& SANTÉ, SOCIÉTÉ

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

04 Eco-anxiété : ce que cela signifie pour les jeunes

26 Retour sur la journée d'études de la MC "Vers des soins accessibles"

38 Évolution et enjeux du recours aux anticoagulants oraux

16

janvier 2026

Radicalisons la démocratie

Radicalisons la démocratie

Edito

La crise climatique bouleverse nos sociétés, et ce n'est que le début. Cette dynamique profonde, inédite, et incertaine est plus qu'inquiétante, et peut générer une angoisse aigue. Conscients de ce phénomène, nous avons voulu dans un article de ce numéro, intitulé « Anxiété climatique : ce que cela signifie pour les jeunes », comprendre finement ce qui se jouait dans l'esprit de jeunes se reconnaissant eux-mêmes comme étant éco-anxieux. L'analyse minutieuse de 21 entretiens semi-directifs nous a permis d'établir une cartographie des ressorts mobilisés dans leurs discours sur la question. Alors que les jeunes font face à de nombreuses informations négatives et anxiogènes, ils doivent démêler le vrai des *fake news*. Les craintes portant sur les bouleversements à venir de l'environnement sont intimement liées à celles qui concernent la société. Bref, ce contexte d'incertitude travaille profondément leurs affects. Ces résultats constituent le point de départ de cet édito.

Si ce tableau rapidement brossé parait paralysant, c'est sans compter sur les ressources philosophiques et démocratiques à trouver dans les travaux de Chantal Mouffe, philosophe belge, Professeure à l'Université de Westminster, sur lesquels nous nous devons de revenir. En particulier son ouvrage intitulé *Towards a Green Democratic Revolution: Left Populism and the Power of Affects*. Les travaux de Mouffe sont fondamentaux en ce qu'ils permettent de reconsidérer les passions – et donc aussi les anxiétés face aux dérèglements climatiques – dans la dynamique politique et démocratie. Elle souligne que les émotions collectives, loin d'être des obstacles, constituent la matière première d'une activation politique. L'angoisse climatique, ressentie face à l'imminence des catastrophes écologiques, génère une sensibilité profonde aux enjeux du vivre-ensemble. En investissant cette angoisse, les mouvements politiques peuvent construire une identité commune, identifier des adversaires, et créer ainsi les conditions d'un engagement renforcé. C'est ce qu'elle appelle la « radicalisation de la démocratie », comme le processus par lequel on approfondit la démocratie en reconnaissant et en institutionnalisant les conflits et les antagonismes au sein du débat public, afin de permettre une confrontation pluraliste entre projets opposés dans un cadre démocratique partagé.

Plus encore, Mouffe suggère que cette angoisse environnementale doit être reconnue comme un moteur potentiel de mobilisation politique. Elle appelle à une politisation du mouvement climatique, c'est-à-dire à une transformation de cette inquiétude diffuse en une revendication structurée et démocratique. Pour elle, il est essentiel de canaliser cette énergie affective vers la construction d'une coalition politique capable de peser sur les décisions économiques, sociales et écologiques. Cette coalition, qu'elle nomme « Révolution démocratique verte », aurait pour objectif de faire de la lutte contre le dérèglement climatique un enjeu central de la démocratie contemporaine. Elle verrait dans l'angoisse collective non pas une faiblesse, mais une force à mobiliser pour exiger davantage de justice climatique, de solidarité entre les peuples et de transformation des modèles de production et de consommation.

Cela semble d'autant plus important, et même urgent, dans un contexte que certain·es qualifient de post-politique, où règneraient l'apathie de la technocratie. Le « retour du politique », comme elle le nomme, pourrait prendre appui sur

l'angoisse climatique qui, bien canalisée, deviendrait alors une énergie agonistique : non pas un appel au consensus mou, mais une poussée vers des confrontations claires entre visions antagonistes (par exemple, la justice sociale contre des intérêts capitalistes destructeurs). Cet antagonisme – cette opposition – permettrait de donner un nouveau souffle à la démocratie, rendant l'angoisse climatique non pas paralysante, mais structurante pour repenser les priorités politiques et imposer une gouvernance écologique radicale et solidaire.

Ce que Mouffe nous dit concernant la lutte climatique est transposable aux questions de santé, du soin et du prendre soin. C'est d'ailleurs ce que nous enseignait le Professeur Michael Marmot, de l'*University College London*, en d'autres termes lors de son intervention à la journée d'étude intitulée « Pour des soins accessibles » que nous avons organisée le 22 mai 2025, et dont une recension est faite dans ce numéro de *Santé & Société* dans l'article éponyme. Là où Mouffe parle de la puissance des affects, Marmot évoque le pouvoir de l'espoir ; celui trouvé dans la mise à nu des inégalités d'accès aux soins de santé. Pour Marmot, nous sommes forts des connaissances précises dont on dispose en la matière et du sentiment d'injustice qu'elles suscitent. Ce sentiment d'injustice, s'il est tourné vers l'espoir, n'est pas paralysant. Il doit porter l'action pour plus d'inclusivité dans les soins. Les travaux de Marmot sont une source d'inspiration forte des autres interventions de cette journée dont une recension est faite : celles des Professeures Sandy Tubeuf (Université catholique de Louvain) et Sara Willems (Université de Gand).

Nous abordons par ailleurs dans ce numéro un sujet tout à fait différent avec l'étude intitulée « Évolution et enjeux du recours aux anticoagulants oraux ». Il s'agit d'analyser l'utilisation de deux types de médicaments anticoagulants, principalement au regard des enjeux de l'observance thérapeutique : dans quelle mesure les patient·es n'abandonnent pas leur traitement en cours de route (ce qu'on appelle la persistance), et dans quelle mesure le plan de traitement (fréquence de prise, dosage) prévu par leur médecin est bien respecté (ce qu'on appelle l'adhérence). Les questions abordées dans cette étude sont cruciales, notamment parce que ce type de traitement concerne plus de 400.000 personnes en Belgique. Les résultats obtenus sur base de l'analyse des données de facturation de la MC sont interpellants : le nombre d'utilisateur·trices ne cesse de croitre ; la prévalence du recours aux anticoagulants oraux est plus grande auprès des patient·es bénéficiant de l'intervention majorée ; l'observance thérapeutique ne va pas de soi (interruption prématurée du traitement, et volume de médicaments inadéquat pour se soigner correctement au quotidien).

Alors que nous nous attardions en début d'édito sur la question de la démocratie radicale, il semble utile d'y revenir en conclusion, pour nous projeter en tant que corps intermédiaires dans la perspective dressée par Mouffe. L'intuition que nous portons est que les corps intermédiaires sont des lieux de médiation forts permettant de construire des visions collectives et structurées au départ du vécu et des affects de nos membres. Et ce en tenant compte aussi bien des lignes de force les plus visibles que des situations des groupes plus marginalisés. Vu comme cela, il semble donc évident que les corps intermédiaires soient appelés à jouer un rôle primordial dans une forme radicalisée de démocratie, et porter nos combats dans l'arène antagoniste du débat public. Pour en prendre pleinement la mesure, nous devons continuer à mobiliser, à assumer pleinement notre rôle, et faire du titre de cet édito un appel : radicalisons la démocratie.

Nicolas Rossignol
Responsable du Service d'études MC-CM

Eco-anxiété : ce que cela signifie pour les jeunes

Une analyse qualitative des perceptions et des vécus

Ann Morissens, Mattias Van Hulle & Hélène Janssens — Service d'études CM-MC

Résumé

Ces dernières années, le concept d'*éco-anxiété* est apparu de plus en plus fréquemment dans les débats publics et académiques. Il est principalement utilisé pour décrire l'impact émotionnel de la crise climatique sur les individus. Des revues médicales de premier plan telles que *The Lancet* ont déjà publié plusieurs études quantitatives sur l'ampleur de l'éco-anxiété, mais les études qualitatives des vécus liés à ce concept, restent rares. Dans cette recherche, nous avons mené une série d'entretiens approfondis auprès de jeunes âgés de 18 à 24 ans afin de mieux comprendre comment ils nomment, catégorisent et vivent leurs émotions et vécus liés au changement climatique. Il en ressort que l'*éco-anxiété* ne recouvre pas seulement des sentiments d'inquiétude ou de peur, mais aussi un profond mécontentement face à l'absence de décisions politiques, une méfiance enracinée contre les systèmes de pouvoir existants, et un besoin marqué de changements structurels. La charge mentale et émotionnelle de l'éco-anxiété peut toutefois être partiellement atténuée lorsque du lien social se construit avec des personnes partageant les mêmes idées, ou lors d'actions collectives. Les initiatives visant à trouver des solutions collectives ne servent pas seulement un objectif pragmatique, elles ont également un impact positif sur le bien-être personnel des jeunes.

