MRS** y résident sans interruption durant les six derniers mois de vie (voir Figure 6). Cette proportion est plus élevée pour les 85 ans et plus et nettement plus faible pour ceux et celles ayant bénéficié de soins palliatifs ambulatoires ou souffrant d'un cancer. Environ 20% des trajets de soins sont composés uniquement d'un ou plusieurs transferts d'une MRS vers un hôpital, mais où les personnes retournent finalement en MRS pour leurs derniers jours. Une petite minorité séjourne uniquement à domicile (2,6%) ou uniquement à l'hôpital (1,6%) avant d'être admise et de décéder en MRS. Le trajet où l'on passe du domicile à l'hospitali-

sation puis à la MRS est un peu plus fréquent (6,5%), et encore plus pour les personnes ayant bénéficié de soins palliatifs ambulatoires (8,9%) et surtout pour les personnes atteintes d'un cancer (13,7%).

3.4. Utilisation des soins durant les trois derniers mois de vie

Pour les membres de la MC décédés, le recours aux soins durant les trois derniers mois de vie a également été analysé, en prêtant attention tant à la proportion d'utilisateur-rices qu'à l'intensité. Le tableau 1 présente, pour différents types de soins et selon différents paramètres, la proportion d'utilisateur-rices.

Figure 6 : Les 15 trajets de soins les plus fréquents dans les 180 jours précédant le décès pour les membres de la MC, âgés de 40 ans et plus, décédés en MRS (Source : MC)



Tableau I : Proportion d'utilisateurs-rices de différents types de soins durant les trois derniers mois de vie selon divers paramètres (Source : MC)

Type de soins	Total	Sexe		Âge				Région			Statut BIM		Situation familiale		Cancer	
		Homme	Femme	40-64	65-74	75-84	85 et plus	Flandre	Wallo- nie	Brux- elles	Oui	Non	Seul-e	Pas seul-e	Oui	Non
Soins ambu- latoires	Médecin généraliste	92,2%	90,3%	80,0%	86,3%	92,1%	96,1%	93,3%	90,5%	77,8%	93,6%	91,2%	93,0%	91,4%	91,5%	92,5%
	Spécialiste	43,3%	50,1%	59,2%	61,2%	53,2%	30,7%	42,6%	45,5%	44,3%	37,4%	47,9%	34,6%	53,4%	75,2%	33,2%
	Soins infirmiers à domi- cile	42,5%	46,7%	44,9%	50,6%	49,2%	36,6%	43,3%	41,1%	34,6%	41,5%	43,4%	32,0%	54,8%	66,5%	35,0%
Soins hospi- taliers	Kinésithérapie	20,2%	21,3%	20,6%	24,3%	24,0%	17,2%	16,9%	31,0%	21,4%	19,1%	21,1%	15,0%	26,3%	18,2%	26,6%
	Hospitalisation classique	61,0%	66,3%	65,2%	71,9%	68,9%	53,4%	59,9%	64,3%	64,9%	57,7%	63,7%	54,4%	68,8%	79,7%	55,2%
	Hôpital de jour	32,0%	35,7%	44,3%	45,6%	37,6%	23,2%	32,6%	29,1%	37,3%	28,8	34,5%	26,0%	38,9%	60,3%	23,1%
	Urgences	56,1%	60,0%	55,8%	61,6%	61,4%	52,0%	55,1%	58,6%	61,2%	53,9%	57,8%	51,4%	61,5%	65,1%	53,2%
	Soins intensifs	8,2%	10,1%	17,7%	16,6%	10,9%	2,8%	7,7%	7,7%	9,6%	6,7%	9,4%	5,6%	11,2%	7,6%	8,4%
Institution de soins résidentiels (principalement MRS)	47,8%	37,8%	57,1%	12,2%	21,4%	38,3%	66,1%	49,2%	43,3%	55,8%	41,4%	63,0%	30,2%	24,9%	55,0%	
Soins palliatifs	Ensemble	22,3%	24,2%	28,0%	31,1%	26,2%	16,9%	22,1%	23,3%	19,0%	20,3%	23,9%	15,0%	30,7%	50,1%	13,5%
	Soins palliatifs infirmiers à domicile	15,3%	17,4%	18,3%	21,7%	18,7%	11,8%	16,1%	14,6%	8,5%	14,3%	16,6%	8,8%	23,4%	35,5%	9,3%
	EMSP	7,2%	7,8%	10,1%	10,3%	8,0%	5,4%	7,3%	7,1%	6,0%	6,1%	8,0%	4,8%	10,0%	17,2%	4,1%
	Kinésithérapie palliative	5,9%	6,6%	6,7%	8,4%	7,2%	4,5%	5,0%	5,0%	9,3%	5,8%	6,0%	3,2%	9,1%	11,5%	4,2%
	CSJ palliatif	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,01%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,03%	0,1%	0,2%	0,03%
Unité hospitalière palliative	5,9%	6,3%	9,4%	10,0%	7,5%	3,4%	5,6%	5,6%	6,8%	4,9%	6,7%	5,0%	7,0%	16,8%	2,5%	

3.4.1. Soins ambulatoires

Dans les 90 derniers jours de vie, plus de 90% des membres de la MC ont bénéficié d'au moins un **contact avec un-e médecin généraliste**, indépendamment du sexe, du statut BIM, de la situation familiale ou d'un diagnostic de cancer. Cette proportion augmente avec l'âge et est, selon la région, plus limitée à Bruxelles (77,8%), sachant cependant que les habitant-es de Bruxelles sont plus souvent inscrit-es dans une maison médicale et y recourent aux soins généralistes (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). En moyenne, il y a 7,6 contacts avec un-e médecin généraliste (médiane : 6), avec des nombres légèrement plus élevés en Flandre, chez les femmes, les personnes avec statut BIM, en cas de cancer et lorsque l'âge augmente. Un peu plus de 40% reçoivent, durant la même période, des **soins infirmiers à domicile**, avec une proportion plus élevée chez les hommes, les personnes ne vivant pas seules et surtout les personnes souffrant d'un cancer, et plus faible chez les 85 ans et plus. Le nombre moyen de contacts de soins infirmiers est de 45,6 (médiane : 45), augmente selon l'âge, et est plus élevé pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée et les personnes vivant seules, mais plus faible à Bruxelles et en cas de cancer.

3.4.2. Soins hospitaliers

61,0% des membres de la MC ont eu au moins une **hospitalisation classique** durant les trois derniers mois de vie. Cette proportion est plus élevée chez les hommes, en Wallonie et à Bruxelles, mais surtout en cas de cancer (79,7%), et plus faible chez les bénéficiaires du statut BIM, les personnes vivant seules et les 85 ans et plus. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation est de 20,0 (médiane : 15). Ce nombre est surtout plus faible chez les 85 ans et plus, et globalement un peu plus élevé à Bruxelles et surtout chez les personnes atteintes d'un cancer. Les différences selon le sexe, le statut BIM ou la situation familiale sont limitées.

Une personne sur douze a été prise en charge dans un service de **soins intensifs**, avec une proportion plus élevée chez les hommes et plus limitée lorsque l'âge augmente - surtout chez les 85 ans et plus - ainsi que dans le groupe des bénéficiaires du statut BIM et chez les personnes vivant seules. La durée moyenne de séjour est de 13,0 jours (médiane : 7,5). Chez les 85 ans et plus, il s'agit en moyenne de 7,8 jours, soit la moitié de ce qui est observé dans le groupe des 65-84 ans. Par ailleurs, cette durée est également un peu plus élevée pour les personnes atteintes d'un cancer.

56,1% des membres de la MC ont été au moins une fois au **service des urgences** d'un hôpital. C'est plus fréquent chez les hommes, les 65-84 ans, les Bruxellois-es et les personnes souffrant d'un cancer, et moins fréquent chez les personnes disposant du statut BIM, chez les personnes vivant seules et chez les 85 ans et plus. En moyenne, il y a 1,4 contact, avec peu de différences selon les paramètres (médiane : 1).

3.4.3. Soins palliatifs

Recours aux soins palliatifs

Dans les trois derniers mois de vie, 22,3% des membres de la MC ont eu recours à une forme quelconque de **soins palliatifs** (voir Tableau 1). Selon l'âge, la proportion est la plus élevée chez les 65-74 ans (31,1%) puis diminue jusqu'à 16,9% pour les 85 ans et plus. La proportion semble légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes et un peu plus faible chez les ayants droit au statut BIM que chez ceux et celles qui n'ont pas ce droit. Les plus grandes différences apparaissent selon la situation familiale (15,0% pour les personnes vivant seules contre 30,7% pour les autres) et surtout selon la présence ou non d'un cancer (50,1% contre 13,5%).

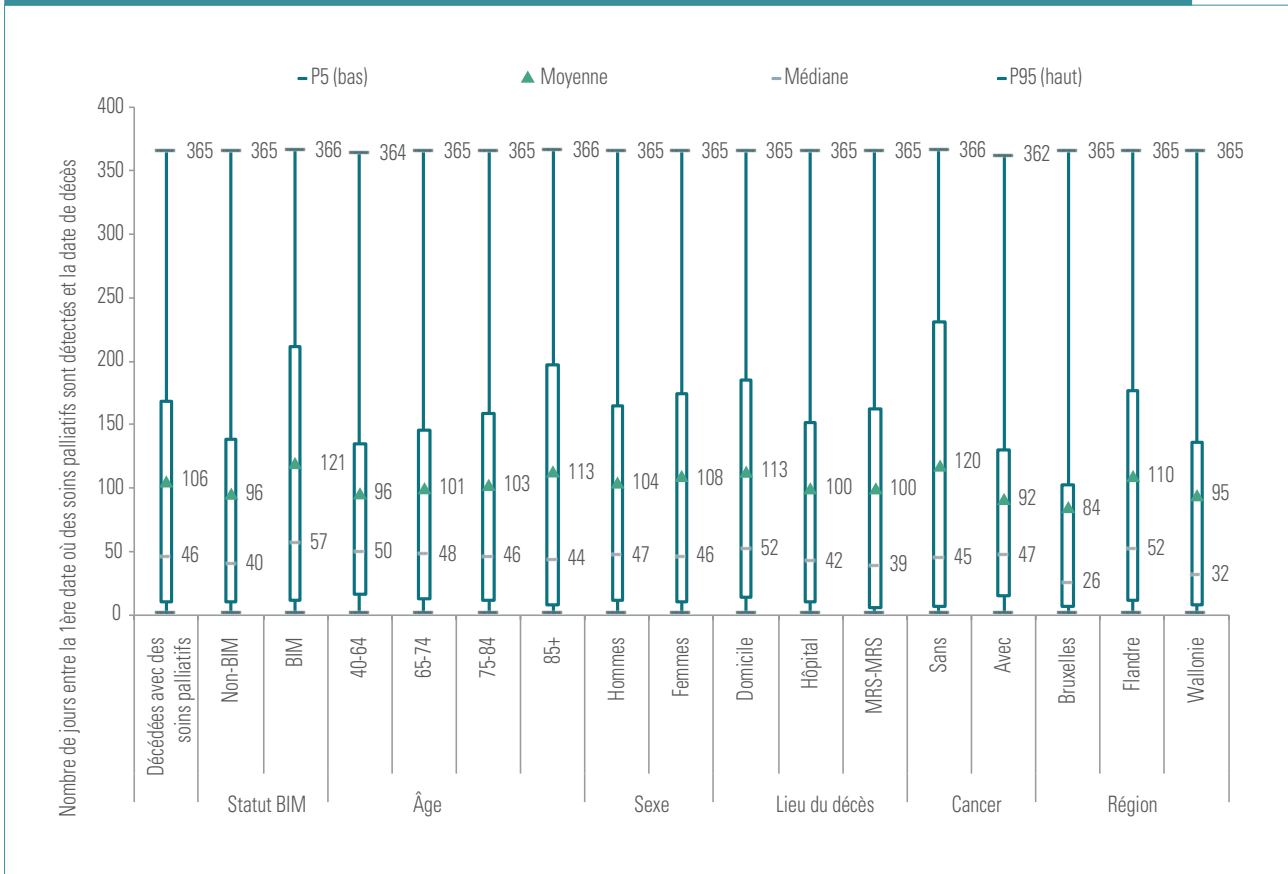
Lorsque l'on ventile selon le type de soins palliatifs, on observe la plus grande proportion d'utilisateur-rices dans **les soins palliatifs infirmiers à domicile** (15,3%), mais avec des différences selon l'âge et le sexe, la région et dans une certaine mesure le statut BIM. Les plus grands écarts sont observés selon la situation familiale (8,8% pour les personnes vivant seules contre 23,4% pour les autres) et selon la présence ou non d'un cancer (35,5% contre 9,3%). Pour le suivi par une EMSP, la proportion d'utilisateur-rices - globalement 7,2% - est nettement plus élevée en cas de cancer (17,2%). Les différences selon les autres paramètres sont moins marquées. Enfin, 5,9% des personnes ont été admises dans un **service hospitalier palliatif**, avec une proportion plus élevée chez les 65-84 ans, chez les personnes vivant à Bruxelles et surtout en cas de cancer, et une proportion plus faible parmi ceux et celles qui ont le statut BIM, ainsi que chez les personnes vivant seules.

Début des soins palliatifs

Pour ceux et celles qui ont eu recours aux soins palliatifs durant la dernière année de vie, quel qu'en soit le type, nous avons examiné la date de début de ces soins au cours de cette dernière année (voir Figure 7)¹⁰. Nous avons constaté que, pour la moitié (médiane), cela a lieu seulement dans

10 L'analyse se concentre sur la dernière année de vie. Il n'est pas exclu que des soins palliatifs aient déjà été facturés auparavant pour une partie des membres.

Figure 7 : Distribution du nombre de jours entre la date de décès et la date de début des soins palliatifs durant la dernière année de vie selon divers paramètres (Source : MC)



les 46 jours avant la date du décès, mais les différences sont importantes : pour le premier quartile (P25), seulement 11 jours et pour le dernier quartile (P75) 168 jours. Alors que la différence selon le sexe est minime, elle est notable selon l'âge : le début des soins palliatifs survient en moyenne plus tôt à mesure que les personnes sont plus âgées, mais la médiane en nombre de jours est légèrement plus élevée lorsque l'on est plus jeune au moment du décès. Il semble ensuite que chez les personnes avec le statut BIM, les soins palliatifs commencent globalement plus tôt que chez ceux et celles qui n'ont pas ce statut. Il en va de même pour les personnes décédées à domicile et pour celles ne souffrant pas d'un cancer. Selon la région, on constate qu'en Flandre, tant le nombre moyen que le nombre médian de jours sont nettement plus élevés qu'en Wallonie et à Bruxelles.

3.5. Analyses de régression concernant les facteurs influençant le lieu du décès et le recours aux soins palliatifs

3.5.1. Lieu du décès

Une régression logistique multinomiale a permis d'identifier les facteurs qui contribuent de manière significative aux différences en matière de lieu de décès, répartis en trois catégories (domicile, MRS et hôpital). L'analyse examine comment les différents facteurs sont associés à la probabilité de décéder à domicile ou en MRS, par rapport à un décès à l'hôpital. L'hôpital est donc pris comme catégorie de référence, ce qui signifie que tous les résultats indiquent dans quelle mesure la probabilité de décéder à domicile ou en MRS est plus grande ou plus faible, en comparaison avec la probabilité de décéder à l'hôpital.

Le tableau 2 montre que chaque variable explicative (catégorie d'âge, sexe, statut BIM, région, situation familiale, cancer, soins palliatifs) est associée à la probabilité de décéder ou non dans un environnement de soins spécifique ($p < 0,0001$). Par conséquent, l'inclusion de ces variables dans le modèle

Tableau 2: Variables associées au lieu du décès
(Source : MC)

Variables	Degrés de liberté (DF)	Chi ²	P-valeur (p<0,05 = significatif)
Âge	6	6.880,6	<0,0001
Sexe	2	515,9	<0,0001
Statut BIM	2	162,5	<0,0001
Région	4	272,4	<0,0001
Situation familiale	2	2.978,2	<0,0001
Cancer	2	2.295,9	<0,0001
Soins palliatifs	2	6.763,4	<0,0001

Tableau 3: La probabilité de décéder à domicile ou en MRS par rapport à la probabilité de décéder à l'hôpital selon différentes variables (Source : MC)

Effet	Lieu du décès	Odds Ratio	Intervalle de confiance (IC 95%)	P-valeur (p<0,05 = significatif)
Âge : 65–74 vs 40–64	Domicile	0,618	0,582 - 0,655	<0,0001
	MRS	1,886	1,687 - 2,108	<0,0001
Âge : 75–84 vs 40–64	Domicile	0,457	0,433 - 0,484	<0,0001
	MRS	4,021	3,636 - 4,448	<0,0001
Âge : 85+ vs 40–64	Domicile	0,406	0,385 - 0,429	<0,0001
	MRS	8,393	7,612 - 9,255	<0,0001
Sexe : femme vs homme	Domicile	0,889	0,858 - 0,921	<0,0001
	MRS	1,379	1,334 - 1,427	<0,0001
BIM : oui vs non	Domicile	0,902	0,870 - 0,935	<0,0001
	MRS	1,165	1,127 - 1,204	<0,0001
Région : Wallonie vs Flandre	Domicile	1,028	0,988 - 1,070	0,1733
	MRS	0,751	0,722 - 0,782	<0,0001
Région : Bruxelles vs Flandre	Domicile	0,956	0,866 - 1,056	0,3759
	MRS	0,687	0,624 - 0,756	<0,0001
Situation familiale : seul-e vs pas seul-e	Domicile	0,847	0,816 - 0,878	<0,0001
	MRS	2,387	2,304 - 2,473	<0,0001
Cancer : oui vs non	Domicile	0,437	0,418 - 0,456	<0,0001
	MRS	0,391	0,372 - 0,410	<0,0001
Soins palliatifs : oui vs non	Domicile	4,367	4,196 - 4,545	<0,0001
	MRS	0,821	0,786 - 0,859	<0,0001

augmente sa puissance prédictive¹¹. Les variables âge, soins palliatifs, situation familiale et diagnostic de cancer présentent une forte association avec le lieu du décès.

Le tableau 3 présente les informations relatives à la probabilité de décéder à domicile ou en MRS par rapport à la probabilité de décéder à l'hôpital (= référence), en fonction des

variables (âge, sexe, statut BIM, etc.). Les *odds ratio* (OR) indiquent comment la probabilité de décéder à domicile ou en MRS évolue par rapport à la probabilité de décéder à l'hôpital.

Parmi les **facteurs individuels**, il apparaît que **l'âge** est un très bon prédicteur du lieu du décès. Les personnes âgées

11 Étant donné que la variable dépendante du modèle comporte trois catégories, la qualité du modèle a été mesurée à l'aide d'un pseudo R² (McFadden). Ce pseudo R² a une valeur de 15%, ce qui indique une bonne qualité.

de 65 à 74 ans ont 38,2% de probabilité en moins de décéder à domicile (par rapport à un décès à l'hôpital) que les personnes âgées de 40 à 64 ans (OR = 0,618). Cette probabilité diminue encore avec l'âge : les personnes âgées de 75 à 84 ans ont 54,3% de probabilité en moins (OR = 0,457) et les personnes de 85 ans et plus même 59,4% de probabilité en moins (OR = 0,406), par rapport à un décès à l'hôpital. À l'inverse, on voit que la probabilité de décéder en MRS (par rapport à un décès à l'hôpital) augmente fortement avec l'âge : deux fois plus de probabilité pour les personnes de 65–74 ans (OR = 1,886), quatre fois plus pour celles de 75–84 ans (OR = 4,021) et même huit fois plus pour le groupe le plus âgé (85 ans et plus) (OR = 8,393).

Le **sexe** joue également un rôle. En comparaison avec le décès à l'hôpital, les femmes ont une probabilité légèrement plus faible (11,1%) de décéder à domicile que les hommes (OR = 0,889), mais une probabilité nettement plus élevée (37,9%) de décéder en MRS (OR = 1,379).

Les personnes disposant du **statut BIM** ont moins de probabilité de décéder à domicile (OR = 0,902) et un peu plus de probabilité de décéder en MRS (OR = 1,165) que dans un hôpital. Les **personnes vivant seules** ont 15,3% de probabilité en moins de décéder à domicile (OR = 0,847), mais plus de deux fois plus de probabilité de décéder en MRS (OR = 2,387), par rapport à un décès à l'hôpital.

Concernant les **facteurs environnementaux**, on observe également des **différences régionales**, mais moins marquées que les autres facteurs. Les différences régionales montrent une probabilité moindre de décéder en MRS en Wallonie et à Bruxelles, comparé au décès à l'hôpital. En Wallonie, la probabilité de décéder en MRS est 24,9% plus faible qu'en Flandre (OR = 0,751), et à Bruxelles même 31,3% plus faible (OR = 0,687), comparé à l'hôpital.

En ce qui concerne les **facteurs liés à la maladie**, on observe que les personnes recevant des **soins palliatifs** durant leur dernière année de vie ont plus de quatre fois plus de probabilité de décéder à domicile (OR = 4,367) et une probabilité plus faible de décéder en MRS (OR = 0,821), en comparaison avec un décès à l'hôpital. Il est frappant de constater que les **personnes atteintes d'un cancer** ont une probabilité considérablement plus faible de décéder à domicile (OR = 0,437) ou en MRS (OR = 0,391). Elles décèdent donc plus souvent à l'hôpital.

3.5.2. Recours aux soins palliatifs

Une régression logistique multinomiale a également permis d'identifier les facteurs qui contribuent à la probabilité de bénéficier de soins palliatifs (ambulatoires et/ou hospitaliers) au cours de la dernière année de vie. La variable dépendante « soins palliatifs » comporte deux catégories : pas de soins palliatifs et soins palliatifs. Le tableau 4 montre que chaque variable explicative (âge, sexe, statut BIM, région, situation familiale, cancer) est significative ($p < 0,0001$), et contribue donc individuellement à l'explication des différences entre le fait de bénéficier ou non des soins palliatifs. Cela signifie que ces variables augmentent la puissance prédictive du modèle. Le diagnostic de cancer est la variable la plus fortement associée à la variable dépendante.

Le tableau 5 fournit des informations sur la probabilité de recevoir des soins palliatifs selon les variables (âge, sexe, statut BIM, etc.). Les *odds ratio* indiquent comment la probabilité de recevoir des soins palliatifs évolue par rapport au fait de ne pas en recevoir (= référence). Le modèle présente un bon pouvoir prédictif, ce qui signifie que dans la majorité des cas, il prédit correctement qui recevra des soins palliatifs¹².

Tableau 4: Variables associées au recours aux soins palliatifs (Source : MC)

Variables	Degrés de liberté (DF)	Chi ²	P-valeur (p<0,05 = significatif)
Âge	3	46,7	<0,0001
Sexe	1	28,8	<0,0001
Statut BIM	1	75,0	<0,0001
Région	2	20,6	<0,0001
Situation familiale	1	1.352,6	<0,0001
Cancer	1	9.613,4	<0,0001

12 Étant donné que la variable dépendante du modèle comporte deux catégories, la qualité du modèle a été mesurée à l'aide du pourcentage de concordance (*Percent Concordant*). Ce pourcentage de concordance est de 72%, ce qui témoigne d'une bonne qualité.

Tableau 5: La probabilité de recourir aux soins palliatifs par rapport à la probabilité de ne pas y recourir selon les différentes variables (Source : MC)

Effet	Odds Ratio	Intervalle de confiance (IC 95%)	P-valeur (p<0,05 = significatif)
Âge : 65–74 vs 40–64	1,152	1,081 - 1,228	<0,0001
Âge : 75–84 vs 40–64	1,158	1,092 - 1,229	<0,0001
Âge : 85+ vs 40–64	1,221	1,152 - 1,293	<0,0001
Sexe : femme vs homme	1,093	1,058 - 1,130	<0,0001
BIM : oui vs non	1,157	1,119 - 1,196	<0,0001
Région : Wallonie vs Flandre	0,995	0,958 - 1,033	0,7910
Région : Bruxelles vs Flandre	0,798	0,724 - 0,880	<0,0001
Situation familiale : seul-e vs pas seul-e	0,530	0,513 - 0,549	<0,0001
Cancer : oui vs non	5,788	5,589 - 5,995	<0,0001

Parmi les **facteurs individuels**, on observe un **effet de l'âge** avec une probabilité accrue de recourir aux soins palliatifs à mesure que l'on vieillit. Comparées au groupe des 40–64 ans, les personnes âgées de 65–74 ans ont une probabilité 15,2% plus élevée (OR = 1,152), celles âgées de 75–84 ans une probabilité 15,8% plus élevée (OR = 1,158), et les 85 ans et plus une probabilité 22,1% plus élevée (OR = 1,221) de recevoir des soins palliatifs.

Selon le **sexe**, il apparaît que les femmes reçoivent un peu plus fréquemment des soins palliatifs que les hommes, avec une probabilité 9,3% plus élevée (OR = 1,093). Les personnes disposant du **statut BIM** ont une probabilité 15,7% plus élevée de recourir aux soins palliatifs (OR = 1,157). L'effet est limité mais statistiquement significatif, tout comme pour le sexe. Les **personnes vivant seules** ont nettement moins de probabilité (47,0% en moins) de recevoir des soins palliatifs (OR = 0,530).

Concernant les **facteurs environnementaux**, on observe des **différences régionales**. À Bruxelles, les habitant-es ont une probabilité 20,2% plus faible de recevoir des soins palliatifs (OR = 0,798) que ceux et celles vivant en Flandre.

La constatation la plus frappante concerne les **facteurs liés à la maladie**, à savoir que **les personnes souffrant d'un cancer** ont une probabilité très fortement augmentée de recevoir des soins palliatifs. Cette probabilité n'est pas moins de 5,8 fois plus élevée que chez les personnes non atteintes d'un cancer (OR = 5,788). Un diagnostic de cancer apparaît ainsi comme le facteur le plus déterminant pour recevoir des soins palliatifs.

4. Discussion

Dans cette partie, nous discutons des résultats marquants que nous comparons, lorsque cela est possible, à ceux de l'étude de la MC de Gielen et al. (2009) et que nous situons dans un contexte national et international plus large. Au préalable, nous signalons que le profil des membres de la MC dans les deux études est comparable quant à la répartition selon le sexe et la région. Toutefois, la population des membres de la MC décédés a vieilli au cours des deux dernières décennies : en 2005-2006, 13% de ces personnes avaient entre 40 et 64 ans et 35% étaient âgées de plus de 85 ans ; en 2023-2024, ces pourcentages sont respectivement de 9% et 51%. La proportion de personnes décédées disposant du statut BIM a diminué de 54% à 44%, ce qui s'explique en partie par la baisse de la proportion de personnes âgées bénéficiant du statut BIM (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2024). Par ailleurs, la proportion de patient-es atteint-es d'un cancer dans la première étude était de 27% contre 24% dans la présente étude. Cet écart peut être expliqué par des différences dans la méthode de détection¹³.

4.1. Plus de décès dans un environnement familial

Dans la période 2023-2024, 43% des membres décédés de la MC décèdent à l'hôpital, 34% dans une MRS et 24% à domicile ou ailleurs. Ceci correspond aux chiffres de la Flandre pour 2022 (respectivement : 43%, 32% et 25%) (Departement Zorg, 2024) et aux chiffres pour la Belgique (44%, 30% et 26%) (Statbel, 2024). En comparaison avec l'étude de la MC de Gielen et al. (2009), basée sur des données 2005-2006, **la proportion de décès à l'hôpital diminue de 50% à 43%**. Notre nouvelle étude montre que cela ne conduit pas à une augmentation des décès à domicile - cette proportion diminue même de 27% à 24% - mais bien à une **forte augmentation des décès en MRS, de 23% à 34%**. Cette évolution est liée au vieillissement de la population des membres de la MC décédés et à la probabilité exponentiellement croissante avec l'âge d'être admis en MRS (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Les facteurs démographiques expliquent sans doute aussi, au moins en partie, la plus grande proportion de décès en MRS chez les personnes vivant seules et les personnes disposant du statut BIM. La tendance à la baisse des décès à l'hôpital et une augmentation des décès

en MRS, en raison de l'évolution démographique, avait déjà été observée auparavant (Houttekier, Cohen, Surkyn, & De-liens, 2011) et semble donc se poursuivre.

L'analyse de régression a confirmé la **forte association entre l'âge et la probabilité de décéder en MRS** plutôt qu'à l'hôpital, et a montré que les personnes plus âgées ont également moins de probabilité de décéder à domicile par rapport à l'hôpital. Le sexe joue aussi un rôle, bien que plus limité, les femmes ayant une probabilité plus faible de décéder à domicile et une plus grande probabilité de décéder en MRS. Ces constatations concordent avec celles de la première étude de la MC, qui montrait déjà davantage de décès en MRS pour les personnes âgées et pour les femmes (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009), ainsi qu'avec la littérature scientifique (Pedersen, Raunkiaer, & Graven, 2024).

Nous observons donc une part croissante de membres de la MC décédant **en dehors de l'hôpital, dans un environnement familial — soit à domicile, soit en MRS**. Cela peut indiquer que le lieu du décès correspond davantage à la situation concrète et aux souhaits d'un-e patient-e et de son entourage, tout en tenant compte des possibilités et des limites de chaque environnement de soins. En même temps, **l'évolution vers davantage de décès en MRS constitue un point d'attention important pour les initiatives politiques visant à renforcer la qualité de la fin de vie et des soins en fin de vie**.

4.2. L'hôpital : un rôle toujours important en fin de vie

Malgré la tendance à la baisse de la proportion de décès à l'hôpital parmi les membres de la MC - une tendance également observée au niveau national et international (Gerkens, et al., 2024; OECD, 2024) - **plus de quatre personnes sur dix décèdent encore à l'hôpital. Notre pays obtient ainsi un score moyen**. Dans certains pays européens, cette proportion est plus élevée (par exemple, France : 57%, Luxembourg : 58%, Portugal : 62%), mais dans d'autres, elle est plus faible (PaysBas : 27%, Norvège : 34%, Suède : 38%) (Jiang & May, 2021). Cela peut indiquer qu'**il existe encore une marge d'amélioration**.

Nous avons également constaté une légère **augmentation de la proportion des décès hospitaliers en service de soins palliatifs**, un service avec une offre spécifique de

13 Dans l'étude de Gielen et al. (2009), un couplage a été établi avec les données du Registre belge du cancer.

soins individuels complets, dispensés par une équipe multidisciplinaire : de 10% en 2005-2006 à 13% en 2023-2024. La majorité des décès hospitaliers surviennent donc dans un autre service hospitalier, principalement en gériatrie. Bien que nous ne disposions pas de données à ce sujet, il n'est pas exclu que, dans ces situations, une assistance palliative soit proposée, par exemple, par une équipe mobile intrahospitalière de support palliatif (*Palliative Support Team* ou PST) ou par le personnel médical et soignant du service. Le KCE identifie néanmoins certaines lacunes, notamment la mauvaise répartition géographique des lits palliatifs hospitaliers et l'insuffisante capacité des EMSP et PST (Dauvin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025), et plaide pour un renforcement de l'offre.

L'hôpital joue également un rôle important dans le trajet de soins précédant le décès. Nous avons observé que la plupart des changements d'environnement de soins dans la dernière année de vie se produisent principalement durant le dernier mois, avec une augmentation exponentielle de la proportion de personnes à l'hôpital, au détriment de la proportion « à domicile » (voir Figure 2). De plus, une grande proportion de membres de la MC ont été hospitalisés une ou plusieurs fois au cours des six derniers mois (par exemple, presque 40% de ceux et celles qui décèdent à la maison). Les transferts depuis une MRS vers l'hôpital sont moins fréquents (voir Figures 4, 5 et 6). Dans les trois derniers mois, près de deux tiers ont au moins une hospitalisation, plus de la moitié visitent les urgences et une personne sur douze séjourne en soins intensifs (voir Tableau 1).

