

& SANTÉ SOCIÉTÉ

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

06 La discrimination en raison de l'incapacité :
le paradoxe du retour au travail

30 Fixer des objectifs pour une meilleure couverture
des besoins en soins de santé

58 Budget Soins de santé 2025 :
la valeur ajoutée de la concertation sociale

14

juillet 2025

Diriger les soins de santé

Diriger les soins de santé

Edito



Nous ordonnons le monde en créant des catégories qui nous semblent utiles et qui nous permettent d'évoluer dans une version structurée de celui-ci. On classe les mots (noms, pronoms, verbes) au regard de leur fonction dans une phrase, on catégorise les animaux selon leurs caractéristiques physiques et génétiques, on ordonne l'espace public en délimitant des zones d'habitation, des zones commerciales, des zones protégées. Ce phénomène généralisé de catégorisation est précisément l'objet des travaux de deux sociologues – Susan Leigh Star et Geoffrey Bowker – qui ont retracé dans leur ouvrage intitulé *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences* (2000), la manière dont les sociétés élaborent des catégories, générant de l'ordre dans de petits mondes afin d'y faire sens et d'y voir globalement plus clair dans le grand monde.

Loin d'adopter la posture critique à laquelle on pourrait s'attendre, ressassant le poncif voulant qu'il faut « décroisser » et « sortir des silos », Leigh Star et Bowker nous invitent à nous intéresser aux conditions d'émergence et d'existence des catégories que nous utilisons au quotidien, à la fois pour identifier ce qu'elles stabilisent dans

notre compréhension du monde et notre manière d'y évoluer (imaginons un supermarché dont tous les produits seraient mélangés aléatoirement), mais aussi ce qu'elles entravent. Comprendre pourquoi une catégorie existe ou s'est constituée – ou se demander dans quel contexte elle a été établie – permet d'en comprendre les ressorts et d'éventuellement envisager la reconfigurer utilement.

Notre attention pour ces travaux a été attirée parce que Leigh Star et Bowker s'intéressent notamment à des sujets de santé publique pour nourrir leur réflexion. Ils pointent et explorent la manière tout à fait biomédicale dont les maladies sont classifiées par exemple, *a priori* sans se préoccuper des différences de fardeaux physique, social et économique que celles-ci peuvent représenter en fonction de celui ou celle qui la subit (est-on le ou la même diabétique, qu'on soit une mère célibataire précaire ou un cadre éduqué ayant un emploi stable et un réseau social important ?). Ils s'intéressent également à la manière dont les soins infirmiers sont catégorisés, permettant à la fois de les différencier d'autres soins générant un autre type de remboursement par la sécurité sociale, mais impliquant aussi un contrôle accru du temps d'occupation des infirmiers et infirmières. Pour le dire autrement, la catégorie « soins infirmiers » fait exister la profession d'infirmier autant que cette dernière met en œuvre ces soins et donc donne sens à cette catégorie.

Cette question de la catégorisation et de ce que les catégories nous font faire émerge comme un des fils rouges des articles de ce numéro de *Santé & Société*. Ce n'est

certes pas illogique, puisque les catégories sont partout. Mais ce qui est frappant, c'est la manière dont celles-ci sont prises dans leur dynamique évolutive dans les différents objets d'étude explorés.

D'abord, poser la question de l'existence des catégories amène naturellement à poser celle du passage d'une catégorie à l'autre. Si certaines frontières sont éminemment strictes (un chien ne sera jamais un chat, selon les critères que nous utilisons pour les différencier), d'autres sont plus poreuses. Comment une personne malade et en invalidité peut-elle réintégrer la catégorie des travailleurs et travailleuses ? Quelles sont les conditions dans lesquelles un tel passage est opportun et fluide, ou au contraire quels éléments peuvent freiner le retour au travail ? L'article intitulé *La discrimination en raison de l'incapacité : le paradoxe du retour au travail* aborde de front la question de la discrimination dans ce cadre. Cette étude longitudinale reposant sur les réponses de 506 participant-es nous indique que presque un-e répondant-e sur dix affirme avoir été victime de situations de discrimination en raison de son incapacité de travail, lors du retour au travail. L'étude montre par ailleurs que la discrimination en raison de l'incapacité a des effets encore plus négatifs lorsque les victimes sont des personnes d'origine étrangère. Indirectement, l'effet de ce type de discrimination tend en effet à augmenter leur risque de rechute en incapacité : la proportion de rechutes en incapacité parmi les personnes d'origine étrangère est de 29%, alors qu'elle est de 13% parmi les personnes d'origine belge. Ce résultat, devant évidemment être compris dans le cadre large

et intersectionnel des discriminations, est interpellant. Alors que le Gouvernement fédéral actuel fait de la remise au travail des personnes en invalidité une priorité, cet article fait rentrer le grand monde dans le petit monde des catégories du travail et de l'incapacité de travail, et inscrit d'autres questions dans la problématique que certain-es voudraient aborder – voire régler – de manière simplifiée.

Ensuite, la dynamique détaillée dans l'article *Fixer des objectifs pour une meilleure couverture des besoins en soins de santé* invite par ailleurs à reconsidérer les catégories classiques d'organisation des soins de santé en se focalisant sur des objectifs. En prenant comme point d'entrée la performance du système de soins de santé, l'article décrit comment adresser de nouvelles questions aux différents secteurs de soins, aux différents traitements, aux différentes prises en charge. Il ne s'agit plus d'en considérer le fonctionnement de manière isolée, au sein de chaque commission de convention, mais de comprendre dans quelle mesure les soins de santé sont performants dans le grand monde, celui qui inclut le gradient social, l'environnement, le lieu de vie, la chronicité des maladies, le fardeau financier qu'elles représentent, etc. Le but de la méthodologie proposée dans l'article n'est certainement pas de balayer les cadres de pensées actuels ou le mode de fonctionnement catégorisé de la gestion paritaire que nous connaissons, mais plutôt d'en reconsidérer partiellement la portée, conscient de leurs forces et de leurs limites, avec l'ambition d'en renforcer la capacité d'action et de donner une orientation au système de soins.

Cette dynamique axée sur des objectifs de soins de santé en vue d'en améliorer la performance pourrait d'ailleurs devenir le catalyseur des travaux budgétaires à venir, comme le décrit l'article *Budget Soins de santé 2025 : la valeur ajoutée de la concertation sociale*. Revenant sur les travaux budgétaires des années précédentes, et décrivant l'exercice visant à confectionner le budget 2025 de l'INA-MI pour les dépenses de Soins de Santé, l'article décrit également le rôle central que le présent Gouvernement entend donner à la Commission des Objectifs de Soins de Santé. Celle-ci a précisément pour mission de mettre en œuvre la logique décrite dans l'article que nous venons précédemment d'évoquer. De la théorie à la pratique...

Il eut été facile dans cet édit de plaider pour « décloisonner les soins de santé ». Et c'est sans doute un projet louable. Mais l'humble ambition de la référence faite ici aux travaux de Leigh Star et Bowker est autre. Si catégoriser les mots, les animaux, les maladies, les soins de santé est utile pour nous permettre de nous retrouver dans ce monde, prendre le temps de questionner les conditions d'émergence des catégories, ce qu'elles font autant que ce qu'elles entravent, et les dynamiques de passage de l'une à l'autre, semble également fondamental. La problématique de la discrimination au retour à l'emploi après une période d'incapacité en est l'illustration. La dynamique de détermination d'objectifs de soins de santé également. D'autant plus alors qu'il s'agit de construire les soins de santé de demain, tant cette dynamique transversale recèle un potentiel fort, celui de donner une boussole au système pour le rendre globalement plus performant. Prendre appui sur les catégories, s'orienter via des objectifs, donner une direction aux soins de santé : telle est l'ambition.

Nicolas Rossignol
Responsable du Service d'études CM-MC

Bibliographie

Bowker, G. C., & Star, S. L. (2000). *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.



La discrimination en raison de l'incapacité : le paradoxe du retour au travail

Enquête auprès de membres de la MC sur leur vécu après avoir repris le travail

Hélène Henry — Service d'études MC-CM

Remerciements à Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Stijn Vos, Sophie Cès et Svetlana Sholokhova

Résumé

Dans un contexte où la pression pour faire reprendre le travail aux personnes malades de longue durée s'accroît, cette étude s'intéresse à la manière dont ces personnes vivent leur retour au travail.

Plus précisément, cette étude investigate si les personnes qui recommencent à travailler après une période d'incapacité se sont senties discriminées, en raison de leur incapacité, lorsqu'elles ont repris. Ensuite, nous examinons les effets potentiels de cette discrimination vécue, sur leurs perceptions en termes d'avenir professionnel, et sur leur risque de rechute en incapacité. Enfin, les personnes d'origine étrangère étant plus susceptibles d'être victimes de discrimination au travail que les personnes d'origine belge, nous examinons également si elles sont plus négativement affectées par ce type de discrimination.

Afin de répondre à ces questions de recherche, une enquête longitudinale (un questionnaire administré à deux reprises, avec un délai de huit mois) a permis de recueillir le point de vue de 506 répondant-es, à partir desquelles des analyses de régression ont été effectuées.

Les résultats montrent qu'un certain nombre de personnes perçoivent de la discrimination lorsqu'elles reprennent le travail, en raison du fait qu'elles ont été en incapacité de travail. Cette discrimination vécue va ensuite négativement influencer la manière dont elles perçoivent leur avenir professionnel, et ce d'autant plus lorsqu'elles sont d'origine étrangère. Indirectement, ces processus peuvent contribuer à un risque de rechute en incapacité de travail plus élevé pour les personnes d'origine étrangère.

Ces résultats permettent de mieux comprendre le contexte dans lequel les personnes reprennent le travail après avoir connu une période d'incapacité en raison d'une maladie, et les raisons qui peuvent contribuer à leur rechute en incapacité.

Sur base de ces résultats, diverses recommandations sont formulées afin de favoriser un retour au travail durable et de qualité.

Mots-clés : Incapacité de travail, perception de l'avenir professionnel, discrimination, origine, rechute en incapacité, étude quantitative, analyse longitudinale, enquête

Introduction

La croissance très rapide ces dernières années du nombre de personnes malades de longue durée (526.507 en 2023, contre 221.417 en 2004) (INAMI, 2024) a fait de l'incapacité de travail une question politique de premier plan. Depuis plusieurs années, le gouvernement belge prend ainsi des mesures visant à remettre une partie de ces personnes au travail. Cependant, la question se pose de savoir comment le marché du travail belge peut les réintégrer. Car si les mesures du gouvernement visent à responsabiliser tous les acteurs et actrices du retour au travail, les personnes qui souhaitent reprendre le travail après une période d'incapacité peuvent se heurter à différents obstacles. Par exemple, il reste difficile pour beaucoup, d'obtenir des aménagements indispensables pour leur état de santé (Henry, Avalosse, & Vancorenland, 2024). Un autre obstacle est la discrimination qu'elles peuvent subir en raison de leur absence pour incapacité de travail. D'après le Professeur Baert : « (...) les personnes qui reprennent le travail chez le-la même employeur·euse après une longue maladie ont moins de chances d'être promues tout au long de leur carrière. En outre, elles courent un plus grand risque d'être licenciées après la période pendant laquelle elles sont légalement protégées » (Vandamme, 2024, notre traduction).

Malgré ce constat, à l'exception de quelques études dans le contexte du recrutement (par exemple, Baert, De Visschere, Schoors, & Omey, 2016; Sterkens, Baert, Rooman, & Derous, 2021), la discrimination vécue en raison de l'incapacité, spécifiquement lors du retour au travail, a été peu étudiée jusqu'à présent. Ce sont justement ces situations - où les individus rapportent avoir été victimes d'un traitement différencié négatif en raison de leur incapacité de travail lorsqu'ils ont repris le travail – qui feront l'objet de notre étude. **Le premier objectif de cette étude est de quantifier l'ampleur de ce phénomène en Belgique : nous étudierons combien de personnes, parmi celles interrogées, ont vécu ce type de discrimination lorsqu'elles ont repris le travail.**

Par ailleurs, même lorsque la personne reprend le travail après une période d'incapacité, rien ne garantit que cette reprise du travail s'inscrive dans la durée. Pour la reprise du travail après avoir connu un trouble mental, les taux de

rechute en incapacité peuvent aller de 13 à 26% selon les études scientifiques (Nielsen, Yarker, Munir, & Bültmann, 2018 ; Massart, Mesters, & Bugli, 2023 ; Corbière M., et al., 2024). Cette rechute en incapacité peut être douloureuse pour l'individu et pour son entourage, non seulement en termes de santé, mais aussi au niveau financier. Il est donc important d'étudier les facteurs prédictifs de la rechute en incapacité. Dès lors, **le deuxième objectif de cette étude est d'identifier les effets de la discrimination vécue lors du retour au travail, sur la perception de l'avenir professionnel et sur le risque de rechute en incapacité.**

Enfin, différentes études ont déjà démontré que les personnes d'origine étrangère sont victimes de discrimination sur le marché du travail belge (taux d'emploi plus faibles, emplois de moindre qualité) (Baert, 2014; UNIA, 2022). Dans cette étude, nous examinerons si les effets de la discrimination lors du retour au travail varient en fonction de l'origine des personnes. Plus précisément, **le troisième objectif de cette étude est d'examiner si la discrimination vécue en raison de l'incapacité a des effets plus négatifs sur les personnes d'origine étrangère.**

1. Revue de la littérature

Avant de présenter la méthode et les résultats de l'enquête réalisée, nous présentons quelques études relevées dans la littérature scientifique, qui ont investigué la question de la discrimination en raison de l'incapacité de travail (section 1.1.), ses effets (section 1.2.), et la double discrimination subie par les personnes d'origine étrangère en situation de handicap ou de maladie (section 1.3.).

1.1. La discrimination en raison de l'incapacité de travail

1.1.1. Discrimination en raison d'une incapacité pour trouble psychique

Des études réalisées en Belgique ont montré que révéler un historique de burnout (Sterkens, Baert, Rooman, & Derous, 2021), ou de dépression¹ (Baert, De Visschere, Schoors, &

¹ Notons que le comportement de discrimination dans cette étude variait selon le sexe du recruteur : il n'était significatif, et n'affectait donc négativement, que les décisions de recrutement prises par les recruteurs masculins.

Omeij, 2024) durant une procédure de sélection, **diminue les chances d'embauche du/de la candidat-e**. Selon Sterkens et al. (2021), ce sont des perceptions négatives que les employeur-euses ont des personnes ayant vécu un burnout, par exemple le fait qu'elles auraient besoin d'adaptations, qu'elles auraient des collaborations moins plaisantes avec les autres, une moins bonne santé, ou qu'elles seraient moins capables de travailler sous pression, qui expliqueraient la moins grande probabilité des candidat-es ayant vécu un burnout, d'être invité à une interview.

Des études réalisées dans d'autres pays, comme l'Australie (Reavley, 2017), le Royaume-Uni (Kemp & Davidson, 2010) ou le Canada (Lyubikh, Turner, Barling, Reich, & Batten, 2021) ont également montré que les personnes en incapacité qui entament des démarches pour retrouver un travail, se heurtent à des **préjugés et des attitudes négatives dans leur environnement de travail**, en raison de leurs problèmes de santé (antérieurs). En particulier, les personnes souffrant (ou ayant souffert) de ces troubles qui reprennent le travail, se sentent **moins soutenues** de la part de leur environnement de travail lors cette reprise (Boštjančič & Koracin, 2014), voire se **sentent socialement exclues** au travail (Frank, et al., 2022).

D'autres types de discrimination vécue par des personnes ayant des problèmes de santé mentale au travail sont le **traitement dédaigneux** ou le **manque de compréhension de la maladie**, le fait de s'être vu contraint de **changer de responsabilités** ou de se voir **refuser des opportunités au travail**, et le fait de ne **pas bénéficier d'aménagements raisonnables** demandés pour tenir compte de leurs problèmes de santé mentale (Reavley, 2017). Des chercheur-euses américain-es (Baldwin & Marcus, 2006) ont estimé qu'environ 20% des travailleur-euses avec un trouble mental interrogés, ont rapporté avoir vécu un type de stigma lié au travail, comme s'être **vu-e refuser un emploi (3,1%), une promotion (2,8%) ou une formation (1,4%)**.

1.1.2. Discrimination en raison d'une incapacité pour trouble physique

Concernant des maladies au niveau physique, comme les **cancers**, des études ont montré que les personnes en ayant souffert peuvent être victimes de discrimination, tant lors de la recherche d'un emploi, que lors du retour au travail. Une étude menée en Belgique a ainsi montré qu'une interruption d'emploi sur le CV en raison d'un cancer **nuît aux chances de recrutement** (Baert, Caers, De Couck, Sharipova, & Sterkens, 2023). Selon les chercheur-euses,

la crainte que les personnes ayant eu un cancer soient de nouveau absentes en raison d'une maladie, pourrait expliquer leurs moindres chances d'être recrutées.

Une autre étude réalisée en Belgique (Tiedtke, et al., 2012) et une revue de la littérature (Tiedtke, de Rijk, Dierckx de Casterlé, Christiaens, & Donceel, 2010) ont quant à elles démontré que certaines femmes ayant (eu) un cancer du sein se sont **senties soutenues** par leurs collègues et supérieurs lorsqu'elles ont repris le travail, tandis que d'autres ont été confrontées à **des attitudes de discrimination**. C'était notamment le cas lorsque leurs collègues ne connaissaient pas le diagnostic, et étaient étonné-es d'apprendre que la personne a eu une absence du travail de si longue durée (Tiedtke, et al., 2012). Selon une étude réalisée en France, ce sont les femmes qui bénéficiaient d'aménagements du travail, qui ne se sentaient pas soutenues par leurs collègues, et/ou qui étaient retournées au travail par crainte de le perdre, qui étaient plus susceptibles de se sentir discriminées (De Azua, et al., 2022).

1.2. Les effets négatifs de la discrimination au travail

Plusieurs études ont montré que des actes de **discrimination ou d'exclusion sociale au travail** ont des **effets néfastes sur la santé et le bien-être**. Ainsi, le fait de se sentir exposé à de la discrimination sur le lieu de travail est associé à un risque élevé d'absentéisme (Clark, et al., 2021), une moins bonne santé physique et émotionnelle (pour les femmes), plus de stress et moins de satisfaction au travail et dans la vie, plus de maladies chroniques et de dépression, d'anxiété et d'idées suicidaires (Xu & Chopik, 2020) et moins de bien-être et de résilience (Stratton, Player, Dahlheimer, Choi, & Glozier, 2020).

Quelques études se sont penchées sur les effets de la **discrimination spécifiquement sur base d'une maladie**, et la santé. Elles ont trouvé que la discrimination au travail en raison d'un **trouble mental** est courante dans de nombreux pays. Les personnes qui en souffrent **renoncent parfois à postuler pour un emploi, une formation ou un stage**, en raison de la **crainte d'être discriminées** (Brouwers, et al., 2016), et celles qui se sentent excluent socialement au travail en raison d'un trouble mental sévère ont un risque plus grand d'**absentéisme** (Frank, et al., 2022).

Pour les personnes ayant repris le travail après un **cancer**, les perceptions négatives à leur égard peuvent engendrer chez elles une **baisse de leur confiance en elles, de l'au-**

to-stigmatisation, des sentiments de culpabilité ou de honte, une tendance à minimiser leur maladie, et à éviter de demander des aménagements du travail dont elles auraient besoin (Stergiou-Kita, Qie, Yau, & Lindsay, 2017). Ces perceptions peuvent aussi conduire à de la discrimination sur le lieu de travail, notamment en termes de harcèlement, de perte d'emploi ou encore de limitations dans les possibilités d'avancement dans la carrière (Stergiou-Kita, Qie, Yau, & Lindsay, 2017), ou un risque accru de chômage, de retraite anticipée et une moins grande probabilité d'être réemployé (Mehnert, 2011).

1.3. La double discrimination : sur base de l'origine et de l'incapacité/maladie, dans le monde du travail

Les études sur la discrimination au travail sur base de l'origine sont assez nombreuses. Que ce soit en Belgique ou dans d'autres pays, comme en Allemagne ou aux États-Unis, ces études ont montré que des candidatures pour un emploi avec un nom 'natif' reçoivent plus de rappels que les candidatures avec un nom 'non-natif' (Baert & De Pauw, 2014). Selon une méta-analyse, les membres de minorités ethniques devaient envoyer environ 50% de CV de plus que des candidat·es de la majorité ethnique de même niveau de qualification, pour être invités à un entretien d'embauche (Zschirnt & Ruedin, 2016).

Non seulement les chances d'embauche des personnes d'origine étrangère sont moins élevées, mais une fois embauchées, elles sont aussi plus susceptibles d'être victimes de comportements de discrimination au travail, comme par exemple, être exclues de réseaux sociaux importants, ou être moins bien rémunérées (Lippens, Baert, Ghekiere, Verhaeghe, & Derous, 2022). En Belgique, UNIA (2022) fait les mêmes constats : en comparaison aux personnes d'origine belge, les personnes d'origine étrangère ont des taux d'emploi plus faibles, occupent des postes moins durables et moins qualitatifs, et sont moins bien rémunérées, et ce d'autant plus lorsqu'elles ont plus de 55 ans, sont des femmes, des mères, et/ou des migrant·es récentes (UNIA, 2022).

Les conséquences de cette discrimination en raison de l'origine, sur la santé, ont également été étudiées. Plusieurs études ont ainsi démontré des effets négatifs sur la santé mentale (Gee, Ryan, Laflamme, & Holt, 2006), le risque de souffrir de maladies cardio-vasculaires (Wyatt, et al., 2003), ou d'avoir des perturbations de la tension artérielle (Brondolo, Rieppi, Nelly, & Gerin, 2003).

Alors que les études sur la discrimination en raison de l'origine sont nombreuses, moins de recherches se sont attachées à investiguer les discriminations subies par les personnes qui appartiennent à la fois au groupe des personnes en situation de handicap ou de maladies, et au groupe de personnes racisées (Berghs & Dyson, 2022 ; Fuentes, Hsu, Patel, & Lindsay, 2023).

Cette prise en compte de l'impact de l'appartenance à des identités sociales multiples renvoie à une approche intersectionnelle, défini comme « un cadre théorique qui postule que de multiples catégories sociales (par exemple, la race, l'ethnicité, le genre, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique) se croisent au niveau micro de l'expérience individuelle, pour refléter de multiples systèmes imbriqués de privilège et d'oppression au niveau macro, socio-structurel (par exemple, le racisme, le sexisme, l'hétérosexisme) » (Bowleg, 2012, p. 1, notre traduction). Ce concept a été initialement proposé par Kimberlé Crenshaw en 1989 pour décrire comment les femmes afro-américaines étaient à la fois victimes de racisme et de sexisme. Une approche intersectionnelle permet de ne pas réduire les personnes à un ensemble de caractéristiques individuelles, mais de faire une analyse dynamique des mécanismes et structures discriminatoires (UNIA, 2025a). En outre, le concept de l'intersectionnalité permet de souligner le fait que les discriminations, loin de simplement s'additionner, se renforcent mutuellement, et peuvent engendrer des formes de discrimination encore plus aiguës. Pour simplifier, l'intersectionnalité désigne une approche qui permet d'appréhender la situation unique de personnes subissant, simultanément, plusieurs formes de discrimination.

Récemment, Fuentes, Hsu, Patel et Lindsay (2023) ont fait une revue de la littérature sur la double discrimination subie par les personnes appartenant à la fois au groupe de personnes en situation de handicap et au groupe de personnes racisées. La majorité des études répertoriées ont trouvé que les taux de discrimination rapportés sur le lieu de travail sont plus élevés pour les personnes racisées et en situation de handicap, que pour les personnes blanches en situation de handicap. Leurs résultats ont également montré que l'intersection entre le validisme (ableism ou discrimination sur base du handicap) et le racisme entraîne des conséquences négatives en termes d'emploi et de conditions de travail (par exemple, taux d'emploi plus faible, revenus plus faibles), de bien-être au travail (par exemple, faible sentiment de sécurité au travail, moins bonne santé mentale et/ou physique) et d'avancement professionnel (par exemple, moins de pro-

motions). Autrement dit, les **personnes racisées en situation de handicap vivent des expériences plus négatives sur le marché du travail, en termes de santé, de bien-être et d'opportunités de carrière**, que les personnes blanches en situation de handicap. D'autres chercheur-euses (Berghs & Dyson, 2022) ont également souligné que les personnes noires sont traitées plus négativement par rapport à leur situation de handicap, que les personnes blanches en situation de handicap, et que la recherche scientifique ne s'est pas suffisamment intéressée à cette problématique jusqu'à présent.

Notons ici qu'à notre connaissance, **l'intersection entre la discrimination en raison de l'incapacité et d'autres variables, telles que le sexe ou l'âge**, n'a pas non plus été suffisamment étudiée. Certain-es chercheur-euses soulignent ainsi que les femmes en situation de handicap souffrent d'une double discrimination, ce qui les place dans une situation inéquitable par rapport à la population en général, et aux hommes en situation de handicap en particulier (Cano & de la Fuente Robles, 2016). La question de la double discrimination subie sur base de l'âge et du handicap mérite également d'être davantage investiguée (Cichy, Li, McMahon, & Rumrill, 2015). Bien que la présente étude porte sur l'intersection entre la discrimination en raison de l'incapacité et l'origine, nous vérifierons également si la discrimination vécue en raison de l'incapacité varie en fonction du sexe et de l'âge, et d'autres variables potentiellement pertinentes.

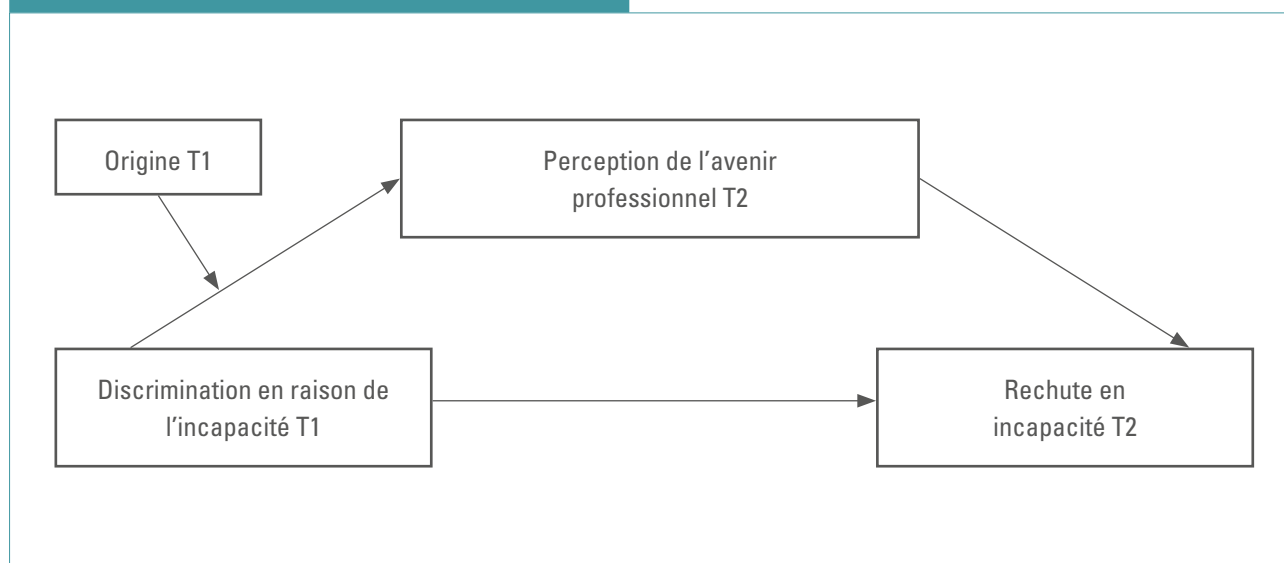
2. Développement des hypothèses de recherche

Dans cette section, nous présentons le raisonnement qui a conduit, sur base de la littérature scientifique, au développement des hypothèses de recherche. Un aperçu du modèle de recherche est présenté dans la figure 1.

2.1. Les effets de la discrimination vécue en raison de l'incapacité sur la perception de l'avenir professionnel et la rechute en incapacité

Dans cette étude, nous investiguons les effets de la discrimination en raison de l'incapacité sur la perception de l'avenir professionnel et la rechute. Dans la littérature scientifique, la perception de l'avenir professionnel est définie comme la perception du temps et des opportunités restantes dans la carrière professionnelle (Zacher & Frese, 2009). Plusieurs études ont montré que percevoir positivement son avenir professionnel a des **effets bénéfiques tant sur la santé** (par exemple, moins de détresse psychologique) que sur le **bien-être** (par exemple, plus de sentiment d'auto-efficacité dans les apprentissages), et des **conséquences positives au travail** (par exemple, plus grande satisfaction au travail, plus d'engagement dans le travail, meilleure employabilité) (Henry, Zacher, & Desmette, 2017).

Figure 1 : Modèle de recherche



Différents facteurs **peuvent influencer positivement** cette perception de l'avenir professionnel (Henry, Zacher, & Desmette, 2017) et amener les travailleur-euses à percevoir plus d'opportunités dans leur travail. Il peut s'agir de **facteurs** tant au niveau **individuel** (par exemple, être jeune, en bonne santé, optimiste) que **contextuels** (par exemple, un climat organisationnel soutenant la diversité des âges).

Nous avons vu précédemment (section 1.2.) que la discrimination vécue en raison de l'incapacité de travail peut nuire aux perspectives d'emploi et de carrière des personnes qui en sont victimes (par exemple, Brouwers et al., 2016). Sur base de ces études, nous supposons dès lors **comme première hypothèse (H1), qu'être discriminé-e lors du retour au travail en raison de son incapacité affecte négativement la perception de l'avenir professionnel.**

Nous avons également vu que la discrimination vécue en raison de l'incapacité de travail a des effets négatifs sur la santé, et peut augmenter le risque d'absentéisme pour maladie de longue durée (Frank, et al., 2022). Sur base de ces études, nous supposons également comme **deuxième hypothèse (H2) que la discrimination vécue en raison de l'incapacité de travail augmente le risque de rechute en incapacité.**

Enfin, plusieurs études (Black, Sim, Collie, & Smith, 2017; Cancelliere, et al., 2016; Etuknwa, Daniels, & Eib, 2019) suggèrent que des concepts liés à la perception de l'avenir professionnel, tels que le sentiment d'auto-efficacité² et des attentes optimistes en matière de rétablissement et de retour au travail, peuvent contribuer à un retour au travail durable. Sur base de ces études, on peut donc supposer, comme **troisième hypothèse (H3), que le fait de percevoir positivement son avenir professionnel diminue le risque de rechute en incapacité.**

2.2. L'influence de l'origine

Sur base des études qui suggèrent que les personnes d'origine étrangère souffrant d'un handicap, d'une maladie ou d'une incapacité de travail, pourraient particuliè-

rement souffrir de la discrimination au travail (Berghs & Dyson, 2022 ; Fuentes, Hsu, Patel, & Lindsay, 2023), nous supposons qu'elles seront davantage négativement affectées par la discrimination en raison de l'incapacité lors du retour au travail. En particulier, **nous supposons comme quatrième hypothèse (H4) que la discrimination en raison de l'incapacité affecte davantage négativement la perception de l'avenir professionnel des personnes d'origine étrangère.** De plus, dans la mesure où nous supposons que le fait de percevoir positivement son avenir professionnel diminue le risque de rechute (H2), **nous supposons comme cinquième et dernière hypothèse (H5) qu'indirectement, la discrimination en raison de l'incapacité augmente davantage le risque de rechute en incapacité des personnes d'origine étrangère, via son effet négatif sur la perception de l'avenir professionnel (hypothèse d'effet indirect modéré).**

3. Méthode

3.1. Échantillon

Cette recherche fait suite à une précédente étude du service d'études de la MC (Henry, Avalosse, & Vancorenland, 2024), dans laquelle 5.100 participant-es³ avaient répondu à un questionnaire sur le vécu lors de l'accompagnement vers le retour au travail, qui leur avait été envoyé à la mi-novembre 2023 (1^{er} temps de mesure 'T1').

Parmi ces 5.100 répondant-es, 3.322 avaient donné leur accord pour être de nouveau recontacté-es, dans le cadre de cette étude. Début juillet 2024, ces répondant-es ont reçu un second questionnaire sur cette même thématique (2^{ème} temps de mesure 'T2'). Parmi eux-elles, 1.727 ont répondu entièrement au second questionnaire (taux de réponse de 52%).

Pour être inclus dans l'échantillon analysé dans la présente étude, les participant-es devaient répondre à différents critères nécessaires pour pouvoir tester le modèle de recherche, notamment :

2 Le sentiment d'auto-efficacité de la personne est défini comme la croyance qu'un individu a en sa propre capacité à accomplir avec succès un comportement spécifique (Bandura, 1977).

3 Ces participant-es répondaient aux critères d'inclusion suivants : soit être en incapacité de travail depuis minimum trois mois, et maximum quatre ans ; soit avoir repris le travail, après avoir connu une période d'incapacité de minimum trois mois et maximum quatre ans, qui s'est terminée au maximum douze mois avant la date d'envoi de l'enquête.