Mots clés : Eco-anxiété, jeunes, changement climatique, santé mentale, étude qualitative

Table des matières

Introduction 6

1. Revue de littérature 7
1.1. Réaction individuelle à un problème global 7
1.2. Les jeunes, un groupe vulnérable 8

2. Méthode : entretiens semi-structurés approfondis 9
2.1. Collecte de données 9
2.2. Profil des répondant·es 10
2.3. Entretiens semi-structurés approfondis 10
2.4. Limites 10

3. Résultats 10
3.1. Le changement climatique via le regard des jeunes 10
3.2. Acquisition des connaissances et de l'information 11
3.2.1. Sources d'information des jeunes 11
3.2.2. Relations avec les médias 12
3.3. Définition de l'éco-anxiété 12
3.3.1. À propos de l'anxiété 12
3.3.2. Bien plus que de l'anxiété 13
3.4. Relation avec la politique 14
3.4.1. Frustration liée à l'inaction politique 14
3.4.2. Frustration liée au manque d'écoute envers les jeunes 14
3.4.3. Méfiance envers la politique 15
3.5. Stratégies d'adaptation 15
3.5.1. L'approche pragmatique : actions individuelles 15
3.5.2. L'approche pragmatique : actions collectives 16
3.5.3. Approche émotionnelle : soutien et espoir grâce au lien social et à l'action collective 16

4. Discussion des résultats 17

5. Recommandations 20
5.1. Considérer l'éco-anxiété comme un signal d'alarme collectif 20
5.2. Affects et espoir comme moteurs de mobilisation 21
5.3. Impliquer les jeunes dans les politiques et restaurer la confiance 21

Conclusion 22

Introduction

« *La vie sur notre planète est en danger. Nous nous trouvons aujourd'hui en territoire inconnu. Depuis des dizaines d'années, les scientifiques avertissent régulièrement des conséquences d'un avenir marqué par des conditions climatiques extrêmes dues à l'augmentation mondiale des températures, causée par les activités humaines émettant des gaz à effet de serre nocifs dans l'atmosphère. Malheureusement, le temps est écoulé. Nous voyons les prédictions se réaliser au rythme alarmant et inédit de records battus, provoquant de grandes souffrances et des scénarios inquiétants. Avec la crise climatique, nous entrons désormais dans une zone inconnue, une situation que personne n'a encore jamais connue dans l'histoire de l'humanité* » (Ripple et al., 2023, notre traduction).

Ce passage est extrait d'un rapport spécial publié dans la revue internationale *BioScience*. Un an plus tôt, plus de 15.000 scientifiques avaient signé dans cette même revue une publication déclarant que la Terre se trouvait, sans équivoque, dans une situation d'urgence climatique. Le rapport cité ci-dessus n'est donc qu'un ajout récent à une longue liste de rapports scientifiques sur le climat, notamment ceux du GIEC (*Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat*), qui formulent des avertissements similaires en plus du travail des commissions spéciales, des sommets internationaux, et de l'attention croissante des médias sur la question du changement climatique[1]. L'ampleur et l'urgence du problème sont de plus en plus explicitement soulignées, comme on peut le lire ci-dessus, et cette urgence semble également avoir gagné de nombreux·euses citoyen·nes.

Ce sentiment d'urgence a été personnifié par Greta Thunberg et sa *Grève scolaire pour le climat* (*Skolstrejk för klimatet*). En 2019, lors d'un sommet des Nations Unies sur le climat, elle a prononcé un discours historique *How dare you*, dans lequel elle a interpellé les responsables politiques pour leur inaction face au changement climatique, malgré les rapports scientifiques publiés depuis plus de 30 ans. Son discours a marqué les esprits et, en 2019, des marches pour le climat ont eu lieu dans le monde entier sous le slogan *Fridays for Future*. De nombreux·euses élèves faisaient grève pour participer aux manifestations pendant les heures de classe. L'objectif était d'appeler les responsables politiques à agir de toute urgence contre le changement climatique. Pour les jeunes, ces marches étaient l'un des rares moyens de faire entendre leurs voix.

En Belgique, ces marches et d'autres événements ont été organisés par la Coalition Climat. Il y a également eu l'Affaire Climat, au cours de laquelle les quatre gouvernements belges ont été poursuivis en justice pour politique climatique insuffisante. Ces gouvernements ont d'ailleurs été reconnus coupables (VRT, 2023). Mais malgré toutes ces initiatives, 2024 a été l'année la plus chaude jamais enregistrée et on rapporte actuellement une augmentation moyenne de la température de 1,6 °C (Copernicus Climate Change Service, 2025). Des politiques plus ambitieuses et plus efficaces sont urgemment nécessaires, mais restent largement absentes. Beaucoup de citoyens et citoyennes estiment que le pouvoir législatif ne prend pas suffisamment de mesures concrètes pour freiner le changement climatique ou anticiper ses conséquences. Selon l'Eurobaromètre de 2021, 82% des Belges estiment que le gouvernement n'en fait pas assez pour lutter contre le changement climatique. Ce chiffre reste élevé dans toutes les tranches d'âge, avec 80% chez les jeunes (15-24 ans) et même 86% chez les 25-39 ans (Hermans, 2021).

Les jeunes constituent un groupe particulièrement important dans le contexte de l'éco-anxiété, car ils héritent non seulement des conséquences du changement climatique, mais subissent également de manière croissante la charge psychologique liée à la menace que représente cette évolution du monde. De récentes études montrent que les jeunes du monde entier rapportent des sentiments d'impuissance, de tristesse et de peur concernant l'avenir de l'environnement, ce qui indique une pression mentale croissante dans ce groupe de population (Hickman et al., 2022). Cette éco-anxiété n'est pas seulement une réponse individuelle, mais elle renvoie à des incertitudes sociétales plus larges et une confiance limitée dans l'efficacité des décisions politiques. En raison de leur développement, les jeunes sont particulièrement vulnérables aux préoccupations existentielles, et l'éco-anxiété qu'ils vivent peut influencer durablement leur santé mentale, leurs identités et leurs perspectives d'avenir.

Dans la revue de littérature, nous approfondirons les différentes définitions de ce concept et formulerons notre question de recherche (partie 1.2). Nous présenterons en-

1 Un terme alternatif « dérèglement climatique » devient de plus en plus courant aujourd'hui, notamment dans le contexte francophone. Ce terme met davantage l'accent sur la dynamique perturbatrice des processus actuels et s'inscrit donc davantage dans le consensus scientifique selon lequel les processus climatiques ont été perturbés par les activités humaines, et non simplement « changés », ce qui évoque une connotation trop passive. Dans cet article, après réflexion interne, il a été décidé d'utiliser le terme « changement climatique », parce qu'il est actuellement le terme le plus courant en néerlandais.

suite la méthode (partie 2) et discuterons de nos résultats (parties 3 et 4) avant de terminer par quelques recommandations (partie 5).