Ces constats concordent avec la première étude de la MC, qui concluait déjà qu'une grande partie des transferts était constituée d'hospitalisations et que le trajet de soins le plus fréquent consistait en un séjour à domicile, suivi d'une admission puis d'un décès à l'hôpital (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). D'autres chercheur·euses ont également observé des hospitalisations fréquentes, des passages aux urgences ou des séjours en soins intensifs en fin de vie et concluent que ce rôle important de l'hôpital pourrait être un indicateur de **soins potentiellement inappropriés**. Allers et al. (2019) ont conclu qu'une partie des hospitalisations des résident·es en MRS en fin de vie pourrait être évitée. Il y a un consensus pour plaider en faveur d'une optimisation de l'utilisation des soins en fin de vie, notamment grâce à une mise en œuvre plus fréquente et plus précoce des soins palliatifs et de la planification anticipée des soins (De Schreye, et al., 2023; Depoorter, et al., 2023; Honinx, et al., 2021a).

Il convient toutefois d'interpréter avec nuance les chiffres relatifs au recours aux soins hospitaliers et aux décès à

l'hôpital, et certains choix thérapeutiques – y compris en dehors du contexte hospitalier – ne peuvent être considérés comme de l'obstination thérapeutique ou des soins inappropriés. L'environnement des soins en fin de vie et le lieu du décès sont influencés par une combinaison de facteurs tant individuels, que liés à la maladie et l'environnement, et dans certaines situations, l'hôpital est le lieu souhaité, voire approprié, pour les soins et le décès (Pedersen, Raunkjaer, & Graven, 2024). Ainsi, pour certaines personnes en fin de vie, l'environnement hospitalier semble plus sûr ou offre davantage de garanties quant au confort et la qualité de vie, par exemple grâce à des possibilités plus étendues de traitement des symptômes. En outre, des chercheur·euses soulignent la difficulté parfois de prédire l'évolution de la maladie, par exemple dans le cas de la démence, ce qui rend les décisions relatives aux traitements plus complexes (Honinx, et al., 2021a). Dans le même temps, ils-elles soulignent certains points importants à prendre en compte, tels que la nécessité d'éviter les examens et les traitements inutiles, mais aussi la nécessité d'améliorer les connaissances du personnel soignant sur les limites des possibilités de traitement et de mieux informer les personnes âgées elles-mêmes sur les avantages et les risques des traitements.

4.3. Soins palliatifs : sous-utilisation et démarrage tardif

L'analyse du recours aux soins a montré que les acteurs et les actrices de première ligne - principalement le ou la médecin généraliste, l'infirmier·ère à domicile et le ou la kinésithérapeute - jouent également un rôle important en fin de vie (voir Tableau 1). Mais étant donné la plus-value des soins palliatifs pour la qualité de vie des personnes en fin de vie et de leurs proches (WHO, 2020), nous nous sommes particulièrement concentrés sur l'utilisation des soins palliatifs. Durant les trois derniers mois, 22% de la population étudiée recourt à au moins un type de soins palliatifs (15% aux soins palliatifs infirmiers à domicile, 7% à une EMSP et 6% à une unité hospitalière palliative). Pour les formes de soins palliatifs pouvant être comparées avec l'étude précédente de la MC (EMSP, CSJ palliatif et unité hospitalière palliative), la proportion d'utilisateur·rices a peu évolué, ce qui peut être dû à certaines lacunes quant à l'accessibilité de l'offre existante (notamment la répartition inégale de l'offre, les obstacles financiers, les problèmes d'acceptabilité) (Dauvin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025).

Cependant, il semble qu'au cours des dernières décennies, de plus en plus de personnes aient recours aux soins palliatifs. D'autres analyses montrent qu'en 2020, 57% des pa-

tient-es atteint-es d'un cancer ont reçu des soins palliatifs, ce qui représentait une hausse par rapport à la mesure précédente (Sciensano, 2024), et que le nombre de prestations de soins palliatifs infirmiers à domicile a augmenté de près de 8% entre 2011 et 2021 (INAMI, 2022). De Schreye et al. (2020) ont également observé une augmentation de l'utilisation des soins palliatifs, y compris chez les patient-es souffrant de maladies pulmonaires chroniques ou de démence. Nous rappelons par ailleurs que les données des mutualités ne permettent pas une détection complète des soins palliatifs, car nous ne disposons pas d'informations sur les interventions des équipes mobiles en hôpital (PST), ni sur les formes plus généralistes de soins palliatifs dispensées, par exemple, par les médecins généralistes ou le personnel en MRS ou en gériatrie. Le KCE souligne néanmoins une sous-utilisation de l'offre, et toutes les personnes ayant un besoin en soins palliatifs ne les reçoivent pas effectivement. Cette situation est due à divers facteurs, notamment une offre insuffisamment adaptée, un manque de connaissance de l'offre et le tabou persistant autour des soins palliatifs et de la fin de vie (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). En Belgique, environ 110.000 personnes décèdent chaque année, dont entre 45 et 75% auraient besoin de soins palliatifs (Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2021). À titre de comparaison, aux Pays-Bas, en 2023, 67% des décès concernaient une affection entraînant un (potentiel) besoin en soins palliatifs, comme le cancer, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance cardiaque ou la démence (Nivel, 2025).

Nous avons également montré que **la probabilité de recourir aux soins palliatifs n'est pas la même pour tout le monde**. La probabilité nettement plus élevée que nous observons en cas de cancer est confirmée par les résultats d'autres études (Maetens, Beernaert, Deliëns, Gielen, & Cohen, 2019). Les soins palliatifs restent aujourd'hui fortement associés aux maladies oncologiques, alors que ces soins sont également utiles pour des affections irréversibles telles que la sclérose latérale amyotrophique¹⁴ (SLA), des maladies pulmonaires chroniques ou la démence. À l'inverse, les personnes vivant seules semblent avoir moins de probabilité de recourir aux soins palliatifs, ce qui correspond également aux conclusions d'autres études (Maetens, Beernaert, Deliëns, Gielen, & Cohen, 2019). Nous avons également observé une probabilité plus élevée chez les personnes plus âgées de recourir aux soins palliatifs ainsi que chez les personnes ayant le statut BIM, probablement en raison d'un moins bon état de santé de ces sous-groupes et

donc d'un besoin accru en soins palliatifs. Ces deux constats diffèrent d'autres recherches, ce qui peut s'expliquer par des différences entre les pays en matière d'organisation et d'accessibilité des soins palliatifs ou par des différences dans la conception des études (population étudiée en fonction de l'âge ou de la pathologie, opérationnalisation du concept de vulnérabilité, etc.). Parallèlement, les expert-es estiment qu'il existe une sous-utilisation persistante de ces soins pour diverses raisons (répartition inégale de l'offre, réticences personnelles, coût élevé, etc.) (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Nous avons également observé une **association entre décès à domicile et recours aux soins palliatifs**, ce qui est cohérent avec les conclusions de chercheur-es indiquant que les soins palliatifs réduisent la probabilité d'hospitalisation et de décès à l'hôpital (Zhiyi, et al., 2025).

Nous avons également constaté que, **pour la moitié des membres décédés de la MC, les soins palliatifs** dans la dernière année de vie **ne commencent au mieux qu'un mois et demi avant la date du décès**. La littérature souligne également que la **mise en place tardive** de ces soins constitue un point sensible (Sciensano, 2024; Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025).

Ces constatations - sous-utilisation et démarrage tardif des soins palliatifs - constituent des points d'attention majeurs pour les politiques, étant donné la plus-value des soins palliatifs pour la qualité de vie, y compris en fin de vie.

4.4. Importance de la planification anticipée des soins

Notre étude montre bien des **indications d'une approche très médicale de la maladie grave et de la fin de vie en Belgique** - en témoignent la proportion encore élevée de décès à l'hôpital et la proportion importante de membres de la MC ayant eu des hospitalisations, des contacts avec les urgences ou un séjour en soins intensifs dans la période précédant le décès. Parallèlement, nous avons trouvé dans la littérature des indications de sous-utilisation et d'instauration tardive des soins palliatifs. Des études soulignent, entre autres, que **la connaissance des objectifs et des préférences des patient-es concernant le type de traitement et le lieu de soins et de décès joue un rôle déterminant** : lorsque ces éléments sont discutés et connus des proches et des soignant-es, la probabilité d'hospitalisation et de dé-

14 Pathologie neuromusculaire progressive.

cès à l'hôpital diminue (Pedersen, Raunkiaer, & Graven, 2024) et la probabilité d'un décès à domicile (Kasdorf, Voltz, & Strupp, 2024) ou en MRS (Honinx, et al., 2021a) augmente.

Pour les chercheur-euses, un **entretien précoce dans le cadre de la planification anticipée des soins (PAS)** est donc crucial. Dans la PAS, conçue comme un processus continu, les objectifs et préférences d'un-e patient-e sont régulièrement réévalués, en tenant compte des changements de circonstances (évolution de la maladie, apparition de certains symptômes, disparition de l'aide d'un proche, etc.). Les possibilités offertes par les différents environnements de soins pour répondre aux préférences doivent également être prises en compte. Cela signifie que décéder à domicile ou dans l'environnement familial n'est certainement pas la seule norme d'excellence, car cela peut aussi s'accompagner d'aspects négatifs tels que la solitude, l'anxiété ou un soutien ou un traitement des symptômes insuffisant (Pollock, 2015).

Diverses initiatives dans notre pays mettent en lumière l'importance de la planification anticipée des soins et en encouragent la mise en œuvre dans la pratique. Citons à cet égard un rapport du KCE contenant des recommandations sur le sujet (Mistiaen, et al., 2017), l'introduction du *Palliative Care Indicator Tool* (PICT) permettant aux soignant-es d'identifier à temps les patient-es palliatif-ves, ainsi que le financement depuis 2022 du ou de la médecin généraliste pour la planification anticipée des soins chez les patient-es palliatif-ves. Il existe aussi, auprès de divers acteurs et actrices - notamment *Palliatieve Zorg Vlaanderen* - des directives et une offre de formation visant à améliorer les compétences des soignant-es¹⁵. Enfin, des actions spécifiques visent à sensibiliser le grand public à ce thème, notamment les initiatives de la MC et de ses mouvements¹⁶, la campagne « Bien plus que des soins » des fédérations de soins palliatifs¹⁷ et le site web 'mesvieuxjours.be'. En 2024, le principe de la planification anticipée des soins a également été inscrit dans la loi relative aux droits du-de la patient-e (MC, 2024b).

Malgré cela, la mise en œuvre reste sous-optimale (Dupont, De Vleminck, Deliens, & Gilissen, 2023). Ainsi, en 2023, dans les MRS flamandes participantes à l'évaluation d'indicateurs de qualité, 62,4% des résident-es disposent d'un plan de soins en fin de vie, malgré une prise de conscience croissante de l'importance d'intégrer immédiatement la PAS dans les soins et l'accompagnement (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2024). Dans les hôpitaux généraux, tous-tes les patient-es bénéficiant d'un accompagnement palliatif spécialisé n'ont pas été interrogé-es sur leur opinion concernant les décisions relatives à la fin de vie, ou les objectifs de soins n'ont pas toujours été actualisés (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, 2025). Une partie de l'explication réside probablement dans des connaissances et compétences encore insuffisantes des soignant-es pour mener ces conversations difficiles, ainsi que dans la difficulté à anticiper l'évolution d'une maladie et donc à initier l'entretien en temps utile (Wendrich-van Dael, et al., 2020). Par ailleurs, les personnes se sentent généralement mal à l'aise face à tout ce qui touche à la maladie grave et à la mort, ce qui limite parfois l'ouverture à de tels entretiens (Quintiens, et al., 2023).

Bien des chercheur-euses plaident dès lors pour des initiatives soutenues autour du sujet et pour une évolution vers une approche intégrée combinant soins palliatifs, gériatriques et de revalidation chez les personnes âgées, reposant sur une planification des soins centrée sur la personne (Van Den Noortgate & Van den Block, 2022).

5. Recommandations

Sur la base des différents résultats de recherche et en nous appuyant sur les constats issus de la littérature, nous concluons par quelques recommandations à l'attention des décideur-euses politiques, des prestataires de soins, de la société civile - dont les mutualités - et du grand public. Celles-ci visent à soutenir et à renforcer la qualité de vie - un objectif central pour la MC (MC, 2024a) - également en fin de vie.

15 Un exemple est le cadre de référence flamand pour une planification précoce de qualité des soins, les soins palliatifs et les soins de fin de vie dans une maison de repos : <https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2025/06/Referentiekader-vroegtijdige-zorgplanning-palliatieve-zorg-en-levenseindezorg-in-een-woonzorgcentrum.pdf>.

16 Voir par exemple les informations disponibles sur le site web de la MC flamande : <https://www.cm.be/nl/wat-te-doen-bij-vroegtijdige-zorgplanning> ; les cartes « levenswenskaarten » (souhaits de fin de vie) de la MC flamande qui aident les gens à réfléchir de manière simple et accessible à la fin de vie et aux préférences et souhaits qui y sont liés. Du côté francophone : la brochure de la MC sur la planification anticipée des soins ou encore la brochure d'Énéo pour aider les personnes âgées à faire leurs propres choix : <https://www.eneo.be/a-la-une/mon-carnet-de-vie-un-outil-pour-aider-les-aines-a-faire-leurs-propres-choix/>.

17 <https://www.bienplusquedessoins.be/>.

5.1. Plus d'ouverture concernant la fin de vie

La littérature montre que les gens n'aiment pas parler de la fin de vie et de leurs souhaits à cet égard, ni avec les prestataires de soins, ni avec leurs proches, et qu'ils se sentent généralement mal à l'aise face à la souffrance et la mort d'autrui (Quintiens, et al., 2023). Comme la maladie et le décès ne sont pas encore suffisamment perçus comme faisant partie intégrante de la vie, la question de la qualité de vie souhaitée en fin de vie et de la manière de la réaliser n'est pas assez prise en considération. Il s'agit de l'un des obstacles à la qualité des soins de fin de vie. **C'est pourquoi la MC demande que l'on continue à investir dans des initiatives contribuant à briser le tabou entourant la souffrance et la mort, qui abordent le caractère non maîtrisable et la finitude de la vie, et qui incitent tout un chacun à réfléchir à la manière dont sa dernière phase de vie peut être investie qualitativement, en accord avec ses valeurs et souhaits.** Cela peut se faire, par exemple, en travaillant à des « *compassionate communities* », des communautés où le deuil, la mort et la fin de vie sont visibles et peuvent être discutés (Dury & De Donder, 2022). Partant du principe que les soins de fin de vie sont indispensables et doivent être portés par une communauté et à travers tous les domaines politiques (soins et bien-être, enseignement, monde professionnel, vie associative, etc.), diverses actions y éveillent la conscience autour de la fin de vie, du deuil et des maladies graves, et permettent aux personnes de développer connaissances et compétences sur ces thèmes. Elles seront ainsi mieux à même de faire face à la maladie et à la mort et de se soutenir mutuellement dans ces épreuves.

5.2. Poursuivre les efforts en matière de planification anticipée des soins

La discussion de différents aspects relatifs à la fin de vie - tels que les soins souhaités ou le lieu du décès - contribue à des soins plus appropriés et centrés sur la personne, et donc à la qualité de vie des patient-es et de leurs proches. Pour les prestataires de soins, ces discussions servent de fil conducteur pour les décisions à prendre. Dans le même temps, la mise en œuvre de la planification anticipée des soins, malgré de nombreuses initiatives, n'est pas encore optimale. Cela peut expliquer en partie la proportion toujours élevée de décès à l'hôpital et le grand nombre de patient-es encore admis-es à l'hôpital durant les derniers mois de vie. **C'est pourquoi la MC plaide pour des campagnes répétées et des actions de sensibilisation afin de mieux faire connaître le concept de la planification anticipée**

des soins auprès des prestataires de soins et d'aide, ainsi que du grand public. Renforcer les prestataires de soins à l'aide de recommandations, de formations et d'outils de soutien reste également nécessaire pour en stimuler l'application proactive dans la pratique.

Dans la perspective de soins appropriés, il est important d'accorder, dans la planification anticipée des soins, une attention particulière aux différentes options thérapeutiques et aux éventuels transferts entre environnements de soins. **Les prestataires de soins doivent soigneusement évaluer chaque option thérapeutique et chaque transfert**, par exemple vers l'hôpital, et en **discuter des avantages et inconvénients avec le-la patient-e afin de parvenir à une décision réfléchie et partagée.** L'évaluation doit prendre en compte non seulement la situation clinique, mais aussi, par exemple, les souhaits du-de la patient-e, la capacité de l'entourage à apporter de l'aide, les différences dans les compétences en matière de santé et la situation sociale. Il est également essentiel que les soins palliatifs soient abordés et que les familles soient informées de l'offre existante.

5.3. Renforcer l'offre de soins palliatifs

L'OMS souligne la plus-value des soins palliatifs pour la qualité de vie en fin de vie, et la littérature montre que ces soins palliatifs contribuent à davantage de décès dans un environnement familial et à réduire les soins potentiellement inappropriés. Pour poursuivre la diffusion de la culture des soins palliatifs, **il est crucial de continuer à sensibiliser tant le grand public que les prestataires de soins et d'aide au contenu et à la plus-value des soins palliatifs dans un trajet de soins.** Cela peut contribuer à briser le tabou dans la population et à favoriser une plus grande ouverture permettant d'entamer ces soins à temps. Aujourd'hui, les soins palliatifs sont encore trop souvent associés à la phase terminale de la vie.

Il est donc nécessaire de renforcer les soins palliatifs. Ainsi, il faut continuer à investir dans le renforcement des compétences professionnelles en matière de soins palliatifs chez le personnel soignant, notamment dans la détection des personnes ayant des besoins palliatifs, quelles que soient leurs affections. Cela peut se faire en prévoyant davantage d'espace dédié aux soins palliatifs dans la formation initiale et continue des prestataires de soins et d'aide. Cela peut contribuer à une meilleure intégration des soins palliatifs dans les soins quotidiens pour toutes les personnes atteintes d'une maladie grave ou engageant le pronostic vital, et non seulement les personnes atteintes d'un

cancer. Cela est particulièrement pertinent pour les prestataires de soins et d'aide travaillant fréquemment avec des personnes susceptibles d'avoir des besoins palliatifs, comme le personnel des MRS ou certains services hospitaliers tels que la gériatrie. Une autre action concrète pourrait consister en une analyse au sein des organes de concertation de l'INAMI afin d'examiner, avec les différentes parties prenantes du domaine des soins palliatifs, comment l'impact et les différents aspects des soins palliatifs et du soutien peuvent être intégrés dans la nomenclature. Cela peut se faire, par exemple, sous la forme de prestations spécifiques, mais aussi par une « mise à niveau » du Dossier Médical Global (DMG) des médecins généralistes, y compris la définition d'un ensemble minimal de tâches pour le soutien des patient-es en soins palliatifs.

Il est également nécessaire d'**optimiser et de diversifier l'offre**, afin de mieux répondre à la diversité des besoins et des souhaits des personnes en fin de vie et de garantir ainsi des soins de qualité pour tous et toutes. Cela peut se faire, entre autres, par une meilleure répartition géographique de l'offre existante de places dans les services hospitaliers de soins palliatifs, par le renforcement des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs (EMSP) et des équipes intrahospitalières de soutien palliatif (PST), ainsi que par le développement – y compris au sein des structures existantes – de services résidentiels en dehors de l'hôpital (par exemple, dans des MRS ou des hospices), comme le recommandent également le KCE (Dauvin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025) et le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH, 2024). Il reste important de continuer à contrôler la qualité de ces soins et, si nécessaire, d'ajuster l'offre. Un point important à cet égard, notamment dans les hôpitaux, est que cette qualité ne doit pas être évaluée uniquement sur la base d'indicateurs de résultats, mais qu'il faut également tenir compte d'autres éléments tels que l'expérience des patient-es et de leurs proches.

Les soins centrés sur la personne, et donc la réalisation des objectifs de soins du-de la patient-e et de son entourage, exigent en outre une collaboration entre les différents acteurs et actrices des soins et du bien-être. Il est important que tous ces acteurs soient impliqués à temps dans le soutien, en fonction de leur expertise spécifique, par exemple dans le domaine du soulagement des symptômes et du soutien psychosocial, mais aussi dans le domaine de l'accès aux droits ou de l'information sur les possibilités de soutien. Cette collaboration peut également contribuer à une utilisation aussi efficace que possible des ressources disponibles. Il faut néanmoins tenir compte des

contraintes liées à la pénurie de personnel soignant (par exemple, infirmières, médecins généralistes, etc.) (Janssens, 2024). Cela reste un point d'attention important pour les responsables politiques.

Enfin, **l'accès aux soins palliatifs peut être renforcé en appliquant dans la réglementation pertinente la définition large des soins palliatifs**, telle qu'elle figure dans la loi modifiée sur les soins palliatifs, qui ne requiert plus depuis 2016 de condition d'espérance de vie déterminée (Dauvin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Enfin, **il convient également de veiller à éviter ou à éliminer d'autres obstacles potentiels**, tels que le coût ou les procédures administratives.

5.4. Continuer à soutenir les proches

Dans les soins de fin de vie, les proches restent un maillon important, surtout lorsqu'une personne est soignée à domicile. Il est donc important que les prestataires de soins, par exemple lors des entretiens de planification anticipée des soins, tiennent compte des besoins des proches et contribuent à maintenir l'équilibre entre la charge de l'aide à apporter et la capacité des aidant-es proches à y faire face. Cela doit s'accompagner **d'une politique visant à renforcer la capacité de soutien des aidant-es proches**, notamment en supprimant les obstacles financiers et organisationnels (MC, 2024a). Il est essentiel que **l'engagement dans ce rôle d'aidant-e proche et l'intensité de l'aide apportée restent toujours un choix volontaire pour les proches**, et que ces choix ne soient pas le résultat d'obstacles rencontrés, notamment en termes de disponibilité, d'accessibilité ou de coût des soins et de l'aide professionnels. En outre, il est essentiel de rester présent pour les proches après le décès d'un être cher et de les soutenir autant que possible, tant sur le plan émotionnel (MC, 2024a) que pour les démarches juridiques et administratives. Enfin, il convient également d'examiner comment on pourrait mieux soutenir les proches après le décès d'un être cher (par exemple, extension du congé de deuil, simplification administrative, etc.).

Conclusion

Cette étude rétrospective a examiné le trajet de soins des membres de la MC décédés durant la période 2023-2024. Nous avons constaté une augmentation de la proportion de décès dans un environnement familial, ce qui constitue une évolution positive. Néanmoins, la fin de vie de nombreuses personnes s'inscrit encore fortement dans le cadre du système de soins de santé : quatre personnes sur dix décèdent à l'hôpital et une grande partie d'entre elles sont en contact avec l'hôpital durant leur dernière année de vie. Dans le même temps, d'autres chercheur-euses relèvent une

sous-utilisation et une mise en place tardive des soins palliatifs. Sur la base de ces informations, nous avons formulé plusieurs recommandations visant à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie, également en fin de vie. Ceci peut être atteint grâce à des actions de sensibilisation encourageant davantage d'ouverture au sein de la population concernant la maladie et la mort, informant sur l'importance de la planification anticipée des soins et la plus-value des soins palliatifs. Cela doit s'accompagner d'initiatives visant à renforcer les connaissances et compétences des prestataires de soins et d'aide concernant la fin de vie et les soins palliatifs, et à les soutenir, ainsi que de mesures élargissant et diversifiant l'offre spécifique en soins palliatifs.

Bibliographie

- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Profil de santé de nos aîné-es. *Santé & Société*, 9, 4-43.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2024). *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2023*. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Allers, K., Hoffmann, F., & Schnakenberg, R. (2019). Hospitalizations of nursing home residents at the end of life: a systematic review. *Palliative Medicine*, 33(10), 1282-1298.
- Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2024). Davantage de personnes avec le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée. *Santé & Société*, 5, 6-33.
- CFEH. (2024). *Avis sur la programmation des lits Sp palliatif (partie 2)*. Bruxelles : SPF Santé Publique - Conseil fédéral des établissements hospitaliers.
- Chen, H., Nicolson, D., Macleod, U., Allgar, V., Dalgiesh, C., & Johnson, M. (2016). Does the use of specialist palliative care services modify the effect of socioeconomic status on place of death? A systematic review. *Palliative Medicine*, 30(5), 434-445.
- Costa, V., Earle, C., Esplen, J., Fowler, R., Goldman, R., Grossman, D., . . . You, J. (2016). The determinants of home and nursing home death: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliative care*, 15(8), 1-15.
- Dauvrin, M., Desomer, A., Savoye, I., Adriaenssens, J., & Ricour, C. (2025). *Renforcer et compléter l'offre palliative pour proposer les bons soins, au bon moment, au bon endroit – Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- De Schreye, R., Deliens, L., Annemans, L., Gielen, B., Smets, T., & Cohen, J. (2023). Trends in appropriateness of end-of-life care in people with cancer, COPD or with dementia measured with population-level quality indicators. *PLOS ONE*, 18(2), 1-16.
- De Schreye, R., Smets, T., Deliens, L., Annemans, L., Gielen, B., & Cohen, J. (2020). Appropriateness of end-of-life care in people dying with dementia: applying quality indicators on linked administrative databases. *Journal of American Medical Directors Association*, 21(8), 1093-1101.
- Departement Zorg. (2024). *Plaats van overlijden*. Consulté le 13 octobre 2025, sur <https://www.departementzorg.be/nl/plaats-van-overlijden>.
- Depoorter, V., Vanschoenbeek, K., Decoster, L., Silversmit, G., Debruyne, P., De Groof, I., . . . Focan, C. (2023). End-of-life care in the last three months before death in older patients with cancer in Belgium. A large retrospective cohort study using data linkage. *Cancers*, 15(3349), 1-21.
- Dupont, C., De Vleminck, A., Deliens, L., & Gilissen, J. (2023). Advance Care Planning in Belgium. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 180, 121-126.
- Dury, S., & De Donder, L. (2022). *Ziekte en rouw verdienen aandacht in zorgzame buurten*. Consulté le 8 janvier 2026, sur <https://sociaal.net/opinie/ziekte-en-rouw-zorgzame-buurten-compassionate-communities/>.
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *Performance du système de santé belge : rapport 2024*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Gielen, B., Remacle, A., & Mertens, R. (2009). Fin de vie : la MC examine les chiffres à la loupe. *MC-Informations*, 235, 3-17.
- Ginggeaw, S., & LeBlanc, R. (2024). The determinants of actual place of death among noncancer patients with end-stage chronic health conditions: a scoping review. *Palliative Care & Social Practice*, 18, 1-13.
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(7), 1-13.

- Honinx, E., Piers, R., Onwuteaka-Philipsen, B., Payne, S., Szczerbinska, K., Gambassi, G., . . . Smets, T. (2021a). Hospitalisation in the last month of life and in-hospital death of nursing home residents a cross-sectional analysis of six European Countries. *BMJ Open*, *11*(8):e047086.
- Honinx, E., Van den Block, L., Piers, R., Van Kuijk, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Payne, S., . . . Smets, T. (2021b). Potentially inappropriate treatment at the end of life in nursing home residents. Findings from PACE cross-sectional study in six European countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, *61*(4), 732-742.
- Houttekier, D., Cohen, J., Surkyn, J., & Deliens, L. (2011). Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health*, *11*(228), 1-10.
- INAMI. (2022). *Variations de pratiques médicales. Soins palliatifs à domicile (Ajusté)*. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2025). *Statistiques sur les personnes affiliées à une mutualité (effectifs)*. Consulté le 2 juin 2025, sur <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/wrt/fr>.
- Janssens, H. (2024). Pénurie des infirmier-es et crise du 'prendre soin'. *Santé & Société*, *10*, 4-37.
- Jiang, J., & May, P. (2021). Proportion of deaths in hospitals in European countries: trends and associations from panel data (2005-2017). *European Journal of Public Health*, *31*(6), 1176-1183.
- Kasdorf, A., Voltz, R., & Strupp, J. (2024). Dying at home: What is needed? Findings from a nationwide retrospective cross-sectional online survey of bereaved people in Germany. *Palliative and Supportive Care*, *22*(6), 1-9.
- Maetens, A., Beernaert, K., Deliens, L., Gielen, B., & Cohen, J. (2019). Who finds the road to palliative home care support? A nationwide analysis on the use of supportive measures for palliative home care using linked administrative databases. *PLoS ONE*, *14*(3), 1-13.
- MC. (2024a). *Fondements pour un meilleur Produit de Bien-être brut. Elections 2024*. Bruxelles : Mutualité chrétienne.
- MC. (2024b). *Nouvelle loi sur les droits des patients : les patients sont plus que leur maladie*. Consulté le 8 avril 2024, sur <https://presse.mc.be/nouvelle-loi-sur-les-droits-des-patients--les-patients-sont-plus-que-leur-maladie>.
- Mertens, F., Sercu, M., Derycke, A., Naert, L., Deliens, L., Deveugele, M., & Pype, P. (2022). Patients' experiences of transfers between care settings in palliative care: an interview study. *Annals of palliative medicine*, *11*(9), 2830-2843.
- Mistiaen, P., Van den Broeck, K., Aujoulat, I., Schmitz, O., Friedel, M., Genet, M., . . . Wens, J. (2017). *Soins appropriés en fin de vie – Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des soins de Santé (KCE).
- Nivel. (2025). *Ziekenhuisopnames en huisartscontacten in de laatste levensfase in 2023: lichte verschuiving, maar overwegend stabiel beeld*. Consulté le 25 novembre 2025, sur <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/ziekenhuisopnames-en-huisartscontacten-de-laatste-levensfase-2023-lichte-verschuiving-maar>
- OECD. (2024). *Why is care at the end of life not matching people's preferences?* Paris : OECD.
- O'Sullivan, A., Larsdotter, C., Sawatzky, R., Alvariza, A., Imberg, H., Cohen, J., & Öhlén, J. (2024). Place of care and death preferences among recently bereaved family members: a cross-sectional survey. *BMJ Supportive & palliative care*, *14*, 2904-2913.
- Palliatieve Zorg Vlaanderen. (2021). *Palliatieve zorg in cijfers*. Consulté le 25 novembre 2025, sur <https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/research/palliatieve-zorg-in-cijfers/>.
- Pedersen, T., Raunkiaer, M., & Graven, V. (2024). Barriers and facilitators for place of death: a scoping review. *Palliative and Supportive Care*, *22*(6), 1-14.
- Pollock, K. (2015). Is home always the best and preferred place of death? *BMJ*, *351*, 1-3.

- Quintiens, B., Smets, T., Chambaere, K., Van den Block, L., Deliens, L., Sallnow, L., & Cohen, J. (2023). Discomfort with suffering and dying, a cross-sectional survey of the general public. *Journal of pain and symptom management*, 66(5), 529-540.
- Reyniers, T., Houttekier, D., Cohen, J., Pasma, R., & Deliens, L. (2014). What justifies hospital admissions at the end of life? A focus group study on perspectives of family physicians and nurses. *Palliative Medicine*, 28(7), 941-948.
- Robinson, J., Boyd, M., O'Callaghan, A., Laking, G., Frey, R., Raphael, D., . . . Gott, M. (2014). The extent and cost of potentially avoidable admissions in hospital inpatients with palliative care needs: a cross-sectional study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(3), 1-16.
- Rowley, J., Richards, N., Carduff, E., & Marrayn, G. (2021). The impact of poverty and deprivation at the end of life: a critical review. *Palliative care & social practice*, 15, 1-19.
- Sciensano. (2024). *Zorg rondom het levenseinde*. Récupéré sur : Naar een gezond België: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-autour-de-la-fin-de-vie>.
- Statbel. (2024). *Nombre de décès par mois selon le lieu du décès*. Récupéré sur <https://statbel.fgov.be/fr/open-data/nombre-de-deces-par-mois-selon-le-lieu-du-deces>.
- Statbel. (2025). *Causes de décès*. Consulté le 17 octobre 2025, sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#panel-13>.
- Tay, R., Tan, J., Lim, B., Hum, A., Simpson, J., & Preston, N. (2024). Factors associated with the place of death of persons with advanced dementia. A systematic review of international literature with meta-analysis. *Palliative Medicine*, 38(9), 896-922.
- Van den Block, L., Bossuyt, N., Van Casteren, V., & Deliens, L. (2007). *Het sterfbed in België. Resultaten van de Senti-Melc studie 2005-2006*. Brussel: Academic and Scientific Publishers nv.
- Van Den Noortgate, N., & Van den Block, L. (2022). End-of-life care for older people: the way forward. *Age and Ageing*, 51(7).
- Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. (2025). *Jaarrapport resultaten 2024*. Brussel: VIKZ.
- Wendrich-van Dael, A., Bunn, F., Lynch, J., Pivodic, L., Van den Block, L., & Goodman, C. (2020). Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 1-13.
- WHO. (2020). *Palliative care*. Consulté le 3 septembre 2025, sur <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- Zhiyi, S., Mai, D., Shuqin, Z., Yang, L., Qin, X., Weiyang, L., . . . Yucheng, J. (2025). Factors influencing accessibility of palliative care: a systematic review and meta-analysis.