Tableau 1 : Description des participant·es ayant répondu uniquement au 1^{er} temps de mesure (T1) et des participant·es ayant répondu aux deux temps de mesure (T1 et T2) (Source : MC)

	T1			T1 et T2		
	N	%	Moyenne (Ecart-Type)	N	%	Moyenne (Ecart-Type)
Âge	2.133		48,5 (10,2)	506		49,1 (9,8)
Sexe						
Femmes	1.485	69,6		361	71,3	
Hommes	648	30,4		145	28,7	
Origine						
Belge, sans origine migratoire	1.942	91,5		468	92,5	
Belge, avec origine migratoire ou non-Belge	191	9,5		38	7,5	
Région de résidence						
Flandre	1.543	72,3		362	71,5	
Wallonie	508	23,8		130	25,7	
Bruxelles	57	2,7		12	2,4	
En-dehors de la Belgique	25	1,2		2	0,4	
Langue						
Français	581	27,2		142	28,1	
Néerlandais	1.552	72,8		364	71,9	
Niveau d'études						
Primaire, secondaire inférieur ou supérieur	1.010	47,4		175	34,6	
Enseignement supérieur	1.123	52,6		331	65,4	
Temps de travail						
Temps partiel	802	37,6		174	34,4	
Temps plein	1.331	62,4		332	65,6	
Type de travail						
Intellectuel	1.190	55,8		337	66,6	
Manuel	943	44,2		169	33,4	
Pathologies à l'origine de l'incapacité						
Physiques	1.363	63,9		293	57,9	
Mentales	770	36,1		213	42,1	
Nombre de mois d'incapacité			11,3 (9,7)			12,8 (10,6)
Santé subjective			3,1 (0,8)			3,2 (0,8)

- avoir encodé correctement le numéro de référence (ce numéro était le même pour le premier et le second temps de mesure)⁴;
- avoir repris le travail et ce, en tant qu'employé·e⁵, lors du 1^{er} temps de mesure ;
- être soit toujours au travail, ou être de nouveau en incapacité, au 2^{ème} temps de mesure⁶.

Après application de ces différents critères, l'échantillon final de cette étude comportait 506 participant·es, dont l'âge moyen était de 49 ans (écart-type = 10 ans). La majorité de l'échantillon était de sexe féminin (71%), d'origine belge (93%), habitant en Flandre (72%) et ayant un travail de type intellectuel (67%). La majorité (58%) des participant·es souffrait de pathologies de type physique (maladies de

4 Afin que nous puissions lier leurs réponses au 2^{ème} temps de mesure, à celles du 1^{er} temps de mesure.

5 Dans la mesure où la discrimination lors du retour au travail renvoie principalement à des comportements subis de la part des collègues et du·de la supérieur·e, les questions la mesurant avaient été posées uniquement aux personnes qui exerçaient une activité en tant qu'employé·e (pas aux indépendant·es).

6 Comme la variable dépendante de cette étude est la rechute, il était nécessaire d'avoir dans l'échantillon des personnes qui étaient soit toujours au travail au 2^{ème} temps de mesure (pas de rechute), soit qui étaient de nouveau en incapacité au 2^{ème} temps de mesure (rechute).

l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif ; cancer ; entorses, fractures et lésions, etc.) ; 42% souffrant de pathologies mentales (burnout, troubles psychologiques, etc.). La description de cet échantillon ainsi que de l'échantillon de base ayant répondu uniquement au 1^{er} temps de mesure et correspondant aux critères d'inclusion ci-dessus, est fournie dans le tableau 1. Ce tableau comprend également d'autres variables socio-démographiques et d'emploi décrivant l'échantillon. Les mesures de ces variables sont décrites dans la section 3.2.

Des analyses d'attrition (l'étude de la perte de participant-es au fil du temps) ont été réalisées, afin de vérifier si les participant-es qui ont répondu uniquement au 1^{er} temps de mesure, diffèrent significativement de ceux et celles qui ont répondu aux deux temps de mesure, en termes d'âge, d'origine, de pathologie, de région, de sexe et de type de travail. La seule différence significative, parmi ces variables, concerne le type de travail : les participant-es ayant un travail essentiellement intellectuel sont proportionnellement plus nombreux parmi les participant-es ayant répondu aux deux temps de mesure, en comparaison aux participant-es ayant répondu seulement au premier temps de mesure (test khi carré significatif). Afin de tenir compte de ce potentiel biais, la variable 'type de travail' sera contrôlée dans les analyses ultérieures visant à tester le modèle de recherche.

3.2. Mesures

Les variables indépendantes⁷ du modèle de recherche (discrimination et origine) ont été mesurées lors de la 1^{ère} récolte de données, alors que les variables dépendantes⁸ (perception de l'avenir professionnel et rechute en incapacité) ont été (re)mesurées lors du 2^{ème} temps de mesure. Le fait d'avoir mesuré les variables, avec un délai de huit mois entre les deux temps de mesure (design longitudinal), permet d'établir un ordre temporel entre les variables. Cela offre la possibilité d'explorer des relations potentielles de causalité en identifiant une antériorité temporelle ; néanmoins, il est important de souligner que cette seule caractéristique ne suffit pas à prouver de manière définitive la direction des influences, car des effets bidirectionnels ou des variables confondantes pourraient également jouer un rôle.

téristique ne suffit pas à prouver de manière définitive la direction des influences, car des effets bidirectionnels ou des variables confondantes pourraient également jouer un rôle.

La **discrimination en raison de l'incapacité lors du retour au travail** (T1⁹) a été mesurée avec une échelle de neuf items adaptés à l'incapacité de travail par Georges et Desmette (2025), sur base d'une échelle mesurant la discrimination au travail en raison de l'âge (Marchiondo, Gonzales, & Ran, 2016). Il était demandé aux participant-es d'indiquer, sur une échelle de Likert allant de un (jamais) à cinq (toujours), dans quelle mesure ils-elles ont été victimes d'un certain nombre de situations, lors de ou depuis leur retour au travail, par exemple : « J'ai été injustement écarté-e pour un rôle/une tâche en raison de mon incapacité de travail ». Un score élevé sur cette échelle indique que la personne a ressenti de la discrimination en raison de son incapacité, lors de son retour au travail. Les analyses factorielles¹⁰ réalisées sur la mesure au temps 1 ont montré que tous les items avaient une saturation supérieure au seuil de 0,40 sur un seul facteur, et un indice de cohérence interne (alpha de Cronbach¹¹) largement supérieur au seuil de 0,70 recommandé par Nunnally (1978) ($\alpha = 0,92$).

La **perception de l'avenir professionnel** (T2¹²) a été mesurée sur une échelle de Likert allant de un (pas du tout d'accord) à cinq (tout à fait d'accord) avec six items provenant de l'échelle de Zacher et Frese (2009). Les participant-es étaient invité-es à exprimer leur degré d'accord sur des items tels que « Beaucoup d'opportunités m'attendent dans mon futur professionnel ». Plus le score total est élevé, plus les participant-es perçoivent qu'il leur reste du temps et des opportunités dans leur avenir professionnel. Tous les items saturaient correctement sur leur facteur ($> 0,40$) et avaient un indice de cohérence interne satisfaisant ($\alpha = 0,89$).

La variable de **rechute en incapacité** (T2) a été mesurée en demandant aux répondant-es de cocher la réponse qui correspondait le mieux à leur situation professionnelle

7 Les variables indépendantes sont les variables dont on suppose qu'elles vont avoir un effet sur les variables dépendantes.

8 Les variables dépendantes sont les variables supposées être influencées par les variables indépendantes.

9 Nous utilisons l'acronyme 'T1' pour désigner le 1^{er} temps de mesure.

10 L'analyse factorielle est une méthode statistique utilisée pour réduire la dimensionnalité d'une matrice de données obtenues par questionnaire fermé. Elle vise à extraire des facteurs communs qui expliquent une grande partie de la variance totale des données. En d'autres termes, cette méthode permet de regrouper les différentes questions abordant le même thème en grands facteurs, chacun représentant un thème distinct.

11 L'alpha de Cronbach est une mesure de la cohérence interne (ou de l'homogénéité) d'une échelle composée de plusieurs items, les réponses aux items d'une même échelle portant sur un même sujet devant être corrélées. Il indique dans quelle mesure les items d'une échelle constituent une mesure équivalente d'un même concept.

12 Nous utilisons l'acronyme 'T2' pour désigner le 2^{ème} temps de mesure.

au moment de la deuxième enquête (été 2024), parmi les quatre options de réponse suivante :

1. je n'ai jamais repris le travail, ma situation est la même que fin 2023 ;
2. j'avais repris le travail avant fin 2023, mais j'ai entre-temps fait une rechute, et je suis de nouveau en incapacité de travail actuellement ;
3. j'avais repris le travail avant fin 2023, et je travaille toujours actuellement ;
4. j'étais en incapacité de travail fin 2023, mais entre fin 2023 et août 2024, j'ai repris le travail, et je travaille toujours actuellement.

Dans la mesure où cet échantillon n'inclut que des personnes qui étaient au travail au 1^{er} temps de mesure¹³, les participant-es qui ont coché la 1^{ère} ou la 4^{ème} option de réponse n'ont pas été retenus dans l'analyse. La variable de rechute¹⁴ en incapacité est codée 0 pour 'pas de rechute' et 1 pour 'rechute'.

La variable « **origine** » (T1) est codée 0 pour désigner les personnes d'origine belge, et 1 pour désigner les personnes d'origine étrangère ou d'origine belge et issue de l'immigration. Elle a été construite sur base de la variable nationalité (1 = nationalité belge ; 2 = nationalité non-belge d'un pays de l'Union européenne et 3 = nationalité non-belge, d'un pays ne faisant pas partir de l'Union européenne) et de la variable d'immigration, où il était demandé aux personnes de nationalité belge si elles sont issues de l'immigration.

Les variables de contrôle incluses dans les analyses sont, conformément aux recommandations de Becker (2005) celles qui corrôlaient significativement avec les deux variables dépendantes (perception de l'avenir professionnel et rechute en incapacité), parmi la liste de variables susceptibles de les influencer (identifiées sur base de la littérature scientifique). Les variables suivantes corrôlaient soit avec la perception de l'avenir professionnel, soit avec la rechute en incapacité, soit avec les deux :

- la langue (0 = français et 1 = néerlandais) ;
- le type de travail (0 = manuel et 1 = intellectuel) ;
- la durée de l'incapacité (mesurée en nombre de mois) ;
- la santé subjective (évaluée sur une échelle allant de 1= très mauvaise à 5 = très bonne) ;

- l'âge (mesuré en nombre d'années) ;
- le sexe (0 = homme et 1 = femme) ;
- le niveau d'éducation (évalué sur une échelle allant de 1 = enseignement primaire à 5 = enseignement supérieur de type long) ;
- le temps de travail (évalué sur une échelle allant de 1 = moins qu'un mi-temps à 5 = temps plein) ;
- le type de pathologie (0 = physique et 1 = mental).

Ces variables ont donc été introduites comme variables de contrôle lors de la première étape des analyses de régression, décrites dans la section suivante.

3.3. Analyses

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS 23. Les modèles ayant pour variable dépendante la perception de l'avenir professionnel ont été corrigés pour la langue, le type de travail, la durée de l'incapacité, la santé subjective, l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le temps de travail et le type de pathologie. Les modèles ayant pour variable dépendante la rechute en incapacité, ont été corrigés pour le type de travail, la durée de l'incapacité, et la santé subjective.

Nous avons produit des statistiques descriptives (voir Tableau 1). La perception de l'avenir professionnel étant une variable quantitative, les hypothèses (H1 et H4) ont été testées à l'aide d'une analyse de régression linéaire multiple, avec l'introduction des variables de contrôle dans la première étape, les prédicteurs principaux (discrimination et origine au T1) dans la seconde étape (voir Tableau 2), et leur interaction dans la 3^{ème} étape (voir Tableau 3). Pour le test des hypothèses (H2 et H3) concernant les facteurs de rechute en incapacité (variable catégorielle), une régression logistique multiple a été réalisée, en suivant les mêmes étapes. Enfin, la dernière hypothèse (H5) est une hypothèse de médiation modérée (Hayes, 2013), qui consiste à tester si l'effet de la discrimination vécue en raison de l'incapacité (variable indépendante) sur le risque de rechute en incapacité (variable dépendante), est en partie expliqué par son effet négatif sur la perception de l'avenir professionnel (variable médiatrice), et si cet effet indirect est plus fort chez les personnes d'origine étrangère (variable modératrice) (voir Figure 1). Pour tester cette hypothèse, nous avons utilisé le modèle 7 de la macro SPSS

13 Il s'agit d'une condition nécessaire pour tester le modèle de recherche : voir description ci-dessus des critères d'inclusion.

14 Nous définissons donc dans cette étude, la rechute comme le fait d'être à nouveau en incapacité de travail 8 mois après le premier temps de mesure. Ceci nous permet de capter un plus large spectre de situations de rechute, que si nous nous étions basé sur la définition administrative de la rechute (même cause, dans les 14 jours pour l'incapacité primaire et dans les 3 mois pour l'invalidité, définition encore en vigueur au moment de cette publication).

PROCESS de Hayes (2013), avec des variables centrées sur la moyenne, 5.000 rééchantillonnages en *bootstrap*¹⁵, et des intervalles de confiance à 95% (voir Tableau 4).

3.4. Limites

Cette étude comporte des limites méthodologiques. Tout d'abord, la discrimination vécue lors du retour au travail a été **mesurée de manière rétrospective** (c'est-à-dire, en demandant aux personnes de se rappeler si elles ont été victimes de comportements de discrimination, lors de ou depuis leur retour au travail). Or, ce moment de reprise du travail ne correspondait pas forcément au moment où elles ont rempli le questionnaire (elles pouvaient l'avoir repris plusieurs mois avant de remplir le questionnaire). Un **biais de mémoire** est donc possible. Cependant, notre échantillon incluait uniquement des personnes qui au premier temps de mesure, avaient repris le travail, après avoir connu une période d'incapacité qui s'est terminée au maximum douze mois avant la date d'envoi de l'enquête. Dans la mesure où la littérature scientifique (Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017) considère qu'une enquête portant sur un événement ayant eu lieu de trois à douze mois dans le passé est acceptable pour obtenir des résultats précis, nous estimons que le risque que ce biais de mémoire impacte fortement nos résultats est relativement limité. De plus, les expériences de discrimination étant des événements traumatisant (et donc important pour la personne), la possibilité de s'en souvenir est d'autant plus probable (Coughlin, 1990).

Par ailleurs, les données de cette étude sont issues de mesures **auto-rapportées** : elles se basent donc sur les perceptions et les réponses des participant·es à l'enquête, telles qu'ils-elles nous les ont rapportées. Il s'agit donc bien de **mesures subjectives** (par exemple, la discrimination était mesurée sur base du vécu de la personne, et de son interprétation qu'elle a eu lieu en raison de son incapacité de travail). Cependant, l'utilisation de mesures auto-rapportées est tout à fait appropriée dans les études qui mesurent des événements personnels (Conway & Lance, 2010), comme la perception de l'avenir professionnel ou le vécu de discrimination lors du retour au travail.

Une autre limite est le **nombre beaucoup plus faible** dans notre échantillon final, **de personnes d'origine étrangère ou de personnes ayant rechuté**, que de personnes d'origine belge ou n'ayant pas rechuté. Cependant, malgré le faible nombre de ces personnes, nous avons trouvé des effets statistiquement significatifs entre ces variables, sur base des analyses effectuées. Notons cependant que le groupe de personnes d'origine étrangère étant majoritairement composé de femmes (31 sur les 38 personnes d'origine étrangère de l'échantillon), les conclusions que nous tirons dans cette étude sur les effets de l'origine, sont **davantage généralisables au groupe des femmes d'origine étrangère**. Cette limite de l'étude peut aussi être considérée comme un apport, dans la mesure où elle implique une approche intersectionnelle.

Enfin, il convient de rappeler que notre échantillon n'est **pas tout à fait représentatif de la population des personnes en invalidité et en incapacité primaire en Belgique**. Par rapport aux personnes en invalidité en 2023 au sein du régime général (INAMI, 2024)¹⁶, notre échantillon comporte proportionnellement **plus de femmes**, plus de travailleur·euses de **moins de 45 ans**, plus de personnes habitant en **Flandres**, exerçant **un métier intellectuel** et souffrant d'une **maladie mentale**. Ce qui signifie que ces personnes sont sur-représentées dans notre échantillon, par rapport à leur nombre dans la population de personnes en invalidité. Bien que le fait d'avoir inclus ces variables comme variables de contrôle dans les analyses diminue le risque qu'elles biaisent les résultats, nous devons souligner que les résultats de notre étude sont **davantage généralisables aux personnes qui correspondent à ces caractéristiques**.

15 Le *bootstrap*, selon Hayes (2013), est une méthode statistique utilisée pour analyser comment une variable influence une autre. Elle fonctionne en générant des échantillons fictifs à partir de l'échantillon initial, afin d'estimer l'effet indirect.

16 Rappelons que notre échantillon comporte aussi des personnes en incapacité de travail primaire (inférieure à 1 an) et ne doit donc pas être tout à fait comparé à l'échantillon de personnes en invalidité (incapacité de travail supérieure à 1 an), qui est le seul pour lequel nous disposons de données sur les caractéristiques socio-démographiques de la population, sur base des données de l'INAMI.

4. Résultats

4.1. Résultats descriptifs

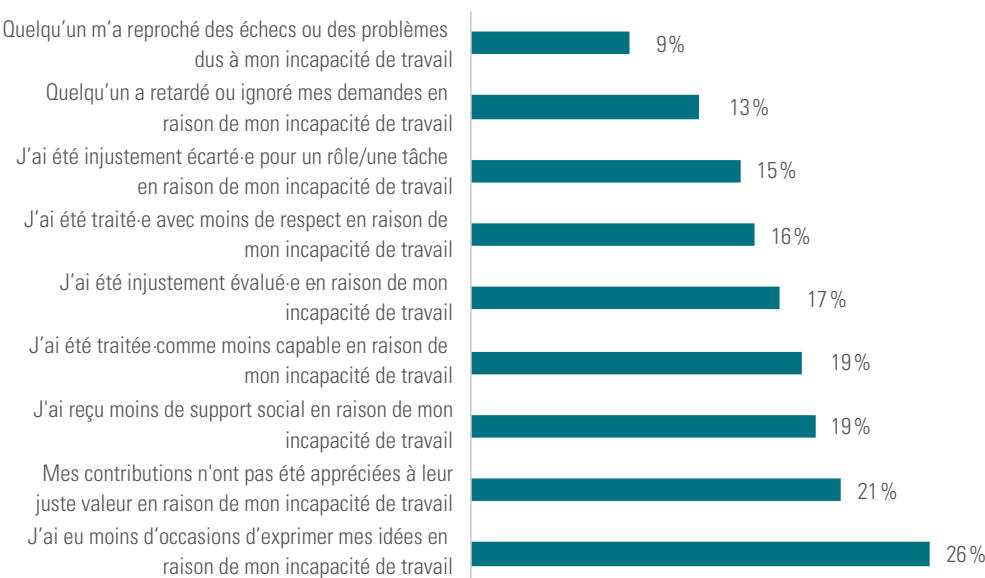
Avant de présenter les résultats de la modélisation statistique, nous présentons ci-dessous les analyses descriptives (moyennes et fréquences) sur les différentes variables utilisées.

4.1.1. Discrimination vécue lors du retour au travail, perception de l'avenir professionnel, et rechute en incapacité

Les participant-es avaient un score moyen de **discrimination vécue lors du retour au travail** de 1,56 (mesuré sur une échelle de 1 à 5) , avec un écart-type (ET) de 0,76. Les

résultats en termes de fréquence sur les items de cette variable sont présentés dans la figure 2, en additionnant le pourcentage de personnes ayant répondu 'parfois', 'souvent' ou 'toujours', pour chaque proposition, parmi les 506 répondant-es au questionnaire. On constate qu'au moins 9% **des personnes interrogées affirment avoir été victimes (parfois, souvent ou toujours) de situations de discrimination en raison de leur incapacité de travail, lorsqu'elles ont repris le travail**. C'est presque une personne sur dix. Pour certains comportements de discrimination, ces pourcentages pouvaient même atteindre 26%. Par exemple, 26% des répondant-es ont répondu avoir eu (soit parfois, soit souvent, soit toujours), moins d'occasions d'exprimer leurs idées en raison de leur incapacité de travail, et 21% ont déclaré (soit parfois, soit souvent, soit toujours) que leurs contributions ne sont pas appréciées à leur juste valeur en raison de leur incapacité de travail.

Figure 2 : Pourcentage de répondant-es rapportant avoir vécu parfois, souvent ou toujours, de la discrimination en raison de leur incapacité, lors du retour au travail, selon la forme de discrimination (Source : MC)



Nous avons également examiné si le niveau de discrimination vécue en raison de l'incapacité varie en fonction du sexe, de l'origine, de l'âge, du type de pathologie, de l'état de santé perçue, et du type de métier. Nous n'avons trouvé aucune différence significative sur ces variables (toutes les p-valeurs étaient supérieures au seuil de 0,05) à l'exception du type de travail : les personnes exerçant un métier essentiellement intellectuel rapportent un score moyen de discrimination vécue en raison de l'incapacité ($M = 1,60$), supérieur à celui des personnes exerçant un métier essentiellement manuel ($M = 1,47$, $p < 0,05$).

Concernant la **perception de l'avenir professionnel**, le score moyen mesuré sur une échelle de 1 à 5, était de 2,72 ($ET = 0,91$). On constate que les personnes qui n'ont pas rechuté en incapacité perçoivent plus positivement leur avenir professionnel ($M = 2,78$, $ET = 0,91$) que les personnes ayant rechuté ($M = 2,35$, $ET = 0,78$) ($t = 3,79$, $p < 0,001$).

Enfin, concernant la **rechute en incapacité**, 433 personnes (86%) ont déclaré qu'elles étaient toujours au travail au 2^{ème} temps de mesure, tandis que 73 (14%) ont déclaré qu'elles étaient de nouveau en incapacité au moment de répondre au deuxième temps de mesure.

4.1.2. L'influence de l'origine

Nous avons également examiné si les personnes d'origine étrangère ont des scores moyens de discrimination vécue, de perception de l'avenir professionnel, et de rechute, qui diffèrent de ceux des personnes d'origine belge. Les analyses n'ont **pas permis de montrer que les personnes d'origine étrangère se sentent plus ou moins discriminées** lors du retour au travail, en raison de l'incapacité de travail, que les personnes d'origine belge ($t = 1,07$, $p > 0,05$), **ni qu'elles perçoivent plus ou moins positivement leur avenir professionnel**, que ces dernières ($t = -0,23$, $p > 0,05$).

En revanche, la proportion de rechutes en incapacité parmi les personnes d'origine étrangère (qui sont pour rappel majoritairement des femmes dans cette étude) **est de 29%, alors qu'elle est de 13% parmi les personnes d'origine belge**. Cette différence est significative ($\chi^2 = 7,02$, $p < 0,01$), ce qui signifie que dans cette étude, **il y a parmi**

le groupe de personnes d'origine étrangère, davantage de personnes qui retombent en incapacité après avoir repris le travail, en comparaison au groupe de personnes d'origine belge. Ce résultat doit être compris dans le cadre large et intersectionnel des discriminations. Et en aucun cas comme s'il existait un lien de causalité direct entre l'origine et la propension à rechuter. Nous y revenons dans la section suivante.

4.2. Test d'hypothèses : analyses de régression et de médiation modérée

Dans la partie qui suit, nous allons présenter les résultats du test des hypothèses du modèle de recherche.

4.2.1. Les effets de la discrimination vécue en raison de l'incapacité, sur la perception de l'avenir professionnel et le risque de rechute

Les résultats des tests des deux premières hypothèses, selon lesquelles la discrimination vécue en raison de l'incapacité de travail affecterait négativement la perception de l'avenir professionnel (H1) et augmenterait le risque de rechute en incapacité (H2) se trouvent dans le tableau 2. Rappelons que ces hypothèses ont été testées en contrôlant l'effet potentiel d'autres variables confondantes¹⁷.

Conformément à notre première hypothèse, la discrimination vécue sur base de l'incapacité mesurée au T1, est négativement liée au fait de percevoir positivement l'avenir professionnel au T2 ($\beta = -0,12$, $p < 0,01$). Autrement dit, les personnes qui ont répondu au 1^{er} temps de mesure qu'elles se sont senties discriminées en raison de leur incapacité lorsqu'elles ont repris le travail, obtiennent également des scores plus faibles sur l'échelle de perception positive de l'avenir professionnel au 2^{ème} temps de mesure¹⁸. **Ces résultats soutiennent donc notre première hypothèse (H1) et suggèrent que le vécu d'une telle discrimination peut nuire durablement à la manière dont la personne se projette dans son avenir professionnel.**

17 Sur base des analyses de corrélation, il s'agissait de la langue, du niveau d'études, du type de travail, du temps de travail, de la durée de l'incapacité, de la santé subjective, du sexe, de l'âge et du type de pathologie pour la perception de l'avenir professionnel ; et du type de travail, de la durée de l'incapacité et de la santé subjective, pour la rechute en incapacité.

18 Notons que lorsque dans cette analyse, nous contrôlons pour le niveau de perception de l'avenir professionnel au T1 (comme c'est le cas dans l'analyse du tableau 3), la relation entre la discrimination vécue mesurée au T1 et la perception de l'avenir professionnel au T2, devient non-significative ($\beta = -0,04$, $p = n.s.$), ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le niveau de la variable au 1^{er} temps de mesure explique la majorité de son niveau au second temps de mesure.

En revanche, nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre la discrimination vécue en raison de l'incapacité mesurée au T1, et le fait d'être d'avoir rechuté en incapacité au T2 (H2) (OR¹⁹ = 1,27, p = 0,15). En d'autres termes, sur base de nos résultats, le fait de se sentir discriminé lors de son retour au travail (mesuré au T1) n'est pas directement lié à un plus grand risque de rechute en incapacité (mesuré au T2). Notre deuxième hypothèse n'est donc pas confirmée.

Notons tout de même que parmi les variables contrôles, **le type de travail et la santé subjective sont significativement liés à la rechute en incapacité (voir Tableau 2)**. Les personnes exerçant des métiers intellectuels sont moins susceptibles de rechuter que celles exerçant des métiers manuels (OR = 0,42, p < 0,001) et plus les personnes évaluent leur santé comme étant bonne au T1, moins elles sont susceptibles d'être de nouveau en incapacité au T2 (OR = 0,48, p < 0,001).

4.2.2. Lien entre perception de l'avenir professionnel, et risque de rechute en incapacité

Dans la troisième hypothèse, nous supposons que le fait de percevoir positivement son avenir professionnel diminue le risque de rechute en incapacité (H3). Les résultats du test de cette hypothèse se trouvent également dans le tableau 2. En rajoutant dans le modèle du test de l'hypothèse précédente, **la perception de l'avenir professionnel au T2** comme variable prédictive du risque de rechute en incapacité, les résultats montrent qu'elle **n'est pas significativement liée à la rechute au T2** (OR = 0,75, p = 0,09). Bien que nous ne puissions pas dire que notre troisième hypothèse est confirmée²⁰, nous observons tout de même une tendance²¹ entre ces deux variables, dans le sens où la perception positive de l'avenir professionnel, pourrait diminuer le risque de rechute en incapacité.

Tableau 2 : Résultats des analyses de régression prédisant la perception de l'avenir professionnel et la rechute (Source : MC)

Variables	Perception de l'avenir professionnel T2		Rechute T2		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
	β	β	OR	OR	OR
Langue	0,10**				
Niveau d'études	0,09				
Type de travail	0,02		0,42***		
Temps de travail	0,08*				
Durée de l'incapacité	-0,12**		1,01		
Santé subjective	0,26***		0,48***		
Sexe	0,03				
Âge	-0,37***				
Pathologie	-0,07				
Origine	0,01		2,53*		
Discrimination T1		-0,12**		1,27	
Perception de l'avenir professionnel T2					0,75†

Note. N = 506. Les coefficients de régression standardisés (β) et les odd-ratio (OR) sont indiqués.

La langue est codée 0 = français ; 1 = néerlandais ; le type de travail est codé 0 = manuel ; 1 = intellectuel ; la durée de l'incapacité est mesurée en nombre de mois ; la santé subjective est évaluée sur une échelle allant de 1 = très mauvaise à 5 = très bonne ; l'âge est mesuré en nombre d'années ; le sexe est codé 0 = homme et 1 = femme ; le niveau d'éducation était évalué sur une échelle allant de 1 = enseignement primaire à 5 = enseignement supérieur de type long ; le temps de travail était évalué sur une échelle allant de 1 = moins qu'un mi-temps à 5 = temps plein ; et le type de pathologie était codé 0 = physique et 1 = mental.

† p < 0,10 ; * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001.

19 L'odd ratio (OR) ou rapport de cotes, mesure l'association entre notre variable indépendante mesurée au T1 (la discrimination vécue en raison de l'incapacité) et la probabilité d'être de nouveau en incapacité de travail au T2. Si OR = 1, la probabilité de rechute en incapacité de travail est la même, peu importe le niveau de discrimination vécue ; si OR > 1, la probabilité de rechute est plus grande lorsque le niveau de discrimination vécue augmente ; si OR < 1, la probabilité de rechute diminue lorsque le niveau de discrimination vécue augmente. Les coefficients d'OR sont donc interprétés comme des indicateurs de l'association entre la discrimination vécue et le fait de retomber en incapacité (rechute).

20 La p-valeur du test étant supérieure au seuil de 0,05.

21 La p-valeur du test étant inférieure au seuil de 0,10.

4.2.3. Effet de l'origine, sur le lien entre la discrimination vécue en raison de l'incapacité, et la perception de l'avenir professionnel

Selon la quatrième hypothèse, la discrimination vécue en raison de l'incapacité affecterait plus négativement la perception de l'avenir professionnel des personnes d'origine étrangère (H4). **Conformément à cette hypothèse**, les résultats des tests statistiques (voir Tableau 3) montrent que le coefficient de régression du terme d'interaction entre la discrimination et l'origine est significatif ($\beta = -0,09$, $p < 0,01$)²². Cela signifie que **l'effet de la discrimination vécue en raison de l'incapacité de travail (T1) sur la perception de l'avenir professionnel (T2), varie en fonction de l'origine**.

La figure 3 permet de visualiser et de comprendre comment se manifeste cet effet. On y constate ainsi que la discrimination vécue en raison de l'incapacité de travail a un effet plus négatif sur la perception de l'avenir professionnel des personnes non-belges ou belges d'origine étrangère (**ligne grise**) ($t = -2,97$, $p < 0,01$), que pour les personnes d'origine belge (**ligne bleue**) ($t = -0,40$, $p = 0,69$), pour qui l'effet est négatif, mais non significatif. Ces résultats **soutiennent donc notre quatrième hypothèse de recherche**.

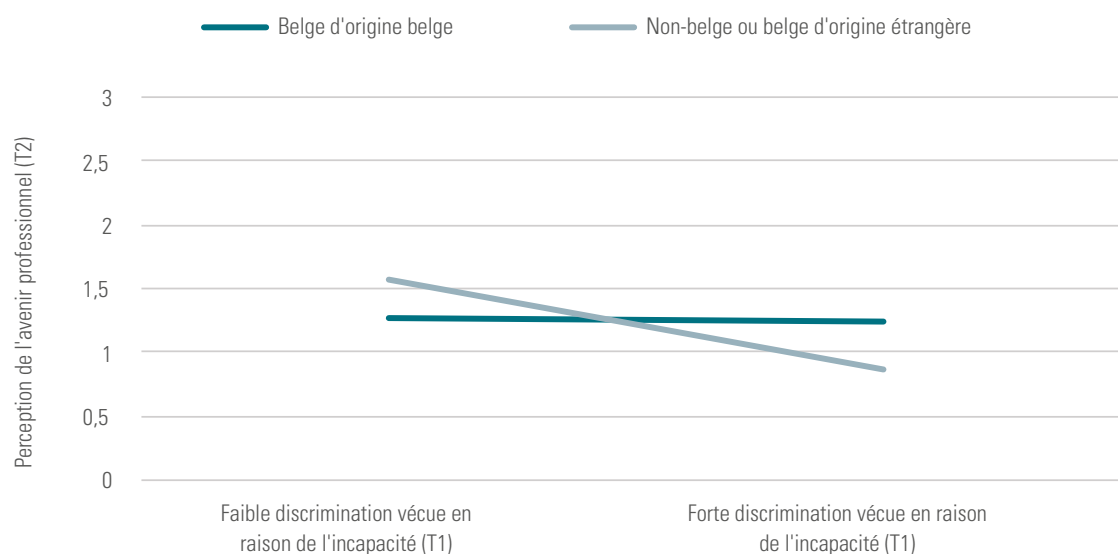
Sur base de la littérature suggérant que les femmes, les personnes plus âgées, et les personnes souffrant de troubles mentaux pourraient être davantage affectées par la discrimination sur base de l'incapacité, nous avons également testé si l'effet de ce type de discrimination varie selon le sexe, l'âge, et le type de pathologie. Aucune de ces interactions n'était significative (toutes les p-valeurs des termes d'interaction étaient $> 0,05$).