1. Revue de littérature

1.1. Réaction individuelle à un problème global

Le mécontentement croissant face au manque de politiques climatiques ambitieuses est souvent associé à l'« éco-anxiété » – « eco-anxiety » en anglais. Ce terme a pris de l'ampleur dans les médias ces dernières années avec de nombreuses interprétations. Une définition fréquemment citée est celle utilisée depuis 2014 par l'*American Psychological Association* (APA). Elle définit brièvement l'éco-anxiété comme « une peur chronique de destruction de l'environnement » (Coffey et al., 2021, p.2667, notre traduction). Mais selon certain·es scientifiques, le terme *éco-anxiété* est trop restrictif et même trompeur. D'abord, parce que l'éco-anxiété englobe bien plus que la seule *anxiété*. La littérature scientifique montre que les personnes s'identifiant à ce terme expriment un éventail de vécus et d'émotions beaucoup plus large et complexe, au sein duquel on retrouve la frustration, la tristesse, la colère, l'impuissance, le sentiment d'être démuni, la culpabilité, la honte, le désespoir et l'injustice (Hickman et al., 2022).

Une deuxième réflexion sur ce terme indique que la notion d'« anxiété », dans son usage courant, est associée à une inquiétude strictement individuelle, alors que la cause de cette anxiété, le changement climatique, est un problème collectif (Coffey et al., 2021). Utiliser le concept d'éco-anxiété comporte donc le risque d'individualiser la réaction à un danger perçu et de reléguer au second plan la réalité de la menace environnementale. Cela peut brouiller la précision du terme. La littérature scientifique considère principalement l'éco-anxiété comme une inquiétude profonde liée à une *prise de conscience générale* du changement climatique, des problèmes environnementaux et de la menace planétaire, et non comme la conséquence individuelle et traumatique d'événements météorologiques spécifiques ou de catastrophes écologiques climatiques vécues directement. La médecin et épidémiologiste Alice Desbiolles (2020) considère d'ailleurs l'éco-anxiété comme une manifestation de rationalité et de lucidité dans un monde qui en est dépourvu. Autrement dit, la littérature scientifique voit généralement l'éco-anxiété comme une *réaction inquiète à une prise de conscience croissante*, et non comme une réaction individuelle directement liée à l'expérience d'événements traumatisants.

Il est donc crucial de relier explicitement l'éco-anxiété à une problématique réelle, mais aussi de la considérer comme un sentiment particulier et non comme un trouble anxieux généralisé. Récemment, une étude a effectivement montré qu'il n'existe pas de lien démontré entre l'expérience de l'éco-anxiété d'une part, et une prédisposition à des troubles anxieux plus généraux, sous-jacents ou déjà existants d'autre part (Parmentier et al., 2024). En d'autres termes, ressentir de l'éco-anxiété n'est pas la conséquence d'un autre problème ni d'une tendance générale à l'anxiété comme trait de personnalité. L'éco-anxiété est une réaction émotionnelle relative aux défis environnementaux actuels (et à une meilleure connaissance de ce que cela implique).

Cette expérience spécifique de l'éco-anxiété peut toutefois se manifester par de la souffrance psychique. Des recherches ont montré que les personnes avec une conscience accrue des effets négatifs du changement climatique présentent généralement davantage d'indicateurs de mauvaise santé, notamment d'insomnie, un moindre bien-être subjectif, des limitations fonctionnelles, une réticence à avoir des enfants (Boluda-Verdú, Senent-Valero, Casas-Escolano, Matijasevich & Pastor-Valero, 2022) et même un risque plus grand de dépression (Léger-Goodes et al., 2022). A l'aide des principaux enseignements des recherches sur ce thème, relativement nouveau, Brophy, Olson et Paul (2023) ont publié une revue de littérature sur l'éco-anxiété. Ils ont rassemblé les conclusions les plus marquantes et ont proposé une nouvelle définition davantage globale :

> « L'éco-anxiété est un état d'inquiétudes ou de préoccupations à différents niveaux et générant principalement des émotions négatives concernant le monde naturel, la vie humaine et l'incertitude ou la peur de l'avenir. Celles-ci peuvent, ou non, générer de la souffrance. L'éco-anxiété peut mener à des comportements environnementaux positifs, neutres ou négatifs. La souffrance causée par l'éco-anxiété peut être légère à sévère, absente, omniprésente ou fluctuante, et peut se manifester par des symptômes d'anxiété. L'éco-anxiété n'est pas une réaction traumatique liée à des catastrophes naturelles ou à des conditions météorologiques extrêmes » (Brophy, Olson & Paul, 2023, p. 658, notre traduction).

La définition de Brophy, Olson et Paul offre un certain cadre, mais souligne aussi la grande diversité des expressions possibles de l'éco-anxiété et des comportements associés. De nombreux auteurs et autrices décrivent l'éco-anxiété comme une « réaction normale », traduisant une prise de conscience du lien réel entre notre environnement et notre santé (mentale). Cela peut même conduire à des stratégies d'adaptation constructives, à des changements de comportement positifs et à des actions en faveur du climat (Benoit, Thomas & Martin, 2021). D'autres auteurs insistent au contraire sur le fait que l'éco-anxiété peut mener au pessimisme, au cynisme et au désespoir, à un état de santé dégradé, à des niveaux de stress accrus, ainsi qu'à des stratégies d'évitement ou de minimisation des problèmes climatiques (Ojala, 2012). Selon une étude internationale de 2022, 21% des personnes interrogées — dont des Belges — éprouvent quotidiennement des difficultés liées à l'éco-anxiété, allant jusqu'à l'incapacité de se rendre au travail ou à des problèmes de socialisation (Heeren, Mouguiama-Daouda & Contreras, 2022).

Il est important d'approfondir ce point. L'étude de Kuthe et collègues (2019) examine les aspects cognitifs, affectifs et conatifs de la conscience climatique des jeunes de 13 à 16 ans. En partant de leurs opinions, les chercheurs et chercheuses ont différencié quatre groupes : les activistes concernés (*the concerned activists*), les charitables (*the charitables*), les paralysés (*the paralysed*) et les désengagés (*the disengaged*). Ce qui ressort, c'est que les jeunes activistes et les jeunes paralysés obtiennent les scores les plus élevés à la dimension « préoccupation personnelle face au changement climatique » – une dimension que l'on pourrait considérer comme un indicateur d'éco-anxiété. Néanmoins, la façon dont ils gèrent cette préoccupation diffère fortement. Là où les activistes sont prêts à entreprendre des actions collectives et à adopter des comportements respectueux du climat, les paralysés déclarent se sentir submergés par les informations et les dangers potentiels, et questionnent l'impact réel d'un changement de comportement. L'étude conclut ainsi que l'anxiété ou la préoccupation climatique peut conduire à différentes réactions, et — on peut le supposer — à des effets divers sur le bien-être subjectif et la santé mentale des jeunes.

1.2. Les jeunes, un groupe vulnérable

L'étude de Kuthe et ses collègues constitue une exception dans la littérature, l'éco-anxiété ayant, jusqu'à présent, surtout été étudiée chez les adultes (Brophy, Olson & Paul, 2023). Cela pourrait être considéré comme une lacune, comme le soulignent également d'autres recherches (Coffey et al., 2021). Le travail de synthèse de Brophy, Olson et Paul (2023) suggère que, dans ce contexte, ce sont précisément les enfants et les jeunes qui sont particulièrement vulnérables. Ils pourraient, plus que les adultes, subir des effets émotionnels et psychologiques marqués en raison de prises de conscience croissantes face au changement climatique. Cela rejoint les conclusions d'autres recherches sur tous types d'événements vécus chez les jeunes. Celles-ci montrent que les expériences stressantes ou défavorables vécues tôt dans la vie peuvent avoir un impact plus important, voire à plus long terme (Shiner, Allen & Masten, 2017).

Un article récent paru dans *The Lancet* a montré l'ampleur de ce problème dans ce groupe d'âge (Hickman et al., 2022). Dix mille jeunes âgés de 16 à 25 ans ont été interrogés sur leurs émotions à l'égard du changement climatique et sur leurs opinions concernant les réponses politiques données à ce phénomène. L'étude révélait que 59% des répondants et répondantes se disaient très ou extrêmement inquiets du changement climatique. Plus de 84% déclaraient être au moins « assez inquiets ». Plus de 45% disaient également ressentir de la peur, de la tristesse, de l'impuissance, du découragement et de la culpabilité, des sentiments qui influençaient négativement leur vie quotidienne et leur fonctionnement. Environ 75% considéraient que l'avenir est effrayant, et 83% estimaient que l'on avait échoué à mieux protéger la planète. Ce dernier constat est particulièrement interpellant, car les jeunes devront vivre le plus longtemps avec les conséquences des décisions prises (ou non) aujourd'hui. En ce sens, la menace climatique est, pour eux et pour elles, plus existentielle (Grant et al., 2025), et les mesures contre le changement climatique sont donc aussi une question de justice intergénérationnelle (Wullenkord & Ojala, 2023).