Recours de longue durée aux antidépresseurs en Belgique

Lisa Colman — UGent

Hervé Avalosse, Rose-Marie Ntahonganyira, Rebekka Verniest – Service d'études MC-CM

Avec nos remerciements au Prof. Dr. Piet Bracke, à la Prof. Dr. Katrijn Delaruella et à la Dr. Ellen van Leeuwen (UGent)

Résumé

Le volume total d'antidépresseurs délivrés en Belgique a continué d'augmenter ces dernières années, malgré une diminution du nombre de nouveaux·nouvelles utilisateur·rices. Une explication possible est l'augmentation du nombre d'utilisateur·rices de longue durée. Cette étude a donc examiné l'évolution du recours aux antidépresseurs entre 2013 et 2023, avec une attention particulière pour les profils et les facteurs associés à une durée d'utilisation de 15 mois ou plus.

Nous observons que le nombre de nouveaux·nouvelles utilisateur·rices a diminué de 51%, tandis que la prévalence a continué d'augmenter et qu'environ un·e patient·e sur trois a eu recours aux antidépresseurs durant 15 mois ou plus. Les patient·es ayant commencé un traitement ces dernières années utilisaient moins souvent les antidépresseurs à long terme, ce qui indique une évolution positive des pratiques de prescription. Les médecins généralistes jouent ici un rôle central : pour près de quatre patient·es sur cinq, ils·elles sont les prescripteur·rices principaux·ales, et leurs patient·es ont plus souvent recours aux antidépresseurs à long terme que les patient·es suivi·es par des psychiatres. En outre, une fréquence plus élevée de contact avec la médecine générale est associée à une probabilité accrue d'utilisation à long terme.

La vulnérabilité socio-économique renforce ces dynamiques de manière complexe : les personnes ayant le statut BIM recourent plus souvent à long terme aux antidépresseurs lorsqu'elles sont principalement suivies en médecine générale, tandis qu'elles recourent au contraire moins souvent à ces traitements sur le long terme lorsqu'elles sont suivies dans le cadre de soins psychiatriques. Ces résultats indiquent que les prescriptions médicales et les parcours de soins sont répartis de manière inégale sur le plan social.

L'utilisation prolongée d'antidépresseurs ne résulte donc pas uniquement de décisions cliniques individuelles, mais aussi de caractéristiques structurelles du système de santé belge, notamment les pratiques de prescription, l'accessibilité des soins et les inégalités socio-économiques. Sur la base de ces constatations, plusieurs recommandations sont formulées.

Mots-clés : Recours de longue durée aux antidépresseurs, pratiques de prescription, médecins généralistes, vulnérabilité socio-économique, étude quantitative

Table des matières

Introduction	34
1. Revue de la littérature	34
2. Méthode	36
2.1. Population étudiée	36
2.2. Variable dépendante	36
2.3. Variables indépendantes	37
2.4. Analyses statistiques	38
3. Résultats	39
3.1. Tendances temporelles du recours aux antidépresseurs	39
3.2. Caractéristiques des utilisateur-rices d'antidépresseurs	40
3.2.1. Population totale de l'étude	40
3.2.2. Différences entre utilisateur-rices de longue et de courte durée	42
3.3. Déterminants du recours prolongé aux antidépresseurs	42
3.4. Effets d'interaction entre les déterminants du recours de longue durée	44
3.4.1. Interactions entre prescripteur-riche et recours aux soins	44
3.4.2. Interactions entre statut BIM, prescripteur-riche et recours aux soins	45
4. Discussion	46
4.1. Principaux résultats	46
4.2. Limites	48
5. Recommandations	49
5.1. Renforcer les prestataires de soins	49
5.1.1. Formation et soutien des médecins généralistes	49
5.1.2. Promotion de la collaboration multidisciplinaire	50
5.2. Améliorer encore l'accessibilité des soins psychologiques de première ligne (SPPL)	50
5.3. Réduire les inégalités socio-économiques dans l'accès aux soins	51
Conclusion	51
Bibliographie	52
Annexes	55

Introduction

Les antidépresseurs sont largement prescrits en Belgique pour le traitement des troubles dépressifs et anxieux. Ils constituent un traitement de première ligne recommandé, généralement en combinaison avec une psychothérapie (Cuijpers, et al., 2020). En 2023, 13,7% de la population adulte belge a reçu au moins une prescription d'un antidépresseur (AIM, 2025).

Le volume total d'antidépresseurs délivrés, exprimé en doses journalières définies (*Defined Daily Doses*, DDD) par 1.000 habitant-es, présente une tendance clairement à la hausse. Alors que ce volume atteignait encore 38,8 DDD par 1.000 habitant-es en 2000, il est passé à 69,6 en 2010 et 86,5 en 2021. La moyenne pour la Belgique est ainsi plus élevée que la moyenne EU-14 et EU-27 (respectivement : 77 DDD/1.000 et 64 DDD/1.000) (Gerkens, et al., 2024).

Il est cependant frappant que cette augmentation du recours aux antidépresseurs ne résulte pas principalement d'une croissance du nombre de nouveaux-nouvelles utilisateur-rices, mais renvoie surtout à un allongement de la durée du traitement (Moore, et al., 2009). Des recherches antérieures montrent que les prescriptions qui s'étendent sur de plus longues périodes contribuent substantiellement à cette tendance à la hausse (Brett, et al., 2017; Mars, et al., 2017). Bien que les recommandations cliniques préconisent de réduire graduellement la prise d'antidépresseurs six à douze mois après l'amélioration des symptômes, et jusqu'à deux ans en cas de risque accru de rechute (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b), de nombreuses études mettent en évidence que les traitements dépassant cette durée recommandée sont très répandus.

Au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, une part considérable des utilisateur-rices prend des antidépresseurs durant deux à cinq ans ou plus (Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017; Petty, House, Knapp, Raynor, & Zermansky, 2006; Takayanagi, et al., 2014). Aux Pays-Bas, on estime que 30% à 44% des patient-es prennent des antidépresseurs pendant plus de quinze mois (Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017; Meijer, et al., 2004), tandis qu'en Australie, la durée moyenne est d'environ quatre ans (Kjosavik, Gillam, & Roughead, 2016). Les chiffres disponibles pour la Belgique indiquent une tendance similaire : les données de l'Agence Intermutualiste (AIM) montrent que près de trois quarts des patient-es avec une délivrance d'antidépresseurs continuent à les prendre pendant plus d'un an (De Maeseneer, 2023).

Dans ce contexte, la présente étude examine le recours de longue durée aux antidépresseurs, en Belgique, à partir de données administratives et de facturation des membres de la MC. Concrètement, elle analyse l'utilisation des antidépresseurs durant quinze mois ou plus sur la période 2013-2023, en se concentrant sur sa prévalence, le rôle des médecins généralistes dans ces pratiques de prescription et le lien avec la vulnérabilité socio-économique. En analysant cette tendance au recours persistant aux antidépresseurs dans le contexte belge des soins en santé mentale, l'étude vise à fournir une meilleure compréhension de l'utilisation à long terme de ces médicaments. L'analyse s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale plus large menée à l'UGent sur la médicalisation et les inégalités sociales dans le recours aux psychotropes.

1. Revue de la littérature

Le recours de longue durée aux antidépresseurs renvoie à des situations où un traitement est poursuivi au-delà de la durée préconisée par les recommandations cliniques, indépendamment du fait que l'instauration du traitement ait été cliniquement justifiée ou non. Un traitement aux antidépresseurs s'accompagne de divers risques, notamment des troubles du sommeil, des dysfonctions sexuelles, des plaintes gastro-intestinales et un épuisement émotionnel (Ben-Sheetrit, et al., 2023; Bet, Hugtenburg, Penninx, & Hoogendijk, 2013; Davies & Read, 2019). Lors de la réduction (ou arrêt progressif) du traitement, des symptômes de sevrage peuvent également apparaître, tels que l'insomnie, des nausées, des symptômes pseudo-grippaux ou des troubles sensoriels, particulièrement lorsque la réduction de la dose est trop rapide (Fava, Gatti, Belaise, Guidi, & Offidani, 2015). Ces symptômes sont régulièrement interprétés comme une rechute, ce qui incite à poursuivre le traitement (Davies & Read, 2019; Van Leeuwen, et al., 2021b).

Malgré ces risques connus, le recours de longue durée aux antidépresseurs reste relativement peu étudié dans la recherche scientifique, et les recommandations cliniques semblent avoir une influence limitée sur les pratiques quotidiennes de prescription. Ainsi, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2022) au Royaume-Uni recommande les antidépresseurs uniquement lorsque les traitements non pharmacologiques sont insuffisamment efficaces ou en cas de dépression sévère, toujours en

combinaison avec une psychothérapie (Kendrick, et al., 2022). Pourtant, les statistiques d'utilisation demeurent élevées et une proportion importante des patient-es poursuit le traitement à long terme.

Au niveau sociétal, cette pratique est également influencée par des processus plus larges de 'médicalisation' et de 'pharmaceutisation'. La médicalisation renvoie au processus par lequel des expériences émotionnelles normales, telles que la tristesse ou l'anxiété, sont redéfinies comme des problèmes médicaux nécessitant une intervention professionnelle (Conrad, 2005). La pharmaceutisation, quant à elle, met en avant le rôle central des médicaments comme principale réponse à de telles expériences (Abraham, 2010; Williams, Martin, & Gabe, 2011). Ces tendances contribuent à un élargissement des diagnostics et des traitements, brouillant la frontière entre ce qui est considéré comme « normal » et ce qui est considéré comme « pathologique » (Busfield, 2010). Elles sont également renforcées par le marketing pharmaceutique et par des systèmes de soins où les médicaments constituent une option de première ligne facilement accessible (Moy-nihan, Heath, & Henry, 2002).

Ces dynamiques sont notamment visibles parmi les groupes considérés comme vulnérables, tels que les personnes âgées. Chez elles, les antidépresseurs sont relativement souvent prescrits sans diagnostic clair, parfois à titre préventif et sur base d'une perception de vulnérabilité accrue liée à la solitude ou à l'isolement social (Mojtabai & Olfson, 2011). Les alternatives non pharmacologiques ou une revue de médication font alors souvent défaut (Boehlen, et al., 2015; Kotwal, Steinman, Cenzer, & Smith, 2021). Ainsi, la médicalisation de problèmes sociaux peut contribuer à une augmentation du recours aux psychotropes (Lam & Vuolo, 2013; Vyas, Watt, Yu, Straus, & Kapral, 2021).

En outre, le manque de clarté quant à la durée appropriée du traitement joue un rôle important dans la poursuite du traitement aux antidépresseurs. La crainte d'une rechute et la peur des symptômes de sevrage rendent souvent les prestataires de soins et les patient-es réticent-es à envisager une diminution du traitement. Cette incertitude quant au moment et à la manière d'arrêter les médicaments en toute sécurité contribue à prolonger structurellement le traitement (Horowitz & Taylor, 2022; Maund, et al., 2019).

Face à ces tendances, la Belgique a récemment mis en place des mesures visant à étendre les soins psychologiques de première ligne comme alternative aux médica-

ments. Depuis 2021, les séances chez des psychologues clinicien-nes et orthopédagogues reconnu-es sont partiellement remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé, dans le but de rendre les soins psychologiques plus accessibles (SPF Santé publique, 2023). Bien que le recours à ces soins psychologiques de première ligne ait fortement augmenté, des différences régionales, une capacité limitée et des listes d'attente structurelles restent des obstacles importants (Noirhomme, 2025; Gerkens, et al., 2024). La réforme constitue donc une avancée majeure, mais n'apporte pas encore de réponse complète à la demande croissante de soins psychologiques accessibles et rapides.

Au niveau de la pratique médicale, le ou la prestataire de soins joue également un rôle central dans la prescription et la poursuite du traitement aux antidépresseurs. En Belgique, ces médicaments sont principalement prescrits par les médecins généralistes, qui assurent également en général le suivi du traitement (INAMI, 2024). En raison de leur accessibilité et de leur relation souvent de longue durée avec les patient-es, ils-elles occupent une position clé (Hyde, et al., 2005; Tardieu, et al., 2006). Cette relation de confiance peut toutefois mener à la poursuite de traitements sans évaluation régulière de leur nécessité (Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017).

La position socio-économique des patient-es influence également les pratiques de prescription. Pour les groupes socio-économiquement vulnérables, les antidépresseurs constituent souvent une alternative plus abordable que les soins psychologiques, notamment en raison de leur coût moins élevé (Von Soest, Bramness, Pedersen, & Wichstrom, 2012; Belgium.be, 2024). Les présuppositions implicites des prestataires de soins quant à la faisabilité d'une psychothérapie pour ces groupes peuvent encore renforcer cette tendance (Hyde, et al., 2005; Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017).

Sur base de cette revue de la littérature, la présente étude aborde trois questions de recherche :

- 1. Comment la prévalence et l'incidence du recours aux antidépresseurs ont-elles évolué en Belgique entre 2013 et 2023, en accordant une attention particulière aux traitements de quinze mois ou plus ?**
- 2. Dans quelle mesure les médecins généralistes jouent-ils-elles un rôle dans la poursuite d'un traitement aux antidépresseurs, et comment cela s'inscrit-il dans les schémas plus larges de recours aux soins ?**

3. Comment la vulnérabilité socio-économique influence-t-elle la durée d'un traitement aux antidépresseurs, et quel est le lien avec les pratiques de prescription et le recours aux soins ?

En associant les données administratives aux informations sur les pratiques de prescription, l'utilisation des soins et la vulnérabilité, cette étude offre un éclairage empirique sur le recours prolongé aux antidépresseurs en Belgique.

2. Méthode

2.1. Population étudiée

Cette étude fait appel aux données administratives et de facturation issues de l'assurance obligatoire soins de santé, que la MC collecte, en tant que mutualité, dans le cadre de ses missions légales. Le fichier de données analysé comprend l'historique complet des délivrances de tous les types d'antidépresseurs remboursés aux membres de la MC par l'assurance obligatoire soins de santé, pour la période allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2023.

Pour chaque délivrance d'un antidépresseur remboursé, des informations détaillées sont disponibles, notamment la date de délivrance, le code ATC¹, le numéro national unique d'identification du médicament (code CNK), l'unité du conditionnement, la dose journalière définie (*Defined Daily Dose*, DDD²), la dose par conditionnement (*Dose Per Package*, DPP) et le type de prescripteur-trice (médecin généraliste ou spécialiste).

Les analyses sont basées sur les données de 701.409 membres de la MC, âgés de 18 à 85 ans qui, au cours de la période étudiée, ont bénéficié au moins une fois d'un antidépresseur remboursé et délivré par une pharmacie publique (soins ambulatoires). Pour chaque année civile entre 2013 et 2022, nous avons identifié ceux et celles qui

ont commencé un traitement aux antidépresseurs pour la première fois. Il s'agit de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour un antidépresseur sans en avoir reçu au cours des quinze mois précédents. Ces personnes sont définies comme *starters*.

Des personnes ont été exclues si leur historique de données pour cette période préalable de quinze mois n'était pas entièrement disponible, ou s'il était impossible d'assurer un suivi d'au moins quinze mois après le début du traitement³. Le suivi des personnes s'est terminé à la dernière délivrance d'un antidépresseur remboursé, à la fin de la période de recherche, à l'arrêt de l'affiliation à la MC ou au décès. Afin de garantir une période minimale de quinze mois de suivi pour tous-tes les participant-es, aucun nouveau *starter* n'a été inclus à partir du 30 septembre 2022. Une description détaillée du processus de nettoyage des données et des critères de sélection utilisés est incluse dans l'Annexe 1.

2.2. Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude distingue deux formes d'utilisation d'antidépresseurs : une utilisation de courte durée (CD) et une utilisation de longue durée (LD). Seul le premier épisode d'utilisation d'antidépresseurs, identifié durant la période d'observation⁴, est retenu puis classé comme étant de courte ou de longue durée. L'accent mis sur le premier épisode est un choix délibéré. Les épisodes ultérieurs diffèrent souvent systématiquement d'un premier épisode, parce que les expériences antérieures de traitement influencent à la fois les pratiques de prescription des prestataires de soins et l'observance thérapeutique des patient-es. De plus, les recommandations cliniques préconisent généralement une durée de traitement plus longue (jusqu'à deux ans) en cas de dépressions récurrentes que lors d'un premier épisode (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b; Hardeveld, Spijker, de Graaf, Nolen, & Beekman, 2010). En se concentrant sur le premier épisode, le déroulement du recours aux antidépresseurs peut être étudié sans perturbation par des traitements antérieurs.

1 Pour plus d'informations sur la classification ATC, voir Stokx, Van haecht, & Ntahonganyira (2025), p. 63.

2 La DDD ou *defined daily dose* est la dose journalière définie. « Elle est définie comme la dose moyenne d'entretien présumée par jour pour un médicament utilisé pour son indication principale chez les adultes. [...] La DDD est attribuée par un bureau d'expert-es de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] pour chaque substance active appartenant à la classification internationale ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) des substances actives » (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457).

3 Par exemple parce qu'elles n'étaient pas encore membres de la MC durant la période préalable, ou parce qu'aucun suivi complet de 15 mois n'était disponible après la date de début en raison de l'arrêt de l'affiliation ou d'un décès.

4 Il s'agit de situations où plusieurs nouveaux épisodes de traitement ont pu être détectés durant la période d'observation. Lorsque, par exemple, un premier épisode a été identifié et qu'après plusieurs années sans délivrances un « nouveau » début de traitement survient, seul le premier épisode a été inclus dans les analyses.

Pour l'épisode considéré dans nos analyses, l'utilisation de courte durée est définie comme une durée de moins de quinze mois. La durée d'utilisation a été calculée sur la base des conditionnements délivrés et de la dose par conditionnement (*Dose Per Package*, DPP), conformément aux directives relatives à la dose journalière définie (*Defined Daily Dose*, DDD). Pour chaque délivrance, une date de fin théorique a été calculée sur la base de la date de délivrance et de la posologie journalière supposée.

Pour déterminer si des délivrances successives appartiennent au même épisode, une marge de 180 jours a été utilisée. Lorsque le laps de temps entre la date de fin théorique d'une délivrance et la délivrance suivante était inférieur à 180 jours, les deux délivrances ont été considérées comme faisant partie du même épisode, conformément à des études antérieures (Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017). Cette marge tient compte d'une éventuelle prise irrégulière, d'un retrait tardif ou de différences entre la posologie supposée et la posologie réelle, et évite qu'une interruption temporaire soit immédiatement interprétée comme un arrêt du traitement.

Pour chaque épisode, le nombre total de jours d'utilisation a ensuite été calculé et classé comme étant de courte durée (< 15 mois) ou de longue durée (≥ 15 mois). La valeur de

seuil à quinze mois est basée sur des recommandations cliniques qui préconisent de poursuivre le traitement aux antidépresseurs au moins six mois après l'amélioration des symptômes dépressifs, afin de prévenir les rechutes et de consolider le rétablissement (Declercq, et al., 2017; NICE, 2022). Pour les troubles anxieux, une durée de traitement de douze mois est généralement recommandée. Étant donné la corrélation fréquente entre dépression et anxiété, et l'absence d'informations diagnostiques dans les données utilisées, une limite uniforme de douze mois a été choisie, complétée de trois mois pour permettre une réduction progressive et sûre du traitement (*tapering*).

La figure 1 illustre cette délimitation à l'aide de quatre historiques fictifs de délivrance.

2.3. Variables indépendantes

Les variables indépendantes de cette recherche sont subdivisées en quatre catégories : caractéristiques démographiques, caractéristiques de vulnérabilité socio-économique et liée à la santé, caractéristiques liées au recours aux médicaments et aux soins. Le tableau 1 donne un aperçu des variables incluses et de leur opérationnalisation.

Figure 1 : Chronologie illustrative de quatre historiques fictifs de délivrance

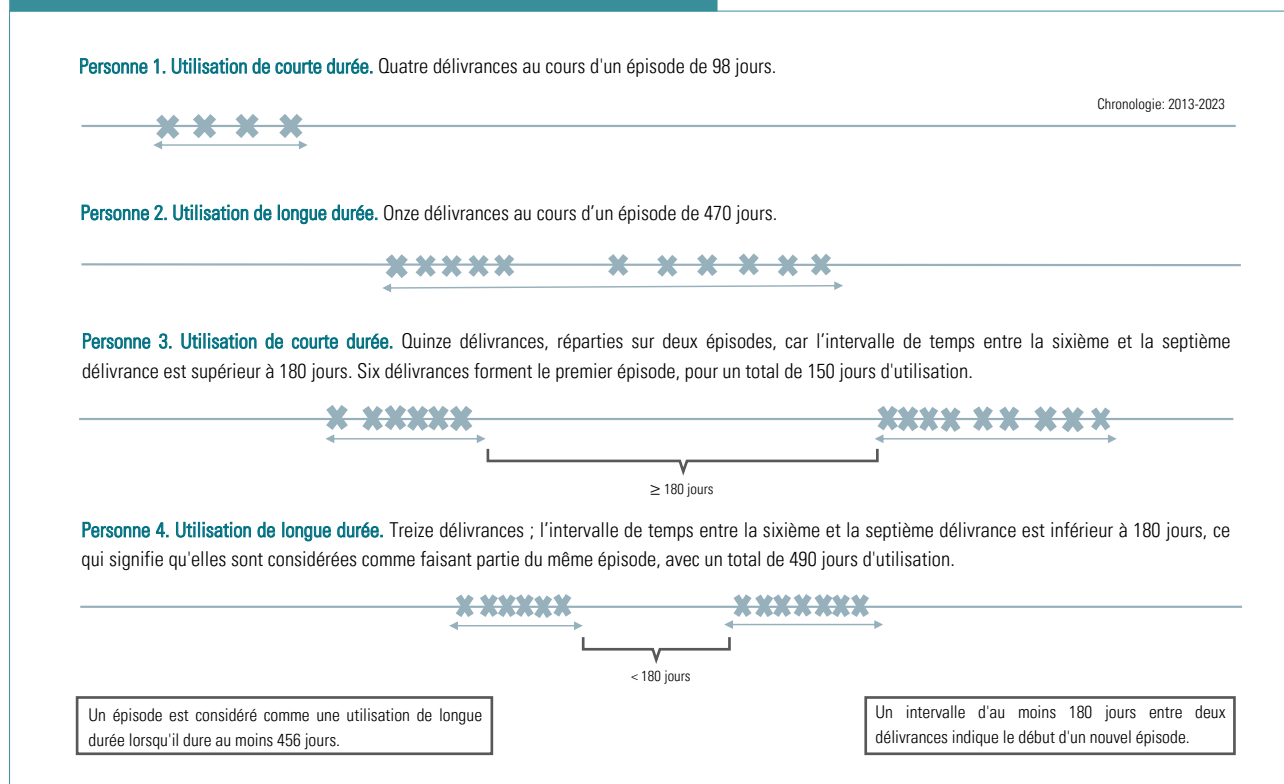


Tableau 1 : Aperçu des variables indépendantes

Catégorie	Variable	Explication
Démographie	Sexe	Homme/femme, variable mesurée par rapport à l'année de début du traitement (1 ^{er} épisode)
	Âge	Variable continue, mesurée par rapport à l'année de début du traitement
	Région	Flandre, Wallonie ou Bruxelles
Vulnérabilité socio-économique	Statut BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée ⁵
	Chômage	Au moins un jour de chômage durant l'année de début du traitement
	Maison médicale (MM)	Inscription en maison médicale ⁶
Vulnérabilité liée à la santé	Incapacité de travail	Au moins un jour d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité ⁷ durant l'année de début du traitement
	Statut affection chronique	Octroyé sur la base de dépenses de soins élevées et prolongées ⁸
Recours aux médicaments	Type d'antidépresseur	Code ATC niveau 4 : N06AA (antidépresseurs tricycliques), N06AB (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou N06AX (autres)
	Prescripteur-riche principal-e	Médecin généraliste ou spécialiste (sur la base du plus grand nombre de délivrances)
	Année de début du 1 ^{er} épisode du traitement	2013-2022 (incluse comme variable de contrôle pour les tendances temporelles)
Recours aux soins	Contacts avec le-la médecin généraliste	Nombre de contacts dans les 12 mois après le début du traitement ; recodé en quatre niveaux (quartiles)
	Contact avec un-e psychiatre	Consultation chez un-e psychiatre dans les 12 mois après le début du traitement (oui/non)
	Psychothérapie chez un-e psychiatre	Séances de psychothérapie chez un-e psychiatre dans les 12 mois après le début du traitement (oui/non)

Toutes les variables sont mesurées durant ou à partir de l'année de début du premier épisode de traitement par antidépresseurs, sauf indication contraire.

2.4. Analyses statistiques

Premièrement, des analyses univariées ont été réalisées sur la population étudiée. Ces analyses ont fourni des informations sur les tendances temporelles générales, à savoir la prévalence et l'incidence annuelles du recours aux antidépresseurs d'une part, et le nombre moyen de doses journalières définies et de jours d'utilisation par an d'autre part.

Ensuite, des caractéristiques démographiques, de vulnérabilité, liées aux recours aux médicaments et aux soins ont été calculées pour l'année de début du premier épisode de traitement par antidépresseurs, afin de décrire la population étudiée. Des analyses bivariées ont ensuite été réalisées pour tester les différences entre les utilisateur-rices de longue durée (LD) et de courte durée (CD), au moyen de tests *t* et de tests du chi-carré.

5 Pour plus d'informations, voir <https://www.mc.be/fr/avantages-remboursements/statut-bim-intervention-majorée>.

6 Pour plus d'informations, voir <https://www.mc.be/fr/soins-de-sante/maison-medicale>.

7 L'incapacité de travail comprend l'incapacité de travail primaire et l'invalidité. L'incapacité de travail primaire fait suite à la période de salaire garanti par l'employeur. L'invalidité commence après un an d'incapacité de travail.

8 Ce statut est octroyé sur la base de dépenses de soins élevées et récurrentes (et/ou d'une perte d'autonomie), pas nécessairement sur la base d'une maladie chronique diagnostiquée. Pour plus d'informations, voir <https://www.mc.be/fr/professionnels/statut-affection-chronique>.

Dans la foulée, une analyse de régression logistique multivariée a été effectuée pour identifier les déterminants de l'utilisation de longue durée (LD). Quatre modèles par étapes ont été estimés, avec addition successive de variables :

- Modèle 1 : variables démographiques ;
- Modèle 2 : Modèle 1 + variables de vulnérabilité ;
- Modèle 3 : Modèle 2 + variables liées au recours aux médicaments ;
- Modèle 4 : Modèle 3 + variables liées aux recours aux soins.

Afin de vérifier si la relation entre le recours aux soins et l'utilisation de longue durée diffère selon la personne qui prescrit les médicaments, trois modèles d'interaction ont été testés :

- Modèle 5 : prescripteur-riche × contacts avec le-la médecin généraliste ;
- Modèle 6 : prescripteur-riche × contact avec un-e psychiatre ;
- Modèle 7 : prescripteur-riche × contact pour au moins une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre.

Enfin, quatre modèles d'interaction supplémentaires ont été testés pour examiner si le droit à l'intervention majorée (statut BIM) modère le lien entre le-la prescripteur-riche principal-e ou le recours aux soins et l'utilisation de longue durée d'antidépresseurs :

- Modèle 8 : statut BIM × prescripteur-riche ;
- Modèle 9 : statut BIM × contacts avec le-la médecin généraliste ;
- Modèle 10 : statut BIM × contact avec un-e psychiatre ;

- Modèle 11 : statut BIM × contact pour au moins une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre.

Toutes les interactions ont été représentées graphiquement à l'aide de diagrammes en barres. Les modèles de régression logistique fournissent les *odds ratios* (OR) avec les intervalles de confiance (IC) associés.

Pour tester la robustesse des résultats, deux analyses de sensibilité ont été effectuées : (1) une valeur de seuil alternative de douze mois au lieu de quinze mois pour l'utilisation de longue durée ; (2) l'exclusion des valeurs extrêmes sur la base de la durée totale d'utilisation et du nombre de doses journalières définies. Des détails supplémentaires sont repris dans l'annexe 2.

3. Résultats

3.1. Tendances temporelles du recours aux antidépresseurs

La figure 2 et la figure 3 montrent les tendances temporelles du recours aux antidépresseurs parmi les membres de la MC entre 2013 et 2023. L'incidence, définie comme le nombre de membres qui ont commencé pour la première fois un traitement par antidépresseur remboursé, montre une tendance clairement à la baisse : le nombre de nou-

Figure 2 : Incidence et prévalence du recours aux antidépresseurs parmi les membres de la MC, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)

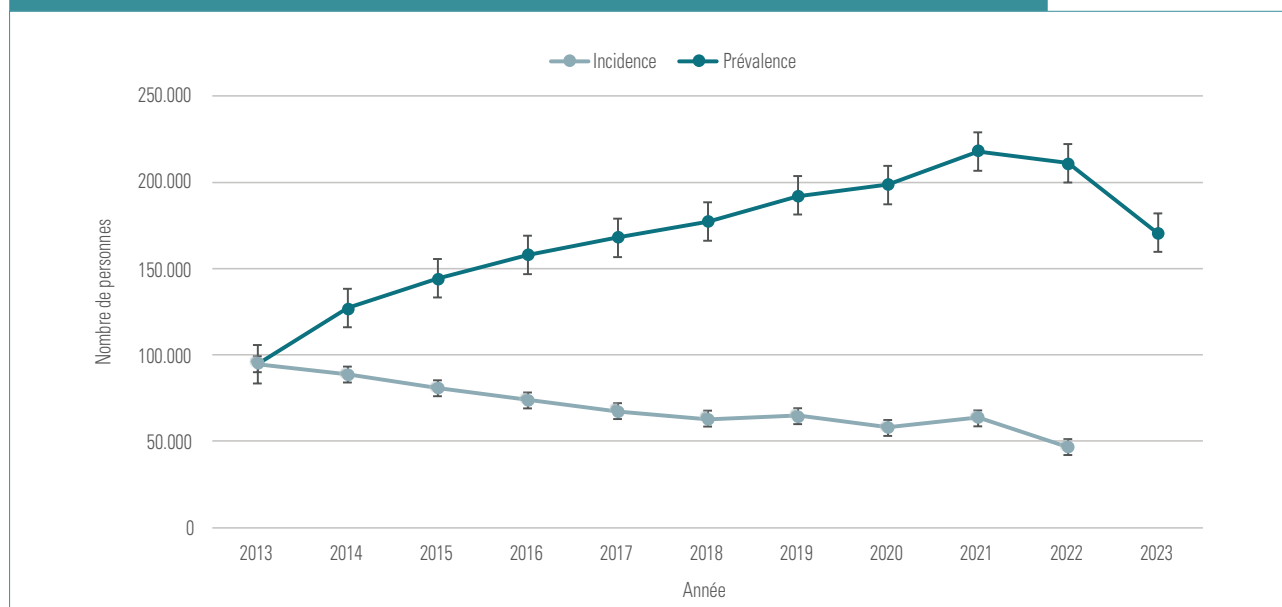
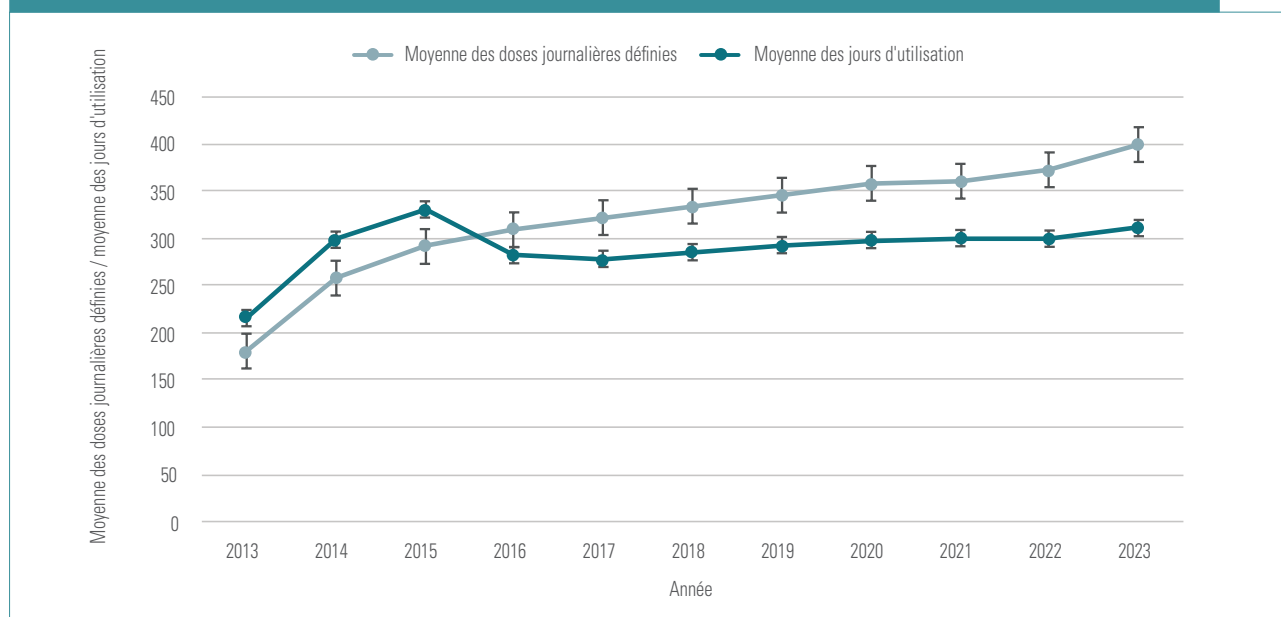


Figure 3 : Nombre moyen de doses journalières définies (DDD) et de jours d'utilisation par personne et par an parmi les membres de la MC, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)



veaux-nouvelles utilisateur-rices est passé de 94.701 en 2013 (13,5% de la population MC) à 46.765 en 2022 (6,7%), ce qui correspond à une diminution de 51% sur la période étudiée (voir aussi Tableau 2). Parallèlement, la prévalence du recours aux antidépresseurs a augmenté. Le nombre de membres de la MC traités par antidépresseurs à un moment donné a culminé à 217.779 en 2021, puis a diminué à 170.870 en 2023.