Tableau 3 : Résultats des analyses de régression prédisant la perception de l'avenir professionnel en fonction de l'origine (Source : MC)			
Variables	Perception de l'avenir professionnel T2		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
	β	β	β
Langue	0,07*		
Niveau d'études	0,05		
Type de travail	-0,01		
Temps de travail	0,03		
Durée de l'incapacité	-0,07*		
Santé subjective	0,11**		
Sexe	0,05		
Âge	-0,18***		
Pathologie	-0,01		
Perception de l'avenir professionnel T1	0,54***		
Discrimination T1		-0,04	
Origine		0,01	
Discrimination T1 x Origine			-0,09**

Note. N = 506. Les coefficients de régression standardisés (β), sont indiqués. La discrimination a été centrée avant de calculer le terme d'interaction. L'origine est codée 0 = belge et 1 = non-belge ou belge d'origine étrangère. Voir la légende en-dessous du tableau 2 pour le codage des autres variables.
 * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

22 Notons que le terme d'interaction reste significatif, même lorsqu'on contrôle pour le niveau de perception de l'avenir professionnel, au 1er temps de mesure.

Figure 3 : Effet de la discrimination vécue en raison de l'incapacité sur la perception de l'avenir professionnel, en fonction de l'origine (Source : MC)



4.2.4. Effet indirect de la discrimination vécue en raison de l'incapacité sur le risque de rechute, à travers la perception de l'avenir professionnel, et influencé par l'origine

Notre dernière hypothèse suppose que la discrimination vécue en raison de l'incapacité de travail va davantage augmenter le risque de rechute en incapacité des personnes d'origine étrangère, via son impact négatif sur la manière dont elles perçoivent leur avenir professionnel (H5).

Conformément à cette dernière hypothèse, les résultats disponibles dans le tableau 4 montrent que **l'effet indirect de la discrimination vécue sur le risque de rechute en incapacité, via son impact sur la perception de l'avenir professionnel, varie selon l'origine**. Plus précisément, pour les personnes d'origine étrangère, ce type de dis-

crimination augmente indirectement le risque de rechute en incapacité, via son impact négatif sur la perception de leur avenir professionnel ($B = 0,20^{23}$, 95% IC²⁴ = [0,01 ; 0,56]). Pour les personnes d'origine belge, cet effet n'est pas significatif ($B = 0,01$, 95% IC = [-0,03 ; 0,06]). Avec un index de médiation modérée statistiquement significatif de 0,20 (95% IC = [0,01 ; 0,56], l'hypothèse 5 est donc soutenue. Autrement dit : indépendamment des autres variables introduites dans l'analyse²⁵, **la discrimination vécue en raison de l'incapacité lors du retour au travail va indirectement augmenter le risque de rechute en incapacité des personnes d'origine étrangère, via son impact négatif sur la perception qu'ils ont de leur avenir professionnel, alors que ce n'est pas le cas pour les personnes d'origine belge**. En comparaison aux personnes d'origine belge, ce processus va donc augmenter le risque de rechute en incapacité, des personnes d'origine étrangère (OR = 1,23).

23 Via la macro de Hayes utilisée pour tester cette hypothèse, les coefficients 'B' obtenus à la suite de l'analyse de régression, sont exprimés en *log-odds metrics*.

24 IC signifie 'Intervalle de Confiance'. Dans cette étude, nous utilisons un intervalle de confiance de 95%. Cela signifie que l'intervalle estimé est susceptible de contenir la valeur réelle de l'effet dans la population. 95% signifie que nous sommes confiants à 95% que l'intervalle contient la valeur réelle de cet effet.

25 Pour rappel, il s'agit de la langue (français ou néerlandais), du type de travail, de la durée de l'incapacité, de la santé subjective, de l'âge, du sexe, du niveau d'études, du type de pathologie, du temps de travail, et de la perception de l'avenir professionnel au T1.

Tableau 4 : Effet indirect de la discrimination vécue en raison de de l'incapacité lors du retour au travail, sur la rechute, en fonction de l'origine (Source : MC)

Origine	Effet indirect	Bootstrap de l'erreur standard	Intervalle de confiance (<i>bootstrap</i>)	
			Niveau inférieur	Niveau supérieur
Belge d'origine belge	0,01	0,02	-0,03	0,06
Belge d'origine étrangère ou non-Belge	0,20	0,15	0,01	0,56

Note. $N = 506$. Les effets sont exprimés en log-odds metric.

4.2.5. Synthèse des résultats des tests d'hypothèses

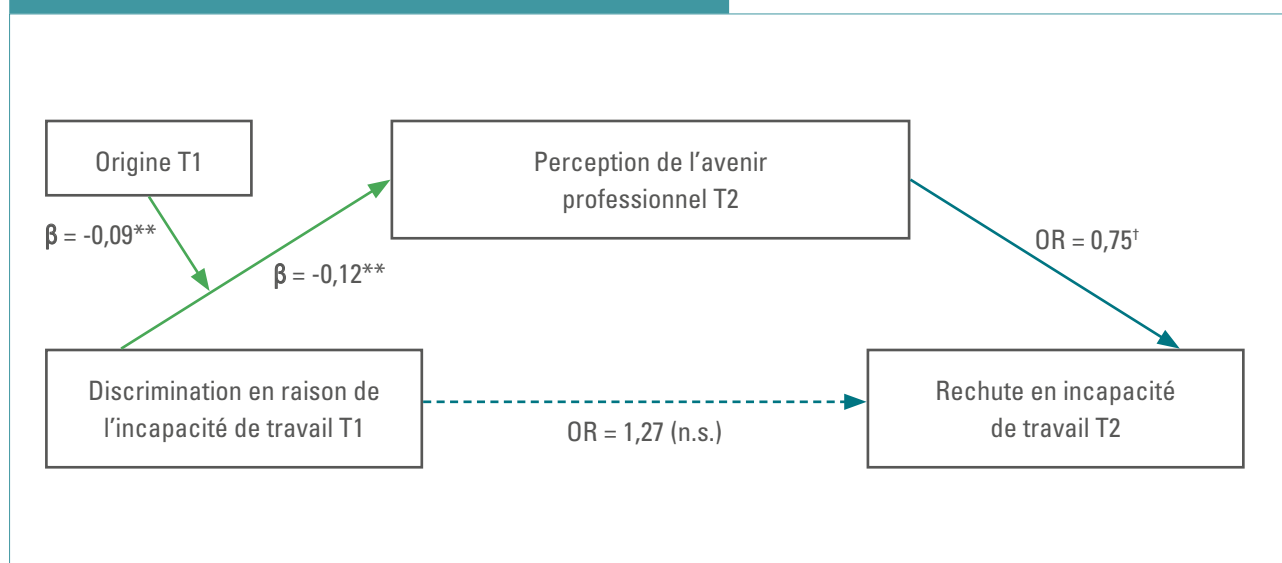
Les résultats montrent que lorsqu'elles reprennent le travail, **les personnes qui se sentent discriminées en raison du fait d'avoir en été en incapacité, perçoivent moins positivement leur avenir professionnel** (hypothèse 1). De plus, **les personnes d'origine étrangère perçoivent encore plus négativement leur avenir professionnel en cas de discrimination en raison de l'incapacité, que les personnes d'origine belge** (hypothèse 4).

Concernant le test des effets sur la rechute en incapacité, les résultats étaient moins significatifs. **La discrimination en raison de l'incapacité n'influence pas directement le risque de rechute** (hypothèse 2) et **la perception de l'ave-**

nir professionnel l'influence marginalement (hypothèse 3). Ainsi, les personnes qui perçoivent négativement leur avenir professionnel pourraient avoir tendance à davantage rechuter en incapacité.

Enfin, un effet indirect, au travers de la perception de l'avenir professionnel, et influencé par l'origine, a été trouvé entre la discrimination en raison de l'incapacité et la rechute : **lorsque des personnes d'origine étrangère qui reprennent le travail se sentent discriminées en raison de leur période d'incapacité, elles perçoivent moins positivement leur avenir professionnel, ce qui peut augmenter leur risque de rechute en incapacité** (hypothèse 5). Une représentation des résultats des tests d'hypothèse en fonction de leur significativité est disponible à la figure 4.

Figure 4 : Figure synthétisant les résultats (Source : MC)



— Le lien est confirmé dans les analyses

— Une tendance existe entre ces deux variables (lien marginalement significatif)

----- Le lien n'est pas confirmé dans les analyses

† $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5. Discussion des résultats et recommandations

Malgré la volonté politique de réintégrer les personnes malades de longue durée sur le marché du travail, il existe encore **trop peu d'études sur la discrimination** à laquelle ces personnes peuvent être confrontées lorsqu'elles reprennent le travail après avoir connu une période d'incapacité. Or la **discrimination sur base de l'incapacité de travail ou d'une maladie peut avoir des effets délétères** sur les perspectives d'emploi, de carrière et sur la santé, des personnes qui en sont victimes (Brouwers, et al., 2016; Frank, et al., 2022; Stergiou-Kita, Qie, Yau, & Lindsay, 2017). De plus, les **effets potentiellement plus négatifs** que ce type de discrimination peut avoir sur les **personnes d'origine étrangère** n'ont pas été suffisamment investigués. Les résultats de notre étude permettent de formuler des recommandations, visant à améliorer les conditions de retour au travail, après avoir connu une période d'incapacité pour cause de maladie. Un aperçu des recommandations est disponible dans le tableau 5.

5.1. La discrimination vécue en raison de l'incapacité de travail

Dans cette étude, nous avons tout d'abord montré **qu'au moins 9% des personnes interrogées affirment avoir été victimes de situations de discrimination en raison de leur incapacité de travail, lorsqu'elles ont repris le travail. C'est presque une personne sur dix.** Pour certains comportements de discrimination, ce pourcentage était plus élevé. Par exemple, concernant le fait d'avoir moins l'occasion d'exprimer ses idées en raison de son incapacité de travail, il s'agit d'environ une personne sur quatre (26%).

Ces résultats confirment, à l'instar d'études réalisées aux États-Unis (Baldwin & Marcus, 2006), au Canada (Stuart, Patten, Koller, Modgill, & Liinamaa, 2014), mais également en Belgique (Sterkens, Baert, Rooman, & Derous, 2021), que les personnes qui retournent au travail après une période d'incapacité pour cause de maladie, peuvent être discriminées lors du retour au travail. Nous avons également trouvé que le score moyen de discrimination vécue en raison de l'incapacité est plus élevé pour les personnes exerçant un métier intellectuel, en comparaison à celles exerçant un métier essentiellement manuel.

Nos résultats ont également montré que la **discrimination en raison de l'incapacité de travail amène les personnes qui en sont victimes à percevoir plus négativement leur avenir professionnel, et ce indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur niveau d'études, et des autres variables contrôlées dans les analyses.**

Bien qu'en Belgique, la discrimination en raison de l'état de santé soit interdite, de nombreuses personnes qui recherchent un travail après une période d'incapacité en raison d'une maladie sont encore victimes de discrimination (Baert, Caers, De Couck, Sharipova, & Sterkens, 2023; Sterkens, Baert, Rooman, & Derous, 2021). Des mesures visant à lutter contre cette forme de discrimination doivent donc être renforcées :

Recommandation n°1 : prendre des mesures pour réduire la discrimination en raison de l'incapacité de travail

Ci-dessous, nous proposons deux pistes d'action afin de réduire ce type de discrimination.

5.1.1. Réduire les stéréotypes négatifs envers les malades de longue durée

Selon la littérature scientifique, les comportements de discrimination envers les personnes ayant des problèmes de santé pourraient résulter d'un **manque de connaissances ou de représentations erronées, des employeur-euses sur ces pathologies** (Lindsay, Fuentes, Tomas, & Hsu, 2023, Laberon, Scordato, & Corbière, 2017). Selon le Professeur Baert « les personnes ayant souffert d'épuisement professionnel sont considérées comme 'non résistantes au stress'. En outre, de nombreux employeur-euses nient encore l'existence du burnout » (Vandamme, 2024, notre traduction).

Afin de **réduire ces stéréotypes et préjugés, il est nécessaire d'encourager dans le milieu organisationnel « des actions de développement des connaissances, d'éducation sur ces troubles, de formation, de mises en situation** spécifiques visant à réduire les stéréotypes [...] » (Laberon, Scordato, & Corbière, 2017, p. 149, notre traduction). Pour cela, les chercheur-euses recommandent que les organisations évaluent leur niveau de stéréotypes, leur motivation à réduire ce biais, et qu'elles prennent conscience de l'écart entre leurs valeurs, qui sont souvent non discriminatoires, et leurs comportements, qui sont souvent discriminatoires.

De manière plus globale, **c'est au niveau de la société tout entière qu'il faut réduire les préjugés et stéréotypes négatifs envers les personnes malades de longue durée.**

Des études suggèrent que les collègues sont d'autant plus négatif·ves envers leur collègue absent·e pour une maladie de longue durée, lorsqu'ils·elles ne connaissent pas le diagnostic qui justifie cette absence (Tiedtke, et al., 2012) ou lorsque la personne bénéficie d'aménagements lors de son retour au travail (De Azua, et al., 2022). Dès lors, certaines personnes qui reviennent après une absence de longue durée n'osent pas demander les aménagements dont elles auraient besoin, par crainte d'être négativement discriminées (Stergiou-Kita, Qie, Yau, & Lindsay, 2017). La littérature et cette étude ont montré les conséquences négatives que ces préjugés négatifs et comportements de discrimination peuvent avoir sur la santé et la réussite du retour au travail des personnes malades de longue durée. Il est donc grand temps **de reconstruire un climat d'avantage bienveillant envers ces personnes.**

5.1.2. Rappeler aux travailleuse·s et aux employeur·s l'élargissement de la loi anti-discrimination à l'état de santé antérieur

Selon Janssens (2024), la notion d'incapacité de travail en raison d'une maladie est liée à la notion de handicap, mais aussi à la notion de l'état de santé de la loi anti-discrimination. En 2022, cette dernière a été modifiée : le critère 'état de santé actuel ou futur' est ainsi devenu 'état de santé' (tout court), afin que l'état de santé antérieur soit également protégé par la loi anti-discrimination (UNISOC, 2022). Désormais il est donc non seulement interdit de discriminer sur base de l'état de santé actuel ou futur de l'employé·e, mais également sur base des antécédents de maladie (Janssens, 2024).

Comme le mentionne UNIA (2025b) : « Une distinction ou différence de traitement sur base de ce critère ne peut avoir lieu que si elle est objectivement justifiée par un but légitime, à condition que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires. Autrement, il s'agit d'une discrimination ». UNIA rappelle également que les affections concernées ne doivent pas nécessairement être de longue durée, et que les maladies chroniques ou dégénératives, de même que certaines affections psychiques, peuvent juridiquement être considérées comme un handicap, et donner dès lors lieu au droit à des aménagements raisonnables. En cas de discrimination, la personne qui en est victime peut effectuer un signalement auprès d'UNIA sur son site web : <https://www.unia.be/fr/signaler-discrimination>.

5.2. Les effets négatifs de la double discrimination : en raison de l'incapacité et de l'origine

Nos résultats ont montré que la discrimination en raison de l'incapacité a des effets encore plus négatifs lorsque les victimes sont des personnes d'origine étrangère. Indirectement, l'effet de ce type de discrimination, via son impact négatif sur la perception de l'avenir professionnel, peut augmenter leur risque de rechute en incapacité. D'autres études ont également trouvé que l'intersection entre la discrimination en raison d'une maladie ou d'un handicap, et l'origine, a des effets particulièrement négatifs sur le bien-être et l'avancement professionnel (Fuentes, Hsu, Patel, & Lindsay, 2023).

Dans la mesure où les personnes d'origine étrangère qui sont victimes de ce type de discrimination, sont encore plus négativement affectées, il est important de sensibiliser les acteur·trices du retour au travail (employeur·euses, médecins traitants, médecins du travail, médecins-conseils, coordinateur·trices de retour au travail) à cette problématique.

Recommandation n°2 : sensibiliser les acteurs et les actrices du retour au travail à la double discrimination que peuvent subir les personnes d'origine étrangère après avoir connu une période d'incapacité

Afin de créer un climat de retour au travail inclusif et équitable pour toutes et tous, des formations visant à sensibiliser les managers, les professionnel·les de la santé et les accompagnateur·trices au retour au travail à leurs propres biais pourraient être organisées au sein des entreprises, ou intégrées dans les cursus de formation.

Sur base des recommandations d'UNIA (2022), les entreprises pourraient également veiller à développer des politiques anti-discrimination appropriées pour chaque étape de la relation de travail (recrutement, emploi, promotion et licenciement), y compris lors du retour au travail, après avoir connu une période d'incapacité.

5.3. La rechute en incapacité

Concernant la rechute en incapacité, notre étude a également mis en évidence qu'**une personne sur sept (14%) qui avait déclaré avoir repris le travail au premier temps de mesure (fin 2023), déclarait être de nouveau en incapacité au second temps de mesure** (été 2024). Une étude sur le retour au travail après un burnout (Massart, Messers, & Bugli, 2023) avait quant à elle trouvé que 26% des personnes interrogées, rechutaient dans les deux années après la fin de l'incapacité.

La littérature (par exemple, Etuknwa, Daniels, & Eib, 2019) et cette étude ont montré que des facteurs tant au niveau personnel (par exemple, l'âge, la santé subjective, l'origine) que professionnel (par exemple, le soutien du/de la manager et des collègues, le type de travail) peuvent influencer le fait de reprendre le travail durablement, c'est-à-dire sans rechute en incapacité. Pour favoriser un retour durable au travail, et donc éviter les rechutes en incapacité, il est donc important que les entreprises **mettent effectivement en place des politiques de réintégration collective**.

Recommandation n°3 : mettre en place des politiques de réintégration pour un retour durable au travail

5.3.1. Impliquer le-la manager et les collègues lors du retour au travail de la personne qui revient d'incapacité

Comme souligné dans la littérature scientifique, le-la manager joue un rôle clé lors du retour au travail (Corbière et al., 2020). D'une part, il est important qu'il-elle communique bien ses attentes au travailleur-euse qui reprend le travail. D'autre part, il-elle peut mettre en œuvre les aménagements nécessaires à la reprise du travail. Pour ce faire, les chercheur-euses recommandent de ne pas se concentrer uniquement, comme c'est souvent le cas, sur les aménagements liés aux aspects stricts du travail (modifications des horaires et des tâches), mais aussi aux aménagements visant à réduire les facteurs de risque psychosociaux au travail (par exemple, conflits préexistant, pression au travail, manque de soutien social) qui peuvent engendrer des troubles mentaux communs.

Corbière et al. (2020) soulignent également l'importance d'impliquer les collègues lors du retour au travail d'un-e travailleur-euse. Ils ont ainsi constaté que les collègues naviguent souvent de manière informelle tout au long du processus de retour au travail, en essayant de faire en sorte que cela fonctionne pour eux-elles-mêmes et pour le-la travailleur-euse qui reprend le travail, par exemple en offrant leur soutien ou en réorganisant les horaires. Il peut être possible de les impliquer de manière plus formelle dans le processus, par exemple en les faisant participer à la redistribution des tâches de l'équipe avec le-la responsable, ou en les laissant exprimer au-la responsable toute préoccupation liée au retour au travail du/de la collègue absent-e et aux implications sur la charge de travail. Ceci peut aider à éviter un effet domino sur les absences au travail dans l'équipe.

5.3.2. Élaborer et contrôler la mise en place de politique de réintégration au sein des entreprises

Alors que la mise en place d'une politique de réintégration collective au sein des entreprises est obligatoire depuis octobre 2022, 93% des entreprises interrogées ne disposaient toujours pas d'une telle politique en 2024 (Mensura, 2024). Il ressort de l'enquête de Mensura, qu'une entreprise sur quatre dit ne pas voir l'utilité d'une telle politique ; une sur cinq dit ne pas avoir les connaissances nécessaires pour en mettre sur pied ; et quatre sur dix trouvent qu'il est difficile d'aborder la question de la charge de travail et du stress. Un récent rapport du Conseil Supérieur de l'Emploi (2024) a également souligné que la Belgique obtient des résultats médiocres en termes d'inclusion sur le marché du travail des personnes malades de longue durée.

Sur base de ces constats, nous recommandons que les responsables politiques prennent des mesures afin de **s'assurer que ces politiques soient effectivement mises en place au sein des organisations**. Afin d'élaborer leurs politiques de réintégration, les entreprises peuvent consulter les ressources développées par le SPF emploi, comme la checklist de réintégration au travail (SPF Emploi, 2023a) et le recueil de bonnes pratiques au sein d'entreprises en matière de retour au travail (SPF Emploi, 2023b).

Tableau 5 : Aperçu des recommandations

Recommandations	Pistes d'action	Politique	Mutualités		Syndicats	Employeur-euses	Médecine du travail
			Médecins-conseils	Coordinateur-trices de retour au travail			
1) Prendre des mesures pour réduire la discrimination en raison de l'incapacité de travail	Réduire les stéréotypes négatifs envers les malades de longue durée	x	x	x	x	x	x
	Rappeler aux travailleur-euses et aux employeur-euses, l'élargissement de la loi anti-discrimination à l'état de santé antérieur	x	x	x	x		x
2) Sensibiliser à la double discrimination que peuvent subir les personnes d'origine étrangère après avoir connu une période d'incapacité	Créer un climat de retour au travail inclusif et équitable			x		x	x
3) Mettre en place des politiques de réintégration pour un retour durable au travail	Impliquer le-la manager et les collègues lors du retour au travail de la personne qui revient d'incapacité					x	x
	Élaborer des politiques de réintégration collective					x	x
	Contrôler la mise en place des politiques de réintégration au sein des entreprises	x					

Conclusion

Malgré l'interdiction de **la discrimination fondée sur l'état de santé ainsi que sur base de l'origine en Belgique** (SPF Emploi, Travail, et Concertation sociale, 2025), et bien que les entreprises soient censées élaborer une politique de réintégration efficace au niveau collectif (Mensura, 2024), notre étude démontre que de nombreuses personnes sont privées de la possibilité de reprendre le travail dans un contexte de travail adapté et respectueux. Ainsi, **les taux de discrimination rapportés variaient entre 9 % et 26 %, selon la forme de discrimination mesurée**. Ce constat de discrimination lors du retour au travail, dans un contexte où la pression est mise sur les personnes pour qu'elles reprennent le travail, peut sembler paradoxal. Cette discrimination affecte ensuite négativement la manière dont

les personnes perçoivent leur avenir professionnel, ce qui pourrait engendrer un risque plus accru de rechute en incapacité. En outre, **la discrimination vécue en raison de l'incapacité a des effets plus négatifs sur les personnes d'origine étrangère**.

Sur base de ces résultats, de ces constats et de la littérature scientifique, nous avons formulé diverses recommandations. Étant donné la prévalence de la discrimination lors du retour au travail, et ses effets négatifs, des mesures doivent être prises par tous les acteurs et actrices du retour au travail, afin que les personnes qui reprennent le travail ne soient pas victimes de diverses formes de discrimination. Cela peut être possible à condition de

lutter contre les stéréotypes négatifs véhiculés sur les personnes malades de longue durée, et en rappelant aux travailleurs-euses et aux employeur-euses, l'interdiction de discriminer sur base de l'état de santé, y compris sur base de l'état de santé antérieur. Afin de favoriser le retour durable au travail, il est important que **le-la manager et les collègues soient impliqués lors du retour au travail** de la personne qui a été absente en raison d'une maladie,

et que **les entreprises élaborent des politiques de réintégration collective**. Enfin, les résultats sur l'effet de l'origine soulignent l'importance de **sensibiliser les acteurs et les actrices du retour au travail à la double discrimination** que peuvent subir les personnes d'origine étrangère qui reprennent le travail.

Bibliographie

- Baert, S. (2014). Etnischeaanwervingsdiscriminatie in Vlaanderen: evidentie, mechanismen en aanpak. In B. Benyaich, *Klokslag twaalf : tijd voor een ander migratie- en integratiebeleid* (pp. 267-282). Bruxelles: Itinera Institute.
- Baert, S., & De Pauw, A. S. (2014). Is ethnic discrimination due to distaste or statistics? *Economics Letters*, 125(2), 270-273.
- Baert, S., Caers, R., De Couck, M., Sharipova, A., & Sterkens, P. (2023). Hoe kijken Vlaamse recruiters naar jobkandidaten met eenkan-kerervaring. *Arbeidsvraagstukken*, 39, 4-21.
- Baert, S., De Visschere, S., Schoors, K., Omey, E. (2014). First Depressed, Then Discriminated Against? IZA Discussion Papers, No 8320, Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn.
- Baldwin, M. L., & Marcus, S. C. (2006). Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatric services*, 57(3), 388-392.
- Becker, T. E. (2005). Potential Problems in the Statistical Control of Variables in Organizational Research: A Qualitative Analysis With Recommendations. *Organizational Research Methods*, 8(3), 274-289.
- Berghs, M., & Dyson, S. M. (2022). Intersectionality and employment in the United Kingdom: Where are all the Black disabled people. *Disability & Society*, 37(4), 543-566.
- Black, O., Sim, M., Collie, A., & Smith, P. (2017). Early-claim modifiable factors associated with return-to-work self-efficacy among wor-kers injured at work: are there differences between psychological and musculoskeletal injuries? *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 59(12), 257-262.
- Boštjančič, E., & Koracin, N. (2014). Returning to work after suffering from burnout syndrome: perceived changes in personality, views, values, and behaviors connected with work. *Psihologija*, 47(1), 131-174.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality - an important theoretical framework for public health. *American journal of public health*, 102(7), 1267-1273.
- Brondolo, E., Rieppi, R., Nelly, K. P., & Gerin, W. (2003). Perceived racism and blood pressure: a review of the literature and conceptual and methodological critique. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 55-65.
- Brouwers, E. P., Mathijssen, J., Van Bortel, T., Knifton, L., Wahlbeck, K., Van Audenhove, C. ..., & Van Weeghel, J. (2016). Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ open*, 6(2), e009961.
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & al, e. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(32), 1-23.
- Cano, M. D., & de la Fuente Robles, Y. M. (2016). Policies on Gender in Relation to Disability: the Case of Spain. *Trabajo Social UNAM*, 5, 111-128.
- Cichy, K. E., Li, J., McMahon, B. T., & Rumrill, P. D. (2015). The workplace discrimination experiences of older workers with disabilities: Results from the national EEOC ADA research project. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 43(2), 137-148.

- Clark, A., Stenholm, S., Pentti, J., Salo, P., Lange, T., & Török, E. .. (2021). Workplace discrimination as risk factor for long-term sickness absence: Longitudinal analyses of onset and changes in workplace adversity. *PLoS One*, 16(8), e0255697.
- Conseil supérieur de l'emploi. (2024). *Incapacité de travail et réintégration des salariés sur le marché de l'emploi*. Bruxelles: Conseil supérieur de l'emploi.
- Conway, J. M., & Lance, C. E. (2010). What reviewers should expect from authors regarding common method bias in organizational research. *Journal of Business and Psychology*, 25(3), 325–334.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., . . . Lecomte, T. (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), 381-419.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Lecomte, T., Guay, S., Panaccio, A., & Giguère, C. É. (2025). Web-enhanced return-to-work coordination for employees with common mental disorders: reduction of sick leave duration and relapse. *BMC Public Health*, 25(1), 676.
- Coughlin, S. (1990). Recall bias in epidemiological studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(1), 87-91.
- De Azua, G. R., Vaz-Luis, I., Bovagnet, T., Di Meglio, A., Havas, J., Caumette, E., . . . Menvielle, G. (2022). Perceived discrimination at work: examining social, health and work-related factors as determinants among breast cancer survivors—evidence from the prospective CANTO cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(11), 918-924.
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700.
- Frank, B. P., Theil, C. M., Brill, N., Christiansen, H., Schwenck, C., Kieser, M., ... & COMPARE-family Research Group. (2022). Leave Me Alone With Your Symptoms! Social Exclusion at the Workplace Mediates the Relationship of Employee's Mental Illness and Sick Leave. *Frontiers in public health*, 10, 892174.
- Fuentes, K., Hsu, S., Patel, S., & Lindsay, S. (2023). More than just double discrimination: a scoping review of the experiences and impact of ableism and racism in employment. *Disability and Rehabilitation*, 46(4), 650-671.
- Gee, G. C., Ryan, A., Laflamme, D., & Holt, J. (2006). Self-reported discrimination and mental health status among African American descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 initiative: the added dimension of immigration. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1821-1825.
- Georges, L., & Desmette, D. (2025). Le rôle du manager dans la qualité du retour au travail. *Santé et Société*, 12, 84-89.
- Hamano, J., Morita, T., Mori, M., Igarashi, N., & Shima, Y. (2017). Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: A nationwide survey of bereaved family members. *Psycho-Oncology*, 27(1), 302-308.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis*. New York, NY: The Guilford Press.
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). Comment les membres de la MC perçoivent-ils l'accompagnement vers le retour au travail? Résultats de l'enquête menée par la MC auprès de ses membres en incapacité de travail ou en invalidité depuis 2023. *Santé & Société*, 11, 42-70.
- Henry, H., Zacher, H., & Desmette, D. (2017). Future Time Perspective in the Work Context: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Frontiers in Psychology*, 8, 413.
- INAMI. (2024, 12 19). *Statistiques sur les indemnités d'incapacité de travail en 2023*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnitees/statistiques-2023>
- Janssens, Y. (2024). Het onderscheid tussen ziekte en handicap in het licht van het re-integratietraject 2.0. *Arbeidsrecht Journaal*.
- Kemp, P. A., & Davidson, J. (2010). Employability trajectories among new claimants of Incapacity Benefit. *Policy studies*, 31(2), 203-221.
- Laberon, S., Scordato, N., & Corbière, M. (2017). Représentations du «trouble psychique» et adéquation à l'emploi perçue par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 133-153.
- Lindsay, S., Fuentes, K., Tomas, V., & Hsu, S. (2023). Ableism and workplace discrimination among youth and young adults with disabilities in the workforce: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33, 20-36.
- Lippens, L., Baert, S., Ghekiere, A., Verhaeghe, P. P., & Derous, E. (2022). Is labour market discrimination against ethnic minorities better explained by taste or statistics? A systematic review of the empirical evidence. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 48(17), 4243-4276.
- Lyubych, Z., Turner, N., Barling, J., Reich, T. C., & Batten, S. (2021). Employee disability disclosure and managerial prejudices in the return-to-work context. *Personnel Review*, 50(2), 770-788.
- Marchiondo, L. A., Gonzales, E., & Ran, S. (2016). Development and validation of the workplace age discrimination scale. *Journal of Business and Psychology*, 31(4), 493513.
- Massart, A.-C., Mesters, P., & Bugli, C. (2023). Impact du burnout sur la trajectoire professionnelle de l'individu. Etude Pilote. *Bulletin Juridique & Social*, 707, 16-22.
- Mehnert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical reviews in oncology/hematology*, 77(2), 109-130.
- Mensura. (2024, Août 30). *Plus de 9 entreprises sur 10 doivent faire face au retour de travailleurs en maladie de longue durée*. Récupéré sur <https://news.mensura.be/plus-de-9-entreprises-sur-10-doivent-faire-face-au-retour-de-travailleurs-en-maladie-de-longue-duree>
- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., & Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 400-417.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill.