Plusieurs études montrent que les expériences de stress et d'éco-anxiété sont fortement corrélées au sentiment que les décideurs et les décideuses politiques n'assument pas suffisamment leurs responsabilités (Hickman et al., 2022 ; Brophy, Olson & Paul, 2023). L'inquiétude des jeunes est donc étroitement liée à la perception d'un manque de réaction et de mesures prises par les autorités pour faire face au changement climatique. Les jeunes interrogés partagent non seulement la perception que les politiques réagissent de manière inadéquate aux problèmes, et une grande partie d'entre eux et d'entre elles, déclarent même se sentir « trahis » par le gouvernement. Cette corrélation entre éco-anxiété et insatisfaction à l'égard de la réponse politique a été observée chez les jeunes dans chacun des

dix pays représentés dans l'étude. Ce mécontentement influencerait même leur fonctionnement quotidien. Les auteurs et les autrices concluent que l'incapacité des gouvernements à réagir de manière adéquate à la crise climatique pourrait constituer, en soi, une cause de l'(éco) anxiété et du stress ressenti. Les études soulignent donc la nécessité d'examiner davantage l'impact émotionnel du changement climatique sur les jeunes.

Dans l'ensemble, la littérature indique que l'on en sait encore trop peu. Comment les jeunes vivent-ils·elles le stress lié à l'éco-anxiété, comment y font-ils·elles face et quels facteurs et mécanismes d'adaptation sont en jeu? Ces mécanismes doivent donc être étudiés de manière plus approfondie. Pour plusieurs raisons, il est important de se concentrer spécifiquement sur les jeunes. Premièrement, il est souvent rapporté qu'ils·elles subiront les conséquences du changement climatique plus longtemps et plus intensément. Même selon différents scénarios de réchauffement, l'exposition cumulative aux vagues de chaleur pour les jeunes nés à partir de 2.000 sera bien plus élevée que pour les personnes nées en 1960. Deuxièmement, les jeunes ont un accès moins direct que les adultes aux processus d'élaboration des politiques. C'est particulièrement vrai pour les moins de 18 ans, qui n'ont pas encore le droit de vote. Or, les jeunes disent ne pas se sentir suffisamment représenté·es ou entendu·es. C'est précisément cette minimisation de leurs frustrations qui aggrave de manière néfaste leur santé mentale. Troisièmement, les vécus des jeunes qui se reconnaissent dans le terme « éco-anxiété » restent jusqu'à présent largement sous-étudiées. Des recherches antérieures ont pourtant déjà montré qu'ils·elles semblent généralement mieux conscient·es que les adultes de l'impact potentiel du changement climatique (Brophy, Olson & Paul, 2023). Quatrièmement, le thème de l'éco-anxiété a surtout été abordé de manière quantitative. Nous savons qu'il est lié à une évaluation négative d'une série d'indicateurs de bien-être subjectif et de santé mentale, ainsi qu'à une confiance globale réduite dans la politique.

Les approches qualitatives, approfondies, de l'« éco-anxiété » sont rares, et, en Belgique, ce thème n'a, à notre connaissance que très peu été traité de cette manière. Mieux comprendre la façon dont les jeunes vivent, interprètent et gèrent l'éco-anxiété est donc un objectif important et le point central de cette étude. Celle-ci répondra à la question de recherche suivante : en Belgique, comment les jeunes vivent-ils·elles et perçoivent-ils·elles l'éco-anxiété et comment y font-ils·elles face ?

2. Méthode : entretiens semi-structurés approfondis

Afin d'approfondir notre compréhension des vécus des jeunes face au changement climatique et des émotions qu'ils·elles ressentent à ce sujet, nous avons opté pour une étude qualitative basée sur des entretiens semi-structurés. Un entretien peut explorer les vécus et les émotions, mieux qu'un questionnaire. De plus, une approche qualitative permet d'aller en profondeur et de cartographier de manière détaillée les différentes émotions et manifestations de l'éco-anxiété chez les jeunes.

2.1. Collecte de données

Au total, 21 jeunes ont été interviewé·es entre mai 2024 et mai 2025. Les jeunes sélectionnés devaient se reconnaître dans le terme éco-anxiété, ou ressentir une préoccupation profonde ou des émotions explicites vis-à-vis du climat. Les jeunes ont été contactés de différentes manières et à différents moments. Un premier groupe de participants et de participantes néerlandophones a été recruté au printemps 2024 en collaboration avec Kazou, l'organisation de jeunesse néerlandophone de la Mutualité chrétienne. Lors de cette première sélection, nous avons recruté six jeunes qui déclaraient être activement engagés sur la question du changement climatique. Dans une deuxième phase, nous avons contacté cinq autres jeunes, via des organisations, mais aussi grâce à la méthode dite boule de neige, en demandant aux jeunes de relayer notre appel à participation. Ces entretiens ont eu lieu pendant l'automne 2024.

Les entretiens francophones ont été réalisés au printemps 2025. Les jeunes ont été approchés personnellement grâce à la méthode boule de neige et au relai d'associations travaillant avec des jeunes (Ocarina, Centres culturels, etc). Les participant·es ont été informés des objectifs de la recherche et ont donné leur consentement éclairé. Le nombre final de répondant·es a été déterminé en fonction du niveau de saturation : ce n'est que lorsque nous n'obtenions plus de nouvelles informations lors des entretiens que nous estimions avoir collecté suffisamment de données pour tirer des conclusions fiables.

2.2. Profil des répondant·es

L'âge des répondant·es interviewé·es — 8 hommes et 13 femmes — variait de 18 à 24 ans, avec une moyenne de 21,5 ans. La majorité suivait ou avait suivi l'enseignement supérieur.

Les répondant·es néerlandophones étaient originaires des provinces d'Anvers, de Flandre orientale, de Flandre occidentale et du Brabant flamand, et vivaient principalement dans un contexte non urbain. Les répondant·es francophones étaient pour la plupart issus de la Région de Bruxelles-Capitale et quelques-uns·unes du Brabant wallon. Parmi ces répondant·es bruxellois·es, certain·es étaient issus de l'immigration.

2.3. Entretiens semi-structurés approfondis

Les entretiens se sont déroulés en face-à-face et ont été menés par trois chercheurs et chercheuses du service d'études de la MC. Les entretiens néerlandophones ont été réalisés via Teams, tandis que les entretiens francophones se sont tenus principalement en présentiel. Les entretiens duraient en moyenne une heure. Tous les entretiens ont été enregistrés en audio ou en vidéo. Ils ont ensuite été intégralement retranscrits, puis analysés thématiquement lors d'une étape ultérieure (Braun & Clarke, 2021). L'analyse thématique est une méthode d'analyse qualitative qui consiste à identifier systématiquement les thèmes ou motifs récurrents dans les données textuelles, comme des entretiens semi-structurés. Cette méthode, telle que décrite par Braun & Clarke (2021), offre une approche flexible pour comprendre les **vécus**, les opinions ou les comportements des répondant·es. Les thèmes ont été identifiés de manière inductive à partir des entretiens.

2.4. Limites

Cette étude présente certaines limites. L'interprétation des résultats doit tenir compte d'**un possible biais de sélection**. Lors de la première phase de recrutement, nous avons spécifiquement sélectionné des jeunes qui déclaraient être activement engagés sur la question du changement climatique. Même lors des autres phases de recrutement, il est probable que les jeunes préoccupés par le climat aient été plus enclins à participer que celles et ceux n'y accordant que peu d'intérêt.

Comme les entretiens se sont étalés sur une longue période, l'actualité a pu influencer les résultats. Nous pensons notamment à la campagne électorale, à la formation du gouvernement et à l'annonce de certaines mesures par le gouvernement en place.