Outre ces tendances opposées d'incidence et de prévalence, l'intensité de l'utilisation a également augmenté. Le nombre moyen de doses journalières définies (DDD) par personne et par an est passé de 181 en 2013 à 400 en 2023. Le nombre moyen de jours d'utilisation par personne et par an a également augmenté : de 216 jours en 2013 à 311 jours en 2023. Ces tendances à la hausse se maintiennent après exclusion des valeurs extrêmes (voir l'Annexe 3). Bien que les moyennes absolues, sans les valeurs extrêmes, soient plus basses, l'augmentation de la durée et de l'intensité du recours aux antidépresseurs reste clairement visible.

3.2. Caractéristiques des utilisateur-rices d'antidépresseurs

3.2.1. Population totale de l'étude

Le tableau 2 donne un aperçu des caractéristiques des membres de la MC durant l'année de début de leur premier épisode de recours aux antidépresseurs (N = 701.409). La majorité des utilisateur-rices sont des femmes (59,1%) et

l'âge moyen était de 51,1 ans. Comme attendu, la plupart des utilisateur-rices vivent en Flandre (72,9%), où la MC détient la plus grande part de marché.

En ce qui concerne la vulnérabilité socio-économique, 17,7% des utilisateur-rices sont bénéficiaires de l'intervention majorée (statut BIM), 12,1% ont eu au moins un jour de chômage durant l'année de début du traitement et 2,2% sont inscrites dans une maison médicale. La vulnérabilité liée à la santé est également fréquente : 21,8% ont connu une période d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité et 15,4% ont droit au statut affection chronique.

Concernant le type d'antidépresseur, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS ; N06AB) sont le plus souvent prescrits. Près de la moitié des utilisateur-rices (46,7%) ont commencé avec ce type de médicament, suivi des antidépresseurs tricycliques (N06AA) et des autres antidépresseurs (N06AX). Pour la grande majorité des utilisateur-rices (79,5%), le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e.

En moyenne, les membres de la MC ont utilisé 574 DDD sur une période de 630 jours durant leur traitement. Ces moyennes sont toutefois fortement influencées par un groupe limité de patient-es ayant un recours très élevé. Après exclusion des valeurs extrêmes, les moyennes tombent à 158 DDD sur 195 jours (N = 550.138). Au total, 67,3% des utilisateur-rices ont été classé-es comme utilisateur-rices de courte durée (CD), tandis que 32,7% ont été classé-es comme utilisateur-rices de longue durée (LD).

Tableau 2 : Caractéristiques des membres de la MC du premier épisode de recours aux antidépresseurs et différences entre utilisateur-rices de courte et de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)

Variable		Total		Longue durée (LD)		Courte durée (CD)	
		N	%	N	%	N	%
Sexe (femme)		414.465	59,1	142.329	62,1	272.329	57,7
Âge^a		51,1 (50)	–	51,7 (51)	–	50,8 (50)	–
Région	Région flamande	511.486	72,9	169.037	73,8	342.449	72,5
	Région wallonne	165.403	23,6	52.713	23,0	112.690	23,7
	Région de Bruxelles-Capitale	24.520	3,5	7.333	3,2	17.187	3,6
Statut BIM (oui)		124.060	17,7	42.405	18,5	81.655	17,3
Chômage (oui)		84.512	12,1	24.588	10,7	59.924	12,7
Inscrit-e dans une maison médicale (oui)		15.410	2,2	4.603	2,0	10.807	2,3
Incapacité de travail primaire/invalidité (oui)		152.640	21,8	57.747	25,2	94.893	20,1
Statut affection chronique (oui)		108.203	15,4	40.724	17,8	67.479	14,3
Type d'antidépresseur	Antidépresseurs tricycliques (N06AA)	158.221	22,6	53.779	23,5	104.442	22,1
	ISRS (N06AB)	327.604	46,7	136.416	59,6	191.188	40,5
	Autres (N06AX)	215.584	30,7	38.888	17,0	176.696	37,4
Prescripteur-riche	Médecin généraliste	557.452	79,5	187.754	82,0	369.698	78,3
	Spécialiste	143.957	20,5	41.329	18,0	102.628	21,7
Année de début de traitement	2013	94.701	13,5	33.711	14,7	60.990	12,9
	2014	88.737	12,7	30.763	13,4	57.974	12,3
	2015	80.800	11,5	27.771	12,1	53.029	11,2
	2016	73.751	10,5	24.639	10,8	49.112	10,4
	2017	67.579	9,6	22.541	9,8	45.038	9,5
	2018	63.244	9,0	21.070	9,2	42.174	8,9
	2019	64.639	9,2	21.084	9,2	43.555	9,2
	2020	57.824	8,2	18.618	8,1	39.206	8,3
	2021	63.369	9,0	18.133	7,9	45.236	9,6
	2022	46.765	6,7	10.753	4,7	36.012	7,6
Contacts avec le-la médecin généraliste	Aucun ou minimal	218.407	31,1	58.106	25,4	160.301	33,9
	Faible	168.486	24,0	52.742	23,0	115.744	24,5
	Moyen	150.835	21,5	53.309	23,3	97.526	20,7
	Élevé	163.681	23,3	64.926	28,3	98.755	20,9
Contact avec un-e psychiatre (oui)		34.432	4,9	18.475	8,1	15.957	3,4
Contact pour au moins une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre (oui)		69.114	9,9	37.403	16,3	31.711	6,7
Total des doses journalières définies		574,1	–	–	–	–	–
Total des jours d'utilisation		629,7	–	–	–	–	–
Utilisation de courte durée (< 15 mois)		472.326	67,3	–	–	–	–
Utilisation de longue durée (≥ 15 mois)		229.083	32,7	–	–	–	–

a Âge moyen et médian.

b Moyenne biaisée par des personnes avec un volume très élevé ; après exclusion des valeurs extrêmes, la moyenne est de 158,14 DDD.

c Moyenne biaisée par des personnes avec une durée d'utilisation très longue ; après exclusion des valeurs extrêmes, la moyenne est de 195,33 jours d'utilisation.

Concernant le recours aux soins, une classification basée sur le nombre de contacts avec le-la médecin généraliste durant l'année de début du traitement (voir partie 2.3) a été réalisée. Ainsi, 31,1% des utilisateur-rices ont eu très peu ou aucun contact avec le-la médecin généraliste au cours de cette année, tandis que 23,3% appartiennent à la catégorie présentant la fréquence de contacts la plus élevée. En outre, 4,9% des utilisateur-rices ont eu au moins une consultation auprès d'un-e psychiatre et 9,9% ont bénéficié d'au moins une séance de psychothérapie structurée dispensée par un-e psychiatre durant l'année de début du traitement.

3.2.2. Différences entre utilisateur-rices de longue et de courte durée

Le tableau 2 montre également les différences de caractéristiques entre les utilisateur-rices de longue durée (LD) et de courte durée (CD). Les LD sont plus souvent des femmes que les CD (62,1% contre 57,7%) et présentent plus fréquemment des caractéristiques de vulnérabilité, notamment le droit à l'intervention majorée (18,5% contre 17,3%), l'incapacité de travail primaire ou l'invalidité (25,2% contre 20,1%) ainsi que le statut affection chronique (17,8% contre 14,3%). En revanche, les LD sont moins souvent au chômage que les CD (10,7% contre 12,7%).

Concernant le type d'antidépresseur, les LD ont reçu plus souvent un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) (59,6% contre 40,5%), tandis que les CD ont fait plus souvent appel à d'autres antidépresseurs (37,4% contre 17,0%). Dans les deux groupes, les médecins généralistes constituent les prescripteur-rices principaux, avec toutefois une proportion plus élevée chez les LD (82,0% vs 78,3%).

Le recours aux soins est également plus élevé chez les LD. Ainsi, 28,3% des LD se trouvent dans la catégorie la plus élevée de contacts avec le-la médecin généraliste, contre 20,9% chez les CD. Les LD ont, en outre, plus souvent une consultation avec un-e psychiatre (8,1% contre 3,4%) et bénéficient plus souvent d'au moins une séance de psychothérapie auprès d'un-e psychiatre durant l'année de début de leur traitement (16,3% contre 6,7%). Toutes les différences rapportées sont statistiquement significatives ($p < 0,001$).

3.3. Déterminants du recours prolongé aux antidépresseurs

Le tableau 3 présente les résultats de l'analyse de régression logistique par étapes.

Le modèle 1, qui inclut uniquement les variables socio-démographiques, montre que les femmes présentent une probabilité plus élevée d'utilisation de longue durée que les hommes (OR = 1,21, $p < 0,001$). L'âge est également positivement associé à l'utilisation de longue durée : les personnes plus âgées font appel plus souvent aux antidépresseurs à long terme (OR = 1,03 par année de vie, $p < 0,001$). Sur le plan régional, les personnes résidant en Wallonie et dans la Région de Bruxelles-Capitale ont moins souvent une utilisation de longue durée que celles résidant en Flandre (respectivement OR = 0,95 et OR = 0,87, $p < 0,001$).

Dans le modèle 2, des variables indiquant une vulnérabilité socio-économique et liée à la santé ont été ajoutées. Un statut BIM est associé à un recours à long terme légèrement plus fréquent (OR = 1,04, $p < 0,001$), tandis que l'inscription dans une maison médicale est associée à une utilisation à long terme moins fréquente (OR = 0,89, $p < 0,001$). Ces relations disparaissent ou s'inversent dans les modèles ultérieurs, ce qui indique que ces effets sont en partie expliqués par des différences de recours aux soins, qui ne sont inclusives qu'au modèle 4.

La vulnérabilité liée à la santé est en revanche restée constamment prédictive de l'utilisation de longue durée. Les personnes en incapacité de travail ou en invalidité utilisent les antidépresseurs plus souvent à long terme (OR = 1,41, $p < 0,001$), tout comme les personnes bénéficiant du statut affection chronique (OR = 1,23, $p < 0,001$). Le chômage est, dans tous les modèles, associé à un recours à long terme moins fréquent (OR = 0,83, $p < 0,001$).

Le modèle 3 a ajouté des caractéristiques liées au recours aux médicaments ainsi que le-la prescripteur-riche principal-e. Par rapport aux antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont prescrits plus souvent dans le cas de l'utilisation à long terme (OR = 1,42, $p < 0,001$), tandis que les antidépresseurs de la classe N06AX sont prescrits moins souvent à long terme (OR = 0,43, $p < 0,001$). En outre, une année de début du traitement plus récente est associée à une utilisation à long terme moins fréquente (OR = 0,96, $p < 0,001$).

Tableau 3 : Odds ratios (OR) issus de l'analyse de régression logistique du recours de longue durée aux antidépresseurs, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)

	Modèle 1 OR (IC 95%)	Modèle 2 OR (IC 95%)	Modèle 3 OR (IC 95%)	Modèle 4 OR (IC 95%)
Sexe (référence : masculin)	1,21 (1,19-1,22)	1,20 (1,19-1,22)	1,16 (1,15-1,18)	1,16 (1,15-1,18)
Âge	1,03 (1,03-1,03)	1,03 (1,02-1,03)	1,04 (1,04-1,04)	1,06 (1,06-1,07)
Région (référence : Flandre)				
Région wallonne	0,95 (0,94-0,96)	0,95 (0,94-0,96)	0,86 (0,85-0,87)	0,90 (0,89-0,92)
Région de Bruxelles-Capitale	0,87 (0,85-0,89)	0,89 (0,86-0,91)	0,85 (0,83-0,88)	0,85 (0,82-0,87)
Statut BIM (référence : non)	-	1,04 (1,02-1,05)	1,03 (1,01-1,05)	0,94 (0,93-0,95)
Chômage (référence : non)	-	0,83 (0,82-0,85)	0,81 (0,80-0,82)	0,83 (0,82-0,84)
Inscrit-e dans une maison médicale (référence : non)	-	0,89 (0,86-0,92)	0,94 (0,90-0,97)	1,10 (1,06-1,14)
Incapacité de travail primaire/invalidité (référence : non)	-	1,41 (1,40-1,43)	1,44 (1,42-1,46)	1,23 (1,21-1,24)
Statut affection chronique (référence : non)	-	1,23 (1,21-1,25)	1,34 (1,32-1,36)	1,22 (1,20-1,24)
Type d'antidépresseur (référence : antidépresseurs tricycliques, N06AA)				
ISRS (N06AB)	-	-	1,42 (1,40-1,44)	1,23 (1,21-1,24)
Autres (N06AX)	-	-	0,43 (0,42-0,43)	0,39 (0,39-0,40)
Année de début du traitement (2013-2022)	-	-	0,96 (0,96-0,96)	0,96 (0,95-0,96)
Prescripteur-riche (référence : médecin généraliste)				
Spécialiste	-	-	0,77 (0,76-0,78)	0,55 (0,54-0,56)
Contacts avec le-la médecin généraliste (référence : aucun ou minimal)				
Faible	-	-	-	1,21 (1,19-1,23)
Moyen	-	-	-	1,38 (1,36-1,40)
Élevé	-	-	-	1,55 (1,52-1,57)
Contact avec un-e psychiatre (référence : non)	-	-	-	2,21 (2,15-2,26)
Contact pour au moins une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre (référence : non)	-	-	-	3,13 (3,07-3,19)

L'indicateur prescripteur-riche principal-e s'avère également une variable importante. Les patient-es chez lesquelles les antidépresseurs sont principalement prescrits par un-e spécialiste ont moins souvent utilisé ces médicaments à long terme par rapport aux patient-es chez lesquelles le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e (OR = 0,77, $p < 0,001$).

Dans le modèle 4, le recours aux soins a été ajouté à l'analyse. Un nombre plus élevé de contacts avec le-la médecin généraliste est associé à une probabilité plus élevée d'utilisation de longue durée (niveau faible de contact : OR = 1,21, $p < 0,001$; niveau moyen de contact : OR = 1,38, $p < 0,001$; niveau élevé de contact : OR = 1,55, $p < 0,001$). Cela indique clairement une relation dose-réponse⁹.

Les soins psychiatriques constituent le prédicteur le plus fort quant à l'utilisation prolongée d'antidépresseurs. Tant une consultation chez un-e psychiatre (OR = 2,21, $p < 0,001$) que le suivi d'une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre (OR = 3,13, $p < 0,001$) sont associés de manière nette à une utilisation à long terme plus fréquente. À première vue, ce résultat semble contredire le modèle 3, dans lequel le fait qu'un-e spécialiste est le-la prescripteur-riche principal-e est associé à une utilisation à long terme moins fréquente. Afin d'examiner cette contradiction apparente de plus près, des modèles d'interaction supplémentaires ont été estimés (voir partie 3.4).

9 Une relation dose-réponse signifie ici que plus les contacts avec le-la médecin généraliste sont fréquents, plus l'utilisation de longue durée d'antidépresseurs est fréquente.

3.4. Effets d'interaction entre les déterminants du recours de longue durée

3.4.1. Interactions entre prescripteur-riche et recours aux soins

La figure 4 montre l'interaction entre le-la prescripteur-riche principal-e et le nombre de contacts avec le-la médecin généraliste. Lorsque le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e, la proportion prédite d'utilisateur-riche de longue durée augmente en fonction du nombre de contacts avec le-la médecin généraliste : de 0,27 en cas de niveau faible de contact à 0,40 en cas de

niveau élevé de contact. En revanche, chez les patient-es suivi-es principalement par un-e spécialiste, la proportion prédite d'utilisateur-riche à long terme reste relativement stable, autour de 0,28, quel que soit le niveau de contact avec le-la médecin généraliste¹⁰.

La figure 5 visualise l'interaction entre le recours aux soins psychiatriques et le-la prescripteur-riche principal-e. Le contact avec un-e psychiatre est associé à une augmentation plus marquée de la proportion prédite d'utilisateur-riche de longue durée lorsque le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e (de 0,33 à 0,57) que lorsqu'un-e spécialiste assure le suivi du traitement (de 0,26 à 0,45). Une tendance similaire est observée pour

Figure 4 : Interaction entre prescripteur-riche et niveau de contact avec le-la médecin généraliste : proportion prédite d'utilisateur-riche de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 4 dans Annexe 4)

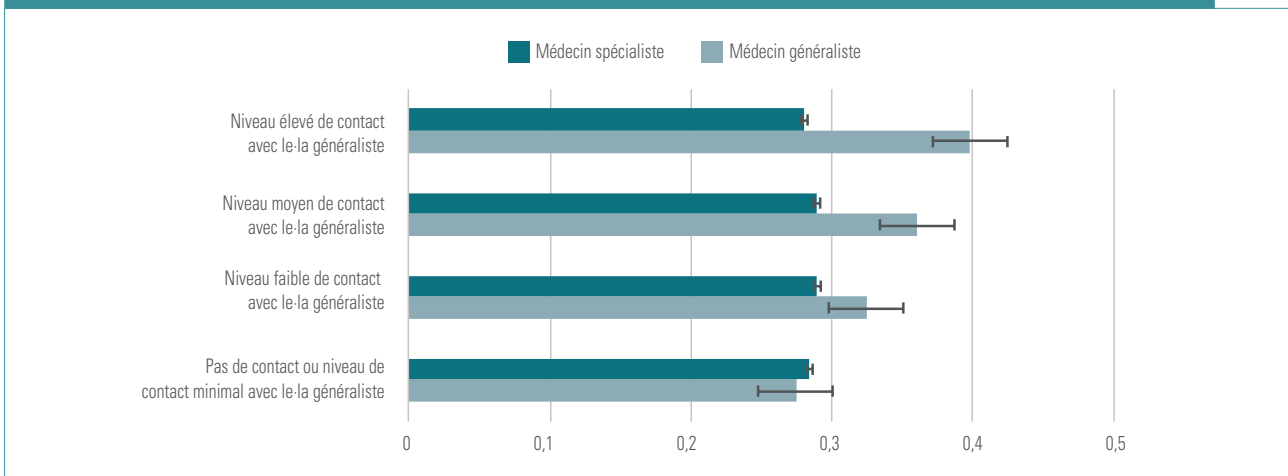
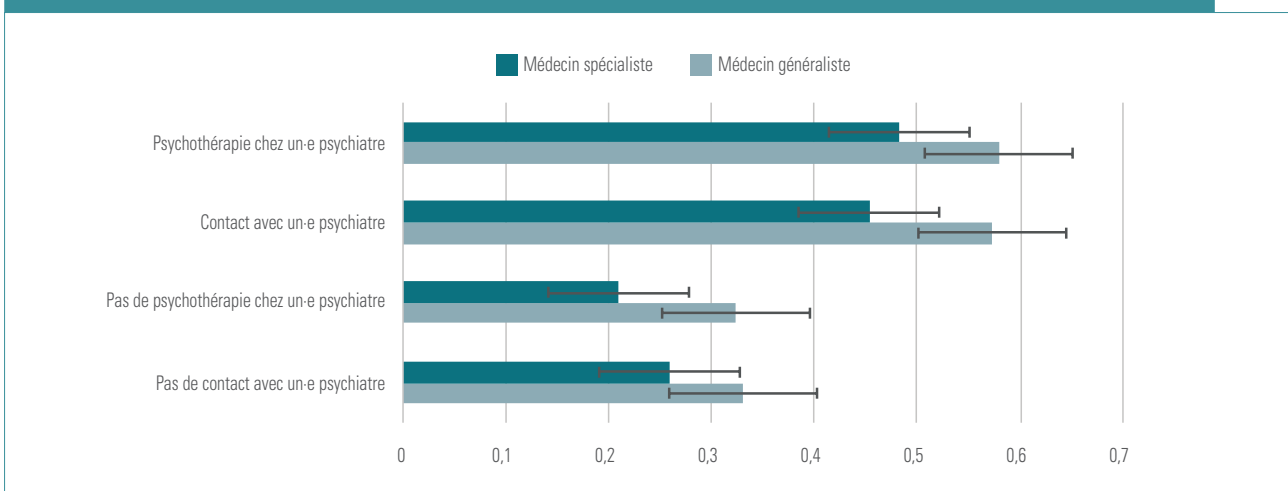


Figure 5 : Interactions entre prescripteur-riche et recours aux soins psychiatriques : proportion prédite d'utilisateur-riche de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 4 dans Annexe 4)



10 Ces interactions sont basées sur le modèle 5 du tableau 4, voir Annexe 4.

la psychothérapie chez un-e psychiatre : la proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée passe de 0,32 à 0,58 lorsque les prescripteur-rices principaux-ales sont des médecins généralistes, contre de 0,21 à 0,48 lorsque les prescripteur-rices principaux-ales sont des spécialistes¹¹.

3.4.2. Interactions entre statut BIM, prescripteur-riche et recours aux soins

La figure 6 montre comment le statut BIM modère la relation entre le-la prescripteur-riche principal-e et le recours prolongé aux antidépresseurs. Lorsque le-la médecin gé-

néraliste est le-la prescripteur-riche principal-e, la proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée est légèrement plus élevée chez les patient-es disposant du statut BIM (de 0,33 à 0,35). Lorsque le-la prescripteur-riche principal-e est un-e spécialiste, la proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée est en revanche moins élevée chez les patient-es ayant un statut BIM (de 0,29 à 0,26).

La figure 7 montre que le statut BIM modère également la relation entre le niveau de contact avec le-la médecin généraliste et l'utilisation de longue durée. Chez les personnes n'ayant pas le statut BIM, la proportion prédite

Figure 6 : Interaction entre statut BIM et prescripteur-riche : proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 5 dans Annexe 4)

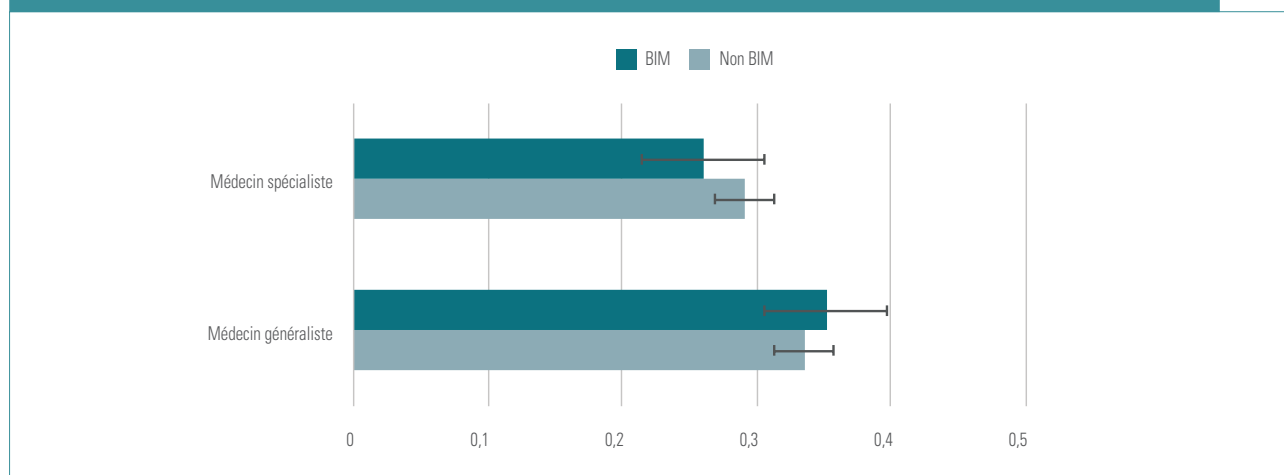
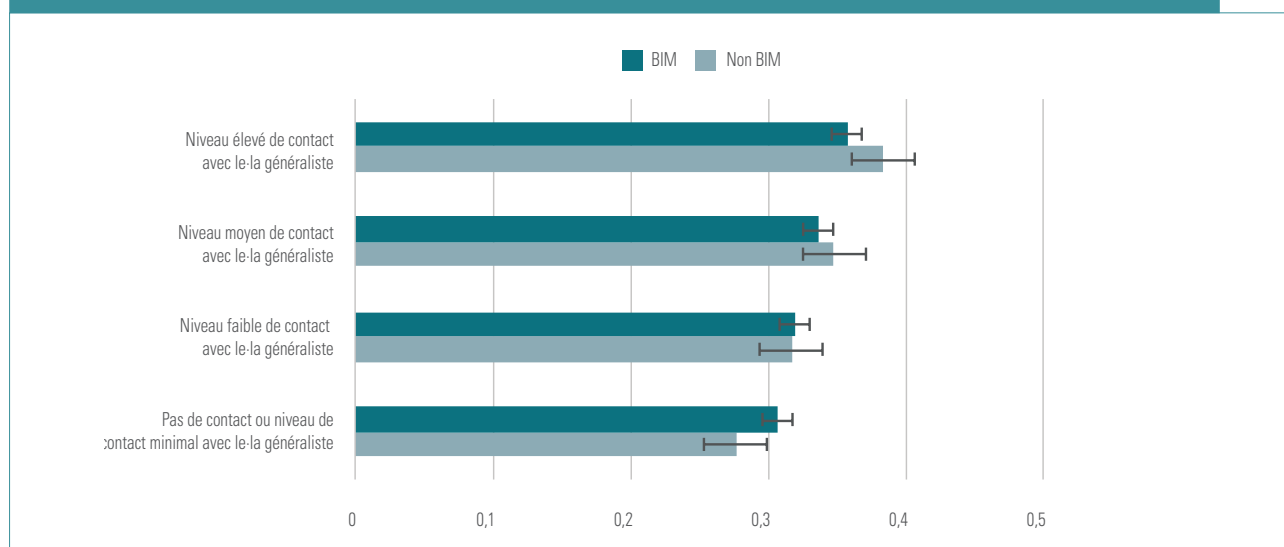
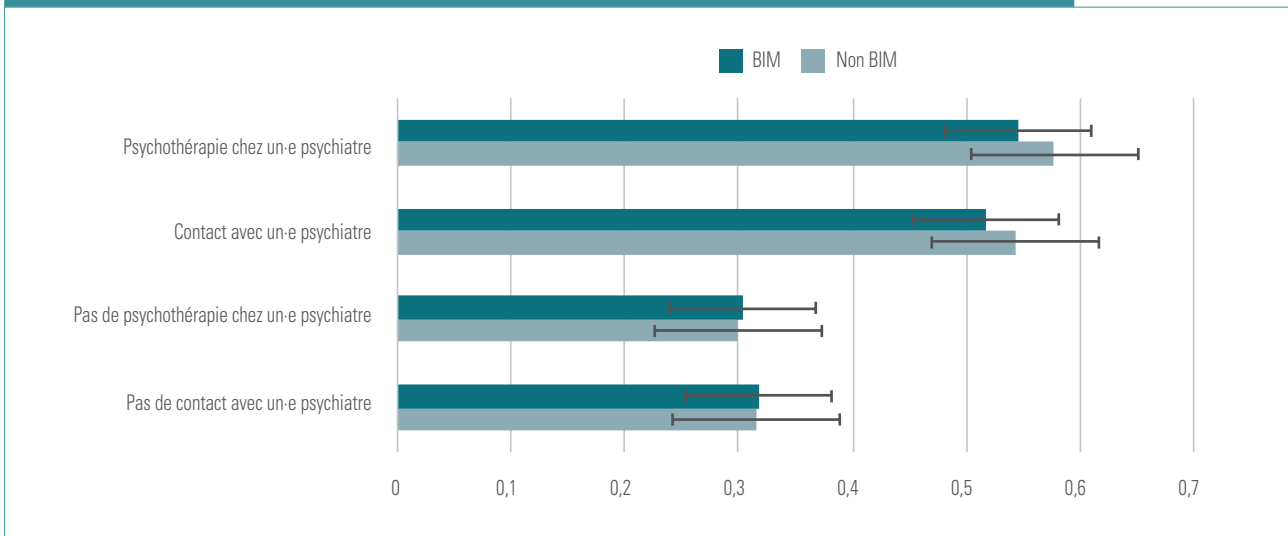


Figure 7 : Interaction entre statut BIM et contact avec le-la médecin généraliste : proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 5 dans Annexe 4)



11 Ces interactions sont basées sur les modèles 6 à 7 du tableau 4, voir Annexe 4.

Figure 8 : Interaction entre statut BIM et soins spécialisés : proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée ; 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 5 dans Annexe 4)



d'utilisateur-rices de longue durée augmente jusqu'à 0,38 en cas de niveau de contact élevé avec le-la médecin généraliste, tandis que cette même proportion s'élève à 0,36 chez les personnes ayant le statut BIM.

La figure 8 indique que le statut BIM est également associé à une légère diminution de l'effet des soins spécialisés. En cas de contact avec un-e psychiatre, la proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée passe de 0,54 chez les personnes n'ayant pas de statut BIM à 0,52 chez celles disposant de ce statut. Pour la psychothérapie chez un-e psychiatre, cette même proportion passe de 0,58 à 0,55¹².

4. Discussion

4.1. Principaux résultats

Les résultats de cette étude confirment un paradoxe central quant au recours aux antidépresseurs en Belgique : tandis que le flux de nouveaux-nouvelles utilisateur-rices diminue depuis 2013, le nombre total d'utilisateur-rices reste élevé et l'intensité moyenne d'utilisation augmente. Cela suggère que l'augmentation du volume d'antidépresseurs est moins due à une augmentation du nombre de nouveaux traitements qu'à une accumulation de traite-

ments qui se prolongent plus longtemps que ce que les recommandations cliniques préconisent généralement (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b). Dans ce contexte, la question centrale évolue de « Qui commence ? » vers « Qui poursuit, et dans quelles conditions de soins ? ». En analysant conjointement les pratiques de prescription (médecin généraliste *versus* spécialiste), les profils du recours aux soins et la vulnérabilité socio-économique (patient-es avec le statut BIM), il apparaît que l'utilisation prolongée n'est pas uniquement le résultat de décisions cliniques individuelles, mais qu'elle est également façonnée par l'organisation et l'accessibilité des soins de santé mentale en Belgique.