- Reavley, N. J. (2017). Discrimination and positive treatment toward people with mental health problems in workplace and education settings: Findings from an Australian National Survey. *Stigma and Health*, 2(4), 254.
- SPF Emploi. (2023a). *Checklists Réintégration au travail*. Récupéré sur <https://emploi.belgique.be/fr/publications/checklists-reintegration-au-travail>
- SPF Emploi. (2023b). *2023 – Réalisation d'un recueil de bonnes pratiques au sein d'entreprises en matière de retour au travail*. Récupéré sur https://emploi.belgique.be/fr/propos-du-spf/services-offerts/projets-de-recherche/2023-realisation-dun-recueil-de-bonnes?back_to_theme=4392
- SPF Emploi, Travail, et Concertation sociale. (2025, Février 27). *Non-discrimination et diversité: principes généraux*. Récupéré sur <https://emploi.belgique.be/fr/themes/egalite-et-non-discrimination/non-discrimination-et-diversite/principes-generaux>
- Stergiou-Kita, M. ..., Qie, X., Yau, H. K., & Lindsay, S. (2017). Stigma and work discrimination among cancer survivors: A scoping review and recommendations: Stigmatisation et discrimination au travail des survivants du cancer: Examen de la portée et recommandations. *Canadian journal of occupational therapy*, 84(3), 178-188.
- Sterkens, P., Baert, S., Rooman, C., & Derous, E. (2021). As if it weren't hard enough already: Breaking down hiring discrimination following burnout. *Economics and Human Biology*, 43, 101050.
- Stratton, E., Player, M. J., Dahlheimer, A., Choi, I., & Glozier, N. (2020). Prevalence and association of discrimination and bullying and the impact on mental health in an occupational setting. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(14), 32-49.
- Stuart, H., Patten, S. B., Koller, M., Modgill, G., & Liinamaa, T. (2014). Stigma in Canada: results from a rapid response survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 27-33.
- Tiedtke, C., de Rijk, A., Dierckx de Casterlé, B., Christiaens, M. R., & Donceel, P. (2010). Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology*, 19(7), 677-683.
- Tiedtke, C., Donceel, P., Knops, L., Désiron, H., Dierckx de Casterlé, B., & de Rijk, A. (2012). Supporting return-to-work in the face of legislation: stakeholders' experiences with return-to-work after breast cancer in Belgium. *Journal of occupational rehabilitation*, 22, 241-251.
- UNIA. (2022). *Marché du travail et origine*. Bruxelles: UNIA.
- UNIA. (2025a). *Intersectionnalité et discrimination*. Récupéré sur <https://www.unia.be/fr/dossiers/intersectionnalite%C3%A9-et-discrimination>
- UNIA. (2025b). *Discrimination sur base de l'état de santé*. Récupéré sur <https://www.unia.be/fr/discrimination-%C3%A9tat-de-sant%C3%A9>
- UNISOC. (2022, 10 19). *Non-discrimination : le critère protégé « état de santé actuel ou futur » devient « état de santé »*. Récupéré sur <https://www.unisoc.be/articles/fr/public/non-discrimination-le-critere-protège-etat-de-santé-actuel-ou-futur-devient-etat-de-santé>
- Vandamme, T. (2024, Mai 26). *Tony, Kimberly, Valerie en Anouk kunnen niet werken door ziekte: «Mensen gaven kritiek op mijn trouwfeest, moest ik niet thuiszitten?»*. Récupéré sur <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/05/25/langdurig-zieken-nemen-toe-vooroordelen-ook-bij-mijn-terugkeer/>
- Wyatt, S. B., William, D. R., Calvin, R., Henderson, F. C., Walker, E. R., & Winters, K. (2003). Racism and cardiovascular disease in African Americans. *American Journal of Medical Sciences*, 325, 315-331.
- Xu, Y., & Chopik, W. (2020). Identifying Moderators in the Link Between Workplace Discrimination and Health/Well-Being. *Frontiers in Psychology*, (11), 458.
- Zacher, H., & Frese, M. (2009). Remaining time and opportunities at work: Relationships between age, work characteristics, and occupational future time perspective. *Psychology and Aging*, 24, 478-493.
- Zschirnt, E., & Ruedin, D. (2016). Ethnic discrimination in hiring decisions: A meta-analysis of correspondence tests 1990-2015. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 42(7), 1-19.

Fixer des objectifs pour une meilleure couverture des besoins en soins de santé

Sophie Cès, Clara Noirhomme – Service d'études MC-CM

Remerciements à Prof. Dr. Chantal Mathieu (KU Leuven), Svetlana Sholokhova, Nicolas Rossignol et Rebekka Verniest (Service d'études MC-CM)

Résumé

Comment transformer le système de soins de santé pour mieux répondre aux besoins de la population en Belgique ? Les multiples défis auxquels le système est confronté incitent à repenser la gouvernance des politiques de soins de santé autour d'objectifs partagés pour mieux soigner la population.

L'identification des problèmes de performance du système de soins de santé est une étape essentielle pour définir des objectifs car les insuffisances peuvent être corrigées grâce à des objectifs spécifiques. Le postulat est que les problèmes de couverture des besoins en soins sont bien documentés mais cette connaissance demeure fragmentée et peu accessible aux décideurs et décideuses politiques.

L'article définit tout d'abord la mission du système de soins de santé et décrit les différents domaines de la performance des soins ainsi que la démarche évaluative pour formuler des objectifs SMART. En utilisant ce cadre d'analyse, l'examen de la littérature concernant deux maladies chroniques – le diabète, et les maladies cardiovasculaires chez les femmes – met en lumière des besoins en soins encore insuffisamment couverts et pour lesquels une meilleure utilisation des soins pourrait générer des gains de santé.

Enfin, l'article recommande que cette démarche de fixation d'objectifs s'inscrive dans un processus de gouvernance plus large, reposant sur un dispositif complet et formalisé, comprenant l'analyse scientifique, la participation collective et l'évaluation dans le cadre de cycles d'amélioration continue de la politique de soins de santé.

Mieux encadrer l'élaboration de la politique en matière de soins de santé est un puissant levier en faveur d'une meilleure couverture des besoins de soins, de la réduction des inégalités de santé et du renforcement de la capacité du système à répondre aux défis actuels et futurs.

Mots-clés : Système de soins de santé, performance, politique de soins de santé, gouvernance, objectif de soins de santé, besoins de soins, santé publique, analyse critique

Introduction

Depuis 1948, **l'accès aux soins de santé est reconnu comme un droit humain fondamental** (Nations Unies, 1948). Or, garantir un accès aux soins à toutes et tous au sens de la Couverture Sanitaire Universelle¹ reste un enjeu majeur au regard des multiples défis actuels et futurs. Le système de santé belge a pu démontrer une certaine résilience lors de la crise sanitaire COVID-19. Toutefois, compte tenu de l'évolution épidémiologique, il est primordial de disposer d'un système de soins de santé robuste qui puisse faire face à l'évolution des besoins de soins de la population tout en préservant les conditions d'accès aux soins et la qualité des soins. En effet, plusieurs facteurs se cumulent et risquent de déstabiliser le système de santé. Le vieillissement démographique a des implications non seulement du côté des besoins de soins mais aussi de l'offre de soins. Son impact est notamment attendu sur les soins de longue durée qui requièrent d'autant plus de main-d'œuvre professionnelle que l'implication future des aidants proches risque de diminuer en raison des modifications sociétales (moindre disponibilité des aidants et de leurs moyens matériels, familles monoparentales, réduction de la surface des habitations, etc. (Belgium.be, Soins aux personnes âgées, 2025)). De façon concomitante, l'augmentation importante de la prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité risque également d'accroître la pression sur les services de soins de santé. Enfin, il est primordial de financer l'innovation technologique et médicale pour développer un système de santé qui puisse garantir aux patient-es l'accès à des soins de qualité.

Ces constats appellent à réformer la gouvernance² de la politique de soins de santé en Belgique pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs de la population (INAMI, 2022; Cès, 2022; Schokkaert, et al., 2022).

L'assurance obligatoire de soins de santé est gérée conjointement par les partenaires sociaux (employeur-euses et travailleur-euses), les mutualités, les prestataires de soins et le gouvernement, c'est ce qu'on appelle la concertation sociale. Étant organisé par secteur professionnel, avec des commissions séparées, jusqu'à 2023, il lui était difficile de traiter les problématiques transversales de santé,

telles que l'intégration des soins ou l'accès financier aux soins. Celles-ci dépassent les préoccupations spécifiques à chaque secteur et ne peuvent être intégrées dans les objectifs budgétaires partiels. De plus, l'horizon budgétaire annuel limite le développement d'une politique d'investissement à moyen terme.

Pour remédier à ces lacunes, la loi du 6 novembre 2023 instaure ainsi la fixation d'objectifs prioritaires partagés en vue d'améliorer la performance du système de soins de santé par une allocation plus stratégique des ressources budgétaires. Elle définit un objectif de soins de santé comme suit : « un objectif qui contribue à la réalisation d'un objectif de santé et qui prévoit que le système de soins de santé peut remplir au mieux son rôle central aussi bon et durable que possible dans l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population sur base de ses besoins en soins de santé, l'amélioration, à partir de l'expérience vécue par l'individu, de la qualité des soins, l'utilisation plus efficiente des moyens disponibles, la réduction des inégalités sociales en matière de santé et l'amélioration du bien-être des dispensateurs de soins. La réalisation d'un objectif en matière de soins de santé repose sur des initiatives concrètes ». Selon cette loi, à chaque dissolution du Parlement, les priorités pour la législature suivante doivent être discutées et réévaluées par le biais d'une consultation étendue des acteurs-rices du système de santé, en s'appuyant également sur les données scientifiques des résultats de performance obtenus. Pour organiser cette concertation et émettre un avis sur les objectifs prioritaires de la prochaine législature, la loi prévoit la création d'une Commission pour les objectifs en matière de soins de santé. Cette commission, ayant un rôle consultatif, transmet ses avis au Conseil général de l'INAMI, qui procède au choix final et aux ajustements des objectifs dans le cadre du budget de l'assurance obligatoire soins de santé. Les travaux de cette commission, qui ont débuté en 2024, nécessitent encore le développement de la méthodologie autour des objectifs. Cet article vient en appui à cette réflexion.

La fixation d'objectifs de santé et de soins de santé permet d'adopter une vision stratégique à moyen et long terme et offre ainsi les outils indispensables à l'orientation et à la coordination des politiques de santé (celles-ci étant l'en-

1 La Couverture Sanitaire Universelle implique que « toutes les personnes aient accès, sans discrimination, à un ensemble de services de santé essentiels nécessaires, déterminés au niveau national, préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs, et à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les utilisateur-ices à des difficultés financières en mettant particulièrement l'accent sur les segments de la population, pauvres, vulnérables et marginalisés » (Nations Unies, 2019, p. 1, notre traduction).

2 « Le but de la gouvernance est d'améliorer de façon continue la performance du système de santé et des organisations qui le composent et de pouvoir rendre des comptes sur sa réussite » (Contandriopoulos, 2008, p 196, notre traduction).

semble des politiques publiques ayant un impact sur la santé de la population). Les priorités stratégiques devraient être déterminées sous la forme d'objectifs « SMART »³ lorsque c'est possible (Cès, 2022; INAMI, 2022) afin d'élaborer, dans un cadre budgétaire annuel et pluriannuel, des programmes d'action et de mesurer leurs effets.

Cet article présente la façon dont le travail par objectif peut contribuer à transformer le système des soins de santé. Le but est de proposer un cadre d'analyse pour concevoir et définir des objectifs de soins de santé qui visent une meilleure couverture des besoins en soins de la population de la Belgique. Identifier les problèmes à résoudre est une étape essentielle pour améliorer le système de soins de santé au travers des objectifs prioritaires (Ogbeiwi, 2021). Le point de départ de cet article est le constat qu'il est indispensable d'intégrer la connaissance scientifique existante relative aux dysfonctionnements du système de soins de santé. L'étude porte principalement sur les éléments probants qui permettent d'identifier des problèmes de couverture des besoins de soins et de dresser des pistes quant à l'amélioration possible des soins de santé. L'hypothèse est que cette connaissance, bien que développée, reste fragmentée et peu accessible au niveau des décideurs et décideuses politiques. Dans cet article, notre analyse se concentre exclusivement sur les responsabilités incombant au secteur des soins de santé en Belgique. Nous n'abordons pas le rôle que peuvent jouer d'autres politiques publiques relevant d'autres secteurs dans la préservation de la santé publique (« *Health in All Policies* »⁴).

La première partie souligne le fait que la fixation d'objectifs pour le système de soins de santé requiert préalablement de bien définir la mission des soins de santé et les valeurs défendues. En nous appuyant sur la littérature scientifique, nous expliquons, d'une part, comment définir un système de soins de santé performant et, d'autre part, comment identifier les écarts dans la réalisation de sa mission. Dans une deuxième partie, nous identifions les problèmes de performance du système des soins de santé belge (à l'aide d'une revue de littérature narrative de littérature grise et scientifique) qui pourraient être potentiellement ciblés par des objectifs dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de deux maladies chroniques (en excluant le domaine de la prévention primaire qui vise la prévention de l'apparition de la maladie) : le diabète et les maladies

cardiovasculaires chez les femmes. Le but est d'identifier les manquements dans la couverture des besoins en soins et d'identifier des indicateurs (existants ou non) en vue de la détermination d'objectifs SMART. Enfin, dans une troisième partie, nous discutons du changement de gouvernance qui s'appuie sur une vision stratégique structurée autour d'objectifs pour élaborer la politique en matière de soins de santé. À partir des résultats exposés dans la deuxième partie, nous proposons en premier lieu des recommandations visant à renforcer l'évaluation de la performance du système de soins de santé pour définir des objectifs davantage orientés sur la couverture des besoins encore insuffisamment couverts. Pour conclure, nous intégrons l'étape d'identification des problèmes de performance et de définition des objectifs dans un cycle de gouvernance d'amélioration continue.

1. Cadre d'analyse de la couverture des besoins en soins de santé

À l'avenir, les contraintes écologiques, démographiques, énergétiques et économiques influenceront de plus en plus les décisions politiques. De plus, les progrès médicaux et technologiques auront des impacts imprévisibles à la fois sur les besoins en soins et la mise en œuvre des soins. Les transformations du système de santé dépendront fortement de la manière dont les problèmes seront abordés et des ressources qui y seront consacrées. C'est pourquoi il est crucial d'établir dès à présent des objectifs clairs pour guider la politique en matière de soins de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé afin de garantir un système de soins de santé performant capable de rencontrer les besoins de soins de la population dans un contexte éminemment fluctuant.

Comment définir un système de soins de santé performant ? Comment fixer des objectifs ? Après avoir défini la mission du système de soins de santé et décrit les différents domaines de la performance des soins, cette partie décrit la démarche évaluative pour formuler des objectifs SMART.

3 Spécifique (défini, sans ambiguïté), Mesurable (quantifiable par un indicateur), Atteignable (compte tenu des actions possibles, du problème posé), Réaliste (faisable compte tenu de l'échelle de temps), Temporellement défini (avec une échéance temporelle précise).

4 « HiAP est une approche collaborative des politiques publiques à travers les secteurs qui prend systématiquement en compte les implications des décisions sur la santé, recherche des synergies et évite les impacts néfastes sur la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé » (Health in All Policies, 2025).

1.1. La définition de la performance du système de soins de santé

1.1.1. Définition de la mission du système de soins de santé

La notion de performance est un terme polysémique qui dépend du contexte et renvoie souvent à l'idée d'optimisation, de rendement, de productivité. Selon Contandriopoulos, la performance « d'un système, d'une organisation est un construit multidimensionnel qui devrait permettre aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques du système ou de l'organisation en fonction de leurs croyances, de leurs connaissances, de leurs responsabilités, de leurs intérêts et de leurs projets, pour contribuer à sa gouvernance » (Contandriopoulos, 2008, p. 198). Cette définition souligne le caractère subjectif de la performance selon le référentiel choisi. Toutefois, selon cet auteur, pour être performant, tout système ou organisation dans le domaine des soins de santé doit être à même d'assurer quatre fonctions :

- L'atteinte des buts, c'est-à-dire la capacité à **réaliser sa mission** (*goal achievement*), principalement la valeur ajoutée sur la santé ;
- L'adaptation, « la capacité de l'organisation à acquérir des ressources financières et humaines, à innover, à se transformer, à **s'adapter aux besoins** de la population [...] » (Contandriopoulos, 2008, p. 197) ;
- La production, c'est-à-dire la capacité à **produire des services de qualité** avec productivité ;
- Le **maintien et la création des valeurs et des normes**, la culture organisationnelle, facilitant ou contraignant la réalisation des trois fonctions précédentes.

Évaluer la performance consiste alors à évaluer si les soins de santé accomplissent effectivement leur mission, l'amélioration de la santé de la population, en mettant en évidence les écarts existants éventuels entre ce qui est réalisé et ce qu'il serait possible d'atteindre, compte tenu de l'état actuel des connaissances cliniques, des valeurs et des normes. Cela revient à répondre à la question suivante : **les services de soins de santé prestés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé couvrent-ils suffisamment l'hétérogénéité des besoins de soins de l'ensemble des sous-groupes qui constituent la population ?**

1.1.2. La notion de besoin de soins

Dans le cadre de notre analyse, la notion de **besoins de soins** réfère **uniquement aux besoins validés cliniquement**⁵, c'est-à-dire les besoins de soins, qu'ils soient perçus ou non par les patient-es, pour lesquels il existe un traitement autorisé et remboursé (Cès, 2021; Maertens de Noordhout, et al., 2024). Cette notion implique la réalisation de deux conditions : d'une part, l'existence d'un problème ou d'un risque de problème de santé somatique et/ou psychique et, d'autre part, l'existence d'un traitement, au sens large (préventif, curatif, palliatifs, etc.) pour améliorer l'état de santé, préserver la qualité de vie ou encore prévenir la dégradation de l'état de santé. Il faut noter cependant que le jugement clinique est également susceptible de varier au cours du temps en fonction des avancées médicales.

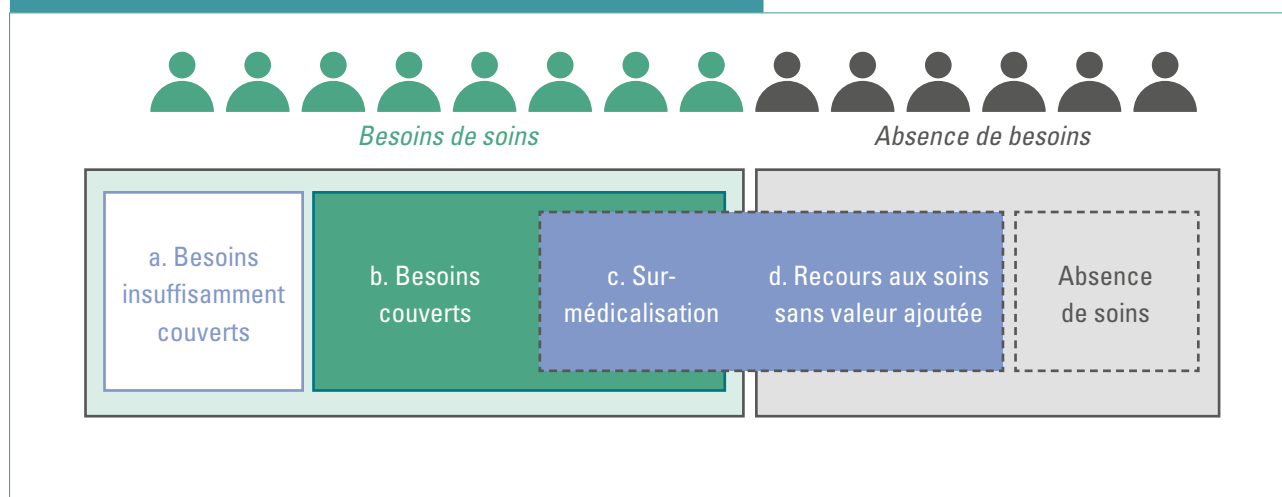
La couverture des besoins en soins peut se résumer sous la forme de différents cas de figure (voir Figure 1). Selon le point de vue clinique, en l'état actuel des connaissances, ces cas de figure sont ceux où les soins de santé :

- a) Couvrent de façon insuffisante les besoins de certains sous-groupes de population pour lesquels il est possible d'identifier des répercussions négatives sur la santé ;
- b) Couvrent de façon suffisante les besoins ;
- c) Couvrent de façon disproportionnée les besoins, c'est-à-dire en prodiguant des soins sans valeur ajoutée avec ou sans répercussion négative sur la santé ;
- d) Couvrent des besoins de soins inexistants, en prodiguant des soins sans valeur ajoutée avec ou sans répercussions négatives sur la santé.

L'article se focalise principalement sur le problème des besoins de soins de santé validés cliniquement qui sont non ou insuffisamment couverts par le système de soins de santé (a). Ce problème engendre un écart entre « **l'état de santé observé dans la population, compte tenu de l'offre de soins existante et du fait que celle-ci n'est pas forcément utilisée de manière optimale pour des raisons diverses** » et « **l'état de santé réalisable**, c'est-à-dire le meilleur état de santé pouvant être obtenu dans l'hypothèse d'un accès et d'une utilisation optimaux de l'offre de soins existante » (Maertens de Noordhout, et al., 2024, p. 25).

5 Il faut noter que les besoins de soins validés d'un point de vue clinique se distinguent de la notion de besoin développée dans le cadre de l'évaluation « NEED : évaluer les besoins non rencontrés liés à la santé des patients et de la société » (Maertens de Noordhout, et al., 2024). Dans le cadre NEED, la notion de besoin est plus large en incluant les besoins perçus pour lesquels il n'existe pas encore de traitement ou de traitement suffisant pour les couvrir (le traitement réfère aux thérapies et aux mesures de prévention secondaires). Les soins palliatifs et les interventions de soutien (tels que la communication d'information de santé ou encore pour améliorer l'accès aux soins) sont exclus.

Figure 1 : Couverture par le système de soins de santé des besoins validés cliniquement



1.2. L'évaluation de la performance du système de soins de santé

1.2.1. Dimensions de la performance et *Quintuple Aim*

Si le travail par objectif est une innovation dans la gestion du système des soins de santé belge, l'évaluation de sa performance, « *Health System Performance Assessment (HSPA)* », est réalisée régulièrement depuis 2010 par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (Vlayen, et al., 2010) et étoffée au fur et à mesure des publications. Cette évaluation découle de l'engagement des pays membres de la région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé dans la charte de Tallinn (WHO Regional Office for Europe, 2008).

L'évaluation régulière de la performance réalisée par le KCE vise à soutenir la prise de décision politique. « Un projet de HSPA revêt une importance capitale dans le processus de prise de décision politique. Ce processus consiste traditionnellement à définir un agenda (reconnaître les problèmes et définir des priorités), à formuler une stratégie (proposer des solutions), à prendre une décision (choisir une solution), à mettre cette décision en pratique (implémenter la solution choisie) et enfin à l'évaluer (suivre les résultats) » (Vrijens, et al., 2015, p. 63). La loi du 3 novembre 2023 permet ainsi de formaliser un processus de gouvernance visant à monitorer la

performance du système de soins de santé. Le but est de permettre l'ajustement des politiques de soins de santé pour atteindre des objectifs prioritaires.

Afin d'évaluer la performance des soins de santé, un cadre conceptuel, décrivant les différents domaines à évaluer, est développé et enrichi régulièrement par le KCE, structuré en différentes dimensions : « principes considérés comme essentiels au bon fonctionnement et à la performance d'un système de santé, comme l'accessibilité, la qualité, etc. » (Gerken, et al., 2024a, p. 19). C'est la raison pour laquelle ce cadre constitue un outil incontournable pour mener la réflexion autour de la définition des objectifs pour le système de soins de santé. Il permet de lister de façon détaillée un ensemble de domaines à traiter pour améliorer la performance des soins de santé. Toutefois, bien qu'il soit enrichi de façon régulière, il nous semble nécessaire de détailler une dimension centrale de la performance des soins, celle de l'accessibilité. C'est pourquoi nous proposons d'y ajouter les sous-dimensions que nous avons identifiées pour la définir (Cès, 2021).

Afin de caractériser les manquements dans la couverture des besoins de soins, nous proposons ainsi d'utiliser le cadre conceptuel belge de l'évaluation de la performance du système de soins de santé tel que développé par le KCE, complété par les dimensions de l'accessibilité des soins.

La figure 2 détaille l'articulation des dimensions d'évaluation de la performance et de l'accessibilité entre elles ainsi que le *Quintuple Aim*⁶, un cadre de valeur mis en avant pour guider les politiques de soins de santé depuis 2021. Il faut noter que la gouvernance est une dimension à part et n'est par conséquent pas incluse dans la figure 2. En effet, elle ne traite pas directement de la mise en œuvre des soins, mais plutôt de la manière dont les décisions politiques sont prises : soit « la capacité des décideurs de santé à rendre des comptes, à autonomiser et impliquer la population (*empowerment*), à garantir la transparence, à assurer la présence d'institutions fonctionnelles et aptes à atteindre leurs objectifs et enfin à réagir et à répondre efficacement aux besoins de la population » (Gerkens, et al., 2024a, p. 76). Elle réfère au niveau fédéral à la régulation du système de soins de santé dans son ensemble et à son articulation avec les politiques de santé dans les autres secteurs.

Le KCE a recours à sept dimensions pour évaluer la performance du système de santé, cinq dimensions statiques et deux dimensions dynamiques. Nous distinguons les di-

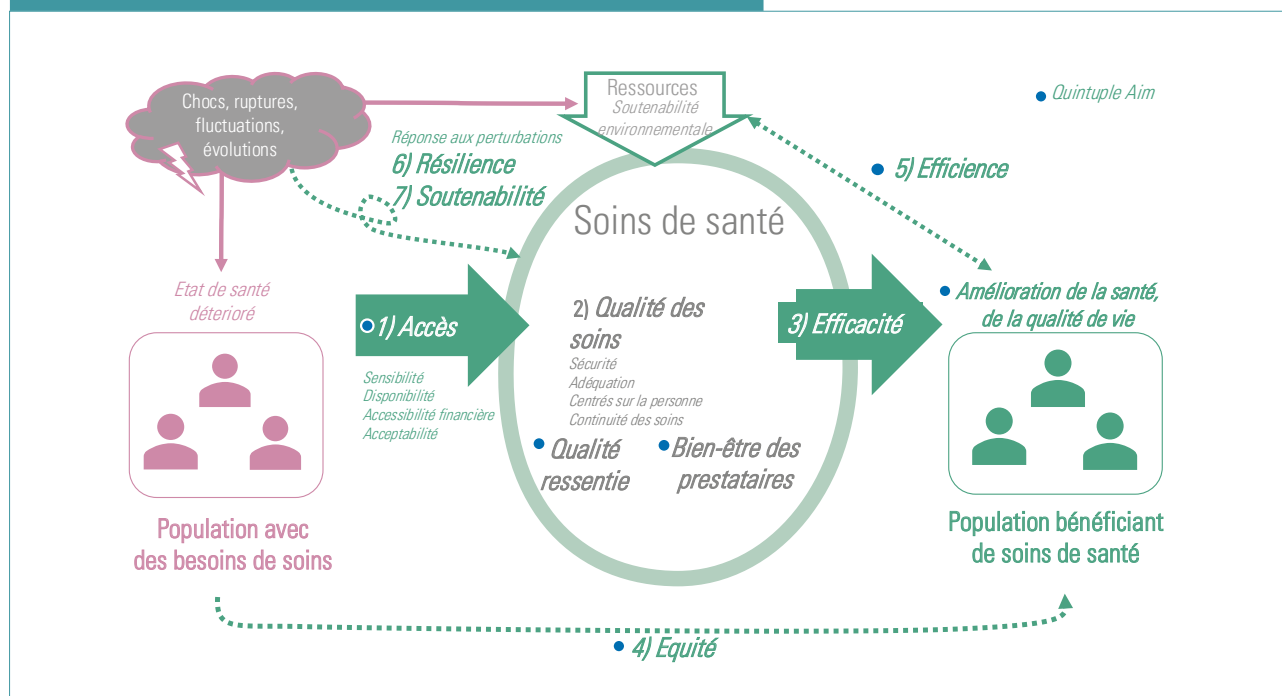
mensions statiques qui ont trait à la performance du système de soins de santé à un instant particulier dans un contexte défini, des dimensions dynamiques relatives à la capacité d'adaptation du système face à des changements de contexte en raison de diverses fluctuations (épidémie, raréfaction des ressources, évènement climatique extrême, rupture technologique, contexte économique, etc.).

1.2.2. Les dimensions statiques

L'accès aux soins se définit comme l'obtention d'un traitement, au sens large, en cas de besoin de soins objectif d'un point de vue clinique. Ainsi, la première dimension de la performance est celle de l'**accessibilité** des soins, appréhendée au travers de quatre sous-dimensions à partir desquelles les améliorations de l'accès peuvent être réfléchies (Cès, 2021) :

La sensibilité aux besoins de soins correspond à la capacité à identifier les besoins objectifs d'un point de vue clinique (que ce soit par les personnes elles-mêmes et/ou les prestataires de santé) ;

Figure 2 : La structuration des dimensions de la performance du système de soins de santé et le *Quintuple Aim*



6 Les objectifs du *Quintuple Aim* sont : « [L]a santé de la population (1), la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance (2), le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées (3), l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité (4) et le bien-être des professionnels de la santé (5) » (INAMI, 2022, p. 55).

- La disponibilité correspond au fait que les services soient atteignables à une distance raisonnable, dans un délai raisonnable, avec une plage horaire suffisamment étendue et avec une prise de contact aisée, par l'ensemble de la population, sans discrimination, et dans les conditions adaptées aux besoins des patient-es (par exemple, en garantissant la communication dans la langue du/de la patient-e ou encore par l'existence d'aménagements pour les personnes à mobilité réduite) ;
- L'accès financier correspond au fait que les contributions personnelles des patient-es soient suffisamment limitées pour, d'une part, ne pas décourager le recours aux soins en cas de besoin et, d'autre part, protéger du risque d'être exposé à des difficultés financières en cas de recours ;
- L'acceptabilité correspond à la capacité à assurer des prestations de soins qui satisfont au besoin de qualité minimum perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé.

La deuxième dimension permettant d'évaluer la performance est la **qualité** des soins. Elle est déterminée par les conditions de délivrance des soins qui peuvent être regroupées autour de quatre sous-dimensions (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006) :

- La sécurité des soins : « la mesure dans laquelle le système ne nuit pas au patient » (Gerkens, et al., 2024a, p. 32).
- L'adéquation des soins : « la mesure dans laquelle les soins de santé fournis sont adaptés aux besoins cliniques, eu égard aux meilleures preuves disponibles à ce point dans le temps » (Gerkens, et al., 2024a, p. 35).
- Les soins centrés sur la personne, c'est-à-dire adaptés à chaque situation : « [...] permet[tent] aux individus de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leurs soins et de gérer ainsi leur bien-être avec succès » (Gerkens, et al., 2024a, p. 35).
- La continuité des soins : « la mesure dans laquelle les soins de santé dispensés au fil du temps à un utilisateur spécifique sont organisés de façon fluide au niveau d'un prestataire, d'une institution et d'une région et entre ces acteurs, ainsi que la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté » (Gerkens, et al., 2024a, p. 41).

Il est important de noter qu'il existe une interdépendance importante entre ces dimensions. Par exemple, un faible

niveau de qualité perçue des soins a un impact sur l'accès financier, les patient-es étant moins enclins à supporter des frais lorsque la qualité perçue n'est pas satisfaisante. De la même façon, des difficultés d'accès à certains soins (entraînant le report ou le renoncement partiel) ont un impact sur le traitement qui sera effectivement reçu, celui-ci étant susceptible d'être revu en fonction de considérations autres que cliniques (par exemple en fonction de contrainte de transport ou encore du coût à charge des patient-es) (Cès & Baeten, 2020).

Troisièmement, la performance peut être évaluée au regard de l'impact du système de soins de santé sur la santé de la population, soit de **l'efficacité** des soins, qui est « le degré d'obtention de résultats désirables, moyennant la mise à disposition correcte de services de soins de santé basés sur des données scientifiquement validées à toute personne susceptible d'en retirer un bénéfice, mais pas à celles qui n'en retireraient aucun bénéfice » (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006; Gerkens, et al., 2024a, p. 28).

L'équité dans l'accès ou le recours aux soins⁷ est la quatrième dimension qui permet d'évaluer la performance. Ce concept découle de la Couverture Sanitaire Universelle¹ et réfère à un jugement normatif sur les inégalités. L'équité horizontale signifie « que les personnes ayant des besoins en soins identiques reçoivent un même (accès au) traitement, sans qu'il soit tenu compte d'autres caractéristiques comme leur revenu, leur niveau d'éducation, leur lieu de résidence, leur origine, etc. » (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020, p. 11).

Cinquièmement, la notion d'**efficience** relie l'efficacité aux ressources engagées dans les soins : « [elle] touche à la relation entre les intrants investis dans le système (cf. les indicateurs de soutenabilité tels que les ressources financières, le personnel et les infrastructures) et les extrants intermédiaires (cf. les indicateurs d'accessibilité et de qualité tels que les délais d'attente, etc.) ou les résultats de santé finaux (cf. les indicateurs d'état de santé tels que les années de vie gagnées) [...] » (Gerkens, et al., 2024a, p. 79).

La mission principale des soins de santé est d'améliorer la santé de la population en couvrant l'ensemble des besoins en soins, c'est l'objectif de Couverture Sanitaire Universelle¹. Celle-ci se réalise lorsque les conditions d'accès aux soins - déterminées par la sensibilité, la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité des soins - per-

7 Les inégalités de santé ne sont pas traitées directement dans cet article. D'autre part, la question de l'équité verticale (des besoins de soins différents reçoivent des traitements différents adaptés) n'est pas non plus traitée dans cet article.

mettent à toutes et tous d'accéder aux soins de qualité, c'est-à-dire en garantissant la sécurité, l'adéquation, les soins centrés sur la personne et la continuité des soins. Le résultat est évalué au travers de l'efficacité, l'équité et l'efficience.

1.2.3. Les dimensions dynamiques

La définition de Contandriopoulos de la performance préfigure deux autres domaines de la performance des systèmes de soins de santé, **la résilience et la soutenabilité** (sixième et septième dimensions à la Figure 2).