La méthode d'entretien était toujours en face-à-face, mais les entretiens francophones ont été réalisés en présentiel et les néerlandophones via Teams. Les entretiens ont été menés par trois chercheur·euses différent·es, **un biais d'intervieweur** ne peut donc pas être totalement exclu. Les membres de l'équipe de recherche ont cependant régulièrement échangé sur le déroulement des entretiens et leur traitement, ce qui a permis de limiter ce biais.

Néanmoins, cette étude, précisément en raison de son caractère qualitatif, contribue à combler une lacune dans la littérature scientifique sur l'éco-anxiété chez les jeunes. Elle enrichit également notre connaissance de la situation en Belgique. Dans de nombreuses études internationales existantes sur l'éco-anxiété et les jeunes, aucune donnée n'était disponible pour la Belgique.

3. Résultats

3.1. Le changement climatique via le regard des jeunes

Avant d'aborder directement l'éco-anxiété, nous avons interrogé les jeunes sur leurs idées et opinions concernant le changement climatique, sur ce qu'ils·elles entendaient par ce terme, et la façon dont ils·elles l'abordaient et le comprenaient. Il est apparu que les jeunes interrogé·es disposaient, tout d'abord, de nombreuses informations détaillées sur le changement climatique et ses conséquences négatives. La plupart ont indiqué être conscient·es que le changement climatique est un sujet complexe qui ne se limite pas à un simple réchauffement des températures. Outre la sécheresse et la chaleur, ils·elles ont également évoqué la disparition des forêts et des écosystèmes, la perte de biodiversité ou la surpêche des océans.

Deuxièmement, tous les jeunes étaient d'accord pour dire que **les activités humaines sont à la base** de ce que nous appelons aujourd'hui le changement climatique : la surconsommation d'énergies fossiles, prendre l'avion, manger de la viande, l'industrie textile, la restauration rapide, l'abattage des arbres, acheter des chaussures fa-

briquées à l'autre bout du monde, en résumé « *en vivant avec une grande empreinte écologique et en consommant trop* » ou encore, « *l'économie qui tourne à plein régime pour notre petit confort* »[2].

Beaucoup de jeunes savent que les changements climatiques ont toujours existé, mais que les perturbations — et surtout la rapidité — que nous observons aujourd'hui ne peuvent s'expliquer sans prendre en compte les activités humaines. Les résultats ont également montré un consensus relatif sur le fait que ces processus de changement ne sont pas tant catastrophiques pour la Terre en tant que telle, mais que nous perturbons gravement la planète en tant qu'habitat pour nous-mêmes. Un répondant a déclaré : « *En fait, nous sommes simplement en train de tout gâcher pour nous-mêmes* ». Pour cette raison, certain·es trouvaient le terme « *changement climatique* » un peu euphémique : « *Il y a toujours eu des changements, bien sûr. C'est cyclique. Mais cela va maintenant si vite, à un tel rythme, qu'il ne peut en être autrement que nous y jouions un grand rôle, et c'est ce qui m'inquiète en tant que jeune* ».

Le manque de lien avec la nature a souvent été mentionné, ce qui fait que nous « *sabordons un système qui nous maintient en vie* ». Pour d'autres, ne regarder que la relation à la nature, était trop restrictif. « *Quand j'entends écologie, j'entends aussi justice sociale. Cela peut concerner l'économie, notre façon de consommer. Je pense que c'est très large* ». Une partie des jeunes associe explicitement ces activités humaines à **des structures systémiques plus larges**. Certain·es ont évoqué la **Révolution industrielle** et les processus de production y afférents, ainsi que l'utilisation massive des énergies fossiles. D'autres ont mentionné l'**idéologie capitaliste** moderne et notre **culture de consommation à l'échelle industrielle**. Le changement climatique n'est pas un phénomène accidentel, disent-ils·elles. C'est une conséquence intégrante d'un ensemble plus large de modes de vie et de rapports à l'environnement qu'ils jugent problématiques.

Les mots « (hyper)capitalisme » et « (hyper)individualisme » sont revenus à plusieurs reprises, pointant d'une part des aspects systémiques et culturels globaux, mais ayant, d'autre part aussi, une dimension très personnelle (facteurs liés au mode de vie). « *Il y a aussi des gens qui choisissent de fermer les yeux, parce que cela crée une sorte de dissonance cognitive par rapport à tous les modèles qu'on nous demande de suivre, pour s'élever soi-même et gagner de l'argent. En même temps, il y a une pression croissante parce que tout devient de plus en plus cher. Je comprends presque ces personnes qui décident de rester dans le déni, parce qu'il y a quelque chose dans le cerveau qui, sinon, rend les choses trop compliquées, qui fait que ça bloque* ».

3.2. Acquisition de connaissances et d'informations

3.2.1. Sources d'information des jeunes

Avant d'aborder les vécus d'éco-anxiété, nous avons interrogé les répondant·es sur la manière dont ils·elles s'informent au sujet du changement climatique. Deux sources d'information se sont révélées essentielles dans la construction de leurs connaissances.

Premièrement, l'**éducation** joue un rôle important. Le cours de géographie en secondaire a souvent été cité comme l'endroit où ils·elles ont été **informé·es pour la première fois, de manière formelle** sur le sujet, par exemple via des intervenant·es expliquant le recyclage et le tri, ou à travers des jeux éducatifs visant à rendre la complexité du climat et du changement climatique plus accessible. Cependant, il ressort des résultats que l'attention portée à ce thème à l'école secondaire reste assez limitée et fortement dépendante de l'intérêt de l'enseignant·e. Pour certain·es, le sujet était surtout abordé en raison de son **actualité** et de sa **pertinence** à un moment donné : les enseignant·es ne pouvaient presque pas faire autrement que d'en parler. Les marches pour le climat ont, selon eux, joué un rôle important à cet égard.

Deuxièmement, en dehors de l'école, les **médias** sont également une source d'information importante pour beaucoup. La revue de littérature a déjà montré le rôle actif qu'ils jouent dans la collecte d'informations sur le changement climatique (Brophy, Olson & Paul, 2023). Cela se confirme dans nos entretiens. Une part significative des jeunes a indiqué que les médias traditionnels, et plus particulièrement **les journaux de qualité** ou **les journaux télévisés**, constituent une source d'information importante. Pourtant, beaucoup estiment que ces médias accordent finalement trop peu d'attention au changement climatique. Nombreux, sont ceux et celles qui considèrent que **l'attention portée au sujet a fortement diminué** par rapport à

2 Les phrases en italique sont des énoncés littéraux et des citations des répondant·es.

quelques années auparavant, ce qu'ils·elles considèrent comme une évolution négative. Lorsque le sujet est abordé, sa présentation est souvent jugée trop optimiste. Dans d'autres cas, ce sont les conséquences potentielles du problème qui sont minimisées ou édulcorées.

3.2.2. Relations avec les médias

Se protéger contre un excès de négativité

Il est important de mentionner la manière dont les jeunes **consomment** généralement **les médias**. Cela se fait le plus souvent via les **canaux des médias sociaux** des différentes sources d'information, et non plus par la presse écrite ou la télévision. Par conséquent, ils·elles sont exposés non seulement aux informations elles-mêmes, mais aussi aux réactions à ces informations. Une partie des jeunes a indiqué être dérangée par **les réactions négatives ou qui nient** le changement climatique **sur les réseaux sociaux**. Pour certain·es, cela a eu un impact tel qu'ils·elles ont préféré ne plus utiliser certains réseaux sociaux. Un répondant a ainsi déclaré être partisan de publications d'actualités sur les réseaux sociaux sans « *section commentaires* », car cela ne contribue pas à une meilleure compréhension, mais au contraire à une polarisation croissante.