Parmi les principaux résultats, on observe que l'incidence des nouveaux-nouvelles utilisateur-rices d'antidépresseurs a diminué progressivement, passant de 94.701 en 2013 à 46.765 en 2022, soit une réduction relative de 51%. **En parallèle, la prévalence a augmenté et a atteint un pic en 2021**. Ces tendances opposées reflètent une **accumulation progressive de patient-es de longue durée** : sur l'ensemble de la période étudiée, 32,7% des utilisateur-rices ont été classé-es comme ayant un traitement de longue durée (≥ 15 mois). Cette proportion est substantielle et cohérente avec les constats internationaux montrant que les traitements prolongés constituent une part importante des volumes croissants d'utilisation, même lorsque le nombre de nouveaux traitements diminue ou se stabilise (Brett, et al., 2017; Moore, et al., 2009; Mars, et al., 2017).

12 Ces interactions sont basées sur les modèles 8 à 11 du tableau 5, voir Annexe 4.

Dans le même temps, les résultats indiquent une évolution favorable : **ces dernières années, les personnes ayant commencé un traitement aux antidépresseurs ont moins souvent continué à les prendre à long terme.** Cela peut refléter des améliorations dans les pratiques de prescription, une prise de conscience accrue des risques liés à l'utilisation prolongée et une meilleure adhésion aux recommandations cliniques. Le fait que ce changement soit déjà observable avant la réforme des soins psychologiques de première ligne, déployée depuis 2021 (Noirhomme, 2025), suggère qu'il s'inscrit, au moins en partie, dans une attention sociétale et professionnelle plus large accordée à la réduction du traitement et à une utilisation appropriée. **Parallèlement, la persistance d'un important recours à long terme montre que la révision et l'arrêt des traitements en temps opportun restent difficiles dans la pratique.** Lorsque les traitements de longue durée ne sont pas réévalués systématiquement, un effet cumulatif peut se produire, un groupe de patient-es continuant à prendre les médicaments au fil du temps (Brisnik, et al., 2024).

Outre ces tendances, les caractéristiques des utilisateur-rices jouent également un rôle. **Par rapport aux hommes, les femmes ont plus souvent recours aux antidépresseurs à long terme,** ce qui est cohérent avec des schémas plus généraux de recours plus élevé aux psychotropes chez les femmes (AIM, 2025). **De plus, la probabilité d'utilisation à long terme augmente avec l'âge,** s'inscrivant dans une tendance plus large selon laquelle les adultes plus âgés reçoivent plus souvent des psychotropes et continuent à les utiliser plus longtemps, parfois sans indication clinique claire et en raison d'une perception de vulnérabilité accrue liée à la solitude ou à l'isolement social (Mojtabai & Olfson, 2011). Les différences régionales sont limitées : les personnes en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale ont un peu moins souvent recours à long terme aux antidépresseurs par rapport à celles qui résident en Région flamande. Ces différences sont petites mais peuvent refléter des variations dans l'organisation des soins, les pratiques d'orientation ou la disponibilité d'alternatives, ce qui mériterait des recherches supplémentaires.

Ces tendances quant à l'utilisation de longue durée doivent être interprétées à la lumière de l'organisation belge des soins en santé mentale, où les médecins généralistes occupent un rôle central, mais complexe. Ils-elles prescrivent près de quatre cinquièmes de tous les antidépresseurs et **les patient-es principalement suivi-es par un-e médecin généraliste (en tant que prescripteur-riche principal-e du traitement) ont plus souvent un traitement à long terme que ceux et celles qui sont suivi-es principalement par un-e**

spécialiste. Cette position dominante ne se limite pas au suivi à long terme : les médecins généralistes sont également de loin les prescripteur-rices les plus important-es chez les nouveaux-nouvelles utilisateur-rices. Dans le même temps, la prescription d'antidépresseurs suppose pourtant une évaluation de la problématique sous-jacente et une mise en balance des options thérapeutiques, y compris les alternatives non pharmacologiques (Declercq, et al., 2017).

Plusieurs mécanismes peuvent contribuer à expliquer pourquoi l'utilisation de longue durée se manifeste plus souvent dans le cadre des soins de médecine générale. D'une part les relations de confiance de longue durée favorisent la continuité des soins, d'autre part ce même lien de confiance peut conduire à de l'inertie thérapeutique, les traitements existants étant moins souvent reconsidérés (Murphy & Salisbury, 2020). Les médecins généralistes font également souvent état de contraintes de temps, d'incertitudes quant aux stratégies de réduction du traitement et de craintes de rechute ou de symptômes de sevrage (Donald, et al., 2021; Kelly, et al., 2021). De plus, la relation étroite avec les patient-es peut aussi conduire les médecins à accéder plus rapidement aux demandes de prolongation du traitement, un mécanisme également observé pour d'autres psychotropes, comme les somnifères (Ceuterick, Van Ngoc, Bracke, & Scholtes, 2023). Des études qualitatives montrent que certain-es médecins généralistes hésitent à initier une réduction du traitement par crainte de nuire à la relation thérapeutique ou de provoquer des conflits (Van Leeuwen, et al., 2021a). Dans ce contexte, certain-es médecins généralistes appliquent le principe « *never change a winning team* » : un traitement perçu comme stable est moins susceptible d'être reconsidéré, même lorsque sa réduction est cliniquement indiquée.

Les analyses montrent aussi que la fréquence des contacts avec les soins de santé joue un rôle important dans ce processus. Lorsque le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e, des contacts plus fréquents sont associés à une probabilité plus élevée d'un traitement à long terme, indiquant une relation dose-réponse. Ce schéma est absent chez les patient-es principalement suivi-es par un-e médecin spécialiste. **Les contacts avec des psychiatres et les séances de psychothérapie chez un-e psychiatre sont également plus fortement associés à une utilisation prolongée chez les patient-es où un-e médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e du traitement par rapport aux patient-es bénéficiant d'un traitement principalement prescrit par un-e médecin spécialiste.** Cela suggère que les contacts avec des spécialistes, lorsqu'ils s'inscrivent

dans un parcours principalement pris en charge par la médecine générale, sont plus souvent associés à des problématiques complexes ou persistantes, ou à des transitions de soins où le suivi à long terme revient à nouveau à un-e médecin généraliste.

La vulnérabilité socio-économique apparaît également comme un facteur important quant à l'émergence et la poursuite d'une utilisation prolongée d'antidépresseurs. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (statut BIM) recourent plus souvent aux antidépresseurs à long terme lorsqu'ils-elles sont principalement suivi-es en médecine générale, par rapport à ceux et celles ne bénéficiant pas de ce statut. Ce constat est cohérent avec des observations selon lesquelles les groupes socio-économiquement vulnérables déclarent plus souvent des problèmes de santé mentale (Derroitte, Janssens, Morissens, Noirhomme, & Verniest, 2024) et rencontrent, en même temps, plus souvent d'obstacles pour accéder ou maintenir des soins spécialisés (Epping, Muschik, & Geyer, 2017; Lueckmann, et al., 2021). Le ou la médecin généraliste joue alors le rôle d'interlocuteur-riche privilégié-e, les antidépresseurs restant souvent l'intervention la plus directement disponible (Belgium.be, 2024). L'empathie peut également intervenir : certain-es médecins généralistes considèrent parfois la prolongation du traitement aux antidépresseurs comme une forme de soins et de soutien aux patient-es présentant des problèmes sociaux complexes (Van Leeuwen, et al., 2021a).

Dans les trajets de soins qui ne sont pas principalement pris en charge par la médecine générale, les personnes bénéficiant de l'intervention majorée utilisent, en revanche, moins souvent des antidépresseurs à long terme. Cela peut indiquer qu'il est plus difficile pour les personnes socio-économiquement vulnérables de rester dans des trajets de soins psychiatriques à long terme, par exemple en raison d'obstacles financiers, pratiques ou organisationnels, tandis que les personnes qui ne sont pas socio-économiquement vulnérables disposent généralement de plus de ressources pour poursuivre de tels traitements. Le constat que le statut BIM atténue la relation entre la fréquence des contacts de soins et l'utilisation à long terme suggère un mécanisme nuancé. **Bien que des contacts plus fréquents avec le-la médecin généraliste soient généralement associés à une probabilité plus élevée d'une utilisation à long terme d'antidépresseurs, cet effet est moins marqué chez les personnes avec statut BIM.** À première vue, cela semble contredire des constatations précédentes selon lesquelles les médecins généralistes seraient plus réticent-es à aborder la question de la réduction du traitement avec des patient-es vulnérables (Van Leeuwen, et al.,

2021b). Une explication possible est que la relation entre la fréquence des contacts et l'inertie thérapeutique s'exprime davantage dans des contextes où une relation thérapeutique étroite et un suivi intensif sont présents, tandis que dans les groupes vulnérables des barrières de communication, une moindre continuité ou un espace de négociation réduit peuvent également jouer un rôle. Cela n'exclut pas que la réduction du traitement reste difficile à aborder au sein des groupes vulnérables, mais suggère que la manière dont les contacts de soins « se répercutent » sur l'utilisation à long terme au sein de ce groupe est plus complexe.

Enfin, **les contacts avec un-e psychiatre et les séances de psychothérapie chez un-e psychiatre sont associés, pour tous-tes les utilisateur-rices, à une probabilité plus élevée d'une utilisation d'antidépresseurs à long terme, bien que cette relation soit légèrement atténuée chez les personnes disposant du statut BIM.** Cela peut refléter des différences quant à l'observance thérapeutique vis-à-vis du traitement (Elwadi & Cohen, 2020; Ji & Hong, 2020) et/ou des inégalités dans l'accès et la continuité des soins psychiatriques spécialisés (Lueckmann, et al., 2021).

En résumé, **l'utilisation à long terme d'antidépresseurs résulte d'une interaction complexe entre pratiques de prescription, recours aux soins et vulnérabilité socio-économique.** Les interventions visant à soutenir la réduction du traitement, l'accompagnement et le suivi approprié doivent donc non seulement renforcer les prestataires de soins, mais aussi tenir compte du contexte socio-structurel dans lequel les patient-es reçoivent des soins. C'est seulement de cette façon qu'on pourra s'attaquer à l'utilisation à long terme des antidépresseurs sans aggraver les inégalités existantes dans le domaine des soins de santé mentale.

4.2. Limites

Cette étude présente plusieurs limites liées à l'utilisation de données administratives et de facturation, malgré les points forts de cet ensemble de données en termes de représentativité et de consistance dans le temps.

Une première limite est l'absence de données diagnostiques. Il n'est donc pas possible de distinguer les traitements selon des troubles mentaux spécifiques ou selon différents degrés de sévérité des symptômes (Smeets, de Wit, & Hoes, 2011). Cela limite la possibilité d'analyser dans quelle mesure l'utilisation à long terme d'antidépresseurs varie en fonction du diagnostic sous-jacent ou de l'indication clinique.

Une deuxième limite est que le fichier de données ne contient que des informations sur les médicaments délivrés, mais aucune sur les doses prescrites ou l'observance thérapeutique. Il peut donc exister des différences entre les médicaments délivrés et la prise effective, ce qui peut influencer la précision du calcul de la durée d'utilisation basé sur les doses journalières définies (DDD). Bien que cette approche soit courante dans la recherche basée sur des données administratives, elle reste une approximation de l'utilisation réelle.

Une troisième limite est l'emploi du statut BIM comme indicateur de vulnérabilité socio-économique. Bien que ce statut soit une mesure fiable de la vulnérabilité financière (Avalosse, et al., 2019), il ne couvre pas d'autres dimensions pertinentes de la position socio-économique, telles que le niveau d'éducation ou les compétences en santé. De plus, le statut BIM est un indicateur binaire, tandis que la vulnérabilité financière est graduelle. Les personnes juste au-dessus du seuil de revenus, mais néanmoins vulnérables ne sont donc pas identifiées comme telles.

En outre, par rapport à la durée du traitement aux antidépresseurs, cette étude fait appel à une distinction binaire entre courte et longue durée, basée sur un seuil de 15 mois. Bien que cette limite corresponde aux recommandations cliniques courantes, elle reste une simplification de la réalité clinique. Certain-es patient-es ont besoin d'un traitement de longue durée en cas de symptômes sévères, chroniques ou récurrents. Dans le même temps, cette distinction binaire regroupe des durées d'utilisation très variables, alors qu'il peut s'agir de situations cliniques et sociales fondamentalement différentes. La définition utilisée ne permet donc pas de faire la distinction entre une utilisation à long terme cliniquement appropriée et une utilisation à long terme potentiellement liée à l'inertie thérapeutique, ni entre différents degrés d'utilisation de longue durée. Une analyse de sensibilité avec un seuil alternatif de 12 mois a donné des résultats similaires (voir Annexe 2), mais n'a pas non plus permis de saisir pleinement ces nuances. L'approche retenue reste néanmoins cohérente avec de précédentes études, dans lesquelles des seuils de 12 ou 15 mois sont généralement utilisés pour définir l'utilisation de longue durée (Andersen, Thielen, Nygaard, & Diderichsen, 2009; Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b).

Enfin, les données analysées proviennent d'une seule mutualité. La MC est la plus grande mutualité de Belgique et représente environ 40% de la population, ce dernier pourcentage variant selon les régions (51% en Région flamande, 26% en Région wallonne et 15% en Région de Bruxelles-

Capitale ; situation décembre 2023) (INAMI, 2025). Les données analysées dans cette étude offrent donc une image large et largement représentative du recours aux antidépresseurs en Belgique. De petites différences dans la composition de la population entre les régions ou entre les mutualités ne peuvent toutefois pas être totalement exclues.

Malgré ces limites, l'ensemble des données utilisées est particulièrement robuste, avec un minimum de valeurs manquantes et des historiques complets de délivrance sur plusieurs années. De plus, cette étude permet pour la première fois une analyse systématique du recours aux antidépresseurs se prolongeant au-delà de 15 mois en Belgique et des caractéristiques de ces patient-es. Bien que les données administratives présentent certaines limites, elles constituent une source d'information précieuse et fiable pour la recherche en santé, en particulier lorsqu'elles sont utilisées à grande échelle et sur une longue période (McGuckin, et al., 2022; Smeets, de Wit, & Hoes, 2011).

5. Recommandations

La présente étude a montré que, malgré une diminution du nombre de nouveaux-nouvelles utilisateur-rices d'antidépresseurs entre 2013 et 2022, le volume total d'antidépresseurs utilisés a continué d'augmenter. Ces tendances opposées résultent d'une augmentation du nombre d'utilisateur-rices de longue durée, malgré les recommandations cliniques selon lesquelles une utilisation prolongée au-delà de 15 mois n'est pas indiquée dans de nombreuses situations. Les résultats suggèrent, en outre, que cette tendance est liée à des dynamiques plus larges dans les pratiques de prescription, l'organisation des soins, l'accessibilité des alternatives et les inégalités socio-économiques. Dans l'optique d'une utilisation rationnelle des antidépresseurs, la MC plaide pour une politique fondée sur une approche systémique et multidimensionnelle, avec une attention particulière aux différents niveaux de soins.

5.1. Renforcer les prestataires de soins

5.1.1. Formation et soutien des médecins généralistes

La présente étude montre que les médecins généralistes - pour beaucoup le premier point de contact lorsqu'une demande d'aide surgit (Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020) -

jouent, en tant que prescripteur·rices principaux·ales, un rôle important dans les traitements par antidépresseurs. De plus, les patient·es principalement suivi·es dans le cadre de soins de médecine générale présentent, en raison d'un ensemble de facteurs, un risque accru d'utilisation de longue durée, un risque qui augmente encore avec une fréquence plus élevée de contacts avec le·la médecin généraliste.

Il est dès lors **important de renforcer davantage leurs connaissances concernant l'utilisation des antidépresseurs, tant dans la formation initiale et continue que dans les recommandations pour une bonne pratique médicale et dans les moments d'intervention**. Parmi les points d'attention spécifiques figurent notamment le diagnostic, la valeur ajoutée (de la combinaison avec) d'autres stratégies thérapeutiques non médicamenteuses, l'importance de moments d'évaluation périodiques prévus à l'avance, l'application de stratégies de réduction *evidence-based* du traitement, la mise en place d'une communication structurée autour de la réduction et la reconnaissance des symptômes de sevrage (Horowitz & Taylor, 2022; Van Leeuwen, et al., 2021b; Declercq, et al., 2017). Conjointement avec des interventions systématiques telles que des alertes en cas de prescription de longue durée, ainsi qu'un suivi continu des pratiques de prescription combiné à du *benchmarking* et à de l'intervention, ces mesures peuvent contribuer à une utilisation plus rationnelle et plus transparente des antidépresseurs et limiter l'inertie thérapeutique chez certain·es prescripteur·rices.

Dans ce contexte, il est essentiel de **mettre régulièrement à jour les informations disponibles sur la base de nouvelles connaissances et de l'évolution de l'offre sur le terrain**. Le cas échéant, ces informations doivent être complétées ou affinées, par exemple en ce qui concerne la durée du traitement. La MC plaide ainsi pour l'organisation d'une nouvelle réunion de consensus au niveau de l'INAMI, afin d'actualiser et compléter une précédente réunion de consensus de 2006 sur l'utilisation appropriée des antidépresseurs dans le traitement de la dépression, réunion qui concluait qu'il n'existait pas suffisamment de données pour se prononcer sur la durée optimale du traitement (INAMI, 2006).

5.1.2. Promotion de la collaboration multidisciplinaire

Nous constatons que de nombreux patient·es ont consulté à la fois des médecins généralistes et des psychiatres. Cela souligne l'importance d'une **collaboration interdisciplinaire entre le·la médecin généraliste et les acteur·rices des deuxième et troisième lignes**, ce qui apporte une valeur ajoutée en termes de diagnostic et de traitement adéquats, ainsi que l'importance d'un **transfert structuré lors des transitions de soins**. De plus, des moments de concertation structurés, des plans de traitement et de réduction partagés et une coordination interdisciplinaire peuvent contribuer à éviter que des patient·es restent dans des traitements médicamenteux de longue durée sans révision systématique (Declercq, et al., 2017). En complément, la collaboration avec les pharmaciennes et les psychologues de première ligne peut également s'avérer utile, ceci étant en ligne avec le modèle de soins collaboratifs (*collaborative care-model*) (Richards, et al., 2013).

5.2. Améliorer encore l'accessibilité des soins psychologiques de première ligne (SPPL)

Les recommandations relatives au traitement de la dépression soulignent l'importance de la psychothérapie, en combinaison ou non avec les antidépresseurs (Declercq, et al., 2017). De plus, un soutien psychothérapeutique peut contribuer à une réduction réussie des antidépresseurs (Van Leeuwen, et al., 2021b). Depuis l'introduction des SPPL, les possibilités en ce sens se sont accrues et, notamment grâce à l'adaptation de la convention en 2024, davantage de personnes sont atteintes, y compris des groupes vulnérables (Noirhomme, 2025). Néanmoins, des obstacles substantiels persistent quant à l'accessibilité de ces soins psychologiques de première ligne (Gerkens, et al., 2024; Noirhomme, 2025). Il est donc essentiel pour la MC de **continuer à améliorer l'accessibilité de ces soins**. Cela peut être réalisé **au moyen d'investissements structurels continus de la part des pouvoirs publics**, entre autres pour **l'optimisation de l'offre, l'élargissement des mécanismes de remboursement et une communication active sur l'offre disponible** (Noirhomme, 2025). Les médecins généralistes ont également un rôle important à jouer : en tant que premier point de contact, ils·elles peuvent informer activement les patient·es et les orienter vers un soutien psychologique adapté, en tenant compte de leurs préférences.

5.3. Réduire les inégalités socio-économiques dans l'accès aux soins

Il est bien connu que certains groupes sociaux sont plus vulnérables aux problèmes de santé mentale et ont donc davantage besoin de soins, notamment les personnes en situation de pauvreté, les jeunes, les femmes, les personnes au chômage ou en incapacité de travail, etc. En revanche, ces groupes sollicitent moins souvent de l'aide. Ceux et celles qui cherchent de l'aide recourent plus souvent à un traitement médicamenteux, entre autres pour des raisons financières (Noirhomme, 2025). Cette étude montre également une association entre le fait de bénéficier de l'intervention majorée (statut BIM) et le risque d'une utilisation d'antidépresseurs à long terme lorsque les personnes ayant ce statut sont principalement suivies en médecine générale, alors que c'est moins le cas dans le cadre des soins psychiatriques.

La MC plaide donc pour **des mesures politiques ciblées supplémentaires qui, dans l'esprit du principe de l'universalisme proportionné, visent explicitement à renforcer un accès équitable aux soins axés sur la réévaluation et la réduction du traitement, y compris pour les groupes vulnérables**. Cela peut être réalisé non seulement en renforçant les connaissances des médecins généralistes, mais aussi au moyen d'un soutien psychologique financièrement accessible, d'un suivi actif et d'une information adaptée aux patient-es.

Conclusion

Cette étude met en évidence des évolutions importantes dans le recours aux antidépresseurs en Belgique entre 2013 et 2023. Bien que le nombre de nouveaux-nouvelles utilisateur-rices ait diminué de 51% durant cette période, la prévalence est restée élevée et la proportion d'utilisateur-rices de longue durée a augmenté. Au final, près d'un-e patient-es sur trois a été classé-e comme ayant un traitement de longue durée. Cette combinaison d'une incidence en baisse et d'une utilisation persistante indique une accumulation structurelle de traitements de longue durée.

Dans le même temps, les résultats montrent que les personnes ayant commencé un traitement aux antidépresseurs ces dernières années sont moins nombreuses à poursuivre leur traitement à long terme. Cela suggère une évolution prudente vers des pratiques de prescription plus conformes aux recommandations cliniques, ainsi qu'une attention accrue à l'arrêt du traitement. Cette évolution positive ne remet cependant pas en cause le fait que l'utilisation de longue durée demeure un phénomène substantiel et persistant dans les soins de santé mentale en Belgique.

Les analyses soulignent le rôle central des médecins généralistes dans ce processus. Pour la majorité des patient-es, ils-elles sont les prescripteur-rices principaux-ales, et les patient-es principalement suivi-es en médecine générale recourent plus souvent aux antidépresseurs à long terme, surtout en cas de contacts plus fréquents.


En outre, la vulnérabilité socio-économique joue également un rôle structurant. Les personnes bénéficiant de l'intervention majorée prennent plus souvent des antidépresseurs à long terme lorsqu'elles sont principalement suivies en médecine générale, tandis que le recours à long terme est moins fréquent dans le cadre des soins psychiatriques. Cela suggère que l'utilisation à long terme est en partie façonnée par des différences d'accès et de continuité dans les trajets de soins.

Ensemble, ces résultats montrent que l'utilisation prolongée d'antidépresseurs s'inscrit dans des schémas structurels liés aux pratiques de prescription, à l'organisation des soins et aux inégalités socio-économiques. Les politiques visant à réduire l'utilisation prolongée non nécessaire requièrent donc une approche intégrée, misant sur le soutien aux prestataires de soins, l'accès aux alternatives non médicamenteuses, une collaboration interprofessionnelle renforcée et une attention explicite aux inégalités socio-économiques dans l'accès aux soins.

Bibliographie

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of the society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622.
- AIM. (2025). *Antidépresseurs*. Récupéré sur atlas.aim-ima.be : <https://atlas.ima-aim.be/mosaic/fr-fr/atlas-aim/consommation-de-medicaments/antidépresseurs>.
- Andersen, I., Thielen, K., Nygaard, E., & Diderichsen, F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(7), 575-581.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Inégalités sociales en santé*. Bruxelles : AIM (Agence Intermutualiste).
- Belgium.be. (2024). *Équité et inégalités de santé*. Récupéré sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/equite-et-inegalites-de-sante>.
- Ben-Sheetrit, J., Hermon, Y., Birkenfeld, S., Gutman, Y., Csoka, A., & Toren, P. (2023). Estimating the risk of irreversible post-SSRI sexual dysfunction (PSSD) due to serotonergic antidepressants. *Annals of General Psychiatry*, 22(1), 1-9.
- Bet, P., Hugtenburg, J., Penninx, B., & Hoogendijk, W. (2013). Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1443-1451.
- Boehlen, F., Herzog, W., Quinzler, R., Haefeli, W., Maatouk, I., Niehoff, D., . . . Wild, B. (2015). Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(9), 957-964.
- Brett, J., Karanges, E., Daniels, B., Buckley, N., Schneider, C., Nassir, A., . . . Pearson, S. (2017). Psychotropic medication use in Australia 2007 to 2015: changes in annual incidence, prevalence and treatment exposure. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(10), 990-999.
- Brisnik, V., Vukas, J., Jung-Sievers, C., Lukaschek, K., Alexander, G., Thiem, U., . . . Baum, E. (2024). Deprescribing of antidepressants: development of indicators of high-risk and overprescribing using in the RAND/UCLA Appropriateness Method. *BMC Medicine*, 22(1), 193.
- Busfield, J. (2010). 'A pill for every ill': explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine*, 70(6), 934-941.
- Ceuterick, M., Van Ngoc, P., Bracke, P., & Scholtes, B. (2023). From prescribing dilemma to knowledge in practice: the ontological politics of benzodiazepines and Z-drugs. *Social Science & Medicine*, 339, 116358.
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C., Cipriani, A., & Furukawa, T. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World psychiatry*, 19(1), 92-107.
- Davies, R., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97, 111-121.
- De Maeseneer, W. (2023). *4 op 10 Belgen die antidepressiva nemen, gebruiken ze langer dan 3 jaar: «Idee om te stoppen, is angstaan-jagend»*. Récupéré sur <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/10/20/langdurig-gebruik-antidepressiva-getuigenissen/>.
- Declercq, T., Habraken, H., Van den Aemele, H., Callens, J., De Lepeleire, J., & Cloetens, H. (2017). *Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: depressie bij volwassenen*. Brussel: Domus Medica.
- Derroitte, E., Janssens, H., Morissens, A., Noirhomme, C., & Verniest, R. (2024). Santé mentale : carrefour des inégalités. *Santé & Société*, 8, 44-67.
- Donald, M., Partanen, R., Sharman, L., Lynch, J., Dingle, G., Haslam, C., & van Driel, M. (2021). Long-term antidepressant use in general practice: a qualitative study of GP's view on discontinuation. *British Journal of General Practice*, 71(708), e508-e516.
- Elwadi, D., & Cohen, A. (2020). Social inequalities in antidepressant treatment outcomes: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 985-999.
- Epping, J., Muschik, D., & Geyer, S. (2017). Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health*, 16, 147.
- Fava, G., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., & Offidani, E. (2015). Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(2), 72-81.
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *Performance du système de santé belge : rapport 2024. KCE Reports 376B*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184-191.
- Horowitz, A. M., & Taylor, D. (2022). Distinguishing relapse from antidepressant withdrawal: clinical practice and antidepressant discontinuation studies. *BJPsych Advances*, 28(5), 297-311.
- Huibregts, K., Hoogendoorn, A., Slottje, P., van Balkom, A., & Batelaan, N. (2017). Long-term and short-term antidepressant use in general practice: data from a large cohort in the Netherlands. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(6), 362-369.
- Hyde, J., Calnan, M., Prior, L., Lewis, G., Kessler, D., & Sharp, D. (2005). A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *British Journal of General Practice*, 55(519), 755-762.

- INAMI. (2006). *L'usage efficient des antidépresseurs dans le traitement de la dépression - rapport du jury-réunion de consensus*. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2024). *Consommation de médicaments en officine publique : antidépresseurs. Analyse de la répartition et de l'évolution de la consommation en volumes et en dépenses par assuré en Belgique (analyses et tendances selon les régions, provinces et arrondissements) pour l'année 2022*. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2025). *Statistiques sur les personnes affiliées à une mutualité (effectifs)*. Consulté le 2 juin 2025, sur Statistiques : <https://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/statistiques-des-affilies-aux-mutualites>.
- Ji, N.-J., & Hong, Y.-P. (2020). Effect of income level on adherence to antidepressant treatment in first onset depression outpatients. *PLOS ONE*, *15*(9), e0238623.
- Johnson, C., Williams, B., MacGillivray, S., Dougall, N., & Maxwell, M. (2017). 'Doing the right thing' : Factors influencing GP prescribing of antidepressants and prescribed doses. *BMC Family*, *18*(1), 1-13.
- Kelly, D., Graffi, J., Noonan, M., Green, P., McFarland, J., Hayes, P., & Glynn, L. (2021). Exploration of GP perspectives on deprescribing antidepressants : a qualitative study. *BMJ Open*, *11*(4), e046054.
- Kendrick, T., Pilling, S., Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Ruane, C., Eadon, H., & Kapur, N. (2022). Management of depression in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, *378*, e070104.
- Kjosavik, S., Gillam, M., & Roughead, E. (2016). Average duration of treatment with antidepressants among concession card holders in Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*(12), 1180-1185.
- Kotwal, A., Steinman, M., Censer, I., & Smith, A. (2021). Use of high-risk medications among lonely older adults: results from a nationally representative sample. *JAMA Internal Medicine*, *181*(11), 1528-1530.
- Lam, J., & Vuolo, M. (2013). Longitudinal associations between loneliness and prescription medication use. *The Journal of Gerontology: Series B*, *78*(4), 730-735.
- Lueckmann, S., Hoebel, J., Roick, J., Market, J., Spallek, J., von dem Knesebeck, O., & Richter, M. (2021). Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, *20*(58), 1-19.
- Mars, B., Heron, J., Kessler, D., Davies, N., Martin, R., Thomas, K., & Gunnell, D. (2017). Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(2), 193-200.
- Maund, D., Dewar-Haggart, R., Williams, S., Bowers, H., Geraghty, A., Leydon, G., . . . Kendrick, T. (2019). Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 38-62.
- McGuckin, T., Crick, K., Myroniuk, T., Setchell, B., Yeung, R., & Campbell-Scherer, D. (2022). Understanding challenges of using routinely collected health data to address clinical care gaps: a case study in Alberta, Canada. *BMJ Open Quality*, *11*(1), e001491.
- Meijer, W., Heerdink, E., Leufkens, H., Herings, R., Egberts, A., & Nolen, W. (2004). Incidence and determinants of long-term use of antidepressants. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *60*(1), 57-61.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2011). Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*, *30*(8), 1434-1442.
- Moore, M., Yuen, H., Dunn, N., Mullee, M., Maskell, J., & Kendrick, T. (2009). Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ*, *339*, b3999.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, *324*(7342), 886-891.
- Murphy, M., & Salisbury, C. (2020). Relational continuity and patients' perception of GP trust and respect: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, *70*(698), e676-e683.
- NICE. (2022). *Depression in adults: treatment and management*. Récupéré sur <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>.
- Noirhomme, C. (2025). Convention soins psychologiques de première ligne : un bilan 2019-2024. *Santé & Société*, *15*, 28-59.
- Petty, D., House, A., Knapp, P., Raynor, T., & Zermansky, A. (2006). Prevalence, duration and indications for prescribing of antidepressants in primary care. *Age and Ageing*, *35*(5), 523-526.
- Richards, D., Hill, J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., . . . Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, *347*, f4913.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, *24*(188), pp. 457-458.
- Smeets, H., de Wit, N., & Hoes, A. (2011). Routine health insurance data for scientific research: potential and limitations of the Agis Health Database. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(4), 424-430.
- SPF Santé publique. (2023). *Données phares dans les soins de santé : soins en santé mentale*. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
- Stokx, J., Van haecht, K., & Ntahonganyira, R.-M. (2025). Tendances en matière de recours aux médicaments chez les moins de 18 ans. *Santé & Société*, *12*, 58-83.
- Takayanagi, Y., Spira, A., Bienvenu, O., Hock, R., Carras, M., Eaton, W., & Mojtabai, R. (2014). Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in a community sample. Results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *76*(1), 40-44.
- Tardieu, S., Bottero, A., Blin, P., Bohbot, M., Goni, S., Gerard, A., & Gasquet, I. (2006). Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community. *BMC Family Practice*, *7*(5), 1-10.