La **résilience**, analysée comme une dimension à part entière, est définie comme : « sa capacité à (a) prévoir les chocs, (b) les absorber et (c) s'y adapter (...) d'une manière qui lui permette (i) de continuer à fournir les prestations requises, (ii) de revenir le plus rapidement possible à un niveau de performance optimal, (iii) d'adapter sa structure et ses fonctions afin de se renforcer et (iv) (éventuellement) de limiter sa vulnérabilité à des chocs futurs similaires et à des changements structurels » (Gerken, et al., 2024a, p. 97).

La notion de **soutenabilité** est proche de la résilience et porte à la fois sur les moyens et la finalité. Différentes définitions peuvent être proposées :

- « La soutenabilité du système peut se définir comme sa capacité à être financé durablement par les recettes publiques, à fournir et à maintenir la main-d'œuvre (par exemple, grâce à l'éducation et à la formation), l'infrastructure et les équipements nécessaires, à se montrer innovant, à répondre aux besoins émergents et à réduire son impact environnemental » (Gerken, et al., 2024a, p. 65).
- Une définition plus complète peut être proposée : « la capacité d'un système de santé à maintenir ses fonctions essentielles – offre de services, approvisionnement de ressources humaines et matérielles, financement et gestion – tout en intégrant les principes de financement équitable, d'équité d'accès aux soins et d'efficacité dans l'objectif d'améliorer la santé des populations et de couvrir leurs besoins » (Or, Gandré, & Wharton, 2022, p. 8). Cette définition inclut le fait que les principes fondateurs du système de santé ne puissent être remis en question. Elle souligne ainsi l'importance de préserver les conditions de la Couverture Sanitaire Universelle.

La soutenabilité environnementale est considérée comme une sous-dimension de la soutenabilité, qui « [...] se définit comme la capacité du système à limiter les impacts négatifs sur l'environnement et à tirer parti des opportunités de le restaurer et de l'améliorer au profit de la santé et du bien-être des générations actuelles et futures » (Gerken, et al., 2024a, p. 78).

Le système doit s'adapter pour garantir la couverture des besoins en cas de perturbation externe, quelle que soit sa nature, économique, sanitaire, politique, démographique, sociale, environnementale, etc. Celle-ci impacte potentiellement les ressources définies au sens large (tout entrant nécessaire à la production des soins tels que les ressources humaines, énergétiques, bâtiments, etc.) et les besoins en soins de la population, c'est le domaine de la soutenabilité et de la résilience.

Résilience et soutenabilité sont intrinsèquement liées.

Par exemple, si les infrastructures de soins ou le nombre de professionnel·les de santé se révèlent insuffisants en temps normal, les soins de santé seront d'autant plus limités pour absorber une augmentation rapide des besoins de soins de la population. Ces deux notions renvoient au problème de l'adaptabilité du système de soins de santé face à des perturbations affectant potentiellement de façon concomitante les besoins de soins et les conditions de mise en œuvre des soins (par exemple avec la raréfaction de ressources au sens large). La crise sanitaire est un exemple marquant de perturbation majeure des besoins de soins à laquelle les systèmes de soins de santé européens ont dû faire face avec des capacités inégales, en particulier en matière de disponibilité des unités de soins critiques, de répartition géographique et d'effectifs des professionnel·les de santé (Sagan, et al., 2024). La soutenabilité aussi implique l'anticipation des fluctuations futures, par exemple celles liées à l'évolution démographique, aux facteurs environnementaux, socio-économiques, etc. Lorsque les perturbations ne sont pas prévisibles, il est possible de mettre en œuvre les conditions favorisant la robustesse du système de soins de santé, que ce soit pour un risque particulier, par exemple en cas d'aléas climatiques extrêmes, ou encore face à un ensemble de risques pour lesquels il est possible d'adopter une approche commune (Witter, et al., 2023).

1.3. Les problèmes de couverture des besoins de soins

Utiliser le cadre proposé des dimensions de la performance du système de santé permet d'identifier de manière exhaustive les problèmes de performance relatifs à la couverture des besoins en soins (voir Figure 3). Celle-ci dépend avant tout des conditions d'accessibilité aux soins et de la qualité des soins délivrés. C'est la raison pour laquelle nous nous appuyons ici principalement sur ces deux dimensions principales. Une insuffisance dans la couverture des besoins dans l'une de ces dimensions est susceptible d'engendrer des problèmes d'efficacité, d'efficience et d'équité.

1.3.1. Types de besoins insuffisamment couverts

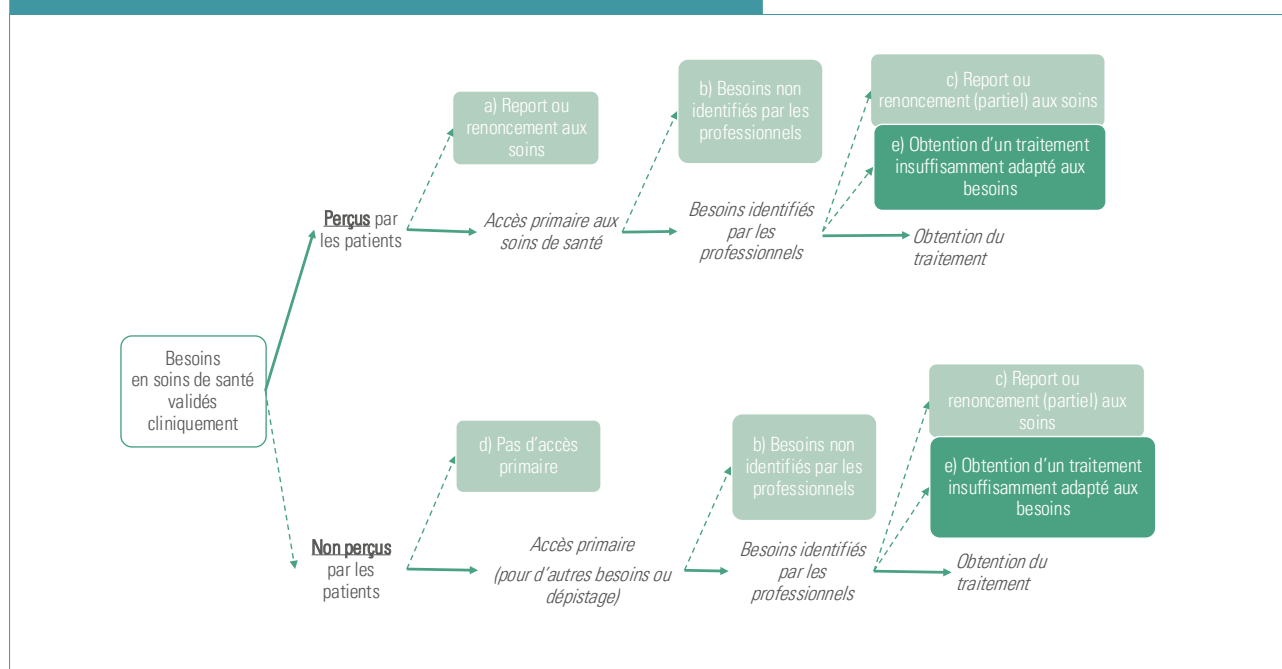
Différents types de besoins insuffisamment couverts peuvent être identifiés :

a) La personne perçoit un besoin de soins, mais elle est contrainte de reporter ou renoncer aux services de santé, par exemple en raison de difficultés financières, d'indisponibilité des services ou d'autres motifs non justifiables au regard du principe de la Couverture Sanitaire Universelle ;

- b) Le besoin de soins n'est pas identifié parce que le diagnostic n'est pas établi par un-e professionnel-le de santé, que le problème soit ressenti ou non par la personne, par exemple en cas de maladie rare ;
- c) Bien que le diagnostic soit posé, la personne est contrainte de reporter ou renoncer (partiellement) au traitement pour des motifs non justifiables au regard du principe de la Couverture Sanitaire Universelle ;
- d) La personne ne perçoit pas son besoin de soin et n'a pas de contact avec un-e professionnel-le de santé (accès primaire) ;
- e) Le diagnostic est établi mais le traitement proposé n'est pas : fourni avec un niveau de sécurité suffisant (conditions de traitement au sens large, par exemple le niveau d'hygiène, interactions médicamenteuses), ou adéquat au regard des recommandations cliniques, ou suffisamment centré sur la personne ou encore délivré avec une continuité des soins suffisante.

Les quatre premiers cas de figure relèvent de problèmes d'accessibilité aux soins tandis que le dernier relève des autres sous-dimensions de la performance du système de soins de santé relatives aux conditions de délivrance des soins de santé, c'est-à-dire la qualité des soins. Dans la réalité, ces problèmes peuvent se combiner par exemple en cas de retard de diagnostic combiné avec un traitement inadéquat.

Figure 3 : Différents types de besoins de soins insuffisamment couverts



1.3.2. Critères de sélection des domaines d'amélioration potentiels des soins de santé

Il est stratégiquement nécessaire de sélectionner les problèmes de performance qui doivent être corrigés en priorité et ainsi visés par des objectifs.

Le premier critère de sélection est l'**objectivation d'un point de vue scientifique du problème de performance** (Martini & Davesne, 2024). La question à laquelle on veut répondre ici est : le problème de performance est-il suffisamment documenté ? Avons-nous assez d'information ?

Le deuxième critère porte sur **la couverture des besoins de soins et les gains de santé potentiels à court ou moyen terme**. La question posée est la suivante : est-ce que la prise en charge actuelle des problèmes de santé dans le cadre de l'assurance soins de santé entraîne un écart entre l'état de santé observé et « l'état de santé réalisable [...] dans l'hypothèse d'un accès et d'une utilisation optimaux de l'offre de soins existante » (voir partie 1.1.2.) ? Si la réponse est positive, cela signifie qu'une meilleure couverture des besoins de soins permettrait d'atteindre de meilleurs résultats de santé publique.

Cela suppose de **pouvoir documenter l'écart entre l'état de santé observé et l'état de santé réalisable grâce aux soins au travers d'indicateurs ou de façon qualitative dans une acception large de la santé**, au-delà des considérations purement cliniques, c'est-à-dire en incluant la qualité de vie dans toutes ses dimensions. Les exemples cités dans le cadre de cette étude sont principalement analysés d'un point de vue quantitatif. La question qui se pose est la suivante : le problème de performance identifié dans les soins de santé implique-t-il des conséquences négatives sur la mortalité⁸, la morbidité⁹, les facteurs de risques de santé modifiables par les soins de santé et la qualité de vie (vie familiale, professionnelle, loisirs, sociale, scolarité, etc.) ?

En fonction des domaines, l'écart de performance peut être plus ou moins difficile à établir (comparaisons internationales, entre groupes populationnels, géographiques, comparaison avec les recommandations cliniques, retour d'expériences de terrain¹⁰, etc.). La mesure d'un écart im-

plique nécessairement la notion de seuil. Au-delà de quel seuil est-il bénéfique de mener des actions ? Cette question ne trouve pas nécessairement de réponse univoque, surtout lorsque le problème est complexe. Il s'agit alors davantage de réunir un faisceau d'indices qui démontrent que les besoins de soins seraient mieux couverts avec un gain de santé significatif en introduisant des changements dans l'organisation des soins (au sens large).

1.4. Les objectifs de soins de santé

1.4.1. Différents types d'objectifs

L'identification des possibilités d'amélioration dans la couverture des besoins de soins constitue le point de départ pour formuler ensuite les objectifs de soins de santé qui visent explicitement la réalisation d'une meilleure couverture des besoins. Toutefois, pour être en mesure de déterminer des objectifs de soins de santé, il est nécessaire d'explicitier préalablement la méthodologie de l'approche par objectif.

On peut distinguer différents types d'objectifs de soins de santé (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017; Martini & Davesne, 2024).

Les objectifs stratégiques

- **Les objectifs de résultat finaux** portent sur l'état de santé ou la qualité de vie. Lorsqu'il s'agit de renseigner sur l'amélioration des soins de santé, ces types d'objectifs posent plusieurs problèmes pour différentes raisons. D'une part, ils peuvent être difficiles à interpréter en raison des multiples causes possibles d'un changement observé car celles-ci ne sont pas uniquement liées au système de soins de santé. D'autres facteurs peuvent également contribuer à modifier l'état de santé de la population, par exemple, les conditions de vie, facteurs environnementaux, etc. D'autre part, s'agissant d'un proxy de l'état de santé déterminé à partir des données d'utilisation des soins de santé, il est possible qu'une variation de l'indicateur ne puisse être interprétée de façon univoque car les causes peuvent être multiples et combinées. Par exemple, une augmentation de la proportion

8 « Un décès est dit « évitable grâce au système de soins » lorsque, à la lumière des connaissances médicales au moment du décès, la plupart des décès dus à cette cause auraient pu être évités grâce à des interventions de soins de santé efficaces et en temps opportun, y compris la prévention et le traitement secondaires » (Gerkens, et al., 2024a).

9 « L'incidence d'une maladie correspond au nombre de nouveaux cas survenus pendant une période donnée dans une population déterminée, tandis que la prévalence correspond au nombre de cas observés dans une population déterminée à un moment donné » (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010, p. 18).

10 Il est possible que l'écart de performance soit identifié sur le terrain mais que l'indicateur pour le mesurer n'existe pas.

des personnes ayant recours à un traitement pour le diabète peut être attribuable à la fois à une amélioration du dépistage et à une augmentation de la prévalence du diabète. Enfin, les actions entreprises pour améliorer l'état de santé sont susceptibles d'avoir un impact à moyen terme seulement (Gregg, et al., 2023).

- **Les objectifs de résultats intermédiaires** portent sur les déterminants de la santé pour atteindre les objectifs de résultat finaux (par exemple la littératie en santé ou encore le contrôle de la pression artérielle), pour lesquels un lien de causalité avec un résultat de santé est bien démontré.

Les objectifs opérationnels

- **Les objectifs de processus** portent sur la façon dont les soins sont délivrés afin d'atteindre les objectifs de résultat. Les objectifs de processus sont utiles pour monitorer à court terme l'implémentation des programmes.
- **Les objectifs de structure et d'organisation** portent sur des modifications de la législation, les infrastructures, les ressources humaines, etc.

Ces objectifs peuvent être définis au niveau macro (national), méso (au niveau des organisations de soins) et au niveau micro (prestataires de soins).

1.4.2. Indicateurs valides et fiables pour la formulation d'un objectif SMART

Pour pouvoir évaluer si l'objectif sera effectivement atteint, il faut veiller également à ce que les indicateurs utilisés pour formuler des objectifs SMART³ valident plusieurs critères (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005) :

- Le critère de sélection le plus simple est celui de la **disponibilité**. L'indicateur existe-t-il déjà ? S'il n'existe pas, les données nécessaires au calcul existent-elles ? De nouvelles données doivent-elles être collectées et à quel coût ? Le coût additionnel doit être suffisamment justifié par l'utilité de l'indicateur.
- La **fiabilité** est un autre critère important à prendre en compte. L'indicateur mesure-t-il « fidèlement un phénomène, c'est-à-dire sans trop de variation aléatoire » (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005, p. 60) ? Un indicateur fiable explicite la collecte des données et le numérateur et le dénominateur utilisés, afin d'éviter autant que possible la subjectivité.

- La **validité** est le fait que l'indicateur mesure effectivement le phénomène étudié, c'est-à-dire qu'il assure une cohérence entre ce qui est réellement mesuré et ce qui est défini théoriquement.

Une variation de l'indicateur doit être attribuable de façon suffisamment robuste et univoque aux soins de santé même si le lien de causalité est toujours sujet à caution. Une augmentation de la prévalence (autodéclarée ou calculée à partir de données administratives de consommation de soins) peut par exemple aussi bien être le bon résultat d'actions favorisant un meilleur dépistage ou encore un meilleur accès financier que le résultat d'une dégradation de l'état de santé, voire les deux de façon concomitante. Le manque de validité est aussi possible lorsque la population de référence n'est pas adéquate d'un point de vue théorique. Par exemple, évaluer l'efficacité des soins chroniques à prévenir des complications graves à partir du nombre d'hospitalisations nécessite que ce nombre soit rapporté au sous-groupe de patient-es effectivement atteint-es de la maladie chronique et non pas de la population dans son entièreté. Si ce taux est rapporté à l'ensemble de la population, c'est-à-dire en incluant les personnes qui ne sont pas atteintes par la maladie, alors une variation pourrait aussi indiquer une évolution de la prévalence. La construction de nouveaux indicateurs pour la formulation d'objectifs SMART doit pouvoir remplir les deux critères, fiabilité et validité.

1.4.3. La valeur cible

Pour la formulation d'objectifs SMART³, il est nécessaire que l'indicateur sélectionné montre un écart avec ce qui est théoriquement atteignable par le système de soins de santé. C'est la notion de seuil évoqué plus haut (partie 1.3.2.) au-delà duquel il est souhaitable d'intervenir pour améliorer les soins. **Un objectif SMART consistera à proposer une réduction de l'écart sous la forme d'une valeur cible**. S'il existe différentes méthodes pour déterminer une valeur cible, il faut veiller à ce que la valeur cible soit suffisamment réaliste pour engager les parties prenantes. C'est pourquoi la réflexion doit s'appuyer sur la valeur actuelle de l'indicateur. Il serait en effet irréaliste de proposer une valeur cible sans tenir compte de la valeur de référence.

La valeur cible à atteindre peut être choisie de différentes façons (Gregg, et al., 2023) :

- En valeur absolue ou relative à partir de la valeur de référence (*baseline*) ;
- Par le calcul d'une évolution minimale statistiquement significative ;
- Par rapport à une tendance observée de référence (soit dans la continuité, soit en proposant un pourcentage d'amélioration relativement à la tendance observée) ;
- En cohérence avec les recommandations cliniques ;
- Par consensus et le recours à des critères multiples ;
- S'agissant de biomarqueur (par exemple la proportion du groupe cible avec une pression artérielle inférieure à un certain niveau), le niveau souhaitable doit également faire l'objet d'une analyse (souvent en lien avec les recommandations cliniques et les risques associés pour la santé) ;
- En appliquant le meilleur résultat observé dans les sous-groupes de population.

Il est essentiel d'évaluer dans quelle mesure le système de soins de santé couvre suffisamment les besoins en soins de la population. Lorsque des insuffisances dans la réalisation de cette mission existent, cela engendre un état de santé moins bon que ce qui serait réalisable théoriquement compte tenu des connaissances médicales actuelles. Différentes dimensions sont définies pour évaluer la performance du système à couvrir les besoins de soin. L'accessibilité et la qualité des soins sont les dimensions principales qui permettent de détecter des insuffisances dans la couverture des besoins. Le système échoue à couvrir les besoins cliniques validés en cas de problèmes d'accès et/ou de qualité des soins. L'efficacité, l'équité et l'efficience, des dimensions plus transversales, permettent de mesurer l'impact de ces problèmes. La définition d'objectifs constitue une stratégie permettant de corriger en priorité certains problèmes de performance.

Ce cadre est testé pour analyser la prise en charge du diabète et des maladies cardiovasculaires de façon à expliciter la démarche de fixation des objectifs d'amélioration de la performance des soins.

2. Meilleure couverture des besoins de soins pour les malades chroniques

Afin de montrer comment une évaluation de la performance du système des soins de santé peut être mise en œuvre, nous étudierons ici deux cas de prise en charge¹¹ des personnes atteintes d'une maladie chronique en Belgique en appliquant le cadre d'analyse précédemment expliqué. En raison de l'évolution épidémiologique rapide de ces deux dernières décennies, les maladies chroniques¹² constituent un domaine prioritaire au niveau politique depuis 2021¹³.

En effet, nous observons une augmentation importante de la proportion de personnes (de plus de 15 ans) qui déclarent être atteintes d'au moins une maladie ou une affection chronique, pour atteindre 29% en 2018, soit une augmentation de 17% par rapport à 2001¹⁴. Les personnes dont les revenus sont les plus bas (premier quintile de revenu) subissent de façon encore plus rapide une dégradation importante de leur état de santé puisqu'on observe une augmentation de 52% entre 2001 et 2018 de personnes atteintes d'affections chroniques (autodéclaré).

Les pertes de santé sont également inégalement réparties au sein de la population. Certains groupes tels que les femmes, les personnes âgées ou encore les personnes moins favorisées subissent ainsi une détérioration plus importante de la santé en cas de maladie chronique (Van Wilder, et al., 2022). Il est donc essentiel d'identifier ces disparités et les possibles insuffisances dans la prise en charge afin de réduire le fardeau des maladies chroniques.

11 Le domaine de la prévention primaire n'est pas abordé directement dans l'analyse.

12 Bien qu'il n'existe pas de définition à proprement parler de maladie chronique en Belgique : « une maladie chronique peut être définie comme un problème de santé qui dure "longtemps" » (Maertens de Noordhout, et al., 2022, p. 17).

13 En mars 2021, une *task force* Objectifs de soins de santé, une *task force* Soins appropriés (Appropriate Care), une *task force* Cadre pluriannuel dynamique, un Comité scientifique et un Comité de pilotage global ont été lancés afin de développer une méthodologie concrète pour l'intégration des objectifs de santé dans les choix de l'assurance soins de santé et d'élaborer un plan de soins efficace. Cette concertation a donné lieu à un rapport en 2022 (INAMI, 2022).

14 Voir <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia#health-and-quality-of-life>.

2.1. Le diabète

2.1.1. Fardeau de la maladie

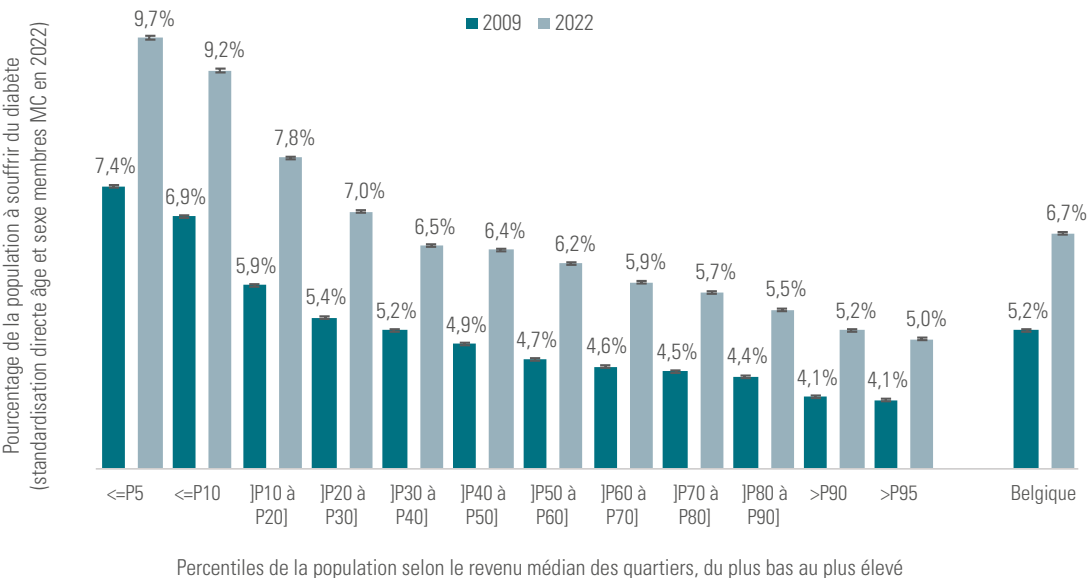
Le diabète¹⁵ est une maladie chronique qui se caractérise par l'incapacité à réguler l'excès de glucose. Une mauvaise prise en charge provoque des problèmes de santé aigus liés à l'hyperglycémie (fatigue, irritabilité, urines fréquentes, soif intense, mycoses à répétition, cicatrisation lente des plaies, troubles de la vision, acidocétose) ou liés à l'hypoglycémie (faiblesse musculaire, tremblements, palpitations, troubles de la vision). L'hyperglycémie a des répercussions importantes sur la santé à terme telles que des maladies cardiovasculaires, des atteintes aux nerfs, une perte de vue ou encore l'insuffisance rénale. Le diabète est une maladie chronique pour laquelle il existe des stratégies de traitement efficaces. Les complications associées peuvent être prévenues grâce à une prise en charge adaptée (Gregg, et al., 2023).

2.1.2. Gradient social

En 2022, 6,7% de la population bénéficie d'une prise charge pour le diabète (méthodologie utilisée par l'Agence Inter-mutualiste pour identifier les patient-es diabétiques¹⁶ appliquée aux données de la MC pondérées selon la structure de la population belge). En 2009, la prévalence était de 5,2%, soit une croissance de 22% entre 2009 et 2022 (voir Figure 4).

Un fort gradient social s'observe pour la prévalence du diabète diagnostiqué (standardisée par âge et sexe), qui se renforce avec le temps. En 2009, l'écart de prévalence est de 83% entre les quartiers les plus pauvres et ceux les plus riches¹⁷ : 7,4% dans le percentile 5 et 4,1% dans le percentile 95. En 2022, cet écart progresse et passe à 93%, soit une prévalence près de deux fois plus élevée dans les quartiers pauvres (9,7% dans le percentile 5) que

Figure 4 : Évolution du diabète (diagnostiqué¹⁸) en Belgique entre 2009 et 2022 en fonction du revenu fiscal médian du quartier dans lequel les personnes résident (source : données de la MC pondérées selon la structure d'âge, de sexe, de province et de statut BIM de la population belge)



15 L'analyse réfère principalement au diabète de type 2 (sauf lorsque la distinction est explicitement mentionnée) qui est le plus répandu (estimé entre 85% et 90% selon l'association belge du diabète : <https://www.diabete.be/le-diabete-2/diabete-de-type-2-13/definition-61#gsc.tab=0>).

16 « La prévalence du diabète (de type 1 ou 2) diagnostiqué est estimée sur base du nombre d'assurés ayant reçu des antidiabétiques (code ATC A10) ou ayant une autre nomenclature de référence du diabète (convention du diabète, passeport du diabète, trajectoire de soins du diabète) » (https://atlas.aim-ima.be//info/metadataPDF/METADATA_002_001_FR.pdf).

17 Il s'agit du revenu fiscal médian par déclaration fiscale des secteurs statistiques en 2022 (Source : Statbel). A noter que les déclarations fiscales sans revenu ne sont pas incluses dans le calcul.

18 La méthodologie utilisée pour identifier les patient-es diabétiques est celle appliquée pour l'évaluation de la performance du système de soins de santé belge (Gerkens, et al., 2024b, p. 123) : personnes de plus de 18 ans avec des codes ATC= A10A ou ATC=A10B (avec un seuil minimum de dose journalière) et avec des conditions d'exclusion pour ne pas surévaluer le non-recours (ne pas être membre de la Mutualité chrétienne en continu au cours de la période étudiée et décès au cours de la période).

dans les quartiers les plus riches (5%, percentile 95). Ainsi, on observe une augmentation de 31% de la prévalence entre 2009 et 2022 dans les quartiers les plus pauvres (de 7,4% à 9,7% dans le percentile 5), et de 23% dans les quartiers les plus riches (de 4,1% à 5% dans le percentile 95). Il est interpellant d'observer une augmentation rapide de la prévalence dans les quartiers plus favorisés car les conditions de vie y sont à priori plus favorables pour la santé. Plus remarquable encore, une progressivité selon le niveau richesse du quartier est également observée : la prévalence augmente à mesure que le revenu du quartier de résidence diminue. Ces disparités sont susceptibles d'être encore plus accentuées dans la réalité en raison du risque de sous-dépistage dans les quartiers défavorisés et du fait que les personnes ne sont pas classées en fonction de leurs revenus individuels, mais en fonction du revenu fiscal médian de leur lieu de résidence.

Une étude récente en Belgique montre également que dans le cas du diabète, le statut socio-économique est un facteur important d'inégalité (Van Wilder, et al., 2022). Pour le groupe de statut socio-économique intermédiaire, une perte de 2,2 fois plus d'années de vie pondérées par la qualité (QALY) est observée relativement au groupe le plus favorisé. Les moins favorisés, quant à eux, subissent la plus grande perte de QALY avec 4,4 fois plus d'années de

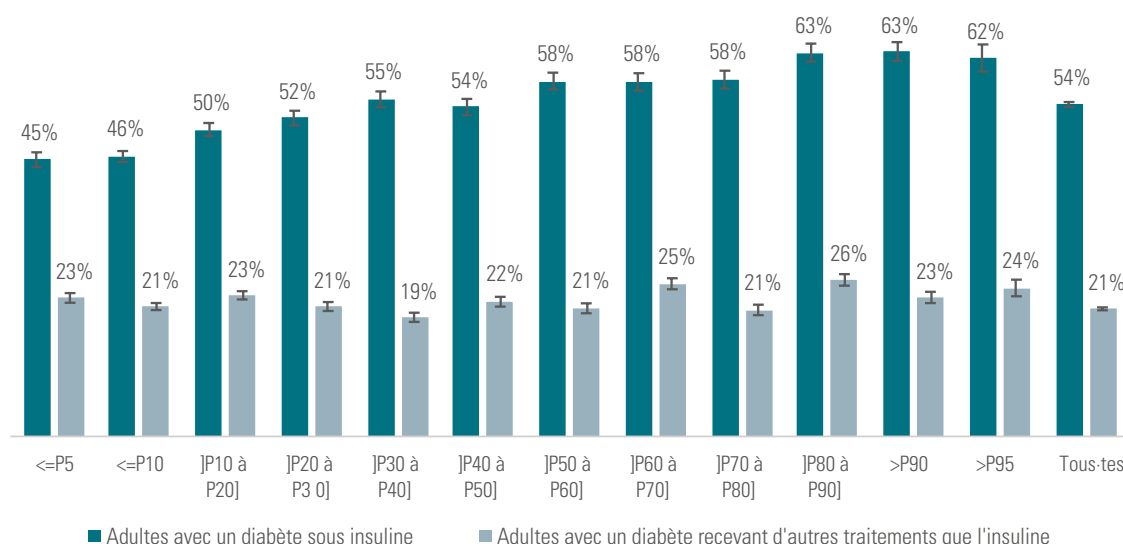
vie pondérées par la qualité perdues en comparaison avec le groupe le plus favorisé.

2.1.3. Besoins de soins insuffisamment couverts

Malgré la hausse rapide de la prévalence observée entre 2009 et 2022, 30% de personnes diabétiques ne seraient pas diagnostiquées (estimation basée sur des prélèvements urinaires et sanguins (Belgium.be, 2024b)). Cela suggère que l'accessibilité des soins du diabète en Belgique ne serait pas encore optimale. Il faut souligner également que les sous-groupes moins favorisés, davantage touchés par la maladie, risquent d'être encore moins bien dépistés en raison d'un accès plus limité aux soins (Cès & Baeten, 2020).

Concernant la prise en charge, le suivi s'améliore (Gerkens, et al., 2024a) mais il pourrait être meilleur au regard de la fréquence parfois insuffisante des examens de suivis. Or, les examens de suivi sont essentiels car ils sont associés à une diminution significative de la mortalité (Holman, et al., 2021). Il est possible de mesurer la part des patient-es diabétiques de plus de 18 ans, diagnostiqué-es de type 1 ou 2, qui bénéficient d'un suivi adéquat, celui-ci étant défini par la réalisation de cinq tests (créatinine, bilan lipidique, l'HbA1c ou hémoglobine glyquée, l'albumine, examen ophtalmologique) sur 15 mois (voir Figure 5).

Figure 5 : Proportion de patient-es diabétiques en 2022 pour lesquels le suivi est approprié entre janvier 2023 et mars 2024 (méthodologie KCE¹⁹ appliquée aux données MC pondérées selon structure de population belge en 2022, standardisation selon l'âge et le sexe)



19 Pour identifier les patient-es qui ont bénéficié d'un suivi adéquat sur 15 mois, la méthodologie de l'évaluation de la performance du système de soins de santé belge a été appliquée (Gerkens, et al., 2024b, p. 122).

Une différence importante est observée selon le niveau de revenu des quartiers de résidence des patient-es (2022). Dans les quartiers les plus riches, la part des patient-es sous insuline avec un suivi adéquat est beaucoup plus élevée : 63% de patient-es ont un suivi approprié (percentile 90) tandis que dans les quartiers les plus pauvres, c'est uniquement le cas pour 46% des patient-es (percentile 10). Il n'y a pas de différence importante selon le niveau de revenu des quartiers de résidence pour les patient-es diabétiques qui prennent d'autres médicaments que l'insuline.

En 2021, globalement, 86% des adultes diabétiques sous insuline ont été enregistrés dans l'un des protocoles de soins pour le diabète (passeport diabète, trajets de soins « maladies chroniques » et convention en matière d'autogestion du diabète pour les patient-es les plus complexes²⁰). Ce résultat est élevé mais il signifie en creux que 14% des personnes diabétiques sous insuline n'en ont pas bénéficié (les différentes selon le statut BIM restent faibles). Des disparités importantes sont observées : ce chiffre monte à 19% à Bruxelles, 30% pour les personnes qui vivent en institution (Gerken, et al., 2024a).