Les jeunes ont également indiqué que, **par souci de préservation personnelle**, ils essaient parfois d'éviter délibérément les informations sur le changement climatique ou de ne pas lire certains articles, afin de ne pas être constamment confrontés **à trop de nouvelles (négatives)** sur le sujet. L'impact des informations sur le changement climatique, ainsi que les réactions négatives ou minimisantes d'autrui, ont bel et bien une influence sur leur bien-être : « *Je pense que je suis maintenant assez conscient·e de la gravité de la situation, mais que, pour mener une vie à peu près positive, j'évite un peu l'information. Je suis bien conscient·e que je n'ai pas besoin de me rappeler chaque jour que tout va mal* ».

Vérification des faits et fake news

Les entretiens révèlent une forte **préoccupation** quant à la **fiabilité et à la véracité des informations**. Cette inquiétude concerne moins les médias traditionnels, mais surtout les sources moins connues rencontrées sur les réseaux sociaux. C'est précisément parce que beaucoup restent informés de l'actualité via les réseaux sociaux, qu'ils·elles déclarent vouloir être vigilants de ne pas lire de fausses informations. Paradoxalement, le risque accru d'infox (ou *fake news*) est une raison pour laquelle certain·es finissent par éviter les réseaux sociaux.

Les jeunes sont donc bien conscients qu'il existe beaucoup de *fake news* et que la polarisation autour de différents thèmes, dont le changement climatique, s'en trouve accentuée. Cela influence la couverture médiatique du climat et les réactions qui en découlent. C'est pourquoi ils·elles essaient **eux-mêmes de vérifier la fiabilité** des informations supplémentaires – c'est-à-dire celles obtenues via des sources non traditionnelles. Pour ce faire, ils consultent des sources (scientifiques) complémentaires ou se tournent vers des médias qu'ils jugent fiables, comme l'audiovisuel public, la presse de qualité, ou encore des amis ou des connaissances réputées pour leur expertise.

3.3. Définition de l'éco-anxiété

3.3.1. À propos de l'anxiété

Une partie importante de nos entretiens était dédiée à explorer avec les jeunes leur propre définition de l'éco-anxiété. Nous leur avons demandé ce que ce mot signifie pour eux·elles, ce qu'il recouvre, et la(les) manière(s) dont l'éco-anxiété se manifeste concrètement dans leur vie.

Une première constatation importante est qu'une part significative des jeunes a indiqué se reconnaître dans le terme et ses connotations, mais qu'ils·elles trouvent que l'accent mis sur le mot *anxiété* n'est pas tout à fait correct, du moins pas dans le sens classique du terme. **Les jeunes ont expliqué que leurs expériences vont bien au-delà de la simple « anxiété »** : « *Je trouve que le mot anxiété est un peu mal choisi. (…) Parce que ce n'est pas comme si tu n'étais pas rationnel… Ou que tu ne pouvais pas agir pour trouver une solution* ». Un autre répondant disait : « *Personnellement, je ne suis pas très fan du terme parce qu'il a une connotation négative, j'ai l'impression* ».

Bien que le seul terme « anxiété » ne rende pas compte de toute la réalité, il est apparu que l'**anxiété**, l'**inquiétude** et les **préoccupations** sont bel et bien des éléments centraux de leurs vécus. L'**intensité** avec laquelle ces sentiments affectent leur bien-être psychique **varie** cependant. Pour certain·es, l'éco-anxiété est seulement présente en arrière-plan : « *Je pense que cela occupe une place dans ma vie, mais moins que chez certaines personnes de mon entourage. (…) C'est là, c'est toujours là en fait, mais je sais que ce n'est pas quelque chose qui va me bloquer, quelque chose qui va littéralement me rendre anxieux·se* ».

D'autres ont rapporté une **expérience plus explicite** : « *J'y pense assez souvent (…), et alors tu te demandes automatiquement : qu'est-ce que ça va donner ? Oui, donc, il y a automatiquement de l'anxiété là-dedans* ». Une répondante a parlé à ce sujet d'une « anxiété générationnelle » : « *J'ai toujours grandi avec une certaine anxiété à ce sujet. Je pense que c'est une anxiété propre à notre génération. Je crois qu'on est né·e·s avec, parce qu'on en entend parler depuis qu'on est enfants. Mais je pense que ça s'aggrave avec le temps, parce que j'ai l'impression qu'on en est conscient·es, qu'on vit dans une sorte de déni, qu'on est conscient·es de ce qui peut arriver, de ce qui va arriver, mais comme ce n'est pas encore là, comme ça ne nous touche pas encore, comme on a un degré variable d'empathie, il y a du déni* ».

Dans une dernière catégorie, il s'agit même d'un **blocage total du fonctionnement dû au stress**. Les jeunes ont expliqué qu'ils·elles se sentent « bloqué·es », incapables de se concentrer ou d'étudier. L'absence de perspective d'avenir occulte tout : « *Cela détermine la façon dont je me vois dans une famille, cela détermine la façon dont je me vois dans un futur emploi, cela détermine aussi comment je vais vivre. Est-ce que ça a encore du sens d'acheter une maison pour vivre seul·e avec sa famille ? Est-ce que ça a encore du sens de vivre quelque part ou devrions-nous redevenir nomades parce qu'il y aura toujours des problèmes liés au changement climatique ?* »

3.3.2. Bien plus que de l'anxiété

Au-delà de ce noyau **d'inquiétude et de préoccupation**, les répondant·es ont clairement exprimé qu'ils·elles ressentent, face au changement climatique et à sa couverture médiatique, **une large palette d'émotions additionnelles** : **tristesse, chagrin, colère, frustration, stupéfaction, impuissance, incertitude, abattement et fatalisme**, tant de manière implicite qu'explicite. Ces émotions correspondent fortement à ce que rapporte la littérature (Hickman et al., 2022).

Lorsque les jeunes ont approfondi le « pourquoi » de ces émotions, trois catégories sont apparues. Bien que ces catégories soient étroitement liées, on peut les différencier, car elles mettent l'accent sur des nuances différentes. **Premièrement**, il s'agit d'une **peur de la perturbation** de notre environnement (naturel). Au fond, il est question d'habitabilité. Les jeunes se demandent dans quelle mesure notre habitat et la stabilité naturelle vont être perturbés, dans quelle mesure il sera encore possible de mener une vie normale dans ce déséquilibre, ou même de survivre en tant qu'être humain. Ils·elles évoquent des scénarios catastrophes, comme la crue de la Vesdre en 2021, ou les conséquences possibles de la destruction des écosystèmes sur l'eau potable et l'oxygène.

Les répondant·es se sentent à cet égard « *impuissants en tant que jeunes* » et se demandent « *comment ce sera si cela empire encore ?* » Les résultats illustrent un certain risque de fatalisme : « *Moins d'arbres, moins d'oxygène. Qui sait, le monde n'existera peut-être plus dans dix ans. Et, c'est une question à se poser, la question de savoir si cela a encore du sens* ».

Deuxièmement, un autre groupe de réflexions a porté sur la **crainte des conséquences sociétales** du changement climatique, par exemple sous la forme de pénuries alimentaires ou de migrations climatiques : « *Je pense à la migration, oui, mais aussi au fait que nous devrons peut-être nous installer plus à l'intérieur des terres à cause de la montée du niveau de la mer* ». Les jeunes ont également évoqué les conséquences économiques (« *je pense que tout va devenir beaucoup plus cher* ») et sociales : « *Nous ne perdons pas tous de la même manière. En ce qui concerne la Sécurité sociale, j'ai toujours un peu l'impression qu'en 2050, je ne pourrai plus compter sur des structures comme la mutualité, les retraites, etc. Cela fait aussi partie de ces angoisses* ». Enfin, la possibilité accrue de guerres ou de conflits liés au changement climatique a également été fréquemment mentionnée.

Troisièmement, les jeunes évoquent une grande **incertitude quant à l'avenir** en général. Puisqu'il est impossible de prévoir comment et dans quelles mesures les conséquences du changement climatique les toucheront, il leur est aussi difficile de se projeter dans l'avenir. Cela s'accompagne d'un sentiment de perte de repères et d'absurdité : « *Ces dernières années, il y a eu tellement de changements si rapides que tous nos modèles actuels ne peuvent plus prédire avec précision. Et c'est peut-être la plus grande source d'angoisse : cette ignorance. Que va-t-il encore changer ? Et que pourra-t-on encore faire dans 10 ou 20 ans ?* » Il a également été explicitement mentionné « *que cela a un impact sur la santé mentale, car il devient difficile de se projeter dans l'avenir* ». Enfin, certain·es expriment un doute marqué quant au fait de fonder une famille : « *J'y ai déjà souvent réfléchi. Je n'ai pas envie de mettre des enfants au monde dans ces conditions (…) si on sait d'avance que la situation est si mauvaise* ».