- 
- Van Leeuwen, E., Anthierens, S., van Driel, M., De Sutter, A., Van den Branden, E., & Christiaens, T. (2021a). 'Never change a winning team': GP's perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(4), 444-453.
- Van Leeuwen, E., van Driel, M., Horowitz, M., Kendrick, T., Donald, M., De Sutter, A., . . . Christiaens, T. (2021b). Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(4), CD01349.
- Verniest, R., Luybaert, C., & Bracke, P. (2020). Comment ça va ? Enquête auprès des membres de la MC sur la prévalence de la souffrance mentale et la recherche d'aide. *MC-Informations*, 280, 19-31.
- Von Soest, T., Bramness, J., Pedersen, W., & Wichstrom, L. (2012). The relationship between socio-economic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 87-95.
- Vyas, M., Watt, J., Yu, A., Straus, S., & Kapral, M. (2021). The association between loneliness and medication use in older adults. *Age and Ageing*, 50(2), 587-591.
- Williams, S., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710-725.



Annexe 1 : Nettoyage des données

Cette étude utilise trois bases de données de la MC : caractéristiques démographiques, données sur l'utilisation des soins et les délivrances de médicaments en pharmacie publique. Les membres de la MC ont été inclus jusqu'au 30 septembre 2022 et suivis pendant 15 mois. La période d'étude s'est terminée le 31 décembre 2023.

La base de données démographiques et d'utilisation des soins comprenait initialement 762.151 membres de la MC. Après fusion et exclusion des valeurs manquantes, il restait 757.551 membres. Le fichier a été converti en « format long » et filtré sur l'âge (inclusion des 18 à 85 ans), ce qui a produit un fichier de 7.720.383 observations pour la période 2013-2023).

Le fichier des médicaments contenait 16.174.522 délivrances. Pour chaque délivrance, le nombre de jours d'utilisation a été calculé sur la base de l'unité de conditionnement et de la dose par conditionnement (*dose per package*). Les délivrances séparées par moins de 180 jours ont été regroupées comme un seul épisode. Les épisodes d'une durée de 15 mois ou plus ont été classés comme utilisation à long terme. Pour les membres de la MC ayant plusieurs épisodes, seul le premier a été analysé.

L'ensemble de données a ensuite été agrégé au niveau des membres de la MC et fusionné avec les données démographiques et d'utilisation des soins de l'année de début du premier épisode de traitement. L'ensemble final comprenait 701.409 membres de la MC.

Annexe 2 : Analyses de sensibilité

Analyse de sensibilité avec un seuil alternatif de 12 mois pour l'utilisation prolongée

Afin de tester la robustesse des résultats, une analyse de sensibilité a été réalisée avec un seuil de 12 mois (≥ 365 jours) au lieu de 15 mois (≥ 456 jours) pour une utilisation à long terme. Les mêmes modèles statistiques ont été appliqués. Les résultats se sont révélés robustes : la diminution du seuil n'a pas entraîné de différences significatives dans les résultats.

Analyse de sensibilité avec exclusion des valeurs extrêmes

Une deuxième analyse de sensibilité a examiné l'impact de l'exclusion des valeurs extrêmes, définies comme les membres de la MC présentant une durée d'utilisation exceptionnellement longue ou un volume de médicaments très élevé ($N = 151.271$), identifiés à l'aide de la méthode $1,5 \times IQR$.

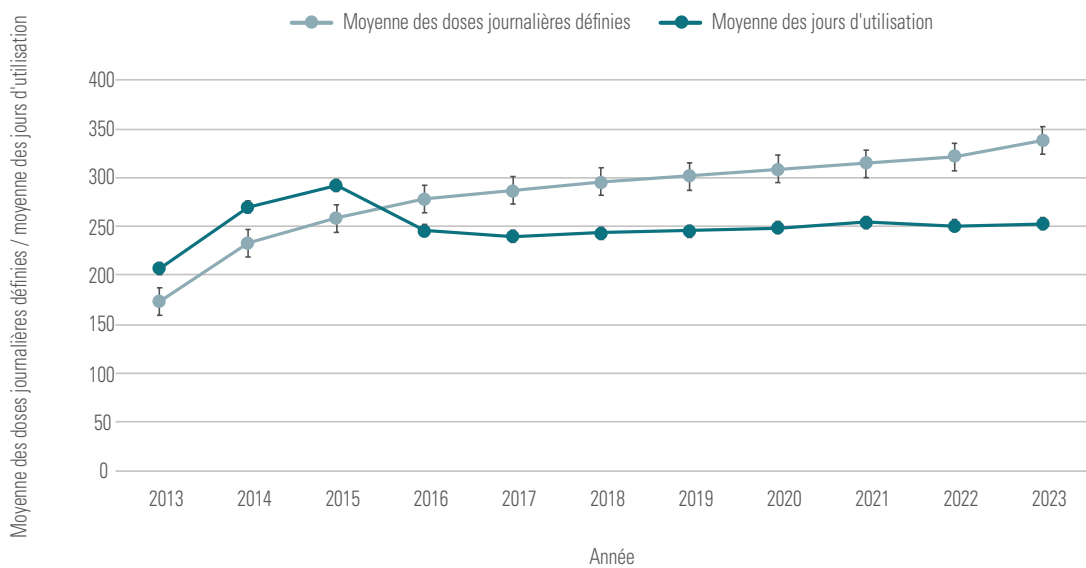
Dans les analyses principales, le droit à l'intervention majorée (statut BIM) était positivement associé à une utilisation à long terme des antidépresseurs. Après exclusion des valeurs extrêmes, cette association s'est inversée et le statut BIM est devenu négativement associé à l'utilisation à long terme. Cette inversion suggère que les valeurs extrêmes — principalement des membres de la MC avec statut BIM et une durée d'utilisation exceptionnellement longue — exercent une influence substantielle sur les associations estimées.

Étant donné que cette étude se concentre explicitement sur l'utilisation à long terme d'antidépresseurs, ces valeurs extrêmes constituent un sous-groupe pertinent et ont donc été incluses dans les analyses principales. Parallèlement, leur exclusion fournit des informations utiles sur la sensibilité des modèles aux valeurs extrêmes.

Annexe 3 : Nombre moyen de doses journalières définies et de jours d'utilisation par an après exclusion des valeurs extrêmes

À la figure 9, les valeurs extrêmes ont été retirées sur la base de la méthode $1,5 \times \text{IQR}$ ($N = 2.435$). La population d'étude résultante, sans valeurs extrêmes sur les variables « nombre moyen de doses journalières définies par an » et « nombre moyen de jours d'utilisation par an », comprend 698.974 membres de la MC.

Figure 9 : Nombre moyen de doses journalières définies et de jours d'utilisation par an après exclusion des valeurs extrêmes, 2013-2023 (N = 698.974 ; Source : MC)



Annexe 4 : Résultats des modèles de régression logistique avec termes d'interaction

Les résultats ci-après présentent les modèles d'interaction discutés dans le texte principal. Les tableaux rapportent les *odds ratio* (OR) pour les interactions entre le-la prescripteur-riche et le recours aux soins (voir Tableau 4) et entre le statut BIM, le-la prescripteur-riche et le recours

aux soins (voir Tableau 5). Ces résultats détaillés constituent la base des visualisations des figures 4 à 8 et soutiennent l'interprétation des effets d'interaction dans la section des résultats.

Tableau 4 : Odds ratio (OR) issus de l'analyse de régression logistique avec termes d'interaction entre le-la prescripteur-riche et le recours aux soins, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)

	Modèle 5 OR (95% BI)	Modèle 6 OR (95% BI)	Modèle 7 OR (95% BI)
Prescripteur-riche (référence = médecin généraliste)			
Spécialiste	1,05 (1,03-1,08)	0,69 (0,68-0,70)	0,54 (0,53-0,55)
Contacts avec médecin généraliste (référence = aucun ou minimal)			
Faible	1,29 (1,27-1,31)	-	-
Moyen	1,53 (1,50-1,55)	-	-
Élevé	1,81 (1,78-1,84)	-	-
Contact avec psychiatre (référence = non)	-	2,93 (2,83-3,03)	-
Psychothérapie chez un-e psychiatre (référence = non)	-	-	3,11 (3,03-3,19)
Prescripteur-riche × contact avec médecin généraliste			
Spécialiste × faible	0,80 (0,77-0,83)	-	-
Spécialiste × moyen	0,67 (0,65-0,70)	-	-
Spécialiste × élevé	0,54 (0,52-0,56)	-	-
Prescripteur-riche × contact avec psychiatre			
Spécialiste × oui	-	0,86 (0,82-0,90)	-
Prescripteur-riche × psychothérapie chez un-e psychiatre			
Spécialiste × oui	-	-	1,22 (1,18-1,27)

Modèle 5 : interaction prescripteur-riche × contacts avec médecin généraliste ; Modèle 6 : interaction prescripteur-riche × contact avec psychiatre ; Modèle 7 : interaction prescripteur-riche × psychothérapie chez un-e psychiatre. Tous les effets d'interaction sont significatifs à $p < 0,01$. Les résultats sont visualisés dans les figures 4 et 5.

Tableau 5 : Odds ratio (OR) issus de l'analyse de régression logistique avec termes d'interaction entre le statut BIM, le-la prescripteur-riche et le recours aux soins, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)

	Modèle 8 OR (95% BI)	Modèle 9 OR (95% BI)	Modèle 10 OR (95% BI)	Modèle 11 OR (95% BI)
Statut BIM (référence = non)	1,08 (1,06-1,10)	1,17 (1,14-1,20)	1,01 (1,00-1,02)	1,02 (1,01-1,04)
Prescripteur-riche (référence = médecin généraliste)				
Spécialiste	0,80 (0,76-0,82)	0,81 (0,80-0,83)	0,68 (0,67-0,69)	0,56 (0,55-0,57)
Contacts médecin généraliste (référence = aucun ou minimal)				
Faible	-	1,23 (1,21-1,25)	-	-
Moyen	-	1,43 (1,40-1,45)	-	-
Élevé	-	1,68 (1,65-1,71)	-	-
Contact psychiatre (référence = non)	-	-	2,78 (2,71-2,85)	-
Psychothérapie chez un-e psychiatre (référence = non)	-	-	-	3,53 (3,46-3,60)
Statut BIM × prescripteur-riche				
Oui × spécialiste	0,79 (0,76-0,81)	-	-	-
Statut BIM × contacts médecin généraliste				
Oui × faible	-	0,87 (0,83-0,90)	-	-
Oui × moyen	-	0,81 (0,78-0,84)	-	-
Oui × élevé	-	0,76 (0,73-0,79)	-	-
Statut BIM × contact avec psychiatre				
Oui × oui	-	-	0,88 (0,84-0,93)	-
Statut BIM × psychothérapie chez un-e psychiatre				
Oui × oui	-	-	-	0,85 (0,81-0,89)

Modèle 8 : interaction statut BIM × prescripteur-riche ; Modèle 9 : interaction statut BIM × contacts avec médecin généraliste ; Modèle 10 : interaction statut BIM × contact avec psychiatre ; Modèle 11 : interaction statut BIM × psychothérapie chez un-e psychiatre. Tous les effets d'interaction sont significatifs à $p < 0,01$. Les résultats sont visualisés dans les figures 6, 7 et 8.



Budget Soins de santé 2026 : le modèle de concertation sous pression budgétaire

Saskia Mahieu — Cellule expertise politique de santé MC-CM

Résumé

Dans un contexte économique marqué par des perspectives de croissance modérées et un niveau de dette publique particulièrement élevée, la situation budgétaire de la Belgique demeure fragile. Comme dans d'autres pays européens, les dépenses de défense sont en hausse. C'est dans ce contexte que le gouvernement fédéral décide de limiter la norme de croissance des soins de santé à 2% au moins en 2026 et 2027. Le Bureau fédéral du Plan, en revanche, s'attend à ce que, à politique constante, les dépenses de santé augmentent en moyenne de 2,3% entre 2025 et 2029. Par ailleurs, le 22 juillet 2025, le gouvernement adresse au Comité de l'assurance une « lettre de mission » annonçant 907 millions d'euros de mesures d'économies. Cette lettre de mission ne contient pas seulement un cadre budgétaire, mais également de nombreuses orientations politiques.

Cet article décrit le contexte budgétaire général du budget des soins de santé 2026 ainsi que les différentes mesures qui ont été proposées et/ou adoptées dans le cadre du modèle de concertation sociale. Malgré les défis et la difficulté de l'exercice, nous soulignons la capacité des partenaires sociaux à continuer à formuler des propositions concrètes. Bien que la mission d'économies ait été fortement pilotée par le gouvernement, la concertation sociale a fonctionné correctement.

Mot-clés : Budget, soins de santé, objectifs de soins de santé, économies, réformes, modèle de concertation, analyse critique



Table de matières

1. Cadre pour la gestion paritaire lors de l'élaboration du budget des soins de santé 2026	62
1.1. L'ADN social belge	62
1.2. Croissance limitée pour le budget des soins de santé	62
1.3. Objectifs de santé	63
1.4. L'attention portée aux réformes prévues	64
1.5. Une lettre de mission à partir de 2025	65
2. La norme budgétaire et les estimations techniques	68
2.1. Objectif budgétaire global 2026	68
2.2. Estimations techniques pour 2026 et comparaison avec le calcul normatif	68
3. Le projet des mutualités et la décision du Conseil des ministres	70
3.1. Protection du-de la patient-e et de soins de qualité	70
3.2. La proposition des mutualités	70
3.3. La décision du Conseil général	74
Conclusion	77
Bibliographie	78

1. Cadre pour la gestion paritaire lors de l'élaboration du budget des soins de santé 2026

1.1. L'ADN social belge

Le système belge de Sécurité sociale est fondé sur le régime bismarckien de sécurité sociale, dans lequel le financement de la Sécurité sociale repose en grande partie sur des cotisations sociales proportionnelles au salaire. La gestion de la Sécurité sociale revient logiquement aux organisations patronales et aux syndicats. En 1963¹, la gestion paritaire est étendue aux mutualités et aux prestataires de soins et la cogestion est appliquée à l'ensemble de l'assurance soins de santé et indemnité, dans laquelle les conventions et accords entre prestataires de soins et mutualités, représentant les ayants droit, deviennent la forme centrale de régulation des soins de santé (van Cutsem, 2016).

La cogestion, dans laquelle toutes les parties concernées élaborent ensemble la politique de santé, est plus réceptive à l'évolution des besoins de la population qu'un modèle sans concertation sociale. C'est pourquoi la cogestion joue un rôle important tant dans l'orientation des mesures politiques que dans la budgétisation de l'assurance obligatoire soins de santé.

Entretiens, l'État est également devenu gestionnaire financier et il est question d'une gestion tripartite de la Sécurité sociale, dans laquelle le gouvernement dispose d'un droit de veto au sein du Conseil général² de l'INAMI lors des décisions concernant le budget des soins de santé. Le rôle du gouvernement devient donc plus important. Lorsqu'il faut prendre des mesures d'économie, il existe un risque que la part personnelle payée par les patient-es pour leurs soins augmente. Dans ce cas, il peut arriver qu'un gouvernement prenne, en compensation, des mesures de protection des plus vulnérables de la société. Cela fa-

vorise malheureusement une médecine à deux vitesses. Le résultat est une sécurité sociale plus libérale que bismarckienne en raison d'une « aide sociale³ stigmatisante pour les plus pauvres et d'un système plus commercialisé pour les autres » (van Cutsem, 2017, p.5). En même temps, les contraintes budgétaires limitent les possibilités de réforme des soins de santé. Or, l'amélioration de la performance du système belge de soins de santé constitue un objectif de la concertation sociale.

1.2. Croissance limitée pour le budget des soins de santé

Depuis le Traité de Maastricht de 1992, il existe une gouvernance européenne de la gestion économique des États membres. Cette gouvernance économique a été réformée en 2024. L'objectif principal de la réforme est de garantir des finances publiques saines et soutenables, tout en favorisant dans tous les États membres une croissance durable et inclusive par le biais de réformes et d'investissements (Conseil européen, 2024). En outre, la Commission propose une « trajectoire de référence » aux États membres dont la dette publique dépasse 60% du produit intérieur brut (PIB) ou dont le déficit public dépasse 3% du PIB. Sur la base de cette trajectoire de référence, les États membres doivent intégrer le parcours d'ajustement budgétaire, exprimé en trajectoires de dépenses nettes, dans leurs plans budgétaires nationaux structurels à moyen terme.

Le 18 mars 2025, le premier plan budgétaire structurel belge à moyen terme a été soumis à la Commission européenne. Ce plan repose sur une trajectoire de référence avec une période d'ajustement de sept ans plutôt que quatre, dans laquelle l'effort budgétaire requis est davantage étalé dans le temps et donc plus réaliste. Pour justifier cette prolongation de la trajectoire de trois ans, la Belgique s'est engagée à mener d'importantes réformes structurelles conformément aux priorités communes de l'Union : une transition verte et numérique juste, y compris les objectifs climatiques, rési-

1 Loi du 25 avril 1963 relative à la gestion des établissements d'utilité publique pour la sécurité sociale et la prévoyance sociale.

2 Le Conseil général de l'assurance pour soins de santé détermine les lignes politiques générales en matière de soins. Les représentant-es de celles et ceux qui financent l'assurance — employeurs, travailleur-es, indépendant-es et représentant-es du gouvernement — détiennent 3/4 des mandats au Conseil général. Les mutualités détiennent 1/4 des mandats. Les représentant-es des prestataires de soins n'y disposent que d'une voix consultative. Voir, pour plus d'informations sur les organes de l'INAMI, voir <https://www.inami.fgov.be/fr/l-inami/nos-organes>.

3 « Les théoricien-nes des systèmes de sécurité sociale distinguent la sécurité sociale et l'aide sociale, qui découlent d'une histoire et d'une logique différentes. La sécurité sociale représente un mécanisme assurantiel contre les risques sociaux, financé solidairement dans les systèmes bismarckiens et destiné à toutes et tous selon les besoins. L'aide sociale représente le filet de dernier recours, octroyé aux personnes disposant de moyens insuffisants, financé par l'impôt et versé par les autorités locales sans contribution préalable » (van Cutsem, 2017, p. 5).

lience sociale et économique, Charte sociale européenne⁴, sécurité énergétique et, lorsque nécessaire, renforcement des capacités de défense. Les réformes belges visent une réforme du système de pension, une réforme fiscale et une réforme du marché du travail. Par ailleurs, un travail est également mené pour améliorer la compétitivité, l'efficacité et la qualité des dépenses publiques, ainsi que la coordination du pilotage budgétaire entre les différents niveaux de pouvoir (SPF Stratégie & Appui, 2025).

Au moment de l'élaboration de l'accord de gouvernement début 2025, le gouvernement fédéral a immédiatement décidé de limiter davantage la croissance du budget des soins de santé. Ainsi, la norme de croissance pour 2026 a été ramenée à 2%. Cela contraste fortement avec les prévisions du Bureau fédéral du Plan, qui estime qu'à politique inchangée les dépenses de santé augmenteront en moyenne de 2,3% entre 2025 et 2029 (Bureau fédéral du plan, 2025a). La norme de croissance ne suffit donc pas à couvrir les dépenses à politique constante, et encore moins à affronter les problèmes prioritaires des soins de santé belges. Cette norme est d'autant plus limitée que les comparaisons internationales montrent que la Belgique consacre proportionnellement autant aux soins de santé que les Pays-Bas et l'Allemagne, et nettement moins que la France, un pays

qui consacre également une plus grande partie de son PIB, selon la *Classification of the Functions of Government* (CO-FOG) développé par l'OCDE (voir Tableau 1).

1.3. Objectifs de santé

En 2015, les Nations Unies ont adopté 17 objectifs de développement durable ou *Sustainable Development Goals* (SDG's)⁵, avec 169 sous-objectifs et 231 indicateurs pour en suivre les progrès. Cela est nécessaire pour répondre de manière juste aux besoins de la génération actuelle sans mettre en danger ceux des générations futures.

Le troisième objectif de développement durable concerne une bonne santé, à savoir « *Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de toutes et tous à tout âge* ». En 2025, le Bureau fédéral du Plan rapporte que la Belgique progresse en matière d'espérance de vie en bonne santé, mais régresse en ce qui concerne (entre autres) le nombre de personnes âgées de plus de 16 ans atteintes de maladies chroniques ou de troubles psychiques (Bureau fédéral du Plan, 2025b). Il est également constaté que les six indicateurs pour ce troisième objectif affichent un meilleur score à mesure que le niveau de revenu augmente.

Tableau 1 : Comparaison internationale des dépenses publiques en % du PIB (Source : Eurostat, 2023)

	Zone euro	Belgique	France	Pays-Bas	Allemagne
Protection sociale	21,0%	21,0%	24,8%	16,6%	20,9%
Santé	8,2%	8,6%	9,2%	8,7%	8,6%
Sous-total	29,2%	29,6%	34,0%	25,3%	29,5%
Affaires économiques	6,3%	7,1%	6,9%	5,9%	6,0%
Services publics généraux	6,1%	7,0%	5,8%	3,9%	6,2%
Éducation et enseignement	4,7%	6,3%	5,2%	5,1%	4,5%
Sous-total	17,1%	20,4%	17,9%	14,9%	16,7%
Ordre public	1,7%	1,8%	1,7%	2,0%	1,7%
Défense	1,2%	0,9%	1,8%	1,3%	1,1%
Culture	1,1%	1,2%	1,4%	1,3%	1,1%
Protection de l'environnement	0,8%	1,3%	1,0%	1,4%	0,6%
Logement social et équipements collectifs	0,6%	0,4%	1,3%	0,4%	0,5%
Total	51,7%	55,6%	59,1%	46,6%	51,2%

4 La Charte sociale européenne est un traité du Conseil de l'Europe garantissant des droits sociaux et économiques fondamentaux, tels que le droit au logement, à la santé, à l'éducation, à la protection sociale, à des conditions de travail équitables et à la mobilité des personnes.

5 Voir <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.

En 2024, la Conférence interministérielle de la Santé publique a formulé, dans sa volonté d'une meilleure santé pour la population belge, trois objectifs de santé⁶ que tous les ministres concernés devraient poursuivre :

- Prolonger l'espérance de vie en bonne santé ;
- Réduire les inégalités de santé ;
- Assurer un environnement de vie aussi sain que possible.

En 2025, la Commission des objectifs de soins de santé⁷ a rendu un avis sur la manière dont le système de soins de santé pourrait contribuer à la réalisation de ces objectifs nationaux de santé. Le 5 mai 2025, le Conseil général de l'INAMI a décidé de poursuivre les domaines politiques prioritaires suivants dans les soins (INAMI, 2025a) :

- OSS1 : Meilleure utilisation des données ;
- OSS2 : Augmenter l'efficacité ;
- OSS3 : Meilleure organisation des soins de première ligne et alignement des différentes lignes de soins ;
- OSS5 : Meilleure accessibilité des soins ;
- OSS7 : Accent renforcé sur la prévention et le dépistage.

La prochaine étape consiste à traduire ces domaines d'objectifs de soins de santé, sur la base d'une évaluation de la performance de notre système de soins, en objectifs SMART (spécifique, mesurable, acceptable, réaliste et temporellement défini) et à mettre les moyens nécessaires à disposition. Grâce à la réalisation de tels objectifs clairs, les besoins de santé de la population belge seront mieux rencontrés. Créer un espace budgétaire pour ces objectifs de soins de santé en période de pénurie financière constitue un défi supplémentaire dans l'élaboration du budget des soins de santé.

1.4. L'attention portée aux réformes prévues

Les trois grandes réformes suivantes sont prévues pour être introduites conjointement au 1er janvier 2028. Il faut donc veiller, lors de l'élaboration du budget pour 2026 et 2027, à ce que les mesures d'économie ne compromettent pas leur réalisation.

La révision de la nomenclature médicale vise à corriger les différences de revenus entre médecins généralistes et médecins spécialistes, ainsi qu'entre médecins spécialistes eux-mêmes. En même temps, la nomenclature est actualisée pour les évolutions des interventions médicales. La transparence des prestations hospitalières est également améliorée par une distinction entre la partie professionnelle du médecin et tous les coûts directs ou indirects liés à la prestation qui ne sont pas financés autrement. Un objectif supplémentaire est de supprimer les prélèvements sur les honoraires (part professionnelle) des médecins spécialistes au profit des hôpitaux. Enfin, la révision de la nomenclature médicale doit aussi améliorer la collaboration et la qualité des soins.

La révision du financement et de l'organisation du paysage hospitalier est en cours depuis un certain temps. Le 1er janvier 2019, les « soins à faible variabilité » ont été introduits, c'est-à-dire un montant global d'honoraires pour des soins standardisés et peu complexes (SOI 1 et 2, *severity of illness*). Le montant global est identique pour chaque hôpital, même si le processus de soins pour le-la patient-e individuel-le peut varier selon la nature du traitement et la politique de soins dans chaque hôpital. L'étape suivante pour garantir des soins hospitaliers de qualité consiste à trouver un équilibre entre soins de proximité et soins concentrés, sur la base des évolutions dans les soins médicaux. Cela permet également de lutter contre la fragmentation des soins et les pénuries de personnel.

Au 1er janvier 2028, **le modèle de convention sera réformé**. Afin d'assurer davantage de sécurité tarifaire, les suppléments d'honoraires seront limités et, simultanément, des tarifs de référence seront introduits. Les tarifs de référence sont des dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix pour les prestataires de soins ayant adhéré aux conventions. Ils doivent avoir un caractère temporaire et leur inclusion dans les conventions doit être évaluée. Ils ne seront donc pas généralisés, mais peuvent être prévus, entre autres, pour des formes innovantes de soins ou lorsque le montant de la rémunération pour certaines prestations est dépassé. Parallèlement, des plafonds maximums pour les suppléments d'honoraires seront introduits tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur ambulatoire, et pour tous les prestataires qui ne sont pas conventionnés.

6 Voir <https://www.health.belgium.be/fr/actualites/2024-4-communique-presse-conference-interministerielle-sante-publique>.

7 La Commission des objectifs de soins de santé a été créée fin 2023 pour formuler, sur la base de preuves scientifiques, un avis concernant les objectifs de soins de santé prioritaires afin d'améliorer l'affectation des moyens disponibles et d'assurer une évaluation annuelle de leur progression. La commission se compose de dix membres votants issus d'institutions de recherche et de neuf membres consultatifs : trois administrations publiques de soins de santé, trois mutualités et trois représentant-es des prestataires de soins.

1.5. Une lettre de mission à partir de 2025

Dans le nouvel accord de gouvernement fédéral du 31 janvier 2025, il est indiqué que le gouvernement discute en conseil des ministres des estimations techniques de mai et septembre et qu'il formule, sur cette base et en tenant compte de l'avis de la commission des objectifs de soins de santé, une lettre de mission avant les vacances d'été. Il s'agit d'un changement significatif dans le processus budgétaire, par lequel le gouvernement reprend fortement en main l'élaboration du budget des soins de santé (voir Tableau 2). Dans cette lettre de mission, le gouvernement mentionne en effet à la fois le cadre budgétaire dans lequel le Comité de l'assurance peut proposer un budget pour les soins de santé, et les priorités politiques dont il faut tenir compte. La « lettre de mission » du gouvernement du 22 juillet 2025 limite donc fortement la concertation sociale, même s'il lui manque encore une base légale. Cette absence a compliqué les discussions avec les prestataires de soins, qui souhaitent peu suivre la lettre de mission. D'autre part, le cadre défini dans la lettre de mission était clairement directeur, puisque le gouvernement possède en fin de parcours un droit de véto au Conseil général.

Le gouvernement indique dans sa lettre de mission, sur la base des estimations techniques de mai 2025, qu'il faut économiser 907 millions d'euros (voir Tableau 3).

Un **premier paquet** d'économie de 263,7 millions d'euros concerne des décisions déjà prises, mais devant encore être concrétisées :

- Lors de l'élaboration du budget des soins de santé 2025, le déficit avait été estimé à 361 millions d'euros, mais seules des mesures d'économie pour 217 millions d'euros devaient être mises en œuvre au 1er janvier 2025. Les 144 millions d'euros restants ne devaient pas être économisés immédiatement, car des retards d'implémentation laissaient penser qu'ils ne seraient pas dépensés en 2025, mais à partir de 2026 (Mahieu, 2025). Le ministre a décidé que les mesures compensatoires pour cette sous-utilisation temporaire en 2025 devaient être trouvées dans les secteurs qui, en 2024, avaient plus que d'autres dépassé leur objectif partiel : 62,198 millions d'euros dans le secteur des honoraires médicaux, 50,670 millions d'euros dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, 23,526 millions d'euros dans le secteur des implants et 4,329 millions d'euros dans le sec-

Tableau 2 : Procédure d'élaboration du budget des soins de santé

	Procédure en 2024	Nouvelle procédure en 2025
Estimations techniques mai	31 mai	31 mai
Audit permanent	30 juin	30 juin
Rapport de la commission des objectifs de soins de santé (CGDOS)	Non applicable	30 juin
Listes de besoins des secteurs	1 ^{er} septembre	30 juin
Mesures de compensation en cas de dépassement de l'objectif partiel et pour le financement de nouvelles initiatives	1 ^{er} septembre	30 juin
Cadre budgétaire général et priorités stratégiques	Processus continu	Processus continu
Lettre de mission	Non applicable	22 juillet
Estimations techniques septembre	15 septembre	15 septembre
Rapport de la commission de contrôle budgétaire (CCB)	Au plus tard le huitième jour ouvrable après le 15 septembre	Au plus tard le huitième jour ouvrable après le 15 septembre
Proposition de budget soins de santé du Comité de l'assurance (CA)	Vote au plus tard le premier lundi d'octobre	Vote au plus tard le premier lundi d'octobre
Analyse de la proposition du CA par la CCB	Mercredi après le vote au CA	Deuxième lundi d'octobre
Analyse de la proposition du CA par la CGDOS	Non applicable	Deuxième lundi d'octobre
Discussion de la proposition de budget des soins de santé par le conseil des ministres	Non applicable	Entre le deuxième et le troisième lundi d'octobre
Vote du budget des soins de santé par le Conseil général	Troisième lundi d'octobre	Troisième lundi d'octobre

teur des maisons médicales et des centres de santé intégrés ;

- Lors de l'élaboration du budget soins de santé 2025, il avait été proposé que les médecins maîtrisent mieux, via leur comportement de prescription, le volume des médicaments. Cela devait générer structurellement 16 millions d'euros, avec garantie budgétaire de la part du secteur médical ;
- Toutes les mesures prévues en 2024 dans le secteur des spécialités pharmaceutiques n'ont pas rapporté ce qui avait été estimé. La décision d'économie doit toutefois être exécutée, et des mesures supplémentaires pour 26,7 millions d'euros doivent donc être prises ;
- Lors de l'élaboration du budget soins de santé 2025, le conseil des ministres a décidé une *clawforward*⁸ qui devait rapporter 80,363 millions d'euros en 2025 et être remplacée par des mesures alternatives à partir du 1er janvier 2026 (Mahieu, 2025).

Un deuxième paquet concerne un plan d'action des mutualités pour un contrôle plus strict, qui doit rapporter 25 millions d'euros en 2026.

Un troisième paquet concerne d'une part, l'écart à combler entre les estimations techniques des dépenses à politique constante et le budget des soins de santé disponible avec une norme de croissance de 2% (soit 493,5 millions d'euros) et d'autre part, une économie initialement déci-

dée hors norme, mais devant finalement être réalisée en grande partie dans la norme (125 millions d'euros). Le gouvernement a négocié un cadre pluriannuel avec le secteur pharmaceutique, dans lequel la part des dépenses de médicaments dans le budget global des soins de santé est fixée à 17,3%, soit le même pourcentage que la moyenne 2021-2024. De cette manière, l'objectif partiel de ce secteur est fixé dès juillet. Sur la base des estimations techniques de mai, cela implique un effort d'économie de 275 millions d'euros. Le gouvernement décide également de la répartition du reste des efforts :

- 150 millions d'euros dans les honoraires médicaux ;
- 50 millions d'euros dans le secteur hospitalier ;
- 50 millions d'euros dans les autres secteurs ;
- 25 millions d'euros via un plan de contrôle de l'INAMI ;
- 35 millions d'euros via sous-utilisation en 2026 ;
- 33,5 millions d'euros d'économies pour lesquelles une mesure hors norme doit encore être trouvée.