Pour les personnes avec un traitement autre que l'insuline, la proportion de patient-es qui ont bénéficié d'un protocole de soins pour le diabète (un passeport/pré-trajet de soins ou trajet de soins) reste faible avec seulement 26.6% en 2021 (la Wallonie étant la région où la proportion est la plus faible proportion avec 17,7%). Les faibles différences observées selon le niveau socio-économique montrent qu'il s'agirait sans doute moins d'un problème d'accessibilité mais plutôt un problème d'adéquation des soins.

2.1.4. Évolution des complications

Le nombre d'hospitalisations liées aux complications du diabète (en cas de diabète incontrôlé ou de complications liées au diabète)²¹ reste élevé avec 136,4 en 2021 par comparaison avec la moyenne européenne²² (EU-17 pays, 104 par 100.000 habitants, âgés de 15 ans et plus, standardisé par âge et sexe). Néanmoins, entre 2010 et 2020, une diminution est observée (non standardisée par âge et sexe) sauf pour l'année 2021 (dernière année disponible) (Gerken, et al., 2024b).

Chez les personnes diabétiques, l'incidence des amputations des extrémités basses a diminué entre 2009 et 2018 (standardisée par âge et sexe, entre 24 et 29% (Lauwers, et al., 2022; Claessen, et al., 2018)). Cette diminution a été plus importante chez les femmes que chez les hommes. Les amputations majeures ont diminué de façon significative (45%) sur la même période tandis que les amputations mineures n'ont pas diminué de façon significative (Lauwers, et al., 2022). Cette tendance s'observe également chez les pays voisins. La différence importante observée de risque d'amputation entre les femmes et les hommes pourraient être expliquée par différents facteurs de risque, cardiovasculaires, psychosociaux (Vanherwegen, Lauwers, Lavens, Doggen, & Dirinck, 2023). Le taux d'amputation secondaire est de 31,3% après une amputation mineure et de 18,4% après une amputation majeure (Lauwers, et al., 2022). Ce chiffre global masque une réalité plus contrastée car certains groupes vulnérables sont plus à risque de subir plusieurs amputations.

Les différences de risques d'amputation sont en effet bien objectivées à partir des données des membres adultes MC pour les personnes BIM et non BIM (voir Figure 6). Un taux supérieur d'amputation est observé chez les personnes diabétiques bénéficiaires de l'Intervention Majorée (entre 2022 et 2024) :

- Chez les patient-es sous insuline 1,4% des patient-es BIM diabétiques ont subi au moins une amputation pour seulement 0,8% de patient-es non BIM. Même si la proportion est faible, elle est presque deux fois supérieure chez les patient-es BIM diabétiques relativement à celle des patient-es non BIM ;
- Chez les patient-es diabétiques qui ne sont pas sous insuline, malgré une proportion faible, une différence est observée : 0,23% chez les personnes non BIM et 0,34% chez les personnes BIM.

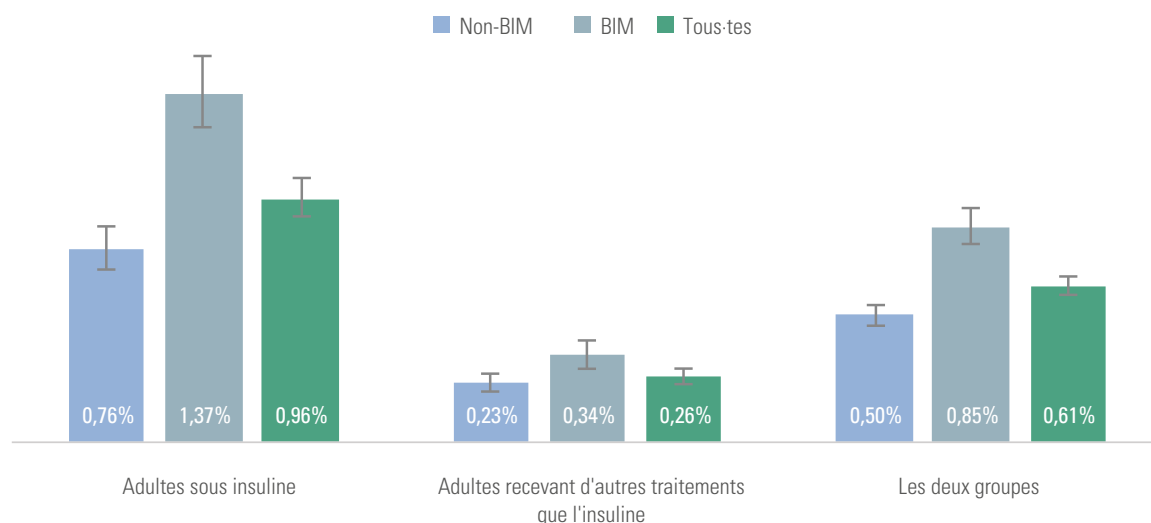
De plus, des assistant-es sociaux qui travaillent à l'hôpital rapportent que les personnes socio-économiquement défavorisées sont plus fréquemment amputées à plusieurs reprises à cause d'un manque de soins de plaie trop coûteux pour les patient-es (Cès & Baeten, 2020). Ces complications sont dramatiques pour les patient-es et re-

20 Voir <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/maladies/diabete-remboursement-des-differentes-prises-en-charge#autres-programmes-d-accompagnement-specifiques>.

21 L'indicateur d'admission pour des complications liées au diabète est basé sur la somme de trois indicateurs : les admissions pour des complications à court terme (acidocétose, hyperosmolarité), pour des complications à long terme (rénale, œil, neurologique, circulatoire ou autre non spécifiée) et pour le diabète non contrôlé (Gerken, et al., 2024b, p. 42).

22 Une limite à la comparaison internationale est qu'un taux d'admission plus faible pourrait refléter une prévalence du diabète moindre et non pas une meilleure prise en charge car il n'est pas rapporté à la population diabétique.

Figure 6 : Proportion de patient-es diabétiques (de plus de 18 ans, y compris les personnes décédées sur la période) qui ont subi au moins une amputation entre 2022 et 2024 (Source : Données MC pondérées selon la structure de population belge en 2022, standardisation selon l'âge et le sexe)



présentent potentiellement un problème d'efficacité en raison du coût élevé de prise en charge évitable grâce à un meilleur accès aux soins.

2.1.5. Impact de la maladie sur le fardeau financier des soins

À partir des données des membres MC, il est possible d'estimer le fardeau financier que représentent les coûts à charge des patient-es diabétiques en comparant les frais de soins avec les personnes non-diabétiques. Les contributions personnelles « comprennent les tickets modérateurs, les suppléments (facturation supplémentaire au-delà du tarif défini dans la nomenclature) et les paiements directs des produits et services non couverts » (Gerkens, et al., 2024a, p. 52). En dehors des hospitalisations, les frais pour des produits et services non couverts par l'assurance obligatoire soins de santé ne sont pas connus et ne sont pas inclus dans l'estimation. Il s'agit donc d'une estimation plancher du coût de la maladie.

Le coût total moyen à charge des patient-es²³ (données 2023-2024 sur 15 mois pour l'ensemble des patient-es détectés en 2022²⁴) est de :

- 880 euros pour les patient-es non-BIM diabétiques sous insuline sur 15 mois, contre 624 euros pour les patient-es non-diabétiques non-BIM, soit 256 euros de différence attribuable au diabète. 25% des patient-es diabétiques supportent un coût total supérieur à 960 euros (versus 657 euros pour les personnes non diabétiques).
- 583 euros pour les patient-es BIM diabétiques sous insuline, contre 426 euros pour les patient-es BIM non-diabétiques, soit un surcoût attribuable au diabète de 157 euros. 25% des patient-es BIM diabétiques sous insuline supportent un coût total supérieur à 644 euros (versus 435 euros pour les personnes BIM non-diabétiques).

Les frais de prise en charge (minimum estimé sans prise en compte des frais non remboursés non enregistrés) se cumulent et représentent un poids financier important, en

²³ Tickets modérateurs nets (après application du Maximum à Facturer) et suppléments enregistrés dans le cadre de l'exécution de l'assurance obligatoire (enregistrement partiel). Les soins non-remboursés par l'assurance obligatoire ne sont pas repris dans l'analyse. Il s'agit donc d'une sous-estimation du montant total payé par les patient-es.

²⁴ Patient-es de plus de 18 ans en 2022, à l'exclusion des patient-es décédés au cours de la période 2022-2024, des patient-es qui ne sont pas membres de la MC au cours de la période en continu. Appariement 1:2 du groupe de contrôle (dont sont exclues toutes les personnes ayant eu recours à des prestations/médicaments liés au diabète entre 2021 et 2025) en fonction de l'âge, du sexe, de la province et du statut BIM.

particulier pour les personnes BIM. Ce statut permet de réduire le coût mais de façon limitée.

2.1.6. Pistes d'amélioration

Le diabète est un problème de santé publique dont la prévalence est importante. Il est encore insuffisamment dépisté alors même qu'il risque de se renforcer dans les années à venir. Un fort gradient socio-économique est observé : la prévalence du diabète augmente de façon importante à mesure que le niveau socio-économique décroît, avec une perte de QALY plus importante que dans le groupe le plus favorisé. Or, pour les personnes défavorisées, le risque d'une prise en charge insuffisante augmente : probabilité moindre de bénéficier d'un suivi régulier et complet, avec un risque plus élevé de graves complications en raison notamment d'un moindre accès aux soins. Ainsi, chez les personnes moins favorisées socio-économiquement, une prise en charge adaptée est susceptible de mieux rencontrer leurs besoins de soins plus importants. À partir de ces constats, il est possible de proposer des améliorations formulées sous la forme d'objectifs (à atteindre d'ici cinq ans) à titre d'illustration :

- a) **Objectif de résultat final** : diminution de l'incidence des hospitalisations liées aux complications du diabète chez les personnes diagnostiquées et en fonction du statut socio-économique : diminution pour l'ensemble du groupe de personnes diabétique et suppression de l'écart entre les groupes socio-économiques, par exemple, les groupes moins favorisés (< au percentile 50) atteignent la valeur du percentile 80-90 ? (Valeur cible à déterminer en fonction de la valeur de l'année de référence selon les groupes socio-économiques).
- b) **Objectifs de résultat intermédiaire** : atteindre 80% de contrôle glycémique (HbA1c < 8%) et de la pression artérielle (< 140/90) chez les personnes diagnostiquées (Organisation Mondiale de la Santé (Gregg, et al., 2023)).
- c) **Objectifs opérationnels de processus** :
Amélioration de l'accessibilité des soins selon le principe de l'universalisme proportionné²⁵ :

- Améliorer la sensibilité aux besoins de soins par un dépistage précoce, en particulier dans les groupes les plus à risques ;
- Améliorer l'accès financier : réduction des contributions personnelles pour le suivi du diabète supportés par les patients.

Amélioration des conditions de délivrance des soins :

La qualité des soins peut être améliorée en rendant les soins plus adéquats afin d'assurer des examens réguliers dans une proportion plus importante, en particulier chez les personnes non insulino-dépendantes :

- Augmentation de la proportion de personnes diabétiques sous insuline qui réalise les examens de suivi sur une période 15 mois : de 54% en 2022 à 75% d'ici cinq ans et réduction de l'écart observé entre les sous-groupes de population selon le niveau socio-économique pour passer à maximum 10 points²⁶ d'écart (comparativement à 18 points d'écart en 2022) ;
- Augmentation de cinq points de la proportion de personnes sous insuline qui bénéficient d'un protocole de soins pour le diabète pour atteindre 91% (86% en 2021) ;
- Augmentation de 20 points du pourcentage de patient-es diabétiques, traités autrement que par insuline, qui bénéficient d'un protocole de soins pour atteindre 46% (26,6% en 2021).

2.2. Les maladies cardiovasculaires chez les femmes

En 2020, l'incidence de l'infarctus du myocarde (destruction du muscle cardiaque dû à l'obstruction d'une artère coronaire), ajustée par âge, est moins élevée chez les femmes (91/100.000) que chez les hommes (135/100.000) (Belgium.be, 2024a). La prévalence autodéclarée de l'angine de poitrine (provoquée par un rétrécissement des artères coronaires) est quant à elle de 2,5% chez les femmes et de 5,9% chez les hommes de plus de 65 ans²⁷. Les maladies cardiovasculaires (qui recouvrent un ensemble de pathologies) représentent la première cause de mortalité chez les femmes (24,9% en 2022 (Statbel, 2025)).

25 Ce principe propose de moduler les interventions selon le gradient social de santé pour répondre aux besoins différents des sous-groupes de la population : « Les actions devraient être universelles, mais avec une intensité et une échelle proportionnelle au niveau de désavantage » (Francis-Oliviero, Cambon, Wittner, Marmot, & Alla, 2020).

26 Le point correspond à la différence arithmétique entre deux pourcentages : par exemple, si un taux passe de 20% à 30%, cela correspond à une différence de 10 points.

27 Voir <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia#health-and-quality-of-life>.

2.2.1. Besoins de soins insuffisamment couverts

Si le taux de mortalité après infarctus aigu du myocarde à 30 jours dans la population générale s'est globalement amélioré entre 2000 et 2014 (Gerkens, et al., 2024b), deux études ont montré que le risque de mortalité après intervention coronarienne percutanée est significativement plus élevé chez les femmes en Belgique, après ajustement des facteurs de risque de mortalité (en particulier l'âge). On observe ainsi un risque de mortalité accru de 35% à l'hôpital après une intervention coronarienne percutanée chez la femme comparativement aux hommes (Lempereur, et al., 2016). Une autre étude montre une différence de risque de mortalité de presque 50% chez les femmes en cas d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST comparativement aux hommes (Gevaert, et al., 2014). Ce type de résultat avait déjà été montré en 2005 en Belgique (mortalité ajustée en fonction de l'âge (Van Brabandt, et al., 2005)).

Comment expliquer un pronostic moins favorable pour les femmes ? Différents facteurs se combinent pour expliquer la différence de risque mortalité observée chez les femmes après intervention coronarienne percutanée, en premier lieu les facteurs influençant le délai d'obtention du traitement de l'infarctus du myocarde.

Le délai de prise en charge est un des facteurs les plus déterminants de la survie dans le cas d'occlusion complète de l'artère coronaire (60 à 90 minutes après le premier contact (Beauloye, 2017)). Or, les femmes reconnaîtraient plus tardivement leurs symptômes que les hommes par manque de sensibilisation ou encore à cause de l'existence de barrières à l'accès aux soins (Vogel, et al., 2021). Après le premier contact, c'est toute la chaîne de soins qui doit s'organiser pour réduire le délai d'obtention du traitement. Des défaillances dans la priorisation pourraient intervenir dès le début par les services ambulanciers, le délai d'attente étant en moyenne plus long pour les femmes (Melberg, Kindervaag, & Rosland, 2013), malgré des symptômes similaires et un diagnostic identique (à noter qu'un outil basé sur des critères améliore la performance de la priorisation des patient-es).

Le diagnostic des atteintes cardiovasculaires chez les femmes serait également retardé en raison d'un manque de reconnaissance des symptômes féminins (qui sont différents des symptômes des hommes) et la sous-estimation du risque chez les femmes jeunes par les médecins (Gevaert, et al., 2014; Sholokhova, 2023; Pasquet, 2022).

Concernant la prévention secondaire des récives, les facteurs de risque chez les femmes ne seraient pas suffisamment contrôlés (moins d'activité physique, prévalence plus élevée de l'obésité, moins bon contrôle du cholestérol et de l'hémoglobine glyquée) (Vynckier, et al., 2022; Pasquet, 2022). Les recommandations en prévention secondaire, développées principalement à partir d'essais cliniques recrutant majoritairement des hommes, ne seraient pas suffisamment adaptées au profil de risque féminin. Il faut également noter que la réponse médicamenteuse diffère selon le sexe (pour les traitements anticoagulants et antiplaquettaire) (Vogel, et al., 2021; Pasquet, 2022). Davantage de recherche ciblant les femmes est indispensable pour combler ce manque de connaissance médicale. Ces constats sont le reflet d'une inégalité structurelle dans la prise en charge des problèmes cardiovasculaires, à la fois en termes d'accessibilité mais aussi de traitement adéquat.

2.2.2. Les pistes d'amélioration

Les études pointent le fait que les soins sont insuffisamment adaptés aux besoins cliniques spécifiques des femmes à toutes les étapes de la prise en charge (lors de l'établissement du diagnostic, lors du traitement et de la prévention secondaire).

L'**amélioration de l'accès aux soins** est déterminante pour réduire la mortalité chez les femmes, en particulier en agissant sur la sensibilité (la capacité à établir un diagnostic précoce, tant du point de vue des soignant-es que des patientes). La réduction du délai entre les premiers symptômes et l'obtention du traitement est un enjeu majeur pour améliorer la survie des femmes.

Concernant la **qualité des soins** (les conditions de délivrance des soins) : l'adéquation des soins pourrait être améliorée afin de délivrer un traitement plus adapté aux facteurs de risques spécifiques chez les femmes. Il ne s'agit toutefois pas uniquement d'un problème d'adéquation des soins. En particulier, la recherche devrait apporter une meilleure connaissance scientifique des besoins de soins et des traitements spécifiques des problèmes cardiovasculaires chez les femmes.

À partir de ces constats, des améliorations peuvent être formulées sous la forme d'objectifs à atteindre d'ici cinq ans (à titre d'illustration).

- a) **Objectif de résultat final** : diminuer le taux de mortalité à 30 jours chez les femmes²⁸ pour un infarctus du myocarde.
- b) **Objectifs opérationnels de processus** :
Former les professionnel·les de santé aux symptômes féminins des maladies cardiovasculaires et à une prise en charge adaptée chez la femme ;
Diminuer le délai entre le premier contact avec un·e professionnel·le de santé et le traitement, au niveau des hôpitaux et macro (indicateur a priori non disponible à construire) ;
- c) **Objectifs opérationnels de structure** : développer la recherche sur la santé cardiovasculaire des femmes.

3. La gouvernance du système des soins de santé basé sur le travail par objectif

L'approche par objectif pour améliorer la performance du système de santé doit s'appuyer sur une démarche structurée, fondée sur la mobilisation des connaissances, la participation des parties prenantes et l'évaluation continue.

Tout d'abord, nous soulignons des éléments importants dont il faudrait tenir compte pour mieux évaluer la performance du système de soins de santé et rendre compte des besoins en soin encore insuffisamment couverts.

Dans cette partie, nous verrons également comment la fixation des objectifs visant à remédier aux problèmes de performance devrait s'intégrer dans un cycle de gouvernance. La gouvernance doit assurer l'engagement de tout le monde autour d'objectifs prioritaires. En effet, l'atteinte des objectifs ne dépend pas uniquement des moyens disponibles. Elle est fortement conditionnée à la façon dont les acteur·rices seront impliqués dans toutes les étapes de l'élaboration des politiques de soins de santé.

3.1. Mieux évaluer la performance du système de soins de santé

Dans la première partie de notre étude, nous avons vu que la capacité à élaborer des politiques dans le domaine

des soins de santé pour mieux répondre aux besoins en soins de la population va dépendre en premier lieu de **l'évaluation de la performance des soins**, celle-ci devant permettre de rendre compte de la réalisation de la mission du système de soins de santé. Les résultats démontrent qu'une meilleure couverture des besoins de soins de la population doit pouvoir être réfléchi de façon complète dans toutes les dimensions de la performance, c'est-à-dire en questionnant principalement l'accessibilité des soins et la qualité des soins ainsi que les répercussions sur l'efficacité, l'équité et l'efficience. Le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance du système de soins de santé développé par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé et les quatre dimensions de l'accessibilité s'avèrent des outils d'analyse pertinents pour identifier à la fois les problèmes et les pistes d'amélioration. Toutefois, les exemples de problèmes de couverture des soins analysés plus hauts montrent qu'il est nécessaire, **d'une part d'étendre encore davantage le champ de l'évaluation de la performance des soins et d'autre part d'affiner** pour mieux appréhender la couverture des besoins de soins et soutenir le système de soins de santé dans sa mission.

Il est aussi important de souligner que l'évaluation de la performance ne peut se reposer uniquement sur le travail du KCE. Les exemples de maladies chroniques étudiés montrent qu'il est possible de réaliser une synthèse pertinente des problèmes de performance en regroupant les résultats de différentes sources. Cela permet de fournir une vue étendue et détaillée grâce à leur complémentarité et de renforcer la validité des résultats lorsqu'ils sont convergents.

3.1.1. La recherche et la formation continue des professionnel·les de santé

Un domaine moins considéré de la performance du système de soins de santé est celui des **recherches scientifiques** en santé. Les exemples de maladies chroniques analysés montrent qu'en dépit de l'existence de traitements, des lacunes importantes persistent dans la prise en charge. L'exemple de la prise en charge des maladies cardiovasculaires montre la persistance des biais de genre dans les soins de santé qui diminuent la qualité des connaissances scientifiques et font peser des risques importants sur la santé des femmes. Ces biais influencent en amont, à toutes les étapes de la recherche, de l'élaboration du protocole à l'opérationnalisation des recommandations (Sholokhova,

28 Cet indicateur est disponible uniquement pour l'ensemble de la population de plus de 45 ans, non désagrégé en fonction du sexe (Gerkens, et al., 2024b). Il est donc difficile de déterminer une valeur cible à atteindre.

2023). **Il est donc important de réfléchir à l'évaluation de la qualité de la recherche en complément de l'évaluation de la performance des soins de santé.**

Au-delà de la façon dont les recherches sont menées, la question du **lien entre le fardeau de la maladie et le financement de la recherche** devrait aussi être analysée pour mieux orienter les financements dans des domaines potentiellement sous-financés au regard de l'impact sur la santé publique. La question du financement de la recherche se pose en particulier pour les problématiques de santé émergentes comme dans le cas du scandale sanitaire des PFAS, les « polluants éternels »²⁹. Ce dernier nous rappelle combien la dégradation environnementale représente de multiples dangers pour la santé publique. Les risques sanitaires liés à l'environnement tels que les événements climatiques extrêmes ou encore l'exposition à de multiples polluants (pesticides, perturbateurs endocriniens, solvants, métaux lourds, microplastiques, etc.) représentent un défi majeur pour la préservation de la santé de population en raison des effets complexes sur la santé. Des rapports récents estiment que la dégradation environnementale est la cause de nombreux décès prématurés (infarctus, cancers) ou encore de maladies métaboliques ou reproductives (Levy, 2020). Mieux comprendre ces enjeux grâce à la recherche, en particulier dans le domaine de la prévention et du diagnostic, est un axe incontournable pour anticiper et adapter le système de soins de santé à ces besoins de soins émergents et coordonner l'action publique avec les autres secteurs.

En aval, les exemples de problèmes de couverture des besoins de soins de santé des deux maladies chroniques étudiées soulignent aussi le rôle important de la formation continue des prestataires de soins pour améliorer la prise en charge, qu'il s'agisse du diagnostic, du traitement ou encore de la relation avec les patient-es. Dans un contexte marqué par l'évolution rapide des connaissances (médicales, épidémiologiques, etc.) et des progrès technologiques, il est aussi essentiel d'assurer une formation continue suffisante et indépendante afin de maintenir un haut niveau de qualité. L'actualisation régulière des compétences des professionnel·les de santé, face à l'accélération des avancées scientifiques et techniques, constitue ainsi un enjeu majeur pour garantir la qualité des prises en charge et les meilleurs résultats de santé possibles. Dès lors, il est crucial de reconnaître la formation continue comme un élément intégral de la performance du système de soins de santé et de procéder à son évaluation régulière.

3.1.2. Mieux identifier les besoins insuffisamment couverts

L'analyse du recours aux soins dans le cas de diabète révèle la persistance d'un paradoxe interpellant dans le système de soins de santé belge : l'utilisation des soins de santé (voir Figure 5) tend à être inversement proportionnelle aux besoins de soins de santé (voir Figure 4) suivant un gradient social, chaque sous-groupe étant plus touché par la maladie relativement au sous-groupe de la classe de niveau socio-économique supérieure adjacente. La prévalence du diabète diagnostiqué atteint 9,7% dans les quartiers défavorisés contre seulement 5% dans les zones aisées, tandis que l'accès aux soins de qualité est moindre. Ce problème d'équité a déjà été montré dans d'autres études plus détaillées (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022; Gerkens, et al., 2024a). Or, les indicateurs de performance, calculés uniquement sur la population dans son entièreté, ne peuvent pas rendre compte de l'existence d'inégalités structurelles dans l'accès aux soins ou dans les autres dimensions de la performance, en particulier l'adéquation des soins ou de l'efficacité. Un indicateur calculé pour la population générale renvoie l'idée d'une population supposément homogène ainsi qu'à l'absence de biais dans la prestation des soins (cf. analyse de l'infarctus du myocarde chez les femmes). C'est pourquoi **il est essentiel de construire des indicateurs capables de décrire de façon suffisamment fine l'hétérogénéité des résultats de performance en fonction des sous-groupes de la population**, en particulier en fonction du sexe et du niveau socio-économique.

Concernant les groupes les plus vulnérables tels que les personnes sans-abri ou les personnes migrantes, il faut également veiller à disposer de sources de données complémentaires aux données collectées en routine car les difficultés importantes auxquelles elles sont confrontées risquent de ne pas être identifiées, notamment en raison de leur sous-représentation et de leur nature différente.

Concernant l'accessibilité des soins, il est nécessaire de mieux évaluer les quatre sous-dimensions – la sensibilité, l'accès financier, la disponibilité, l'acceptabilité – en développant de nouveaux indicateurs. Le domaine de la **sensibilité** aux besoins de soin devrait être davantage étudié pour évaluer les faiblesses dans le dépistage précoce des maladies chroniques, par exemple pour le diabète ou les problèmes cardiovasculaires chez les femmes.

29 https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/02/23/polluants-eternels-explorez-la-carte-d-europe-de-la-contamination-par-les-pfas_6162942_4355770.html

S'agissant de maladies chroniques, il est aussi primordial d'analyser le **fardeau financier** supporté par les patient-es en fonction des pathologies chroniques. Or, peu d'indicateurs concernant les contributions personnelles par pathologie sont disponibles, comprenant aussi ce qui n'est pas remboursé. Ce type d'analyse devrait permettre d'évaluer l'accessibilité financière des soins indispensables à la santé des malades chroniques et d'améliorer les mesures de protection financière. Le but est de prévenir à la fois, le report de soins pour raisons financières et, en cas de recours aux soins, la dégradation de la capacité financière des patient-es à subvenir à leurs besoins essentiels. Ce risque est d'autant plus important dans les groupes vulnérables.

Dans le domaine de la **disponibilité** des soins, les délais d'attente devraient être davantage documentés, en particulier les délais pour obtenir un rendez-vous chez le-la médecin généraliste ou chez un-e spécialiste et en fonction du statut de conventionnement.

L'acceptabilité, quatrième sous-dimension de l'accessibilité, est également un domaine qui mérite d'être étudiée de façon approfondie pour mieux comprendre les problèmes rencontrés par les patient-es, tels que les comportements discriminatoires ou encore les représentations erronées de certains groupes sociaux, par exemple, les femmes, les personnes atteintes de troubles mentaux, les personnes âgées fragiles, les personnes en situation de handicap, les personnes précarisées, d'origine étrangère, etc.

Pour définir les objectifs à atteindre, il est nécessaire de procéder à une évaluation approfondie de la performance afin de cerner de manière exhaustive la diversité des problèmes de couverture des besoins en soins pour les sous-groupes de la population. Cela permet de mettre en place des actions correctrices conformément au principe de l'universalisme proportionné²⁵. Cette approche vise à réduire les inégalités sociales de santé et à progresser vers une plus grande universalité des résultats de santé par des actions accessibles à toutes et tous mais ajustées selon le niveau de désavantage social. En effet, « les inégalités de santé ne concernent pas seulement la mauvaise santé des personnes pauvres, elles couvrent l'ensemble des gradations de santé, où que nous soyons sur l'échelle sociale. Il ne s'agit pas de 'eux', les pauvres, et de 'nous', les non-pauvres ; cela concerne tous ceux d'entre nous en deçà du niveau social le plus élevé et qui ont une santé moins bonne que ce qu'elle pourrait être » (Marmot, 2015, p. 27, notre traduction).

Au-delà de la définition d'objectifs à atteindre, l'amélioration des politiques de soins de santé requiert la mise en place d'un cadre de gouvernance favorisant la réflexion collective et proactive sur les actions à entreprendre pour atteindre ces objectifs (Martini & Davesne, 2024).

3.2. Objectifs de soins de santé et gouvernance des politiques de soins de santé

Les transformations du système de soins de santé devraient être envisagées sous la forme de cycles itératifs d'amélioration comprenant différentes étapes : l'identification des problèmes de couverture des besoins de soins, le choix des priorités par la détermination d'objectifs, l'élaboration de programmes d'action, l'implémentation et l'évaluation (Cès, 2022).

3.2.1. Rassembler la connaissance concernant les problèmes de couverture des besoins en soins validés cliniquement

Dans un premier temps, il est essentiel de rassembler et de discuter les connaissances existantes sur les problèmes de performance afin de renforcer la capacité politique à anticiper et résoudre les problèmes de santé publique.

Pour les deux exemples de maladies chroniques analysés, la couverture des besoins en soins reste encore insuffisante, ce qui entraîne des risques importants pour la santé. Cela signifie que des **lacunes persistantes dans différents domaines de la performance des soins entraînent un fardeau de la maladie évitable**, à savoir une surmortalité chez les femmes en cas de problèmes cardiovasculaires et un risque de détérioration de l'état de santé chez les personnes diabétiques.

Au vu de ces résultats et de l'évolution épidémiologique, il est essentiel de poursuivre cette analyse encore incomplète pour d'autres maladies chroniques, à commencer par celles qui touchent le plus grand nombre et ont un impact important sur la santé, afin d'identifier des problèmes de santé évitables grâce aux soins. **Pour ce faire, pour chaque maladie chronique, nous plaçons pour la constitution d'un outil synthétique (ainsi que sa mise à jour) afin de rassembler la connaissance scientifique existante concernant les problèmes de couverture des besoins de soins de santé et des risques de santé associés.** La structure de cet outil devrait permettre de décrire le fardeau de la maladie chronique (tels que la mortalité, la morbidité, la

qualité de vie), les besoins de soins insuffisamment couverts et leurs conséquences sur la santé ou sur le fardeau financier des soins, ainsi que les pistes d'amélioration.

Nous plaçons également pour une analyse similaire plus transversale dans chacune des dimensions de la performance, en priorité concernant l'accessibilité et la qualité des soins de façon à faire la synthèse des problèmes spécifiques dans des domaines parfois moins étudiés que ce soit par exemple dans le domaine de la sécurité des soins ou encore d'acceptabilité des soins.

La mise en évidence des problèmes de couverture des besoins en soins sur base des connaissances scientifiques doit être **complétée par une discussion entre les parties prenantes** pour éventuellement corriger, compléter ou nuancer les résultats à partir des connaissances d'expert-es (expert-es, acteur-rices de terrain et expertise profane³⁰ en particulier des patient-es). D'une part, il est utile de réaliser une analyse critique des connaissances scientifiques en raison des diverses limites possibles des publications (incomplétude, conflits d'intérêts, problème de qualité des protocoles de recherche, qualité des indicateurs, etc.). D'autre part, tous les problèmes de couverture de soins ne peuvent pas faire l'objet d'études. À cette étape, il est essentiel d'identifier de la façon la plus exhaustive possible les problèmes de performance pour constituer une connaissance commune et être en mesure de décider ensuite des priorités. Il faut également noter qu'il ne s'agit pas ici de réaliser une analyse approfondie des multiples causes sous-jacentes aux problèmes de couverture des besoins. Ce type de réflexion est utile dans une étape ultérieure pour élaborer des actions correctrices, après la sélection des objectifs prioritaires.

La sélection définitive des objectifs prioritaires pour le système de soins de santé doit intervenir dans une étape ultérieure. Une méthodologie impliquant l'ensemble des acteur-rices du système de soins de santé doit encore être élaborée à cette fin. Ce processus, de nature politique, devrait tenir compte d'autres considérations telles que l'amélioration de l'équité, les perceptions de la population, les enjeux éthiques, etc. (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017; Martini & Davesne, 2024). La clarification des

critères et la transparence du processus de sélection des priorités sont des facteurs clés pour garantir la mobilisation des acteur-rices autour d'objectifs partagés.

Une distinction claire entre les étapes de diagnostic des problèmes de performance, de priorisation politique et de recherche de solutions potentielles permet de focaliser la réflexion collective à chacune des étapes. Cette démarche favorise une délimitation claire du sujet traité ainsi qu'une transparence accrue. En effet, les solutions proposées sont d'abord conçues pour répondre à des problèmes clairement objectivés et priorisés de manière collective.

Cependant, déterminer des objectifs de soins de santé ne constitue pas une fin en soi ni la clef de la réussite. Il s'agit seulement d'un outil de coordination des politiques de soins de santé devant être intégré dans un cadre de gouvernance adéquat plus large, à la fois en amont pour identifier les insuffisances dans la couverture des besoins de soins et en aval pour évaluer les progrès réalisés et ajuster les actions.