3.4. Relation avec la politique

Chez pratiquement chaque répondant·e, on observe une grande insatisfaction face au peu d'actions entreprises pour lutter de manière structurelle contre le changement climatique. Des domaines comme la mobilité ou l'industrie sont parfois mentionnés, mais c'est surtout la **politique et les décisions publiques** qui sont perçues par les jeunes comme cruciales dans ce contexte. Selon eux·elles, c'est là que réside la clé pour mettre en place des mesures capables de transformer durablement d'autres secteurs importants, comme l'industrie ou la mobilité. Pourtant, ils·elles constatent un **manque de volonté ou d'incapacité** politique à agir en profondeur.

L'inaction politique perçue face au changement climatique s'accompagne souvent d'émotions de **regret, d'incompréhension et de colère**. Dans ce contexte, nous distinguons trois types de frustrations. Premièrement, il y a l'idée qu'il ne se passe **pratiquement rien** pour s'attaquer au problème à la racine, ce qui contraste fortement avec le sentiment d'urgence que les jeunes ressentent eux-mêmes. Deuxièmement, ils·elles ont l'impression que **les jeunes ne sont pas écoutés**, malgré les signaux forts qu'ils·elles ont envoyés, par exemple lors des marches pour le climat. Troisièmement, ce sentiment de ne pas être entendu nuit à leur engagement, à leur relation avec **la politique** et à leur **confiance dans les institutions politiques**.

3.4.1. Frustration liée à l'inaction politique

Les entretiens ont révélé beaucoup de frustration et d'incompréhension face à la lenteur des responsables politiques à prendre les mesures nécessaires contre le changement climatique. Cela suscite divers sentiments négatifs. Les jeunes disent s'en indigner, être à bout de solutions, et ressentir de l'impuissance. Cette **frustration face à l'inaction** est très largement partagée et **ressort clairement** dans **presque chaque entretien**. Elle fait même partie intégrante de la définition de « l'éco-anxiété » : « *Cette "anxiété" dans l'éco-anxiété, ce n'est pas seulement la peur que "tout va changer", c'est aussi le fait de se dire :* ***"vous saviez tous ce qu'il se passait et pourtant rien ne change"*** ».

Les jeunes évoquent une « *résignation (…) de la part de ceux qui devraient pourtant agir* ». Ce sentiment s'accompagne souvent de désespoir : « *Pourquoi personne ne fait rien ? (…) Quelle logique y a-t-il derrière le fait de décider de ne rien faire ?* » Les répondant·es relient souvent ce manque d'action politique à la connaissance scientifique pourtant disponible : « *Très peu est fait par les personnes qui devraient agir. Et en principe, cela devrait valoir pour tout le monde, pour tous ceux qui ne prennent pas leurs responsabilités individuelles, mais c'est d'autant plus important pour* ***les responsables politiques****, que les citoyens* ».

Dans ce contexte, il apparait que l'inaction politique démotive les jeunes à prendre eux·elles-mêmes leurs responsabilités individuelles : « *Je suis vraiment à bout de ce que je peux encore faire seul·e. Bien sûr, je trie mes déchets, je ne prends plus la voiture. Je n'ai même plus de voiture.* ***Que puis-je encore faire sans le soutien des politiques ?*** *Je me tourne vraiment vers eux, en me demandant : que va-t-il se passer maintenant ?* » Pour beaucoup de jeunes, cela ne correspond pas à l'importance du problème qu'ils·elles constatent dans leur propre entourage : « *Si on demande aux gens si l'écologie est une priorité, ils répondent généralement oui. Du moins, c'est mon impression. Mais on ne le voit pas dans les urnes, et après les élections, ce n'est clairement pas une priorité. Pourquoi y a-t-il un si grand écart entre ce que l'on constate et ce que l'on fait ?* »

3.4.2. Frustration liée au manque d'écoute envers les jeunes

Les résultats ont également mis en évidence une **frustration** prononcée face au fait que **les jeunes ne se sentent pas écoutés**. Une partie des répondant·es a participé à une ou plusieurs marches pour le climat, d'autres non, mais ils·elles ont indiqué qu'ils·elles le feraient si de nouvelles marches étaient organisées. Même celles et ceux n'ayant pas participé et ne comptant pas le faire reconnaissent que ces marches constituent un « signal fort ». Le fait que cela ne se soit pas vraiment traduit par des mesures politiques concrètes est perçu par la plupart comme une preuve, que leur voix n'est pas réellement entendue. Beaucoup expriment le sentiment de ne « *plus pouvoir faire grand chose d'autre* » que de se faire entendre, et se sentent « *non représentés par la politique* » à cause de cela.

Ce sentiment de ne pas être écouté n'est pas seulement vécu comme un rejet personnel, mais s'inscrit dans une **fracture intergénérationnelle** : « *Je trouve qu'on n'écoute absolument pas assez les jeunes. Ils sont toujours décrits comme l'avenir du monde par les politiques, mais on fait très peu de recherches sur leurs points de vue* ». Une répondante a même remarqué que « *chez beaucoup d'étudiant·es, il existe un sentiment* ***très fort d'impuissance vis-à-vis de la politique****, plus encore que vis-à-vis du climat* ».

3.4.3. Méfiance envers la politique

Le manque de volonté politique, l'incapacité perçue à prendre au sérieux le changement climatique, et le sentiment que le signal envoyé par les jeunes — notamment à travers les marches pour le climat — a été ignoré, ont également des conséquences sur la confiance des jeunes envers la politique. La plupart d'entre eux·elles déclarent avoir une **confiance très faible dans la politique**, voire expriment une **méfiance manifeste à l'égard des institutions politiques**. Certain·es l'expriment explicitement, d'autres plus implicitement, par exemple en affirmant que les responsables politiques semblent poursuivre d'autres intérêts que le bien-être de la société, des citoyen·nes ou de la planète. Même si certain·es gardent l'espoir « *qu'un jour, des personnes suffisamment conscientes prendront les choses en main* ».

Les résultats montrent non seulement un fort sentiment que les responsables politiques ont « ***d'autres priorités*** », mais aussi qu'ils « *placent* ***l'économie au-dessus de la planète*** », et que « *dans notre pays, la croissance économique est toujours considérée comme plus importante que la situation écologique ou sociale, comme la pauvreté* ». Les jeunes disent aussi comprendre pourquoi : « *Mais oui, c'est surtout l'argent, car il est beaucoup plus facile d'en tirer profit à court terme (…) Je ne fais pas confiance au fait qu'ils agissent dans notre intérêt* ». Les enjeux électoraux sont également évoqués : « *Je pense que beaucoup de politiques n'osent pas prendre de décisions parce qu'ils craignent que cela ait des effets négatifs pour eux, qu'ils perdent du soutien ou des électeurs* ».

Pour les jeunes, ces motivations supposées vont à l'encontre des besoins actuels : « *Tu sais que [le climat change] et tu décides quand même de faire tout le contraire, parce qu'il y a souvent, en politique, des questions d'argent et d'intérêts en jeu. Et c'est là que l'angoisse surgit : quand vont-ils se réveiller ? Quand il sera trop tard ?* » Dans les entretiens, certain·es jeunes ont déclaré voter blanc, ou envisager de le faire : « *Nous vivons en démocratie, donc je dois dire oui* [j'ai confiance en la politique]. *Mais en réalité, non. C'est évident, et* ***c'est aussi pour cela qu'il y a de plus en plus de jeunes qui votent blanc****, simplement parce que nous n'avons* ***plus confiance*** *dans la politique du gouvernement* ».