Le gouvernement mentionne **au total 449 millions d'euros de mesures d'économie dans le secteur des spécialités pharmaceutiques** :

- 275 millions d'euros pour combler l'écart entre les estimations techniques de mai pour 2026 et l'objectif partiel fixé pour 2026 sur la base d'une part de 17,3% dans l'objectif global (voir plus haut) ;
- 50,7 millions d'euros en compensation de la sous-utilisation en 2025 (voir plus haut) ;
- 26,7 millions d'euros de mesures restant à réaliser selon

Tableau 3 : Aperçu des mesures d'économie dans la lettre de mission du gouvernement du 22 juillet 2025a

Paquet de mesures déjà décidées pour 2026	140,7 millions d'euros	263,7 millions d'euros
Encore à réaliser pour 2025 : prescription rationnelle de médicaments par les médecins	16 millions d'euros	
Encore à réaliser pour 2024 dans le secteur des spécialités pharmaceutiques	26,7 millions d'euros	
Clawforward à remplir à partir de 2026	80,3 millions d'euros	
Contrôle par les mutualités avec garantie	25 millions d'euros	25 millions d'euros
Effort supplémentaire lors de l'élaboration du budget de soins de santé 2026 ; soit 493,5 millions d'euros plus 125 millions d'euros	618,5 millions d'euros	275 millions d'euros dans les spécialités pharmaceutiques sur la base des estimations techniques de mai 2025 et 343,5 millions d'euros dans les autres secteurs

8 Un *clawback* et un *clawforward* sont des mécanismes permettant, dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, de récupérer les dépassements de l'objectif partiel. Dans un *clawback*, le solde à régulariser est calculé en fin d'année. Dans un *clawforward*, un montant est payé au début de l'année pour réduire un *clawback* ultérieur.

les décisions budgétaires pour 2024 (voir plus haut) ;

- 80,3 millions d'euros de mesures liées à la *clawforward* décidée pour 2025 et à convertir en économies structurelles d'ici le 1er janvier 2026 (voir plus haut) ;
- 16 millions d'euros décidés pour 2025 à charge d'un effort des médecins via une prescription plus rationnelle (voir plus haut).

L'article 39 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé stipule que le Comité de l'assurance mentionne, dans sa proposition budgétaire, les mesures d'économie correspondantes ainsi que leur date d'entrée en vigueur⁹. En même temps, l'article 69, §4 de la loi prévoit que l'objectif partiel pour les spécialités pharmaceutiques est fixé après concertation avec les représentant-es de l'industrie pharmaceutique¹⁰. Via la lettre de mission, le gouvernement indique les mesures qu'il a décidées après concertation avec l'industrie, ainsi que la répartition des efforts d'économie entre les différents acteurs concernés :

- **Médecins** : 16 millions d'euros via prescription rationnelle (voir plus haut) ;
- **Officines publiques** : 20 millions d'euros de mesures d'économie à déterminer, dont 8 millions d'euros seront réinvestis dans les honoraires pour la délivrance d'antibiotiques par durée de traitement (net : 12 millions d'euros) ;
- **Pharmacies hospitalières** : la facturation partielle des médicaments doit rapporter 42 millions d'euros et l'évitement des substitutions de traitement vers des médicaments plus coûteux 20 millions d'euros (total : 62 millions d'euros) ;
- **Patient-es** : une « contribution solidaire » d'au minimum 2 euros est demandée pour chaque boîte de médicaments – minimum 1 euro pour les personnes ayant droit à l'intervention majorée, et l'usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des statines est financière-

ment découragé. La contribution solidaire rapporterait 26,2 millions d'euros et l'usage plus efficient des médicaments 87,2 millions d'euros. En même temps, il est réinvesti dans une extension du M&F (8,9 millions d'euros) et dans l'*Early & Fast access* de nouveaux médicaments (14 millions d'euros). Cela signifie une économie totale de 113,4 millions d'euros dont 22,9 millions d'euros sont réinvestis ;

- **Industrie** : si l'industrie pharmaceutique ne propose pas, pour 80,3 millions d'euros, des mesures structurelles de moindres dépenses acceptables par le gouvernement (voir « *clawforward* » ci-dessus), une baisse de prix sera appliquée pour ce montant. Le solde de 188,2 millions d'euros sera réglé par une *clawback*, ce qui signifie que l'on part d'un prélèvement pour le dépassement de l'objectif budgétaire partiel au lieu de prendre à l'avance les mesures nécessaires. Mieux vaut toutefois prévenir que guérir.

Le Comité de l'assurance peut proposer des mesures alternatives tant que la répartition des efforts est respectée. Le gouvernement confirme également les priorités politiques sur base des objectifs de soins de santé sélectionnés par le Conseil général, et mentionne plus concrètement les secteurs prioritaires pour investissements :

- Introduction de téléconsultations dans les postes de garde de médecine générale ;
- Soins dentaires ;
- Kinésithérapie ;
- Soins fournis par les sage-femmes.

Bien que le gouvernement n'exclue pas la concertation sociale, il en limite la marge de manœuvre. En outre, il est également oublié qu'une mission communiquée seulement fin juillet arrive tard lorsqu'elle implique des analyses ou des trajectoires d'implémentation complexes.

9 L'article 39 stipule que « Le Comité de l'assurance examine toutes les données transmises par les commissions compétentes. Le Comité peut, le cas échéant, inviter par demande motivée, les commissions compétentes à procéder à une réévaluation [de l'inventaire des modifications] de leur sous-secteur. [Le Comité transmet au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire, au plus tard le premier lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, une proposition globale qui respecte la norme de croissance, la progression de l'indice santé visée à l'article 40, § 1er, alinéa 3, le cadre budgétaire, le trajet pluriannuel et les priorités politiques concernant la politique nouvelle et les ajustements de la politique existante.] Pour fixer les objectifs partiels au sein de cette proposition globale, le Comité de l'assurance indique, par rapport aux estimations techniques, pour les secteurs concernés selon le cas soit le montant d'économies à réaliser ainsi que les mesures d'économies concrètes correspondantes accompagnées de la date de leur entrée en vigueur, soit les montants correspondants à des mesures positives ainsi qu'un descriptif de ces mesures accompagnées de leur date d'entrée en vigueur. En absence d'une telle proposition au premier lundi d'octobre, le Conseil général est compétent en matière de fixation des objectifs partiels ».

10 L'article 69, § 5, stipule que « Le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil général et du Comité de l'assurance, le budget global annuel des moyens financiers pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, b), c) et e), ainsi que la répartition de ce budget en fonction des prestations délivrées aux bénéficiaires hospitalisés ou non hospitalisés. (Le budget global des prestations précitées est fixé après concertation avec les représentant-es [...] de l'industrie du médicament dont il est question à l'article 191, 15°quater. Lors de la fixation de ce budget, à partir de l'année 2017, les montants estimés dus à l'Institut en exécution des modalités de compensation visées à l'article 35bis, § 7, [ainsi que les montants estimés dus à l'Institut en exécution de l'article 31septies, § 4, alinéa 3,] sont déduits. Le Roi peut, dans les limites du budget global des moyens financiers pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, [5, b), c) et e)], prévu à l'alinéa [1er], fixer une subdivision de celui-ci en des budgets partiels pour les classes pharmacothérapeutiques qu'il indique. Il peut scinder ces budgets partiels en fonction des modalités de remboursement en vigueur dans les classes pharmacothérapeutiques concernées ».

2. La norme budgétaire et les estimations techniques

2.1. Objectif budgétaire global 2026

La méthode de calcul de l'objectif budgétaire global pour l'année suivante est fixée par la loi. Chaque année, cet objectif est calculé à partir de l'objectif global de l'année en cours :

- En l'augmentant de la norme de croissance légale fixée par le gouvernement au début de la législature (pour 2026, 2%) ainsi que de la masse d'indexation¹¹ ;
- En l'ajustant d'une estimation des recettes de l'article 111/81 dans le secteur des médicaments¹².

Le tableau 4 reprend l'application de ces principes pour l'objectif budgétaire global 2026.

Il est désormais d'usage pour le gouvernement de bloquer une partie du budget des soins de santé afin de limiter le déficit fédéral. Le montant non consommable

passé de 200,018 millions d'euros en 2025 (Mahieu, 2025) à 310,439 millions d'euros en 2026. Cette évolution s'explique par une économie que le gouvernement prévoyait, lors de la conclusion de l'accord de gouvernement 2025, de réaliser hors budget des soins de santé (91,5 millions d'euros), mais qu'il souhaite finalement intégrer dans la norme de croissance. L'obligation de 25 millions d'euros pour contrôle et application par les mutualités, garantie hors norme, a également un impact dans le budget des soins de santé. Le budget réellement disponible pour 2026 s'élève donc à 40,987 milliards d'euros.

2.2. Estimations techniques pour 2026 et comparaison avec le calcul normatif

L'INAMI estime les dépenses de soins de santé pour 2026 à politique constante à 41,593 milliards d'euros. Comparé à l'objectif budgétaire global financé pour 2026 (40,987 milliards d'euros), cela représente un déficit de 606,6 millions d'euros. Comme lors du budget 2025, l'INAMI calcule également une sous-utilisation des crédits :

Tableau 4 : Résumé du calcul de l'objectif budgétaire global pour 2026, en millions d'euros (Source : INAMI, 2025b)

Objectif budgétaire global 2025	39.812.150
Compensation recettes totales art. 111/81 2025	-2.000.515
Norme stricte	37.811.635
Norme de croissance réelle 2%	756.233
Sous-total	38.567.868
Indice santé (2,72%)	630.464
Masse indice pivot 2025 (surcoût en 2026 par rapport objectif 2025)	43.963
Masse indice pivot 2026	135.029
Sous-total	39.377.324
Compensation recettes totales art. 111/81 2026	1.919.845
Proposition d'objectif budgétaire 2026	41.297.169

11 Index santé : la valeur de cet indice est obtenue en retirant de l'indice des prix à la consommation certains produits (boissons alcoolisées, tabac et carburants — sauf LPG). Lorsque la moyenne des quatre derniers indices santé \times 98% atteint ou dépasse l'indice pivot, les allocations sociales et les salaires sont adaptés. Pour les travailleur-euses, l'indice pivot est utilisé (appliqué le 1er mois après dépassement de 2%).

12 Il s'agit des articles 111 et suivants (anciennement 81 et suivants) de l'arrêté royal du 1er février 2018, sur la base desquels l'État rembourse des médicaments, en général très coûteux et dont l'efficacité thérapeutique est encore incertaine, afin que les patient-es puissent en bénéficier le plus rapidement possible.

- Retards d'implémentation des montants réservés¹³ : 17,563 millions d'euros ;
- Sous-utilisations temporaires¹⁴ : 80,919 millions d'euros ;
- Sous-utilisations structurelles¹⁵ : 37,359 millions d'euros.

Les estimations techniques révisées atteignent donc 41,458 milliards d'euros. Ainsi, le déficit, dans la comparaison entre les estimations révisées et l'objectif budgétaire 2026, est de 470,8 millions d'euros (voir Tableau 5).

L'objectif partiel pour les spécialités pharmaceutiques est fixé dès juillet à 17,3% de l'objectif global, soit 6,759 milliards d'euros. Les estimations techniques révisées de septembre pour ce secteur atteignent 6,986 milliards d'euros, soit un déficit final de 227,9 millions d'euros. Ce déficit prévu est, en septembre et sur base de données plus récentes concernant l'évolution des dépenses dans le secteur des médicaments, 47 millions d'euros plus faible que celui annoncé dans les estimations initiales de mai pour 2026. Cela signifie que le Comité de l'assurance peut faire des propositions d'économie moins sévères pour ce secteur.

Tableau 5 : Estimations techniques révisées des dépenses de santé pour 2026 (en millions d'euros) (Source : INAMI, 2025b)

	Simulation objectif 2026	Estimations techniques révisées 2026	Différence
Résultat en prix 2025	40.987	40.828	
Masse index			
• Indice santé 2,72%		630.464	
• Indice pivot 2025		135.029	
Résultat hors montant non affectable	40.987	41.593	-607
Montants réservés (prix 2026)		-18	
Sous-utilisations temporaires		-81	
Sous-utilisations structurelles		-37	
Résultat avec montants réservés et sous utilisations	40.987	41.458	-471
Montant non affectable	310		
Résultat en prix 2026	41.297		

13 Les montants réservés sont des mesures budgétées qui ne sont pas encore entrées en vigueur. Pour 2026, on s'attend à ce que l'implémentation de ces mesures ne soit pas entièrement réalisée au 1er janvier 2026, mais bien en cours d'année.

14 Une sous-utilisation temporaire survient lorsqu'une nouvelle initiative a déjà été introduite, mais n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière.

15 Une sous-utilisation structurelle est constatée lorsqu'une nouvelle initiative a été introduite depuis un certain temps et qu'il est désormais certain que le budget prévu ne sera jamais nécessaire.

3. Le projet des mutualités et la décision du Conseil des ministres

3.1. Protection du-de la patient-e et de soins de qualité

La concertation sociale est confrontée à un grand défi. Le contexte budgétaire et l'ampleur des économies demandées rendent l'élaboration du budget des soins de santé 2026 très difficile. Les mutualités décident d'introduire une proposition budgétaire après une évaluation approfondie de toutes les dépenses du système de soins afin d'économiser en supprimant les inefficiences. De cette manière, le-la patient-e peut être protégé-e au mieux et le-la prestataire de soins peut continuer à fournir des soins de qualité. L'utilisation plus efficiente des moyens peut se faire comme suit :

- Réduction des dépenses de soins
 - Éviter le gaspillage : cela signifie que des soins sans valeur ajoutée ou ayant des effets négatifs (par exemple, usage excessif d'antibiotiques, d'examens d'imagerie, etc.) doivent être évités ;
 - Réduire des coûts : utiliser des moyens moins nombreux et/ou moins coûteux pour une efficacité identique (par exemple, baisse du prix des produits de base, adaptation de la tarification selon l'évolution du prix réel du marché, réduction des variations de pratiques) ;
- Augmentation de l'efficacité des soins
 - Améliorer la sécurité des soins : réduire les effets indésirables ou autres conséquences négatives évitables entraînant des coûts supplémentaires (par exemple, complications de plaies, infections nosocomiales, ré-hospitalisations évitables, etc.) ;
 - Améliorer l'accès aux soins : éviter l'aggravation de problèmes de santé dus à un traitement retardé nécessitant des soins plus coûteux, par exemple via dépistage précoce, amélioration de la continuité des soins, notamment lors de la sortie d'hôpital, amélioration de l'accès aux soins essentiels pour les personnes souffrant de maladies chroniques, ou réduction des délais d'attente.

En septembre, alors que la concertation sociale doit pouvoir élaborer une proposition budgétaire, un débat apparaît dans la presse concernant l'augmentation du ticket modérateur. Les mutualités font tout pour éviter ou au minimum limiter une hausse des tickets modérateurs. En effet, la part des paiements directs des ménages pour les soins de santé représentait en 2020 3,6% des dépenses de consommation, un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE. Selon l'OCDE, les dépenses privées représentaient en 2024 26,2% des dépenses totales de santé, les dépenses publiques couvrant 73,8% du total¹⁶. En France, Allemagne et Pays-Bas, les parts des dépenses privées sont respectivement 15,5%, 13,7% et 16,8%. Autrement dit, les dépenses privées en Belgique sont presque deux fois plus élevées que dans les trois pays voisins et représentent un quart des dépenses totales de santé. La part des paiements directs est particulièrement élevée pour les soins dentaires et les dispositifs médicaux (p. ex. lunettes, appareils auditifs), ce qui ressort aussi de rapports belges de performance des soins de santé¹⁷.

3.2. La proposition des mutualités

Les mutualités discutent avec les prestataires de soins des mesures d'économie pour un montant de 242,9 millions d'euros (voir Tableau 6), à savoir 470,8 millions d'euros d'économies (voir Tableau 5), diminués de 227,9 millions d'euros d'économies dans le secteur des spécialités pharmaceutiques (voir ci-dessus).

Un premier paquet de mesures proposé concerne le **secteur des honoraires médicaux** pour un total de 150 millions d'euros :

- **Biologie clinique** : les honoraires forfaitaires ambulatoires sont révisés avec un impact de 28,4 millions d'euros.
- **Imagerie médicale** : la valeur de clé de certains CT scans moins complexes et des CBCT (*Cone beam computed tomography*) est diminuée, les angiographies par soustraction numérique et l'honoraire de l'arthrographie et de l'arthroIRM sont révisés. Certaines de ces mesures seront annulées sur la base d'adaptations proposées par l'association professionnelle belge des radiologues. Ces adaptations seront d'abord discutées dans le

16 Les dépenses privées concernent les dépenses non couvertes par l'assurance obligatoire. Cela comprend ce que les ménages paient directement de leur poche, c'est-à-dire les tickets modérateurs, les suppléments et les dépenses de santé non remboursables, ainsi que les dépenses éventuellement couvertes en souscrivant des assurances privées volontairement ou via son employeur.

17 Voir <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins/accessibilite-financiere>

Conseil technique médical. L'économie totale réalisée est de 25,2 millions d'euros. Le choix des examens a notamment été déterminé sur la base du risque d'irradiation. La rémunération de l'échocardiographie diminue de 4 euros (économie de 5,8 millions d'euros).

- **Non accrédité-es** : les rémunérations des consultations et visites d'un-e médecin généraliste non accrédité-e et les consultations d'un-e médecin spécialiste non accrédité-e diminuent de 3,8 euros. L'objectif est d'encourager les nonaccrédité-es à adhérer aux valeurs scientifiques de l'accréditation. Cette économie s'élève à 49,5 millions d'euros.
- **Prestations spéciales** : la diminution de 1 euro pour la prestation ECG (électrocardiogramme) permet une économie de 2,2 millions d'euros. L'honoraire de la prothèse de genou est temporairement diminué de 5% dans l'attente de critères clairs pour la chirurgie. L'économie s'élève à 1,1 million d'euros. L'adaptation de la nomenclature pour HER2FISH (*Human Epidermal growth factor Receptor 2 -Hybridation in situ par fluorescence*) et des règles de cumul supplémentaires donne une économie de 1 million d'euros.
- **Chirurgie** : pour l'aide opératoire, la présence d'un-e deuxième médecin n'est pas nécessaire pour chaque intervention. Il sera donc examiné où cette aide est indispensable et la prestation sera révisée d'un certain montant. Cet exercice s'accompagne d'une économie de 18,5 millions d'euros. L'excision de polypes avec anse diathermique est diminuée de 10 euros. Cela représente une économie de 1,1 million d'euros. La diminution de la tympanoscopie de 1 euro donne une économie de 1,3 million d'euros. La prestation pour l'ostéotomie autour d'une dent retenue est diminuée de 6 euros, soit une économie de 0,78 million d'euros. La prestation de comptage des cellules endothéliales de la cornée est diminuée de 15 euros. L'association professionnelle est invitée à proposer des critères pour un usage correct de ce comptage. Dans une première phase, cette prestation permet une économie de 2 millions d'euros.
- **Surveillance** : l'honoraire de surveillance en oncologie dans l'hôpital de jour présente un surcoût qui ne peut être immédiatement expliqué. Deux prestations sont diminuées de 10 euros dans l'attente d'une analyse et éventuellement de limitations supplémentaires. L'économie est de 3,8 millions d'euros.
- **Honoraires hors nomenclature** : triage dans les postes de garde de médecins généralistes (PMG). Une partie des patient-es qui souhaiteraient consulter le PMG peut en réalité attendre le lendemain pour consulter leur médecin généraliste. Ce projet pourrait générer une économie annuelle de plus de 3 millions d'euros. Un montant de

1,5 million d'euros est retenu pour la première année. Enfin, via la prime de pratique intégrée pour les médecins généralistes, des critères basés sur des indicateurs seront proposés pour rendre la prescription plus efficiente tant en biologie clinique qu'en imagerie médicale. Cette mesure permet une économie de 2 millions d'euros et 1,5 million d'euros respectivement.

- **Dialyse** : l'honoraire forfaitaire d'hémodialyse à l'hôpital est diminué de 6 euros. L'économie totale est de 4,4 millions d'euros.

Un deuxième paquet de mesures se situe dans **le secteur des hôpitaux**, conformément à la « lettre de mission », dans l'hôpital de jour (50 millions d'euros) :

- **Impact de la circoncision sur le BMF** : dans les mesures de régulation pour 62,2 millions d'euros dans le secteur des honoraires médicaux visant à compenser la sous-utilisation temporaire en 2025 (voir ci-dessus), il est convenu de renforcer les conditions pour cette prestation. Cela résultera en une économie dans le BMF. Le montant correspondant sera retiré du budget BMF (0,9 million d'euros) ;
- **Impact de l'ablation endométriale par radiofréquence sur le forfait 6** : l'introduction de cette nouvelle nomenclature réduira le recours à la prestation 432456 – 432460 ablation complète de l'endomètre. Le nombre de facturations du forfait groupe 6 en hôpital de jour diminuera en conséquence (2 millions d'euros) ;
- **Montant non affectable** : une économie supplémentaire de 47 millions d'euros sera inscrite comme montant non affectable dans l'objectif partiel 2026 pour les hôpitaux, dans l'attente de mesures plus efficaces et validées médicalement. Cela limite pour les hôpitaux les moyens disponibles puisque le budget est fermé.

Un troisième paquet est proposé dans le **secteur des techniciens orthopédistes** :

- Conformément à la lettre de mission concernant la réduction des variations de pratiques, la nomenclature et le remboursement des orthèses de genou et des orthèses thoracolombaires sont alignés sur l'évidence médicale disponible (3 millions d'euros) ;
- De plus, certaines baisses de prix sélectives sont prévues d'ici le 31 décembre 2025 (5 millions d'euros).

Un quatrième paquet de mesures concerne le **secteur de la rééducation** :

- Sur la base d'évaluations scientifiques, il n'est plus nécessaire de maintenir actuellement un budget spé-

cifique pour les Technologies Avancées ou Onéreuses (TAO) dans les soins du diabète (1,4 million d'euros) ;

- Dans l'attente de la révision de la nomenclature pour la réadaptation cardiaque, les prestations sont diminuées linéairement de 10%, sans mettre en danger les soins de la population actuelle de patient-es. Cette économie ne compromet pas une réforme future (3,4 millions d'euros) ;
- Bien qu'une réforme de la réglementation de l'oxygénothérapie soit préparée à court et long terme, une réduction de prix pour l'oxygénothérapie de longue durée est d'ores et déjà mise en œuvre. Cette réduction ne compromet pas la réforme (6,9 millions d'euros).

Dans le **secteur des soins infirmiers à domicile**, la mesure suivante est proposée :

- Ces dernières années, une croissance importante est observée dans les forfaits palliatifs par acte (PP – PN), avec de fortes fluctuations. Une proposition du secteur consiste à diminuer la valeur intrinsèque de certains codes de nomenclature dès le 1er janvier 2026, en tenant compte d'un usage plus efficient à long terme. Plus concrètement, la rémunération du forfait PP – code 427173, et du forfait PN – code 427070 est diminuée de 25% à partir du 1er janvier 2026 (11,9 millions d'euros).

Dans le **secteur des soins dentaires**, les mesures suivantes sont proposées :

- Une revalorisation récente de la radiographie OPG (orthopantomogramme) a eu lieu, avec remboursement via l'assurance obligatoire de la part du tarif maximal. En dessous de 19 ans, une OPG est surtout indiquée pour l'orthodontie. Audessus de 19 ans, une OPG est moins fréquemment indiquée, et un remboursement tous les trois ans suffit au lieu de tous les deux ans. Cela rapporte 2 millions d'euros ;
- Lecture obligatoire de l'eID à partir du 1er octobre 2026 (4,3 millions d'euros).

Dans le **secteur de la kinésithérapie**, la mesure suivante est proposée :

- Le forfait hebdomadaire de télémonitoring avait été fixé à 1,5 fois l'honoraire d'une séance individuelle de kinésithérapie de 30 min (prestation standard M24). Ceci avait été estimé comme budgétairement neutre en vue d'une mise en œuvre au 1er janvier 2026. La mesure consiste à aligner ce forfait sur l'honoraire d'une séance M24 (8,4 millions d'euros).

Dans le **secteur des implants**, le budget pour de nouveaux moyens est diminué de 1,045 million d'euros.

Enfin, dans le **secteur de la logopédie**, une sous-utilisation structurelle est observée car le nombre de patient-es atteint-es du *locked-in syndrome* est inférieur au nombre initialement prévu lors du lancement en 2017 (150.000 euros).

Selon la proposition des mutuelles, toutes les mesures entrent en vigueur le 1er janvier 2026 à l'exception de l'adaptation de la nomenclature des orthèses de genou avec alignement sur l'évidence scientifique disponible, l'adaptation de la nomenclature pour les orthèses thoraco-lombaires avec inscription d'indications afin de promouvoir un usage médical efficient et la lecture obligatoire de l'eID dans les soins dentaires. Ces trois mesures entrent en vigueur le 1er octobre 2026.

Les mutualités proposent également, en concertation avec les prestataires de soins, des mesures d'économie alternatives dans le **secteur des spécialités pharmaceutiques** (voir Tableau 7). Par rapport aux estimations techniques de mai sur lesquelles la lettre de mission et la concertation bilatérale préalable entre le gouvernement et l'industrie pharmaceutique sont basées, il faut économiser 47,2 millions d'euros de moins selon les estimations techniques plus récentes de septembre.

Pharmacien-nes. En concertation avec les associations professionnelles des pharmaciennes, deux adaptations sont suggérées : une adaptation des critères d'inclusion pour les groupes cibles de pharmaciennes de référence et une mise en œuvre plus réaliste de la délivrance à l'unité pour les antibiotiques. Une adaptation des critères d'inclusion est proposée, visant à diriger davantage le remboursement vers les patient-es ayant les besoins de soins les plus importants, c'est-à-dire les patient-es pour qui, dans la même pharmacie et sur une période d'un an, au moins cinq médicaments remboursés différents, dont au moins deux médicaments chroniques (au lieu d'un médicament chronique), ont été délivrés. Pour les patient-es pour qui une prestation de « pharmacienne de référence » est déjà en cours, la continuité du suivi est importante. Le-la pharmacienne évaluera de quelle manière cette continuité peut être garantie au mieux, en fonction des besoins individuels du-de la patient-e (12 millions d'euros). Le plan belge *OneHealth* prévoit un certain nombre de mesures pour lutter contre la résistance antimicrobienne et pour utiliser les antibiotiques de manière plus rationnelle. L'une de ces mesures est la délivrance d'antibiotiques à l'unité ou dans un conditionnement plus approprié, afin de mi-

nimiser le risque de surconsommation d'antibiotiques et d'automédication menant au phénomène de résistance aux antibiotiques. Une délivrance par durée de traitement est également reprise dans l'accord de gouvernement fédéral. Lors de la mise en œuvre de la mesure, il est proposé d'appliquer la délivrance d'antibiotiques de la manière la plus efficiente possible, c'est-à-dire en délivrant, dans la mesure du possible, via des conditionnements adéquats. Cela nécessite un investissement moindre dans les honoraires supplémentaires pour les tâches techniques et administratives liées à la délivrance par durée de traitement (-3,3 millions d'euros).

Pharmacies hospitalières. L'impact total via les répercussions des économies dans d'autres postes budgétaires conduit à ce que bien plus de 50 millions d'euros soient à charge du secteur hospitalier. En effet, en plus de l'économie sur l'hôpital de jour, il y a aussi des économies via la pharmacie hospitalière, la réadaptation (voir ci-dessus), les implants (voir ci-dessus) et indirectement via les prélèvements sur les honoraires médicaux diminués (voir ci-dessus). En ce qui concerne les deux mesures pour les pharmacies hospitalières, les mutualités plaident, en concertation avec les fédérations hospitalières, pour la prudence. L'approfondissement de la facturation partielle de 85% à 78% doit être limité à 81,5% et, pour éviter une substitution en faveur de molécules plus coûteuses sans grande plus-value. Une liste sélective de molécules doit d'abord être établie afin que la mesure à prendre ait un impact **maîtrisable**.

Patient-e. La lettre de mission du ministre prévoit une augmentation du ticket modérateur pour les médicaments. Les recettes qui en découlent sont investies dans un remboursement plus rapide des médicaments et dans une extension du Maximum à facturer. La surconsommation des IPP (inhibiteurs de la pompe à protons ou antiacides) et des statines (utilisées en cas d'hypercholestérolémie) est également combattue via l'augmentation de la contribution personnelle lors de leur achat, indépendamment de la situation du-de la patient-e. Les mutualités proposent de ne pas lutter contre la surconsommation de médicaments par une incitation financière, mais bien par une prescription plus efficiente et un contrôle de celle-ci par les mutualités. Les IPP sont actuellement inscrits au chapitre II de la liste des médicaments remboursés. Dans le chapitre II, il existe deux catégories de remboursement (B et C), selon la force et la durée du traitement. Pour encourager un usage plus efficient des IPP, il est proposé de transférer les médicaments inscrits en catégorie B du chapitre II vers le chapitre IV (médicaments soumis au contrôle du méde-

cin-conseil), en maintenant le remboursement actuel, mais avec une limitation de la durée du traitement (44,1 millions d'euros). Pour améliorer l'efficacité dans l'usage des statines, de l'ézétimibe et des combinaisons avec ézétimibe, les mutualités proposent, en cas de prévention primaire sans comorbidités, de transférer les médicaments de la catégorie B vers la catégorie C au chapitre I, et en cas de prévention primaire avec comorbidités (par exemple diabète), de transférer les médicaments, tout en maintenant le remboursement en catégorie B, vers le chapitre IV. En cas de prévention secondaire également, un transfert vers le chapitre IV avec maintien du remboursement en catégorie B est proposé (17,5 millions d'euros).

Industrie. Une responsabilisation de toutes les parties est nécessaire, y compris celle de l'industrie pharmaceutique. Pour maîtriser les dépenses, les mutualités proposent, au lieu de travailler avec un *clawback*, de travailler avec des sous-budgets, c'est-à-dire un objectif budgétaire partiel pour, par exemple, l'oncologie, au sein de l'objectif budgétaire partiel pour le secteur des spécialités pharmaceutiques. Un mécanisme similaire pourrait également être appliqué à d'autres classes de médicaments à forte croissance. Comme cette mesure n'a pas d'influence sur le comportement de prescription, il est également proposé de miser simultanément sur un usage plus rationnel des médicaments oncologiques, par exemple en ce qui concerne d'éventuelles réductions de dose et l'usage en fin de vie.

Malgré les nombreuses concertations, entre autres, les syndicats médicaux et les fédérations hospitalières décident de voter contre la proposition des mutualités. Leur signal au gouvernement est qu'il faut économiser trop sur un laps de temps trop court et qu'une contribution plus importante du-de la patient-e est indiquée. Aucune proposition de budget de soins de santé 2026 n'est transmise par le Comité de l'assurance au Conseil général. **Il revient donc au gouvernement, et en particulier au ministre de la Santé publique, de présenter un projet de budget à la table du Conseil général.**

3.3. La décision du Conseil général

La proposition budgétaire présentée par le ministre de la Santé ne répond pas au souhait de certains d'augmenter le ticket modérateur afin de réaliser les économies demandées. Le seul secteur où un ticket modérateur est introduit est celui des sage-femmes, où il est fait dans le but de mieux rémunérer les sage-femmes. La proposition budgétaire respecte ainsi la proposition des mutuelles, moyennant quelques ajustements mineurs (voir Tableau 6) :

- **Biologie clinique** : adaptation pour le secteur hospitalier. Au total, un effort presque équivalent, mais 15,4 millions d'euros linéaires en attendant des mesures davantage axées sur le volume et l'efficacité, qui doivent d'abord être élaborées en collaboration avec les associations professionnelles d'ici la fin mai 2026 ;
- **Imagerie médicale** : effort plus important dans ce domaine grâce à l'introduction de restrictions en matière de prescription ;
- **Médecins non agréés** : effort beaucoup plus modeste, avec la demande de révision du système actuel d'agrément, ainsi que de la prime de pratique intégrée en matière d'efficacité et de qualité, d'ici septembre 2026 ;

- **Prestations spéciales** : ajout de la polysomnographie ambulatoire ;
- **Chirurgie** : ajout principalement de la chirurgie du dos et de la forfaitisation de l'extraction extracapsulaire de la cataracte, y compris les examens pré et postopératoires ;
- **Secteur hospitalier** : montant linéaire au lieu de non affectable. Élaboration de mesures alternatives au cours de l'année 2026 avec un impact en 2027 ;
- Économies dans les secteurs **des sage-femmes, des logopèdes et des kinésithérapeutes** afin de valoriser les consultations vidéo à un niveau inférieur à celui des consultations physiques, cf. secteur des honoraires médicaux ;
- Économies plus importantes sur les **implants** ;
- Adaptation de certains calculs que l'INAMI devait encore vérifier.