3.2.2. Cycles itératifs d'amélioration

Compte tenu des enjeux et de la complexité des défis à venir, une nouvelle gouvernance doit inscrire la réflexion collective dans un processus d'amélioration continu pour ajuster les politiques de soins de santé. Cette nouvelle approche doit être encadrée par un dispositif participatif complet, fondé sur un ensemble de valeurs (telles que la confiance, la transparence, l'intégrité) et formalisé (les méthodologies, les outils, les processus, les responsabilités, les rôles respectifs des parties prenantes, etc.) (Cès, 2022).

À partir des priorités politiques établies sous forme d'objectifs à moyen et long terme, l'étape suivante consiste à concevoir des programmes d'action pour les atteindre. Les méthodologies de design en particulier, sont recommandées pour traiter les problèmes complexes et favoriser la co-construction de solutions innovantes, centrées sur l'expérience des bénéficiaires (Cès, 2022). L'implémentation de ces programmes doit s'inscrire ensuite dans une temporalité annuelle ou pluriannuelle, en fonction des possibilités budgétaires.

30 L'expertise profane « renvoie à l'idée que (i) des personnes sans formation académique sur un sujet – mais concernées par ce sujet parce qu'elles en ont une expérience personnelle – sont capables de développer des connaissances et des analyses spécifiques ; et que (ii) ces connaissances et ces analyses peuvent et doivent être prises en considération dans les processus de décision, que ces décisions concernent des individus, l'élaboration de protocoles, l'organisation du système de soins ou les politiques de santé en général » (Akrich & Rabeharisoa, 2012, p. 70).

L'étape suivante est l'évaluation de l'impact des actions, une composante essentielle pour soutenir la politique de soins de santé dans un processus d'amélioration continu des soins de santé. En raison de la complexité des facteurs qui influencent la performance du système de soins de santé, l'évaluation de l'atteinte des objectifs doit permettre d'apprécier tant la mise en œuvre effective des actions que l'ensemble des progrès réalisés. Elle ne doit pas se limiter à l'atteinte de l'objectif SMART, car celui-ci risque de réduire la complexité des situations à des jugements simplistes. Par ailleurs, la « loi de Goodhart » indique que « lorsqu'une mesure devient un objectif, elle cesse d'être une bonne mesure » car elle devient sujette à des manipulations, directes ou indirectes.

Il ne s'agit donc pas de mettre en place un système coercitif de contrôle des prestataires de santé basé sur un nombre limité d'indicateurs intrinsèquement perfectibles au regard d'une réalité complexe. Il est nécessaire d'adopter une approche systémique et interdisciplinaire, intégrant une diversité d'indicateurs et la perspective de l'ensemble des parties prenantes, pour saisir pleinement la réalité parfois complexe des problèmes de performance.

Conclusion

Cette étude s'inscrit dans une réflexion collective plus large visant la transformation du système de soins de santé formalisée au travers d'objectifs prioritaires. Cette synthèse non exhaustive de la performance du système de santé basée sur deux exemples de maladies chroniques révèle le potentiel important d'amélioration en termes de santé publique. À partir de la mise en évidence de ce potentiel dans le secteur des soins de santé et des facteurs plus systémiques à l'œuvre qui entravent la performance du système de soins de santé, il est possible de proposer des objectifs de soins de santé. Outre les gains de santé importants, la poursuite de ces objectifs permettrait, en l'état actuel des connaissances médicales, une meilleure prévention des problèmes de santé évitables grâce aux soins et de contribuer ainsi de façon significative à l'amélioration de l'efficacité du système de soins de santé. Pour un certain nombre de besoins encore insuffisamment couverts, un effort d'investissement pourrait se traduire par une diminution des coûts de prise en charge, par exemple pour le diabète avec une diminution des complications.

Cependant, déterminer des objectifs ne constitue pas une fin en soi ni la clef de la réussite. Il s'agit seulement d'un outil de coordination des politiques de soins de santé devant être intégré dans un cadre de gouvernance adéquat, à la fois en amont pour identifier les insuffisances dans la couverture des besoins de soins et en aval pour évaluer les progrès réalisés et ajuster les actions. Cette étape doit s'inscrire dans un processus de gouvernance plus large, reposant sur un dispositif complet et formalisé, comprenant l'analyse scientifique, la participation collective et l'évaluation dans le cadre de cycles d'amélioration continue.

Mieux encadrer l'élaboration de la politique en matière de soins de santé est un puissant levier en faveur d'une meilleure couverture des besoins de soins, de la réduction des inégalités de santé et du renforcement de la capacité du système à répondre aux défis actuels et futurs.

Bibliographie

- Akrich, M., & Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de la démocratie sanitaire. *Santé publique*, 24(1), 69-74.
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé - Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. *Santé & Société*, 4, 6-31.
- Beauloye, C. (2017). Traitement de l'infarctus myocardique. *La Revue de Louvain Médicale*, 136, 474-477.
- Belgium.be. (2024a). *Cardiopathie ischémique*. Récupéré sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/cardiopathie-ischemique>
- Belgium.be. (2024b). *Diabète*. Consulté le 5 mai 2025 sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/diabete>
- Belgium.be. (2025). *Soins aux personnes âgées*. Consulté le 24 mars 2025 sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Éléments d'épidémiologie, deuxième édition*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). KCE reports 334*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé : définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société*, 2, 18-37.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS (Evaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*. Québec: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Claessen, H., Avalosse, H., Guillaume, J., Narres, M., Kvitkina, T., Arend, W., . . . Ickx, A. (2018). Decreasing rates of major lower-extremity amputation in people with diabetes but not in those without: a nationwide study in Belgium. *Diabetologia*, 61, 1966-1977.
- Contandriopoulos, A. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), 191-199.
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittner, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate. *Pan American Journal of Public Health*, 44, 1-11.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024a). *Performance du système de santé belge : rapport 2024. Health Services Research (HSR). KCE Reports 376B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024b). *Performance of the Belgian health system : Report 2024 – Supplement: technical sheets for indicators - dimensions. Health Services Research (HSR). KCE Reports 376S1*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Gevaert, S., De Bacquer, D., Evrard, P., Convens, C., Dubois, P., Boland, J., . . . Claeys, M. (2014). Gender, TIMI risk score and in-hospital mortality in STEMI patients undergoing primary PCI: results from the Belgian STEMI registry. *EuroIntervention*, 9(9), 1095-1101.
- Greer, S. L.; Wismar, M.; Figueras, J. (2016). *Strengthening Health System Governance, Better policies, stronger performance, European Observatory on Health Systems and Policies Series 2016*. The European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire: Open University Press.
- Gregg, E., Buckley, J., Ali, M., Davies, J., Flood, D., Mehta, R., . . . Shaw, J. (2023). Improving health outcomes of people with diabetes mellitus: global target setting to reduce the burden of diabetes mellitus by 2030. *Lancet*, 401(10384), 1302-1312.
- Health in All Policies. (2025). Consulté le 3 mars 2025 sur <https://www.paho.org/en/topics/health-all-policies>
- Holman, N., Knighton, P., O'Keefe, J., Wild, S., Brewster, S., Price, H., . . . Sattar, N. (2021). Completion of annual diabetes care processes and mortality : a cohort study using the National Diabetes Audit for England and Wales. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 23(12), 2728-2740.
- INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024. Rapport final*. Bruxelles : INAMI.

- Lauwers, P., Wouters, K., Vanoverloop, J., Avalosse, H., Hendricks, J., Nobels, F., & Dirinck, E. (2022). Temporal trends in major, minor and recurrent lower extremity amputations in people with and without diabetes in Belgium from 2009 to 2018. *Diabete Research and Clinical Practice*, 189, 109972.
- Lebbe, C., Ntahonganyira, R.-M., & Vandenberghe, J. (2017). Les plus jeunes de la classe ont un risque plus élevé de diagnostic de TDAH. *MC-Information*, 269, 41-45.
- Lempereur, M., Magne, J., Cornelis, K., Hanet, C., Taeymans, Y., Vrolix, M., & Legrand, V. (2016). Impact of gender difference in hospital outcomes following percutaneous coronary intervention. Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC). *EuroIntervention: Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC) registry*, 12(2), 216-223.
- Levy, Y. (2020). Les considérables progrès de la santé environnementale. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(9), 1061-1068.
- Loi du 6 novembre 2023 relative à un cadre pluriannuel et aux objectifs en matière de soins de santé. *Moniteur Belge*, 109878-109881.
- Maertens de Noordhout, C., Devos, C., Adrianenssens, J., Bouckaert, N., Ricour, C., & Gerkens, S. (2022). *Évaluation de la performance du système de santé : soins des personnes vivant avec des maladies chroniques. Health Services Research (HSR). KCE reports 352B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Maertens de Noordhout, C., Levy, M., Claerman, R., De Jaeger, M., De Pauw, R., Kohn, L., . . . Cleemput, I. (2024). *Needs Examination, Evaluation and Dissemination (NEED): assessment framework. Health Services Research (HSR). KCE Reports 377C1*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Marmot, M. (2015). *The health gap*. Dublin: Bloomsbury Paperbacks.
- Martini, J., & Davesne, A. (2024). *Health and health care targets. What lessons can Belgium learn from other countries? OSE Paper Series, Research Paper No. 65*. Brussels: European Social Observatory.
- Melberg, T., Kindervaag, B., & Rosland, J. (2013). Gender-specific ambulance priority and delays to primary percutaneous coronary intervention: a consequence of the patients' presentation or the management at the emergency medical communications center? *American heart journal*, 166(5), 839-845.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. Paris: Nations Unies.
- Nations Unies. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). *Exploratory steps for the formulation of Belgian health system target. Health Services Research (HSR). KCE Reports 292*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Ogbeiwi, O. (2021). General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *Journal of Management & Organization*, 27(2), 324-341.
- Or, Z., Gandré, C., & Wharton, G. (2022). *Soutenabilité et résilience du système de santé français. Document de travail n° 88*. Paris : IRDES.
- Pasquet, A. (2022). Le coeur a-t-il un sexe? *Coeur & Artères. Journal de la ligue cardiologique belge*, 3-4.
- Rudkin, J.-E., & Rancati, A. (2020). Design for Policy. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz. In *Science for Policy Handbook* (pp. 144-151). Brussels: Elsevier.
- Sagan, A., Greer, S., Webb, E., McKee, M., Muscat, N., Lessof, S., . . . Figueras, J. (2024). Renforcer la résilience des systèmes de santé à l'ère de la COVID-19. *Eurohealth*, 28(1), 4-9.
- Saracci, C., Mahamat, M., & Jacquérior, F. (2019). How to write a narrative literature review article? *Revue médicale suisse*, 15(664), 1694-1698.
- Schokkaert, E., Baeten, R., Bruffaerts, R., De Maeseneer, J., Geerts, J., Godderis, L., . . . Vandewaetere, S. (2022). *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé assorti d'objectifs de soins de santé*. Bruxelles : INAMI.
- Sholokhova, S. (2023). Femmes et soins de santé en Belgique: Quels sont les biais de genre dans les soins de santé et comment y remédier? *Santé & Société*, 7, 40-63.
- Statbel. (2025). *Les maladies circulatoires et les tumeurs expliquent près de la moitié des décès survenus en 2022*. Récupéré sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces>
- Van Brabandt, H., Camberlin, C., Vrijens, F., Parmentier, Y., Ramaekers, D., & Bonneux, L. (2005). *Variations des pratiques médicales hospitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique. KCE Report 14B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé

(KCE).

Van Wilder, L., Devleesschauwer, B., Clays, E., Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Scohy, A., & De Smedt, D. (2022). QALY losses for chronic diseases and its social distribution in the general population: results from the Belgian Health Interview Survey. *BMC Public Health*, 22(1), 1-9.

Vanherwegen, A., Lauwers, P., Lavens, A., Doggen, K., & Dirinck, E. (2023). Sex difference in diabetic foot ulcer severity and outcome in Belgium. *PLoS One*, 18(2), 1-13.

Vlayen, J., Vanthomme, K., Camberlin, C., Piérart, J., Walckiers, D., Kohn, L., . . . Leonard, C. (2010). *Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. Health Services Research (HSR). KCE Reports 128B*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

Vogel, B., Acevedo, M., Appelman, Y., Merz, C., Chieffo, A., Figtree, G., . . . Mehran, R. (2021). The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet*, 397(10292), 2385-2438.

Vrijens, F., Renard, F., Camberlain, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., . . . Meeus, P. (2015). *La performance du système belge : rapport 2015. Health Service Research (HSR). KCE Reports 376B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Vynckier, P., Ferrannini, G., Ryden, L., Jankowski, P., De Backer, T., Gevaert, S., . . . EUROASPIRE V Investigators group. (2022). Gender gap in risk factor control of coronary patients far from closing: results from the European Society of Cardiology EUROASPIRE V registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29(2), 344-351.

WHO Regional Office for Europe. (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Witter, S., Thomas, S., Topp, S., Barasa, E., Chopra, M., Cobos, D., . . . Ager, A. (2023). Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1454-e1458.



Budget Soins de santé 2025 : la valeur ajoutée de la concertation sociale

Saskia Mahieu – Cellule Expertise Politique de santé MC-CM

Résumé

Quand le budget pour les soins de santé 2025 a été élaboré, le gouvernement De Croo était en affaires courantes. Bien que compétent pour adopter ce budget, le Gouvernement semblait parfois hésiter sur les directions à prendre dans le trajet budgétaire, et ce, notamment, parce qu'une nouvelle coalition et un nouvel accord de gouvernement étaient en négociation au même moment. Cependant, l'indexation des honoraires à partir du 1^{er} janvier 2025 aurait été fort incertaine en l'absence de budget approuvé avant la fin de l'année 2024. Cette incertitude a lourdement affecté le trajet, puisqu'en décembre 2024, les prestataires de soins de santé menaçaient de dénoncer plusieurs conventions et accords.

Ces éléments particuliers s'inscrivent dans le contexte budgétaire plus global des finances dégradées de l'État. Le niveau d'activité a augmenté régulièrement après la crise de COVID-19, ce qui a entraîné un léger dépassement de l'objectif budgétaire global des soins de santé pour 2024. La Commission européenne a formulé des recommandations supplémentaires pour que la Belgique réduise sa dette publique. Et, plus encore, les conflits – notamment en Ukraine – ont exercé une pression en faveur d'importants investissements dans la défense.

Malgré ce contexte difficile, la concertation sociale a fonctionné. Les dépenses en augmentation ont été analysées et si elles n'étaient pas conformes à la politique de soins de santé prévue, des mesures appropriées ont été prises tout en protégeant les patient-es et les prestataires de soins de santé. Après avoir traversé de nombreuses difficultés, un nouveau conseil des ministres, dirigé par le Premier ministre De Wever, a fixé le 28 février 2025 le budget des soins de santé pour 2025. Le comité de l'assurance a été suivi dans sa proposition de début octobre, à l'exception d'ajustements sur les économies dans le secteur des médicaments.

Mots-clés : Budget, soins de santé, objectifs en matière de soins de santé, économies, réformes, gouvernance, modèle de concertation, analyse critique

1. L'ADN social belge

Le système belge de Sécurité sociale est basé sur le système de sécurité sociale bismarckien développé en Allemagne à la fin du XIX^e siècle. Cela signifie que le financement de la Sécurité sociale repose en grande partie sur des cotisations sociales proportionnelles aux salaires. Le système s'appuie donc sur la solidarité entre les personnes actives et inactives et sur les personnes malades et en bonne santé. La gestion de la Sécurité sociale incombe logiquement aux organisations patronales et aux syndicats, représentants des travailleurs et des travailleuses, qui la financent. C'est ce que l'on appelle le système de gestion paritaire. En 1963, la gestion paritaire est étendue aux mutualités et aux prestataires de soins et la logique de la cogestion est appliquée à l'ensemble du système d'assurance obligatoire soins de santé¹, les accords et conventions entre les prestataires de soins et les mutualités en tant que représentants des bénéficiaires devenant la forme centrale de régulation des soins de santé (van Cutsem, 2016).

Le modèle de gestion paritaire définit les besoins de la population dans le cadre de la concertation sociale. La cogestion, dans laquelle toutes les parties prenantes façonnent ensemble la politique des soins de santé, est plus sensible à l'évolution des besoins de la population qu'un modèle sans concertation sociale et joue donc un rôle important dans l'orientation non seulement des mesures politiques, mais aussi de la budgétisation de l'assurance maladie (van Cutsem, 2016). Cette cogestion a permis d'assurer la meilleure qualité et l'accessibilité des soins à ce jour, en mettant l'accent sur les groupes de patient-es les plus vulnérables. Nous nous référons au professeur Deleeck qui, notamment dans son livre *De architectuur van de wel-*

vaartsstaat opnieuw bekeken (2001), remet en question l'idée que la Sécurité sociale serait une affaire purement étatique et qui souligne le rôle des partenaires sociaux et la nature pluraliste du système (van Cutsem, 2016).

Au fil du temps, une gestion tripartite de la Sécurité sociale s'est mise en place, l'État prenant davantage un rôle de gestionnaire politique et financier à côté des acteurs et actrices de la concertation sociale. Le gouvernement fixe la norme de croissance du budget des soins de santé et dispose d'un droit de veto dans le Conseil général de l'INAMI lorsqu'il s'agit de décider du budget des soins de santé². Le Comité de l'assurance dispose de très peu de temps pour discuter d'une proposition budgétaire³, car les estimations techniques revues ne sont pas connues avant la mi-septembre et la proposition financière doit être soumise au plus tard le premier lundi d'octobre⁴.

La procédure budgétaire a été adaptée à partir de 2017, d'une part pour aligner le calendrier budgétaire belge sur le calendrier budgétaire européen et, d'autre part, pour obliger les commissions de conventions et les commissions d'accords à formuler des compensations lorsqu'ils dépassent leurs objectifs budgétaires ou qu'ils demandent l'investissement de nouvelles ressources. Cela a introduit le fait d'élaborer des mesures d'économies et a confirmé le cloisonnement dans l'assurance maladie (van Cutsem, 2017). Entretemps, les mutualités avaient essayé à nouveau de dépasser un travail en silos. En 2022, les mutualités et les prestataires de soins de santé ont concrétisé une approche reposant sur des objectifs de (soins de) santé par une nouvelle ligne budgétaire⁵. Les ambitions de la MC en termes de co-construction⁶ étaient élevées, d'une part pour le modèle de concertation sociale et d'autre part pour l'engagement de toutes les parties prenantes pour atteindre les objectifs de soins de santé. À partir de 2025, la

1 Loi du 25 avril 1963 relative à la gestion des institutions d'utilité publique de sécurité sociale et de prévention sociale.

2 Le Conseil général de l'assurance maladie détermine les politiques générales en matière de soins de santé. Les représentants des personnes chargées du financement de l'assurance, à savoir les employeurs, les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants et les représentants du gouvernement, détiennent les 3/4 des mandats au sein du Conseil général. Les organismes assureurs ont 1/4 des mandats. Les représentants des prestataires des soins de santé n'ont qu'une voix consultative au sein du conseil. Pour plus d'informations sur les organes de l'INAMI, voir le site web de l'INAMI <https://www.inami.fgov.be/fr/l-inami/nos-organes>.

3 Le Comité de l'assurance pour les soins de santé est chargé de tâches plus étroitement liées aux prestataires des soins de santé et aux prestations des soins de santé. Il est composé d'un nombre égal de représentants des organismes assureurs et des prestataires des soins de santé. Les représentants des partenaires sociaux ont ici une voix consultative. Pour plus d'informations sur les organes de l'INAMI, voir le site web de l'INAMI <https://www.inami.fgov.be/fr/l-inami/nos-organes>.

4 Les estimations techniques sont les calculs effectués par l'actuariat de l'INAMI sur les dépenses de santé prévues pour l'année suivante, sur la base d'une analyse des dépenses des cinq dernières années et en tenant compte de la mise en œuvre effective des décisions budgétaires antérieures.

5 Ces objectifs de santé globaux font partie d'une politique de santé plus générale qui concerne tous les domaines politiques (*Health in All Policies*). Ils sont élaborés conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements des communautés et des régions, afin de réaliser à l'avenir une politique de santé cohérente et ordonnée. Des objectifs en matière de soins de santé doivent être formulés dans le domaine de la politique des soins de santé. Ils permettent d'atteindre les objectifs de santé globaux (Mahieu, Cès, & Lambert, 2022).

6 La co-construction se définit comme la collaboration entre différents acteurs et actrices (prestataires de soins, organisations de santé, associations de patient-es, expert-es, mutualités) autour de questions complexes liées à la santé publique et à la performance du système de santé afin de proposer des programmes d'actions pour atteindre des objectifs prioritaires partagés et d'en suivre les effets (Cès, 2022).

concertation sociale, grâce à la nouvelle Commission pour les objectifs de soins de santé, aura un appui scientifique pour opérer des ajustements prioritaires dans la répartition du budget des soins de santé (voir encadré).

Les contraintes budgétaires en matière de soins de santé augmentent le risque d'une augmentation de la part du-de la patient-e dans les coûts de ses soins. Le risque existe qu'en période de pénurie, un gouvernement privatise partiellement les soins de santé et prenne en compensation des mesures supplémentaires pour protéger les plus faibles de la société. Toutefois, cela tend à favoriser une médecine à deux vitesses (van Cutsem, 2017). Il en résulte une sécurité sociale plus libérale que bismarckienne en raison d'une « assistance sociale⁷ stigmatisante pour les plus démunis et un système davantage marchandisé pour les autres » (van Cutsem, 2017, p. 5). De même, un budget insuffisant pour les soins de santé limite les chances de réforme du système. L'amélioration des performances du système de santé belge est pourtant un objectif de la concertation sociale.

Le nouvel accord de gouvernement fédéral du 31 janvier 2025 prévoit que « les documents de base dans le cadre de la préparation du budget, tels que les estimations techniques de juin et de septembre, sont d'abord discutés au sein du Conseil des ministres. Sur la base de cette discussion et des travaux de la Commission pour les objectifs de santé, le gouvernement formule une lettre de mission qui énonce clairement les priorités politiques ainsi que le cadre budgétaire et une chronologie claire dans laquelle le Comité de l'assurance doit exécuter sa mission légale de préparer une première proposition de projet budgétaire »⁸ (Regering De Wever, 2025). Si le gouvernement continue à s'appuyer sur la concertation sociale, il en rend la mise en œuvre difficile faute de temps pour mener un processus budgétaire qualitatif avec les parties concernées.

2. Gestion de l'assurance obligatoire soins de santé par le gouvernement De Croo

La Belgique a été confrontée à la crise de COVID-19 le 2 février 2020. Peu après, les plans d'urgence des hôpitaux ont été lancés et les consultations, examens et interventions non urgentes ont été temporairement suspendus dans tous les hôpitaux. La première mission du nouveau gouvernement de De Croo était de protéger la santé publique. S'en sont suivis des exercices budgétaires particuliers dont nous reprenons ici l'historique.

2.1. Les choix en matière de soins de santé en 2020

Lorsque le gouvernement De Croo est entré en fonction le 30 septembre 2020, certaines mesures de soutien au secteur de la santé étaient déjà décidées, non seulement en termes de lutte contre le COVID-19, mais aussi en ce qui concerne l'élimination de la pénurie de prestataires de soins de santé⁹ et la satisfaction des besoins en matière de soins de santé mentale. Le gouvernement a financé les 1,2 milliard d'euros nécessaires, en grande partie grâce aux recettes de la TVA et d'autres sources de financement¹⁰ (voir Tableau 2). Cet investissement correspond à une croissance nominale de 5,57% de l'objectif budgétaire entre 2020 et 2021 (Mahieu & Lambert, 2021).

7 « Les théoriciens des systèmes de sécurité sociale distinguent la sécurité sociale de l'assistance sociale, qui toutes deux procèdent d'une histoire et d'une logique différente. La sécurité sociale représente un mécanisme d'assurance face aux risques sociaux qui, dans les systèmes bismarckiens est financée solidairement et s'adresse à tous en fonction des besoins. L'assistance sociale représente le filet de sécurité de dernier recours, octroyé aux personnes dont les ressources sont insuffisantes, financé par les impôts et versée par les collectivités publiques sans contrepartie de cotisation » (van Cutsem, 2017, p. 5).

8 https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/autorites_federales/gouvernement_federal/politique/accord_de_gouvernement (p.125).

9 Les infirmiers figurent depuis plus d'une décennie sur la liste des professions en pénurie dans les trois régions belges (Janssens & Laverigne, 2024).

10 Autres sources de financement : un pourcentage des recettes de la TVA et d'autres recettes fiscales telles que les droits d'accise et l'impôt des personnes physiques et des sociétés, au lieu d'imposer le travail.

Les propositions du Comité de l'assurance face au gouvernement

Dans ses rapports de 2006 et de 2011 sur la budgétisation et le contrôle des dépenses de soins médicaux, la Cour des comptes fait référence aux 'principes de base élémentaires' de la loi sur l'assurance maladie et invalidité : « Dans l'exposé des motifs des 'principes de base élémentaires' de la loi sur l'assurance maladie et invalidité, il est indiqué avec insistance que la détermination des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie doit être chronologiquement séparée du conclave budgétaire du gouvernement » et que « les décisions doivent être prises au plus près de la réalité quotidienne : le ministre des Affaires sociales ne doit intervenir qu'en tout dernier ressort » (Rekenhof, 2006 ; Rekenhof, 2011, p. 27). La procédure budgétaire a certes dû être adaptée au calendrier budgétaire européen. Néanmoins, il convient de laisser la concertation sociale préparer le contenu des décisions sur le budget des soins de santé.

Au cours des dix dernières années, la proposition de budget des soins de santé du Comité de l'assurance a été respectée six fois au cours du processus décisionnel ultérieur. À quatre reprises, le budget des soins de santé n'a pas été décidé par le Conseil général de l'INAMI dans le cadre de la concertation sociale, mais bien par le Conseil des ministres (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Respect de la concertation sociale dans la préparation du budget des soins de santé

	Proposition du Comité de l'assurance	Proposition du Conseil général similaire à la proposition du Comité de l'assurance	Approbation du budget des soins de santé par le Conseil général	Décision du conseil des ministres sur le budget des soins de santé
2016	X			X
2017				X
2018	X	X	X	
2019	X		X	
2020	X			X
2021	X	X	X	
2022	X	X	X	
2023	X	X	X	
2024	X	X	X	
2025	X	X		X

Tableau 2 : Aperçu des décisions politiques concernant le budget des soins de santé pour 2020

Aperçu des décisions parlementaires	Coût supplémentaire total sur base annuelle, en millions d'euros
Fonds blouses blanches	402
Équipes mobiles hôpitaux	22
Élargissement santé mentale	200
Élargissement contraception	11,5
Accord social	600
Total	1.235,5



Nouvelle Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (COSS)

La loi du 6 novembre 2023, fixant un cadre pluriannuel et des objectifs de santé, a défini les missions suivantes pour la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (COSS) :

- Dans les quarante jours suivant la dissolution de la Chambre des représentants, la COSS présente un rapport contenant les objectifs de soins de santé qui devraient être poursuivis en priorité au cours de la législature suivante. Elle le fait d'une part à partir d'une étude structurée du vaste domaine des soins de santé, et d'autre part de preuves scientifiques et de tous les données et rapports nationaux et internationaux disponibles sur les performances des systèmes de santé, des systèmes de soins de santé et des systèmes de sécurité sociale pour la santé. Elle prend également en compte les objectifs de santé et les objectifs de soins de santé qui valaient pour la législature précédente. La commission évalue en même temps la réalisation des objectifs de soins de santé de la législature précédente.
- Au plus tard le 30 juin, la Commission publiera un rapport annuel sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs en matière de soins de santé fixés par le Conseil général pour cette législature.
- Au plus tard le deuxième lundi d'octobre, la Commission remet au Conseil général un avis sur la conformité de la proposition globale du Comité de l'assurance pour le budget des soins de santé avec les objectifs en matière de soins de santé. Cet avis sera transmis en même temps au Comité de l'assurance qui pourra se réunir avant le troisième lundi d'octobre pour éventuellement ajuster sa proposition.

La COSS n'ayant été constituée qu'après l'été 2024, son premier rapport ne sera pas disponible avant le premier semestre 2025. Le Conseil général déterminera, entre autres sur base de ce rapport, et en tenant compte du contexte budgétaire, les objectifs prioritaires en matière de soins de santé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire pour la législature. À cette fin, le Conseil général est invité à consulter le Comité de l'assurance, qui doit rendre son avis dans les 30 jours suivant la demande du Conseil général.

Le Conseil général vérifie également l'adéquation des conventions et accords avec les objectifs de santé qu'il détermine.

La nouvelle Commission pour les objectifs en matière de soins de santé est composée comme suit :

- Membres votants : le président, un membre du Centre d'expertise fédéral pour les soins de santé, un membre de Sciensano, un membre du Conseil supérieur de la santé et six membres représentant les secteurs académique et scientifique ;
- Avec voix consultative : un membre de l'INAMI, un membre du Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, un membre de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, trois membres représentant les organismes assureurs et trois membres représentant les prestataires de soins de santé.

2.2. Impact du COVID-19 sur la constitution du budget 2021-2024

Si l'on compare 2020 à 2019, presque tous les secteurs, à l'exception des soins infirmiers à domicile, ont vu leurs dépenses diminuer, par exemple pour le mois d'avril : -29% dans le secteur hospitalier, -49,9% sur les honoraires des médecins généralistes, -93,5% sur les honoraires des dentistes, -4,7% sur les honoraires des médecins spécialistes, -74,1% pour les kinésithérapeutes, -92,4% pour les opticiens, -50,1% pour les audiciens, etc. Comme la pandémie n'a pas été combattue immédiatement, l'Institut national d'assurance maladie et invalidité (INAMI) a décidé de ne pas tenir compte de l'évolution des dépenses en 2020 pour estimer les dépenses à politique constante pour 2021, 2022 et 2023. À partir de 2024, l'INAMI a réévalué les dépenses de santé en tenant compte des chiffres jusqu'au 31 décembre de l'année précédente. Finalement, même en 2023, les activités du secteur des soins n'avaient pas complètement repris (voir chapitre 3.2).

De nombreuses mesures ont été prises pour lutter contre le COVID-19 : mesures de protection, mises en place des centres de collecte et de tri, des centres intermédiaires de soins pour la lutte contre le coronavirus¹¹, augmentation de la capacité de test, soins de cohorte¹², vaccins, soins à distance, simplification administrative, allègement des procédures, *contact tracing*, etc. Ces mesures ont été financées au cours de la période 2020-2022 au-delà du budget des soins de santé. Par la suite, ce surcoût a été intégré au budget des soins de santé : 91 millions d'euros étaient prévus en 2023 et 18,8 millions d'euros étaient budgétés en 2024. Enfin, les hôpitaux ont été soutenus financièrement en 2020, 2021 et 2022 avec un total de 2,071 milliards d'euros sous forme d'avances aux hôpitaux généraux et psychiatriques, en partie pour les médecins spécialistes. Sur base de l'état des décomptes actuels, 138 millions d'euros supplémentaires seront régularisés dans les hôpitaux via le budget des moyens financiers (INAMI, 2025).

2.3. Gestion *ad hoc* du budget

La pandémie, suivie de la crise énergétique, a eu pour effet de faire reculer l'économie belge et de créer un trou dans le budget fédéral global. Depuis 2022, le gouvernement est soumis à une pression croissante pour trouver un équilibre entre les efforts budgétaires de réduction du déficit et l'augmentation des dépenses pour préserver le pouvoir d'achat des ménages et la compétitivité des entreprises. Cela donne lieu à des décisions *ad hoc* en matière de budget des soins de santé à mesure que les informations sur l'évolution des dépenses de santé deviennent disponibles. Vous trouverez un aperçu des montants dans le tableau 3 :

- Lors de la rédaction de l'accord de gouvernement du 30 septembre 2020, le gouvernement a mis en place un trajet d'économies structurelles dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, en commençant par 150 millions d'euros en 2021, pour aboutir à un total de 250 millions d'euros en 2024. L'objectif budgétaire pour les soins de santé n'a pas changé, mais les moyens ne peuvent pas être dépensés par ailleurs dans les soins de santé. Une « dépense négative » est ainsi enregistrée auprès de l'INAMI en faveur du solde budgétaire du gouvernement fédéral ;
- Régulièrement, des moyens sont déplacés de l'intérieur vers l'extérieur de l'objectif budgétaire, comme dans le cadre de la loi sur les hôpitaux ou pour l'accord social ;
- Le gouvernement apporte, au moment de la préparation du budget, mais aussi tout au long de l'année, des corrections techniques aux estimations de l'INAMI, en supposant que le budget des soins de santé sera sous-utilisé ;
- Le Comité de l'assurance s'est engagé à réaliser 80 millions d'euros de gains d'efficacité (*'appropriate care'*)¹³ d'ici 2024, mais le gouvernement a décidé que la moitié de cette somme ne pouvait pas être réinvestie ;
- Enfin, le gouvernement a abaissé exceptionnellement la norme de croissance du budget des soins de santé en 2024 de 2,5% à 2% (Mahieu, 2024).