Un montant de 1,6 million d'euros est réinvesti dans l'élargissement du MAF en cas d'hospitalisation psychiatrique. En outre, des consultations de triage téléphonique sont introduites de manière budgétairement neutre dans les postes de garde des médecins généralistes.

Tableau 6 : Aperçu des mesures d'économie décidées par le Conseil général en comparaison avec la proposition des mutualités

	Proposition des mutualités	Décision du Conseil général
Secteur des honoraires des médecins		
• Biologie clinique	28.400.00	26.600.000
• Imagerie médicale	31.000.000	57.400.000
• Consultations, visites et avis	49.500.000	8.500.000
• Prestations spéciales	4.300.000	5.900.000
• Chirurgie	23.680.000	43.400.000
• Surveillance	3.800.000	3.800.000
• Honoraires hors nomenclature	5.000.000	0
• Dialyse : honoraires	4.400.000	4.400.000
<i>Total</i>	<i>150.080.000</i>	<i>150.000.000</i>
Secteur des hôpitaux		
• Impact circoncision sur BMF	900.000	921.568
• Impact ablation endométriale par radiofréquence sur forfait 6	2.005.326	2.005.326
• Montant non affectable / réduction linéaire	47.083.014	47.073.106
<i>Total</i>	<i>50.000.000</i>	<i>50.000.000</i>

Autres secteurs		
• Techniciens orthopédistes		
• Adaptation de la nomenclature des orthèses du genou	1.250.000	1.250.000
• Adaptation de la nomenclature des orthèses thoraco-lombaires	1.750.000	1.750.000
• Diverses baisses de prix	5.000.000	5.000.000
<i>Total</i>	<i>8.000.000</i>	<i>8.000.000</i>
• Rééducation		
• TAO – 7.86.9	1.404.000	1.408.000
• Rééducation cardiaque – 7.82.1	2.178.600	2.312.000
• Oxygénothérapie de longue durée – 7.81	3.367.022	3.546.000
<i>Total</i>	<i>6.949.622</i>	<i>7.266.000</i>
• Soins à domicile		
• Forfait PP - code 427173 et forfait PN - code 427070	11.907.242	11.907.242
• Soins dentaires		
• Limitation du remboursement OPG 1 à tous les deux ans (au lieu de tous les trois ans), et ce pour les personnes âgées de 19 ans ou plus	2.021.000	2.076.000
• Lecture obligatoire de l'eID	4.339.250	4.339.250
<i>Total</i>	<i>6.360.250</i>	<i>6.415.250</i>
• Kinésithérapie		
• Uniformisation de la consultation vidéo	0	2.335.000
• Alignement du forfait hebdomadaire de télésurveillance sur les honoraires d'une séance M24	8.374.000	6.039.000
<i>Total</i>	<i>8.374.000</i>	<i>8.374.000</i>
Implants		
• Réduction des moyens estimés pour la nouvelle politique	1.045.886	2.442.000
Logopédie		
• Initiative <i>locked in</i> syndrome : déjà mentionnée dans la sous-utilisation TR	150.000	0
• Uniformisation de la consultation vidéo	0	48.000
<i>Total</i>	<i>150.000</i>	<i>48.000</i>
Sage-femmes		
Uniformisation de la consultation vidéo	0	25.000
• MAF Psychiatrie		
	0	-1.590.000
Total	42.787.000 (*)	42.887.000 (*)

(*) Le différentiel par rapport au montant de 50.000.000 d'euros dans la lettre de mission s'explique comme suit :

- Le solde de 4,1 millions qui était devenu disponible après les estimations techniques révisées de septembre, car les économies à réaliser étaient légèrement moins importantes, est dans la proposition des mutualités utilisé pour contribuer aux efforts généraux d'économie ou, en d'autres termes, pour réduire les économies dans les secteurs plus petits de l'assurance maladie dans la proposition des mutualités. Le Conseil général décide de réinvestir une partie limitée de ce solde dans l'expansion de la MAF lors de l'admission dans un hôpital psychiatrique.
- Les maisons médicales contribuent également à l'économie, à hauteur de 3 millions d'euros. Leur contribution est déjà incluse dans les estimations techniques révisées, de sorte qu'elle n'est pas mentionnée dans ce tableau et qu'en réalité, seuls 47 millions d'euros sont recherchés dans les autres secteurs, et non 50 millions d'euros.

La proposition suit en partie les propositions d'économies alternatives dans le secteur des spécialités pharmaceutiques (voir Tableau 7). Le montant de 47,2 millions d'euros qui ne doit finalement pas être économisé dans ce secteur est réparti en grande partie par le Conseil général entre l'industrie pharmaceutique (20 millions d'euros nets d'économies en moins) et le secteur hospitalier (20 millions d'euros d'économies en moins). Malheureusement, le patient n'est pas épargné. La proposition suit la position des mutuelles visant à étendre la mesure relative aux médicaments hypocholestérolémiants à l'ézétimibe et aux combinaisons avec l'ézétimibe, mais ne suit pas son transfert partiel vers le chapitre IV afin de ne pas alourdir la charge administrative pour le médecin. Le gouvernement ne revient pas non plus sur sa lettre de mission dans laquelle

il mentionnait déjà un ticket modérateur d'au moins 2 euros pour tous les médicaments (au moins 1 euro pour les personnes ayant droit à l'intervention majorée). Un effort d'économie de 109,5 millions d'euros, soit 27% de toutes les économies réalisées dans le secteur des spécialités pharmaceutiques repose donc sur les patient-es (même si 22,9 millions d'euros sont réinvestis dans l'amélioration de l'accessibilité des médicaments). La proposition alternative des mutuelles concernant les économies réalisées chez le-la pharmacien-ne de famille est également suivie.

La proposition du ministre de la Santé publique est approuvée par le Conseil général et, de cette manière, le budget des soins de santé ainsi que les objectifs budgétaires partiels sont fixés.

Tableau 7 : Aperçu des mesures alternatives dans le secteur des spécialités pharmaceutiques

Mesures	Lettre de mission	Proposition des mutualités	Décision du Conseil général
Prescription rationnelle par les médecins	16.000	16.000	16.000
Industrie			
• <i>Clawback</i>	188.200	208.200	158.200
• Baisse de prix (si pas d'alternatives à la <i>clawforward</i>)	80.300	80.300	90.300
Officines ouvertes			
• Économies sur marge et honoraires	20.000		
• Public cible pharmacien-ne de référence		12.000	12.000
• Antibiotiques par durée de traitement	-8.000	-3.300	-3.300
Pharmacies hospitalières			
• Facturation ATC 5 78% au lieu de 85% (81,5% dans la proposition des mutualités)	42.000	21.000	42.000
• Facturation ATC 4 90%	20.000	20.000	0
Patient-e			
• Ticket modérateur minimal	26.200		26.200
• Extension MAF Cs et Cx	-8.900		-8.900
• <i>Early access</i>	-14.000	-14.000	-14.000
Usage efficient			
• IPP B/C → Cx	53.900	44.100	53.900
• Statines B → C	33.300	17.500	29.400
Total	449.000	401.800	401.800

Conclusion

Bien que la concertation sociale soit sous pression, il demeure très important, au vu de la complexité et de l'ampleur des enjeux, de lui accorder des marges d'action suffisantes. Il est néanmoins positif de constater que le gouvernement a repris presque intégralement la proposition de budget pour les soins de santé soumise par les mutualités.

Cependant, le budget finalement approuvé à la fois « frappe » et « guérit ». Ainsi, en 2026, le ticket modérateur pour les médicaments est augmenté, tandis que le Maximum à Facturer est élargi. De plus, sous pression budgétaire, le risque de déconventionnement augmente, tout comme le risque de supplément facturé pour compenser la perte de revenu. Il existe également, en matière de prestations non remboursables, de nombreuses possibilités créatives pour facturer des coûts aux patient-es. Ce contexte budgétaire pour les soins de santé risque malheureusement de favoriser une médecine à deux vitesses.

Pour les prochaines années, la situation budgétaire ne semble pas plus favorable. Les estimations du Comité de monitoring du 22 septembre 2025 indiquent un déficit du budget fédéral de 42,6 milliards d'euros d'ici 2030, soit 5,8% du PIB, à politique inchangée (Monitoringcomite, 2025). Le 24 novembre 2025, le gouvernement fédéral décide d'économiser 9,2 milliards d'euros d'ici 2029. Dans l'assurance obligatoire soins de santé, des gains d'efficience struc-

turels de 684 millions d'euros sont annoncés d'ici 2029. Une augmentation récurrente du ticket modérateur de 125 millions d'euros par an à partir du 1er juillet 2026 est également annoncée. Cette hausse sera réalisée dans le secteur des honoraires médicaux et pourra être réinvestie dans les soins.

L'amélioration de la performance du système belge de soins de santé est un objectif de la concertation sociale. À partir de 2025, la concertation sociale est renforcée grâce à la nouvelle Commission des objectifs de soins de santé, soutenue par une base scientifique pour identifier les priorités d'allocation du budget des soins de santé. Dans les prochaines années, la concertation sociale devra tenir compte d'une lettre de mission du gouvernement, fondée sur les estimations techniques ainsi que sur le rapport de cette commission. Cela n'empêche pas qu'il reste fortement souhaitable que la Commission des objectifs de soins de santé, le Conseil général et surtout le gouvernement soient disposés à écouter la concertation sociale et à poursuivre la coconstruction des politiques en matière de soins de santé.

Bibliographie

- Bureau fédéral du Plan (2025a). *Perspectives économiques 2025-2030*. Bruxelles : Bureau fédéral du plan.
- Bureau fédéral du Plan (2025b). *Indicateurs de développement durable*. Bruxelles : Bureau fédéral du plan.
- Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société*, 2, 18-37.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Fixer des objectifs pour une meilleure couverture des besoins en soins de santé. *Santé & Société*, 14, 29-56.
- Commission pour les objectifs de soins de santé. (2025). Objectifs en matière de soins de santé : avis de la commission OSS. Bruxelles : INAMI.
- Comité scientifique. (2022). *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé et des objectifs 'soins de santé'*. Bruxelles : INAMI.
- Conseil européen. (2024). *Réexamen de la gouvernance économique : le Conseil et le Parlement parviennent à un accord sur une réforme des règles budgétaires*. Récupéré sur <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2024/02/10/economic-governance-review-council-and-parliament-strike-deal-on-reform-of-fiscal-rules/>.
- European Commission. (2023). Autumn 2023 Economic Forecast: A modest recovery ahead after a challenging year. Récupéré https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-forecast-and-surveys/economic-forecasts/autumn-2023-economic-forecast-modest-recovery-ahead-after-challenging-year_en.
- European Commission. (2025). *Spring 2025 Economic Forecast: Moderate growth amid global economic uncertainty*. Brussels: European Commission.
- Eurostat. (2023). *Government expenditure by function in the EU*. Récupéré sur https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_by_function_%E2%80%93_COFOG.
- Gouvernement De Wever. (2025). Accord de coalition fédérale 2025-2029. Bruxelles : gouvernement fédéral.
- INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024, rapport final*. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2025a). Note CGSS 2025/029. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2025b). Note CGV_2025_228. Bruxelles : INAMI.
- Mahieu, S. (2020). Budget 2020 : prestataires de soins, établissements de soins, mutualités et syndicats demandent un budget construit sur un projet et permettant de nouvelles initiatives. *MC-Informations*, 279, 4-11.
- Mahieu, S. (2024). Budget des soins de santé 2024 : « D'abord le contenu ». *Santé & Société*, 9, 44-55.
- Mahieu, S. (2025). Budget Soins de santé 2025 : La valeur ajoutée de la concertation sociale. *Santé & Société*, 14, 58-72.
- Mahieu, S., & Cès, S. (2023). Budget des soins de santé 2023 : Soutien des prestataires de soins et des patient-es. *Santé & Société*, 5, 62-72.
- Mahieu, S., & Lambert, L. (2021). Budget 2021 : Prestataires de soins, institutions de soins et mutualités s'allient pour mettre en oeuvre des réformes essentielles. *MC-Informations*, 283, 4-11.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022 : Une nouvelle méthodologie pour le budget des soins de santé en Belgique. *Santé & Société*, 2, 6-17.
- Monitoringcomité. (2025). *Actualisation 2025-2030*. Bruxelles : SPF Stratégie et appui.
- OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023 - OECD Indicators*. Paris : OCDE.
- Peters, B., van Cutsem, P., Lebbe, C. & Sommen L. (2019). Budget 2019 : élaboration, risques et conclusions. *MC-Informations*, 275, 15-22.
- Rekenhof. (2006). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers*. Brussel: Rekenhof.
- Rekenhof. (2011). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - opvolgingsaudit*. Brussel: Rekenhof.
- SPF Stratégie & Appui (2025). *Medium-Term Fiscal-Structural Plan*. Bruxelles : SPF Stratégie & Appui.
- van Cutsem, P. (2016). Budget fédéral 2016 des Soins de santé. *MC-Informations*, 263, 26-39.
- van Cutsem, P. (2017). Budget fédéral 2017 des Soins de santé. Economies dans les soins de santé et crise des accords tarifaires : vers une libéralisation de notre sécurité sociale ? *MC-Informations*, 267, 3-18.
- van Cutsem, P. (2018). Budget 2018 : Un budget qui invite à la modération. *MC-Informations*, 271, 21-26.
- Vandenbroucke, F. (2025, juli 22). *Lettre de mission*. Bruxelles : gouvernement Belge fédéral.
- Comité scientifique. (2022). *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé et des objectifs 'soins de santé'*. Bruxelles : INAMI.



Les inégalités de revenu augmentent-elles en Belgique ?

Recension du livre *Inégalités en Belgique. Un paradoxe ?* par A. Decoster, K. Decanq, B. De Rock, et P. Gobbe

Hervé Avalosse — Service d'études MC-CM

Résumé

Dans les classements internationaux, la Belgique apparaît comme un pays plutôt égalitaire : les inégalités de revenu y sont relativement peu élevées et stables, par rapport à d'autres pays occidentaux. Présentant les résultats d'analyses fines d'un consortium de chercheur-euses (KULeuven, UAntwerpen, ULB), le livre *Inégalités en Belgique. Un paradoxe ?* remet en cause ce constat rassurant et flatteur. Ils-elles expliquent que la base statistique utilisée pour évaluer les inégalités de revenu (enquête EU-SILC auprès de ménages) sous-estime certains revenus du capital. Grâce à une nouvelle méthode, qui intègre les données de la comptabilité nationale, ils-elles montrent que ces inégalités sont plus élevées qu'on ne le rapporte habituellement et que ces dernières connaissent une hausse significative depuis 2013.

Le livre examine aussi l'influence de quatre facteurs sociodémographiques sur la répartition des revenus (par exemple, le vieillissement de la population, la participation accrue des femmes au marché du travail, etc.). Considérés ensemble, ces facteurs ont un impact réel, contribuant à augmenter les inégalités de revenu. Cet impact reste toutefois limité. En revanche, les politiques fiscales et sociales des gouvernements successifs ont eu, globalement, un effet redistributif, compensant l'influence des facteurs sociodémographiques et contribuant ainsi à la stabilité apparente des inégalités.

L'ambition du livre va plus loin que l'analyse des seules inégalités de revenu. D'autres inégalités sont explorées, comme celles liées au logement, à l'accessibilité géographique aux services publics (écoles et hôpitaux), ainsi que les inégalités intrafamiliales et bien d'autres choses encore. C'est donc un panorama des inégalités que le livre nous donne à voir. Tous les résultats sont présentés et expliqués de façon pédagogique, malgré la sophistication des concepts et des méthodes mises en œuvre.

Mots-clés : Inégalités, revenu, lu pour vous

Introduction

Les inégalités de revenu ont-elles augmenté en Belgique ? Il semble bien que cela soit le sentiment général des habitant-es. C'est en tout cas ce qui ressort d'une étude de l'OCDE portant sur la perception des inégalités. À la question « concernant l'évolution des inégalités de revenu dans votre pays au cours de la dernière décennie, pensez-vous qu'elles ont baissé, sont restées stables, ou ont augmenté ? », 56% des répondant-es estimaient que ces inégalités avaient augmenté (un peu ou beaucoup) (OCDE, 2022, p. 52).

Cependant, dans bien des classements internationaux, la Belgique n'apparaît pas comme un pays très inégalitaire. Bien au contraire, parmi les pays occidentaux, elle serait plutôt proche des pays scandinaves considérés comme « égalitaires ». De plus, les indicateurs ne montrent pas une dégradation de la situation. Par exemple, en 2024, 18,3% de la population de la Belgique est exposée au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Mais ce pourcentage est stable, voire en diminution (il était évalué à 20% en 2019) (STATBEL, 2025). De même, l'indice de Gini (qui est une mesure de l'inégalité dans la distribution des revenus au sein de la population) reste parmi les moins élevés des pays européens (ce qui classe la Belgique dans les pays les moins inégalitaires) et n'évolue guère (25,1 en 2019 ; 24,7 en 2024) (EUROSTAT, 2025).

C'est à ce paradoxe qu'un consortium de chercheur-es provenant de trois universités (KULeuven, UAntwerpen, ULB) essaie d'apporter des éléments d'explication. Comment mesure-t-on les inégalités ? Avec quels outils ? Comment évoluent-elles au cours du temps ? Qu'est-ce qui les influence ? Nous résumons ci-après quelques résultats très intéressants de cet ouvrage.

1. Mesurer les inégalités de revenu

Pour mesurer et suivre l'évolution des inégalités de revenu, on procède à une enquête sur les revenus et les conditions de vie des ménages : l'enquête EU-SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*). Cette enquête est réalisée régulièrement dans les pays de l'Union européenne, sur base d'un questionnaire harmonisé. Pour la Belgique,

cette enquête est administrée auprès d'un échantillon de 10.000 ménages. Si cet outil permet bien une estimation des revenus disponibles des ménages, il convient également d'en souligner les limites. En effet, avec l'EU-SILC, ce sont surtout les revenus liés au travail, ainsi que les revenus immobiliers, qui sont correctement mesurés. En revanche, pour les revenus provenant du capital financier, il n'en va pas de même.

Les chercheur-es identifient deux types de revenus liés au capital qui sont largement sous-estimés par l'EU-SILC : les revenus mobiliers et les bénéfices non distribués des sociétés. Afin de corriger cette sous-estimation, ils-elles recourent à la méthode DINA (*Distributional National Accounts*), combinant des données de la comptabilité nationale et des données d'enquêtes sur les revenus, ainsi que d'autres bases de micro-données.

La mesure des inégalités du revenu disponible obtenue grâce à cette méthode DINA donne alors une autre image de la Belgique.

- Pour l'année 2022, alors que l'indice de Gini obtenu grâce à l'enquête EU-SILC est d'un peu moins de 25, il est de l'ordre de 37 avec la méthode DINA. De plus, « sur la période 2003-2022, le Gini est en moyenne de 26,2 sur la base d'enquête sur les revenus, contre en moyenne 33,9 lorsque nous appliquons la méthode DINA » (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 157). Cela signifie que le niveau d'inégalité est bien plus élevé une fois que l'on tient compte de tous les revenus du capital.
- Autre observation d'importance : l'évolution des inégalités de revenu. Avec la méthode DINA, la tendance est bien à « une augmentation prononcée des inégalités de revenu depuis 2013 » (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 158). Pour les auteur-es, « la sous-estimation des revenus du capital dans les enquêtes sur les revenus a masqué cette hausse des inégalités, créant ainsi une zone d'ombre dans ces enquêtes » (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 324).

En tout cas, sur base de ces résultats de recherche, le paradoxe semble éclairci : le ressenti des personnes vivant en Belgique quant à l'augmentation des inégalités liées aux revenus correspond à la réalité.

2. Facteurs influençant les inégalités de revenu

Plusieurs chapitres du livre sont consacrés à divers facteurs qui peuvent influencer la répartition des revenus au sein de la population. Par exemple, est-ce que le **vieillissement** de la population a un impact sur les inégalités de revenu ? Une population vieillissante est aussi une population où le nombre de pensionné-es augmente. Avec des pensions inférieures aux revenus du travail, ne peut-on alors s'attendre à ce que les inégalités de revenu s'accroissent ? Selon les auteur-es, il en va bien ainsi. Toutefois, l'impact du vieillissement sur les inégalités de revenu reste modeste.

D'autres changements sociodémographiques ont été évalués : tendance à la **fragmentation de la composition des ménages** (plus de familles unipersonnelles, plus de familles monoparentales), à l'**augmentation du niveau d'études**, à la **participation des femmes au marché du travail**. Ces changements sociodémographiques peuvent jouer de diverses façons sur les revenus disponibles et leur répartition au sein de la population. Ainsi, un niveau d'études plus élevé va souvent de pair avec des revenus plus élevés. La participation accrue des femmes au marché du travail augmente globalement le nombre de travailleur-euses actives, mais les revenus de ces femmes actives dépendent aussi, entre autres, de leur qualification. Ont-elles pu accéder à des professions leur permettant de se situer plutôt dans le haut ou dans le bas de la distribution des revenus ? À cet égard, les observations empiriques tendent à montrer que la participation accrue des femmes a surtout eu pour effet d'augmenter les revenus des ménages situés dans le bas de la distribution des revenus (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 88). Quant à la fragmentation de la composition des ménages, les familles unipersonnelles et les familles monoparentales sont plus souvent exposées au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (respectivement 27,4% et 38,3%) (STATBEL, 2025) et leurs revenus moyens sont plus faibles (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 84). On peut donc s'attendre à ce que l'augmentation du nombre de familles de ces deux types puisse avoir un effet sur la répartition des revenus.

Globalement, les auteur-es synthétisent les résultats de toutes leurs analyses sur ces changements sociodémographiques de la façon suivante : « si l'on considère les

quatre changements sociodémographiques ensemble, on constate que **les inégalités de revenu auraient été plus faibles aujourd'hui si les quatre changements examinés n'avaient pas eu lieu, ceteris paribus** ». Mais cet effet est qualifié par les auteur-es de « relativement limité » (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 91). Enfin, il est à noter que parmi les changements sociodémographiques étudiés, le seul qui réduit les inégalités de revenu est la participation accrue des femmes au marché du travail.

D'autres analyses concernent les politiques fiscales et sociales menées par les différents gouvernements qui se sont succédés depuis 1985. Ces politiques ont certainement influencé le revenu disponible des habitant-es de la Belgique. Mais dans quel sens ? Ont-elles eu pour effet d'augmenter ou de diminuer les inégalités ? Pour répondre à cette question, les chercheur-euses ont procédé à des simulations portant sur les réformes ayant un effet direct sur le revenu disponible, soit celles liées à l'impôt sur le revenu des personnes physiques, aux cotisations de sécurité sociale (mais pas les cotisations patronales) et, partiellement, aux prestations sociales. Malgré leurs limitations, ces simulations n'en sont pas moins riches d'enseignement. Pour les auteur-es, « l'Etat-providence belge, avec sa protection sociale et ses impôts progressifs, exerce une pression à la baisse sur les inégalités de revenu. L'effet redistributif des politiques a particulièrement augmenté au cours des différentes périodes politiques entre 1992 et 2014. Les ajustements réguliers des prestations sociales en fonction de la croissance nominale des salaires ont joué un rôle important à cet égard » (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 322). L'impact des politiques fiscales et sociales viendrait donc compenser l'impact issu des changements sociodémographiques.

3. Bien d'autres inégalités

3.1. Le logement

Le livre aborde bien d'autres inégalités que celles liées aux revenus. Un chapitre très intéressant et très original est consacré aux inégalités de logement. Grâce aux données cadastrales, les chercheur-euses ont pu cartographier les inégalités de la valeur et de la surface des logements. De ces travaux, il ressort que l'inégalité de logement (en va-

leur) est globalement faible dans notre pays. Cependant, la situation est différente selon les régions. « En termes de valeur des logements, la Wallonie est la région la plus inégalitaire, car elle compte le plus grand nombre de logements de faible valeur. À Bruxelles, l'inégalité est relativement faible en termes de valeur, mais beaucoup plus élevée en termes de surface habitable, car même les petites surfaces y sont onéreuses. Enfin, la Flandre est la région la moins inégalitaire tant en termes de valeur que de surface habitable » (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 211).

3.2. L'accessibilité aux services publics

Les chercheur-euses ont également cartographié l'accessibilité spatiale (sur base d'un temps de trajet de référence) de certains services publics : l'école et l'hôpital. Un résultat intéressant est la comparaison de l'accessibilité à ces services publics selon les provinces (Bruxelles étant utilisé comme référence). Il apparaît ainsi qu'en moyenne, « l'accessibilité à l'éducation est systématiquement plus élevée en Flandre qu'en Wallonie. Cela pourrait être dû à un choix politique explicite en Flandre d'organiser l'enseignement dans des écoles plus petites et situées plus près des populations concernées » (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 234). Pour ce qui est de l'accessibilité géographique à l'hôpital, là aussi les provinces wallonnes sont moins bien classées (à l'exception toutefois du Brabant Wallon). Tant pour l'accessibilité à l'école qu'à l'hôpital, les deux provinces les plus mal loties sont les provinces de Namur et de Luxembourg.

3.3. Des inégalités aussi au sein des familles

Quand on parle des revenus disponibles, on fait référence aux revenus disponibles des ménages. Ces derniers peuvent être de taille différente. Dès lors, pour les rendre comparables on applique une échelle d'équivalence. Mais en recourant à cette échelle, on fait l'hypothèse qu'à un revenu donné, tous les membres du ménage ont le même niveau de vie. Ceci ne correspond pas forcément à la réalité. En tout cas, cette hypothèse est questionnée par les chercheur-euses à l'aide d'une base de données MEqIN (*Measuring Equivalent Incomes*), qui permet d'analyser l'emploi du temps et la répartition des dépenses au sein d'un échantillon de ménages.

L'analyse menée se limite aux ménages composés d'un couple, avec ou sans enfants. Quand on examine leurs dépenses en biens et services non durables (par exemple, la nourriture, les produits de soins personnels, les dépenses de loisirs), les chercheur-euses observent que « les dépenses des hommes et des femmes au sein des couples étaient parfois fort différentes » (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 327). Ainsi, lorsqu'on évalue la répartition des dépenses privées (on vise alors les dépenses qui ne profitent qu'à la personne à laquelle elles sont destinées), la part de ces dépenses pour les femmes au sein du couple peut varier de 35% à 65%. Les auteur-es précisent encore que ce sont plutôt « les femmes à faible revenu [qui] ont moins de temps de loisir et obtiennent une part moindre des dépenses privées que leurs maris » (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 248). Pour ce qui est de l'emploi du temps, du côté des hommes, les tendances sont les suivantes : par rapport aux femmes, ils consacrent (en moyenne) plus de temps au travail, moins aux tâches ménagères et disposent également de plus de temps de loisir.

Toutes ces inégalités intrafamiliales sont loin d'être négligeables, méritent d'être mieux prises en compte et davantage étudiées. Malheureusement, selon les auteur-es, cet aspect des inégalités est négligé par la recherche actuelle (Decoster, Decancq, De Rock, & Gobbi, 2024, p. 327).

Conclusion

La Belgique apparaît dans les classements internationaux comme un pays où les inégalités de revenu sont faibles et relativement stables. Mais ce constat est à relativiser. En effet, la base statistique (des enquêtes sur les revenus des ménages) utilisée pour mesurer les inégalités de revenu sous-estime certains revenus du capital. Une fois ces derniers pris en compte, selon une nouvelle méthode intégrant les données de la comptabilité nationale, le niveau des inégalités de revenu dans notre pays apparaît plus élevé que celui repris dans les classements internationaux et, surtout, en croissance depuis 2013.

Mais, dans leur livre, les chercheur-euses ne se contentent pas d'une rectification quant à la méthode de mesure des inégalités de revenu. Au-delà de ces dernières, leur ambition est d'explorer et de mesurer bien d'autres facettes des inégalités en Belgique. À cet égard, plusieurs chapitres sont des contributions originales montrant d'autres formes

d'inégalité, comme le logement, l'accessibilité géographique à l'école et l'hôpital, les inégalités intrafamiliales (et bien d'autres choses encore).

Explorer, cartographier, mesurer les inégalités ne sont pas une fin en soi. Bien sûr, disposer d'un panorama des inégalités qui se font jour dans notre pays est un outil précieux. De ce point de vue, le livre *Inégalités en Belgique. Un paradoxe ?*, est et restera une référence majeure. Mais le pas suivant est plus politique et nous concerne tous et toutes : s'interroger sur les raisons à l'origine de ces inégalités et en déduire des actions à mener afin de les réduire.

Bibliographie

- Decoster, A., Decancq, K., De Rock, B., & Gobbi, P. (2024). *Inégalités en Belgique. Un paradoxe ?* Bruxelles : Racine.
- EUROSTAT. (2025). *Living conditions in Europe - income distribution and income inequality*. Consulté le 8 septembre, 2025, sur ec.europa.eu/eurostat : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_income_distribution_and_income_inequality.
- OCDE. (2022). *Les inégalités comptent-elles ? Comment les gens perçoivent les disparités économiques et la mobilité sociale*. Paris : Editions OCDE.
- STATBEL. (2025). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Consulté le 8 septembre, 2025, sur Statbel.fgov.be : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale#news>.



Santé & Société est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.

Le fichier d'adresses est utilisé exclusivement pour la distribution du magazine et il est géré et conservé conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Vous pouvez demander à tout moment d'accéder à vos données personnelles, de les modifier ou de les supprimer. Vous pouvez également faire corriger sans frais des données incorrectes ou incomplètes. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez consulter la politique de traitement des données personnelles de la MC sur notre site internet <https://www.mc.be/fr/clauses/politique-confidentialite-mc>

Si vous avez des questions sur le traitement licite et légal de vos données personnelles, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données.

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du délégué à la protection des données à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek, Belgique
- Soit par mail : à l'adresse privacy@cm.be

Si vous souhaitez déposer une plainte, vous pouvez le faire auprès du Médiateur

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du médiateur de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse mediateur@mc.be

Si vous ne souhaitez plus recevoir *Santé & Société*, vous pouvez nous le signaler :

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention de Mieke Hofman à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse SanteEtSociete@mc.be

Sommaire

- Édito :** Pour bien vieillir, il faut avoir bien vécu : l'enjeu de l'*Active Ageing* · 02
- Étude :** Soins en fin de vie. Étude rétrospective du profil des membres de la MC décédés, du lieu de décès et du trajet de soins · 04
Revue de la littérature · 06
Méthode · 08
Résultats · 11
Discussion des résultats · 23
Recommandations · 26
- Étude :** Recours de longue durée aux antidépresseurs en Belgique · 32
Revue de la littérature · 34
Méthode · 36
Résultats · 39
Discussion · 46
Recommandations · 49
- Analyse :** Budget Soins de santé 2026 : le modèle de concertation sous pression budgétaire · 60
Cadre pour la gestion paritaire lors de l'élaboration du budget des soins de santé 2026 · 62
La norme budgétaire et les estimations techniques · 68
Le projet des mutualités et la décision du Conseil des ministres · 70
- Lu pour vous :** Les inégalités de revenu augmentent-elles en Belgique ? · 80

Colophon

Editeur responsable	Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles
Rédacteur en chef	Nicolas Rossignol
Secrétariat de rédaction	Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest
Comité de rédaction	Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest
Mise en page	Gevaert Graphics
Impression	Albe De Coker
Adresse de retour	MC-CM Service d'études, Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles
Copyright	Les études de Santé & Société sont publiées sous Licence Creative Commons "by/nc/nd"