11 Les centres intermédiaires de soins pour la lutte contre le coronavirus pouvaient accueillir temporairement les patients atteints de COVID-19 après leur séjour à l'hôpital ou après un examen dans un centre de tri, en attendant qu'ils retournent dans leur situation à domicile (voir <https://www.inami.fgov.be/fr/theme/covid-19-nous-financons-la-coordination-le-suivi-la-supervision-et-les-soins-dans-les-structures-intermediaires>).

12 Les patient-es (probablement) infecté-es par le COVID-19 ont parfois besoin de soins infirmiers à domicile. Dans le cadre des soins de cohorte, une équipe permanente d'infirmier-ères est responsable des soins infirmiers à domicile de ce groupe de patient-es pendant leur période de contamination. La séparation des prestataires de soins et des patient-es concerné-es permet d'assurer la continuité des soins tout en évitant la contamination croisée avec les patient-es non infecté-es et les autres prestataires de soins. En outre, les soins de cohorte permettent une utilisation optimale du matériel de protection spécifiquement requis (voir <https://www.inami.fgov.be/fr/theme/covid-19-nous-financons-la-coordination-le-suivi-la-supervision-et-les-soins-dans-les-structures-intermediaires#:~:text=Des%20structures%20interm%C3%A9diaires%20peuvent%20accueillir,ces%20structures%20interm%C3%A9diaires%20de%20soins>).

13 *Appropriate care* vise à créer une « *health value* » supplémentaire et repose sur des principes tels que le bon soin au bon endroit. Cela implique un désinvestissement dans les soins « *inappropriate* », une diminution des variations dans les pratiques, un recyclage des ressources provenant de l'« *overuse* » et un réinvestissement dans l'« *underuse* ». La sur- et la sous-consommation de soins et de médicaments sont combattues, notamment par la promotion de l'innovation technologique (INAMI, 2022).

Tableau 3 : Aperçu des montants à ne pas dépenser dans le budget des soins de santé, en millions d'euros (Sources : INAMI, 2020, 2021, 2022, 2023)

Mesure	2021	2022	2023	2024
Trajet d'économies spécialités pharmaceutiques	150	180	210	250
Transferts hors objectif	/	206,5	116,7	108,4
Corrections techniques	/	/	55,4	255,5
Économies sur l'appropriate care	/	/	/	40
Réduction de la norme de croissance	/	/	/	169
Total	150	386,5	382,1	822,9

Non seulement une grande partie des moyens issus de la norme de croissance n'ont pas pu être dépensés pour les soins de santé, mais en outre, le budget des soins de santé est de moins en moins transparent, car il n'est pas toujours évident de savoir si la décision d'un gouvernement s'applique uniquement à l'année en cours, ou si elle est de nature structurelle. Cela complique les négociations pour l'élaboration du budget de soins de santé, car l'attention est détournée de la politique de santé stricto sensu pour résoudre des problèmes budgétaires.

3. L'objectif budgétaire pour 2025 et les estimations techniques

3.1. Objectif budgétaire global

La méthode de calcul de l'objectif budgétaire global pour l'année qui suit est fixée par la loi. Chaque année, il est calculé en additionnant à l'objectif budgétaire global de l'année en cours

- La norme de croissance légale fixée par le gouvernement au début de la législature (pour 2025, cette norme est de 2,5%) et les masses d'indexation ;
- Une estimation des recettes Article 111/81 dans le secteur des médicaments¹⁴.

Le tableau 4 montre l'application de ces principes pour l'objectif budgétaire global 2025.

Tableau 4 : Résumé du calcul de l'objectif budgétaire global pour 2025, en millions d'euros (Source : INAMI, 2024)

Objectif budgétaire global 2024	37.825
Compensation du revenu total art.111/81-2024	-1.842
Norme stricte	35.982
Norme de croissance réelle 2,5%	+900
Sous-total	36.882
Indice santé (3,34%)	+742
Indice pivot 2024 (coût supplémentaire en 2025 par rapport à l'objectif 2024)	+55
Indice pivot 2025	+132
Sous-total	37.812
Compensation des recettes totales art.111/81-2025	+2.001
Proposition d'objectif budgétaire pour 2025	39.812

¹⁴ Il est fait référence ici à l'article 111 et suivants (anciennement article 81 et suivants) de l'arrêté royal du 1er février 2018, sur base duquel l'État rembourse les médicaments généralement très coûteux et dont l'effet thérapeutique est encore incertain, afin que les patients puissent en bénéficier le plus rapidement possible.

L'objectif budgétaire 2025 inclut des montants à ne pas dépenser. Les mesures d'économie dans le secteur des médicaments sont de nature structurelle et s'élèvent à 250 millions d'euros en 2025. Il y a aussi les corrections techniques apportées par le gouvernement aux estimations de l'INAMI, fondées sur des estimations de sous-utilisation du budget des soins de santé. L'une de ces corrections techniques déjà décidées et restant valable en 2025 s'élève à 62,5 millions d'euros. Par la suite, le Comité de l'assurance s'est engagé à réaliser 80 millions d'euros de gains d'efficacité '*appropriate care*' en vitesse de croisière à partir du 1er octobre 2023, mais le gouvernement a décidé que 40 millions d'euros ne devaient pas être réinvestis. Enfin, un transfert de fonds de l'intérieur vers l'extérieur de l'objectif budgétaire de 162,482 millions d'euros était initialement noté comme à ne pas dépenser pour 2025. L'INAMI a décidé d'apporter quelques corrections dans l'intérêt d'un budget plus transparent, notamment le regroupement des dépenses liées à l'accord social au sein de l'objectif budgétaire et de celles liées aux maîtres de stage dans les objectifs budgétaires partiels respectifs des médecins et des dentistes. Ces corrections ont réduit – ainsi que l'annulation d'un transfert interne au sein de l'INAMI d'un total de 152,482 millions d'euros – le montant à ne pas dépenser à 200,018 millions d'euros. Le budget à dépenser est de 39,612 milliards d'euros.

3.2. Estimations techniques et comparaison avec le calcul de norme

L'INAMI estimait les dépenses de santé pour 2025 à politique constante à la mi-septembre à 39,973 milliards d'euros. En les comparant à l'objectif budgétaire global financé pour 2025, à savoir 39,612 milliards d'euros, un déficit de 361 millions d'euros était constaté. En même temps, certaines nouvelles initiatives devaient entrer en vigueur après le 1er janvier 2025 et d'autres n'avaient pas encore atteint leur pleine capacité en 2025, ce qui équivalait à 30,148 millions d'euros et 114,401 millions d'euros. Compte tenu de ces derniers montants, en comparant les estimations techniques et l'objectif budgétaire pour 2025, le déficit ne s'élève plus qu'à 216,8 millions d'euros (voir Tableau 5). Selon des chiffres plus récents concernant l'évolution des dépenses de santé, le déficit attendu est beaucoup plus élevé que ce qui était attendu avec les premières estimations techniques pour 2025, à savoir un déficit de 79,117 millions d'euros (INAMI, 2024). La tendance à la hausse des dépenses de santé était vraisemblablement plus importante que prévu parce que l'activité du secteur de la santé ne s'était pas complètement remise de la pandémie en 2023, et que la reprise de l'activité s'est donc poursuivie en 2024.

Tableau 5 : Estimations techniques révisées des dépenses de santé pour 2025 en millions d'euros (Source : INAMI, 2024)

	Simulation de l'objectif budgétaire 2025	Estimations techniques révisées 2025	Différence
Résultat en prix 2024	39.612	39.096	
Masses d'indexation			
• Indice santé (3,34%)		746	
• Indice pivot 2025		132	
Résultat excluant les montants à ne pas dépenser	39.612	39.973	-361
Montants réservés en prix 2025		-30	
Sous-utilisations 2025 en prix 2025		-114	
Résultat, y compris les montants réservés et la sous-utilisation 2025	39.612	39.829	-217
Montant à ne pas dépenser (pharma)	250		
Correction technique 125 millions d'euros : 50% dans l'objectif	62,5		
Montant à ne pas dépenser : <i>appropriate care</i>	40		
Correction montants à ne pas dépenser	-152		
Résultat des prix 2025	39.812		

4. La proposition 2025 du Comité de l'assurance et la décision du Conseil des ministres

4.1. Contexte politique

Lors de l'élaboration du budget des soins de santé 2025, le gouvernement fédéral était en affaires courantes. Bien que compétent, la situation politique a compliqué son travail et l'issue des discussions du Conseil général était donc incertaine. L'absence de fixation d'un objectif budgétaire au 31 décembre 2024 aurait pu plonger le système de santé dans une période d'incertitude. C'est pourquoi la concertation sociale a joué un rôle crucial dans l'élaboration du budget des soins de santé 2025.

Parallèlement, au niveau européen, la gouvernance économique des États membres a été réformée. Le programme de stabilité existe depuis le traité de Maastricht de 1992, mais depuis peu la Commission européenne a également présenté un « trajet 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. Au départ du trajet de référence, les États membres concernés devront inclure une trajectoire de dépenses nettes, dans leurs plans budgétaires et structurels nationaux pour effectuer leur trajet d'ajustement budgétaire. Les nouvelles règles visent à encourager les réformes structurelles et les investissements publics qui renforcent la durabilité et la croissance. Les États membres peuvent demander une extension de la période d'ajustement budgétaire de quatre ans à sept ans s'ils entreprennent un ensemble

de réformes et d'investissements qui améliorent la croissance potentielle et le potentiel de résilience, favorisent la viabilité budgétaire et répondent aux priorités communes de l'Union européenne. Il s'agit notamment de réaliser une transition écologique et numérique équitable, d'assurer la sécurité énergétique, de renforcer la résilience sociale et économique et, le cas échéant, de renforcer les capacités de défense (Europese Raad, 2024).

La Belgique fait partie des pays ayant une dette publique excessive. Conformément à cette réforme, cela signifie que « lorsque la procédure concernant les déficits excessifs est ouverte sur base du critère du déficit, pour les années au cours desquelles la dette publique générale devrait dépasser la valeur de référence, la trajectoire correctrice des dépenses nettes devrait être compatible avec un ajustement structurel annuel minimal d'au moins 0,5% du PIB » (Europese Raad, 2024).

Le nouvel accord de gouvernement fédéral du 31 janvier 2025 confirme que l'effort à fournir pour assainir les finances publiques est particulièrement important et nécessitera plus d'une législature.

4.2. Contexte budgétaire

Les estimations techniques révisées de septembre 2024 montraient un dépassement de l'objectif budgétaire global pour 2024 de 153,768 millions d'euros. Certains secteurs n'atteignaient pas leur objectif budgétaire partiel. Le dépassement total des secteurs en dépassement était de 546,125 millions (voir Tableau 6).

Tableau 6 : Aperçu du dépassement attendu des objectifs budgétaires partiels en 2024 sur base des estimations techniques révisées de septembre 2024
(Source : Commission de contrôle budgétaire, 2024)

Secteurs présentant un dépassement important	Dépassement en millions d'euros	Part du dépassement
Total	546,1	100,0%
Honoraires des médecins	185,4	33,9%
Dentistes	21,3	3,9%
Spécialités pharmaceutiques nettes	214,6	39,3%
Préparations magistrales	1,3	0,2%
Implants et dispositifs médicaux invasifs	80,2	14,7%
Maisons médicales	19,9	3,6%
Mesures Covid	23,5	4,3%

Pour l'année 2024, des mesures correctrices ne pouvaient plus être prises à l'automne, mais pour éviter que ces dépassements ne se répètent en 2025, des mesures correctives ayant un impact récurrent ont dû être prises à partir du 1er janvier 2025.

4.3. Proposition du Comité de l'assurance

Les mesures d'économies doivent toujours être bien considérées, dans le respect du *Quintuple Aim* pour la politique des soins de santé de l'*Institute for Health Care Improvement*. Ces cinq objectifs sont :

- Qualité des soins, telle qu'elle est perçue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance ;
- Santé de la population ;
- Le rapport coût-efficacité, qui est le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées ;
- L'équité dans la société, avec un accent particulier sur l'accessibilité aux soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financier) et l'inclusion des différentes formes de diversité ;
- Bien-être des professionnels de la santé (INAMI, 2022).

Identifier les inefficacités et les traduire en mesures prend du temps. L'analyse du gaspillage potentiel des ressources doit être effectuée de manière approfondie et le trajet de mise en œuvre doit être bien étudié afin que le-la patient-e et le-la prestataire de soins soient protégé-es.

En septembre 2024, des concertations entre les mutualités et les prestataires de soins concernés ont eu lieu afin de détecter les tendances indésirables dans l'évolution des dépenses et d'accroître la qualité de l'offre de soins. La concertation s'est concentrée sur les secteurs qui dépassaient leur objectif budgétaire partiel en 2024 ; ils représentaient ensemble 92% du dépassement : honoraires des médecins, honoraires des dentistes, spécialités pharmaceutiques et implants. En même temps, au vu de la situation politique et budgétaire difficile, il a été décidé de ne pas prendre de nouvelles initiatives en 2025.

Le Comité de l'assurance a proposé les mesures d'économie suivantes (voir Tableau 7).

Tableau 7 : Résumé des mesures d'économie recommandées par le Comité de l'assurance, en millions d'euros (Source : INAMI)

Déficit sans économies	- 217
Économies dans le secteur des médicaments	113,4
• Budget partiel médicaments oncologiques	88,4
• Baisse de prix pour les médicaments orphelins anciens et coûteux	9
• Prescription rationnelle	16
Économies secteur honoraires pour les médecins	73,4
• Interruption de la téléconsultation	68,4
• Diminution de la valeur de la lettre-clé de réduction pour les prestations	
- angiographie cérébrale	0,5
- examen duplex couleur bilatéral	2,5
- échographie urinaire complète	1,5
- chirurgie de l'abdomen	0,5
Économies dans le secteur des implants	10
Économies dans le secteur des soins dentaires	19,989
Marge disponible avec les économies	0

Secteur pharmaceutique

Le coût total des médicaments oncologiques pris en charge par l'assurance maladie est en forte augmentation. Le Comité de l'assurance a donc proposé au gouvernement d'économiser 88,432 millions d'euros net sur base annuelle et de mieux gérer ces dépenses de santé à partir d'un sous-budget dédié à cet effet. Par ailleurs, certains médicaments orphelins ou commercialisés comme tels sont remboursés depuis plus de 12 ans et ont un coût par patient-e très élevé pour l'assurance maladie. Nombre de ces médicaments ne sont plus protégés par un brevet et le système de réduction légale des prix pourrait donc fonctionner. Malheureusement, aucun médicament générique n'est disponible. Par conséquent, ces « anciens » médicaments n'ont pas subi de baisse de prix liée au *patent cliff*¹⁵ alors que la recherche a pourtant été amortie depuis. Tout en prenant bien en compte les préoccupations relatives aux indisponibilités, le Comité de l'assurance a donc proposé de réduire le prix de ces 'anciens' médicaments de 20% afin de récolter 9 millions d'euros. Enfin, fin 2024, il a été proposé qu'une « *mini-Task force* » composée des personnes impliquées dans le contrôle du volume des médicaments décide de mesures concrètes pour rationaliser la prescription de médicaments à partir du 1er janvier 2025. Cela permettrait de générer sur base annuelle 16 millions d'euros pour le secteur des officines publiques avec une garantie budgétaire imputée au secteur des médecins.

Secteur des honoraires médicaux

Les dépenses pour les consultations téléphoniques des médecins généralistes et, dans une moindre mesure, des médecins spécialistes ont augmenté de manière spectaculaire pour atteindre plus de 68 millions d'euros. Pour autant, lors de leur introduction, aucun impact budgétaire n'était attendu, car elles étaient destinées à remplacer les consultations physiques. Bien que cela montre que les médecins consacrent beaucoup de temps aux interactions téléphoniques, cela n'est pas une utilisation optimale des fonds pour les honoraires médicaux. Les consultations téléphoniques n'ont pas toutes la même valeur ajoutée. Il était nécessaire de réviser le tarif des consultations téléphoniques et de le faire avec des lignes directrices plus claires. Le Comité de l'assurance a suggéré de supprimer le mode de fonctionnement actuel à partir du 1er janvier 2025 et d'en introduire un nouveau mode à partir du 1er janvier 2026, probablement avec une période de transition

du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025. Les consultations vidéo ont bien été maintenues. Une économie supplémentaire d'environ 6 millions d'euros est prévue à partir du 1er janvier 2025 en réduisant le tarif de plusieurs prestations de médecine spécialisée.

Secteur des implants

Les estimations techniques révisées des dépenses de santé en 2025 intégraient 19 millions d'euros pour de nouvelles initiatives en 2025. Ce budget a été réduit de 10 millions d'euros.

Secteur des soins dentaires

L'analyse du rapport d'audit 2023 a montré une croissance exponentielle de l'utilisation du test *Dutch Periodontal Scoring Index* (DPSI). En 2024, le nombre de tests DPSI atteignait 1,9 million, ce qui représentait 47,2 millions d'euros, soit 80% des dépenses de parodontologie en 2024. En outre, l'indemnité du DPSI introduite en 2006 peut être combinée avec le remboursement de l'examen bucco-dentaire annuel. À partir des données de prestation de 2023, il a été constaté que 1 285 345 (88%) du total des 1 455 155 prestations DPSI étaient effectuées le même jour qu'un examen bucco-dentaire préventif annuel du/de la patient-e. Par conséquent, le Comité de l'assurance a proposé d'intégrer le DPSI dans le tarif de l'examen bucco-dentaire annuel, qui comprenait déjà une série d'actes de diagnostic et de prévention (par exemple, radiographies intra-orales, élimination de la plaque dentaire, détartrage léger, etc). Pour cela, l'indemnité pour l'examen bucco-dentaire a été augmentée de 10 euros. Par ailleurs, l'indemnité DPSI qui n'entrait pas dans l'examen bucco-dentaire a été diminuée de 28,5 euros à 24,5 euros pour tenir compte du temps moyen nécessaire pour faire le test.

4.4. Décision du Conseil des ministres du 28 février 2025

La proposition du Comité de l'assurance a reçu un vote positif quasi unanime : seules les sages-femmes ont voté contre en raison de leurs honoraires - contrairement à tous les autres secteurs – ceux-ci ont diminué en 2025 par rapport à 2024. La raison est la suppression de la « prime de convention » temporaire. Elle avait été prolongée, uniquement pour le secteur des sages-femmes d'un an en 2024,

15 En Belgique, des réductions de prix imposées par la loi sont d'application, en vertu desquelles l'allocation de l'assurance maladie pour un médicament est réduite si une spécialité moins chère est disponible pour ce médicament. L'ouverture d'un « cluster de référence » en Belgique signifie que le prix et la base de remboursement de la spécialité d'origine sont réduits d'un pourcentage compris entre 44,75% et 51,52%. Il s'agit de l'application de ce que l'on appelle le *patent cliff*. La réduction de prix s'applique aussi bien au médicament générique qu'au médicament original.

dans l'attente de la réalisation du programme de soins périnataux. L'un des membres des syndicats de médecins s'est également abstenu.

Lors de la réunion du Conseil général du 21 octobre 2024, le gouvernement n'a pas présenté de proposition de budget pour les soins de santé en 2025. En conséquence, c'est la proposition de budget déposée par le Comité de l'assurance qui a été soumise au vote. Bien que soutenu par 14 voix sur 21, aucun budget n'a été approuvé, car deux partis au pouvoir ont utilisé leur droit de veto¹⁶.

Pour s'engager à assurer la continuité des missions de l'INAMI à partir du 1er janvier 2025, le Comité de gestion générale¹⁷ de l'INAMI s'est réuni le 4 décembre 2024 pour discuter du projet de budget des soins de santé. Les représentant-es du banc des employeurs se sont abstenus, mais la proposition de budget du Comité de l'assurance a été approuvée sur base de l'arrêté royal du 3 avril 1997 relatif à la responsabilité des Organismes publics de sécurité sociale (OPSS)¹⁸ ; cela, en attendant qu'une décision du Conseil des ministres soit prise. Seules les mesures actant la réalisation de nouvelles dépenses n'étaient pas possibles. En décembre 2024, les organisations professionnelles des sages-femmes et l'association professionnelle belge des kinésithérapeutes ont dénoncé leurs conventions de remboursement de leurs interventions¹⁹.

Le 28 février 2025, le Conseil des ministres, sur proposition du ministre compétent pour les affaires sociales et la santé publique, le ministre Vandenbroucke, a approuvé le budget des soins de santé pour 2025. La décision finale

diffère légèrement de la proposition du Comité de l'assurance, mais associe les médecins, les pharmaciens et les mutualités aux économies en matière d'utilisation des médicaments. Les différences avec la proposition du Comité de l'assurance sont les suivantes (voir Tableau 8, INAMI, 2025). Les économies proposées via le sous-budget des médicaments oncologiques et la diminution du prix des « anciens médicaments orphelins » ont été supprimées (97,432 millions d'euros). En compensation, la marge économique des pharmaciens n'a pas été indexée et la masse d'indexation pour leurs honoraires a été réduite. En revanche, le programme de sevrage progressif des benzodiazépines a été prolongé (-7,069 millions d'euros). Il a également été décidé qu'un programme de contrôle du suivi des médicaments du chapitre IV soit déterminé par les organismes assureurs, en collaboration et avec le soutien de l'INAMI et sous la coordination du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes (-10 millions d'euros). Il s'agit en particulier d'accorder de l'attention aux semaglutides, aux médicaments de deuxième et troisième ligne contre le diabète, aux médicaments contre l'hypercholestérolémie familiale, aux oncolytiques coûteux et aux anticoagulants oraux. Le *claw forward* de 80,363 millions d'euros en 2025 sera utilisé à la place des mesures pharmas prévues par le Comité de l'assurance. Une baisse structurelle des dépenses de médicaments sera élaborée comme alternative à ce *claw forward* d'ici le 1er janvier 2026. Si l'industrie ne propose pas de mesures alternatives suffisantes d'ici l'été 2025, une baisse générale des prix de tous les médicaments sera appliquée et un filet de sécurité en cas d'indisponibilité sera élaboré.

16 Le Conseil général a voté la proposition de budget des soins de santé introduite par le Comité de l'assurance : cinq voix pour les travailleurs, trois voix pour les mutualités, une voix pour le président du Conseil général, cinq voix pour les membres du gouvernement, cinq abstentions pour les employeurs, une abstention pour le Mouvement réformateur (MR) et une voix contre pour l'Open VLD. Chaque membre du gouvernement doit voter en faveur de la proposition de budget pour qu'elle soit approuvée par le Conseil général.

17 Les compétences du Comité général de gestion portent principalement sur la tenue des comptes, l'établissement du budget des frais d'administration et les décisions en matière de personnel. Le Comité général de gestion est composé de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et des travailleurs indépendants, de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et de représentants des organismes assureurs. Trois représentants du gouvernement participent également aux réunions. Ils sont nommés par le Roi sur proposition des Ministres en charge des Affaires sociales, du Budget et des Classes moyennes.

18 Cette décision prévoit que :

- le projet de budget des organismes publics de sécurité sociale est préparé par l'organe de gestion ;
- le budget annuel de chaque Organisme public de Sécurité Sociale (OPSS) se compose de :
 - un budget de mission contenant les dépenses et les recettes relatives aux missions statutaires de l'organisme ;
 - un budget de gestion couvrant les dépenses et les recettes pour la gestion de l'organisme.

19 Comme le prévoit la procédure, l'INAMI a soumis un autre texte d'accord au Comité de l'assurance. Ces nouveaux textes prévoient une indexation des honoraires à partir du 1er février 2025. Pour les deux secteurs, les accords ont été approuvés par le Conseil général le 27 janvier 2025 et par le Conseil des ministres en février 2025. Entretemps, les textes d'accord ont été respectivement soumis à chaque sage-femme et à chaque kinésithérapeute. Rien n'empêche les commissions de conventions concernées de continuer à négocier un nouvel accord qui s'appliquerait ultérieurement.

Tableau 8 : Différences entre les mesures d'économie recommandées par le Comité de l'assurance et décidées par le Conseil des ministres, en millions d'euros (Source : INAMI, 2025)

	Proposition du Comité de l'assurance	Décision conseil des ministres
Marge disponible sans économies	- 217	- 217
Économies dans le secteur des médicaments	113,4	113,4
• Budget partiel médicaments oncologiques	88,4	
• Baisse de prix des médicaments orphelins anciens et coûteux	9	
• Prescription rationnelle	16	16
• Pharmaciens		7,069
• <i>Claw forward</i>		80,4
• Conformité - Chapitre IV		10
Économies secteur des honoraires médicaux	73,4	73,4
• Interruption de la téléconsultation	68,4	68,4
• Diminution de la valeur de la lettre-clé pour les prestations		
- angiographie cérébrale	0,5	0,5
- examen duplex couleur bilatéral	2,5	2,5
- échographie urinaire complète	1,5	1,5
- chirurgie de l'abdomen	0,5	0,5
Économies dans le secteur des implants	10	10
Économies dans le secteur des soins dentaires	19,989	19,989
Marge disponible avec les économies	0	0

Grâce à ce *claw forward*, le montant à ne pas dépenser passe de 200,018 millions d'euros à 119,655 millions d'euros. Par conséquent, les dépenses de santé en 2025 pourraient atteindre 39,692 milliards d'euros au lieu de 39,612 milliards d'euros (voir chapitre 3.1).

Toutefois, en raison de la décision tardive sur le budget des soins de santé, la plupart des mesures n'ont pas pu démarrer le 1er janvier 2025²⁰. Combiné à une augmentation toujours plus forte que prévue des dépenses de soins de santé, ceci indique, grâce aux nouvelles estimations techniques de l'INAMI de janvier 2025, un dépassement actuellement attendu de l'objectif budgétaire global pour 2025 de 46 millions d'euros (INAMI, 2025).

Enfin, le gouvernement rappelle à la Commission de contrôle budgétaire, au Comité de l'assurance et à la commission des accords et conventions leurs responsabilités quant à l'encadrement du budget des soins de santé pour 2026 (INAMI, 2025). Le ministre prendra déjà des mesures d'économie à hauteur des montants réservés et de la sous-utilisation temporaire calculées à 144,401 millions d'euros (voir chapitre 3.2). En effet, sans ajustement politique, ces initiatives pourraient ne plus être sous-utilisées et atteindre leur pleine capacité à partir du 1er janvier 2026 en coûtant effectivement 144,401 millions d'euros.

²⁰ Seules les baisses de tarif pour certaines interventions chez les médecins spécialistes ont été mises en œuvre le 1^{er} janvier 2025. Les travaux sur le programme de contrôle du suivi des médicaments du chapitre IV ont également été lancés à l'automne 2024. Le contrôle de suivi des critères de remboursement des médicaments contre le diabète ne nécessitait qu'une décision du ministre le 1er mars et sera introduit à court terme.

Conclusion

Grâce à une concertation sociale efficace, le nouveau gouvernement a pu valider, un mois seulement après son entrée en fonction, le budget des soins de santé pour 2025 qui comprenait des mesures d'économie nécessaires. La concertation sociale a porté une attention particulière à la soutenabilité du système belge de soins de santé, à l'accessibilité et à la qualité des soins pour les patient-es à court terme. Les mesures d'économies ont été bien réfléchies et s'éloignent de corrections souvent linéaires du passé qui avaient pour effet d'augmenter le volume des soins et des suppléments pour les patient-es au détriment d'un système de soins de santé performant et durable.

Comme dans les autres pays européens, la croissance économique en Belgique sera limitée et fragile dans les années à venir, principalement en raison de la guerre en Ukraine, mais aussi de la guerre entre l'Israël et la Palestine, des risques croissants de dérèglement climatique et potentiellement aussi d'une guerre commerciale avec les États-Unis. Le déficit public belge, influencé d'une part par les dépenses en matière de pensions et de soins de santé et d'autre part par la hausse des frais d'intérêt, augmentera chaque année pour atteindre 6% du PIB en 2029 (Monitoringcomité, 2025). Cependant, la valeur de référence pour le pacte de stabilité européen est un déficit public ne dépassant pas 3% du PIB.

Le gouvernement De Wever a décidé de réduire la norme de croissance pour 2026 et 2027 de 2,5% à 2% et de la fixer par la suite, notamment à 2,6% en 2028 et à 3% en 2029. Toutefois, des mesures d'économie supplémentaires sont notées à l'agenda, hors norme pour l'instant. La réduction de la norme de croissance de 2,5% à 2% en 2026 correspond à 192 millions d'euros. Ce sera donc un véritable défi pour la concertation sociale de proposer un budget des soins de santé pour 2026 qui soit suffisamment soutenu par les prestataires de soins et qui tienne compte d'une politique de soins de santé adéquate visant à mettre en place un système de soins de santé moderne et performant. *Business as usual* ne fonctionnera pas. Si nous voulons garantir l'État-providence et une meilleure qualité de vie pour toutes et tous, nos politiques en matière de santé et de soins de santé doivent changer. Il est urgent de mettre en œuvre des réformes globales qui évitent les inefficacités et se concentrent sur la valeur ajoutée pour les patient-es. La concertation sociale a déjà concrétisé ces lignes directrices pour la prise de mesures d'économies dans le budget des soins de santé 2025. Les mutualités poursuivront encore davantage ce projet pour 2026 et les années suivantes.

Bibliographie

Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société*, 2, 18-37.

Commissie voor begrotingscontrole. (2024). *Rapport van de Commissie voor begrotingscontrole in het kader van de vaststelling van het budget voor geneeskundige verzorging voor het jaar 2025*. Brussel: RIZIV.

Europese Raad. (2024). *Evaluatie economische governance: Raad en Parlement akkoord over hervorming begrotingsregels*. Récupéré sur Europese Raad : <https://www.consilium.europa.eu/nl/press/press-releases/2024/02/10/economic-governance-review-council-and-parliament-strike-deal-on-reform-of-fiscal-rules/>

Janssens, H. & Lavergne, T. (2024). Pénurie des infirmier-es et crise du 'prendre soin'. *Santé & Société*, 10, 4-37.

Mahieu, S. (2024). Budget des soins de santé 2024 : « d'abord le contenu ». *Santé & Société*, 9, 44-55.

Mahieu, S., & Lambert, L. (2021). Budget 2021 : Prestataires de soins, institutions de soins et mutualités s'allient pour mettre en œuvre 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). *Voorlopige realisaties 2024 - Raming 2025 - Meerjarenraming 2026 – 2029 Entiteit I*. Brussel: BOSA.

Regering De Wever. (2025). *Federaal regeerakkoord 2025-2029*. Brussel: Federale regering.

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.

INAMI. (2020, 10 19). Nota ARGV_2020_066. Brussel, België: RIZIV.

INAMI. (2021, 10 18). Nota ARGV_2021_069. Brussel, België: RIZIV.

INAMI. (2022). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024, finaal rapport*. Brussel: RIZIV.

INAMI. (2022, 10 17). Nota ARGV_2022_064. Brussel, België: RIZIV.

INAMI. (2023, 10 16). Nota ARGV_2023_080. Brussel, België: RIZIV.

INAMI. (2024). *Nota CGV_2024_177*. Brussel: RIZIV.

INAMI. (2024). *Nota CGV_2024_265*. Brussel: RIZIV.

INAMI. (2025, 01 17). Nota ARGV_2025_007. Brussel, België: RIZIV.

INAMI. (2025, 03 10). Nota ARGV_2025_011. Brussel, België: RIZIV.

INAMI. (2025). *Nota ARGV-2025-009*. Brussel: RIZIV.

van Cutsem, P. (2016). Budget fédéral 2016 des Soins de santé. *CM-Informations*, 263, 26-39.

van Cutsem, P. (2017). Economies dans les soins de santé et crise des accords tarifaires : vers une libéralisation de notre sécurité sociale? *MC-Informations*, 267, 3-18.

Wetenschappelijk Comité. (2022). *Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. Brussel: RIZIV.



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/cloauses/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 : Diriger les soins de santé · 02

Étude : La discrimination en raison de l'incapacité :
le paradoxe du retour au travail · 06

Revue de la littérature · 08

Développement des hypothèses de recherche · 11

Méthode · 12

Résultats · 17

Discussion des résultats et recommandations · 23

Analyse : Fixer des objectifs pour une meilleure couverture
des besoins en soins de santé · 30

Cadre d'analyse de la couverture des besoins en soins de santé · 33

Meilleure couverture des besoins de soins pour les malades chroniques · 42

La gouvernance du système des soins de santé basé sur le travail par objectif · 49

Analyse : Budget Soins de santé 2025 : la valeur ajoutée de la concertation sociale · 58

L'ADN social belge · 59

Gestion de l'assurance obligatoire soins de santé par le gouvernement De Croo · 62

L'objectif budgétaire pour 2025 et les estimations techniques · 64

La proposition 2025 du Comité de l'assurance et la décision du Conseil des ministres · 66

Colophon

Editeur responsable

Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, boîte 40, 1031 Bruxelles

Rédacteur en chef

Nicolas Rossignol

Rédaction finale

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,
boîte 40, 1031 Bruxelles

Copyright

Les études de Santé & Société sont publiées sous Licence Creative
Commons "by/nc/nd"