3.5. Stratégies d'adaptation

Au cours des entretiens avec les jeunes, nous avons également abordé les différentes manières dont ils·elles tentent de faire face à leurs sentiments d'éco-anxiété. Bien que certain·es aient mentionné des périodes d'éco-anxiété invalidante, voire de retrait, où l'état du monde suscite tant de doutes et de confusion qu'il devient impossible d'agir (voir aussi 3.3), il semble que rester passifs·ves et se contenter d'observer n'est pas une option pour la plupart d'entre eux·elles. Dans un premier temps, les jeunes essaient de **se concentrer** sur les causes sous-jacentes de leur éco-anxiété, à savoir le **changement climatique** lui-même, ses causes et ses défis. Nous appelons cette méthode d'adaptation l'**approche pragmatique**.

Celle-ci se concrétise d'abord sous deux formes d'action. D'une part, les personnes essaient de prendre des **initiatives individuelles**. D'autre part, on constate que plusieurs jeunes tentent aussi, de différentes manières, de **lancer des dynamiques collectives**. D'un point de vue rationnel, les jeunes décrivent cette approche collective comme découlant de la prise de conscience que les individus seuls ne peuvent pas inverser la tendance. Mais il est frappant de constater qu'une forte dimension émotionnelle y est également associée. Les jeunes expliquent que les actions collectives, comme les marches pour le climat, génèrent de l'énergie, du soutien, du réconfort et de l'espoir. Plusieurs jeunes ont indiqué que c'est pour cette raison qu'ils·elles cherchent à se relier à d'autres. Nous appelons cette méthode d'adaptation **l'approche émotionnelle**.

3.5.1. L'approche pragmatique : actions individuelles

La plupart des jeunes interrogés s'efforcent, à titre individuel, de contribuer à atténuer le changement climatique et à créer un monde plus durable. Il s'agit d'actions personnelles très diverses qui peuvent réduire l'impact environnemental : manger moins ou, pas de viande, utiliser plus souvent le vélo ou les transports en commun, voyager de manière écologique, acheter des vêtements ou des meubles d'occasion, etc. La motivation est de **mettre en place, *a minima*, tout ce qui peut être fait individuellement** : « *On ne peut pas être motivé·e et vouloir vraiment changer les choses sans mettre en place soi-même de petits gestes dans sa vie. Pour moi, ça va de pair, c'est ainsi que je veux vivre, ça vient naturellement* ». La conviction que les choix individuels, même modestes, sont importants, ressort fortement des résultats. Cette démarche est souvent associée à une **dimension morale et éthique**, comme le choix d'une alimentation végétarienne.

C'est **en prenant leur responsabilité, aussi à travers des comportements individuels** que beaucoup agissent sur certaines causes systémiques — comme celles liées à l'industrie de la viande ou à la surpêche *: « Oui, la cause [du problème], c'est le capitalisme, mais cela peut aussi disparaître si les gens arrêtent d'acheter certaines choses* ». Les résultats ont révélé un consensus autour de l'idée que « *les deux sont nécessaires : les actions individuelles et collectives. Car si je ne donne pas moi-même le bon exemple, comment puis-je attendre des autres qu'ils fassent quelque chose ?* » Cet argument ne s'adresse pas uniquement aux autres personnes, mais aussi à l'industrie et au monde politique : « *J'essaie en fait de donner moi-même le bon exemple, même s'il y a des gens qui disent : oui, en tant qu'individu, on ne peut rien y faire. Ce sont les grandes entreprises et tout ça* ».

Les jeunes soulignent donc l'importance de prendre leurs responsabilités individuelles, et ils·elles en tirent aussi une certaine satisfaction. Mais **en même temps**, ils·elles formulent implicitement ou explicitement des **doutes** sur l'impact réel et final des actions individuelles. Cette méthode d'adaptation, bien que perçue comme positive et même nécessaire par la plupart, est aussi jugée insuffisante pour faire une réelle différence. Ici, intervient un sentiment prononcé d'impuissance : « *Je pense aussi que si ce n'est pas réglé à un niveau collectif, il y aura de toute façon des conséquences. Même si nous prenons tous nos responsabilités individuellement* ».

Les résultats montrent un consensus sur l'idée que « *les actions individuelles n'ont finalement pas autant d'effets que les actions collectives* », appuyé par la conviction suivante « *si nous voulons un véritable changement, cela doit se faire au niveau politique* ». Certain·es ont également indiqué, dans ce contexte, **que l'accent mis sur les changements de comportements individuels leur semble déplacé, voire agaçant** : « *Même si toutes les personnes pauvres agissaient individuellement, ce serait toujours le chaos, car il y aura toujours de grandes multinationales ou de grandes industries qui polluent énormément* ».

3.5.2. L'approche pragmatique : actions collectives

Malgré de nombreuses initiatives individuelles, les répondant·es ont clairement **indiqué que l'action devait surtout avoir lieu à une échelle collective pour être réellement efficace**. C'est pourquoi la plupart essaient aussi d'avoir de l'influence sur leur entourage. La nécessité de s'encourager positivement ou de se sentir inspiré par des élans porteurs d'espoir a souvent été évoquée. La déception face au manque d'action politique pousse les jeunes à se concentrer sur des actions qui sont davantage à leur portée : « *Alors je me dis, autant essayer localement. Sensibiliser un peu mon propre cercle. Et espérer qu'ils le fassent à leur tour dans leur entourage, pour toucher ainsi plus de monde* ».

Bien que cette approche ait une dimension idéaliste, elle est souvent aussi remarquablement pragmatique : « *Je ne peux pas contrôler ce que fait le reste du monde, mais je peux essayer d'influencer mon entourage pour qu'il agisse différemment* ». Cette influence s'exerce de différentes manières, par exemple en sensibilisant les autres, en convainquant des ami·es, en participant à des manifestations, en siégeant dans des conseils de jeunes ou d'étudiants, ou en mettant sur pied des organisations ou des actions.

La nécessité d'avoir **des exemples positifs** a souvent été mentionnée : « *J'ai des amis qui disent : "oui, ces infos sur le climat, c'est uniquement du négatif, tellement catastrophique, et je n'aime pas ça. Ça ne sert à rien, ce n'est pas agréable". Et je pense, oui, c'est vrai, il faudrait aussi mettre en avant plus de solutions, montrer ce qu'on peut faire, et motiver les gens ainsi. Montrer ce vers quoi on veut aller (…). Je le remarque aussi chez moi, et alors j'ai, par exemple sur Instagram, un compte qui partage toutes sortes de changements positifs, ou des posts porteurs d'espoir, et j'aime beaucoup ça, parce que ça apporte cette positivité, ce "ah, regarde, ça a changé"* ».

3.5.3. Approche émotionnelle : soutien et espoir grâce au lien social et à l'action collective

Une différence marquante entre les comportements individuels et (l'accent mis sur) l'**action collective**, c'est que la première forme d'adaptation s'accompagne de doutes sur son utilité et de sentiments d'impuissance, tandis que la seconde est souvent associée à des **expressions explicites d'espoir, d'énergie et de positivité**. De nombreux jeunes déclarent ressentir un **soutien émotionnel et psychologique** lorsqu'ils·elles cherchent à se relier à d'autres, que ce soit en partageant leurs émotions ou leurs idées, ou en agissant collectivement. Ceux et celles qui parviennent à transformer leurs préoccupations environnementales en discussions ou en actions concrètes avec d'autres témoignent systématiquement d'expériences positives.

Les marches pour le climat, ont eu un effet particulièrement positif sur le bien-être des jeunes. Elles ont généré des sentiments de solidarité et de cohésion : « *C'était une expérience unique. (…) J'ai vraiment aimé l'ambiance qui y régnait. On voit tout le monde, enfin, tout le monde est là pour une raison. On veut tous améliorer les choses. Mais tout le monde s'amuse aussi. (…) Quand je repense au nombre de personnes présentes, ça m'a vraiment touché·e. Et aussi, quand des gens prennent la parole au micro pour dire "il faut faire ceci ou cela", ça c'est énorme. Il y a tellement de gens qui partagent ces idées et tu marches avec eux, ça a vraiment un impact, ça donne envie de changer les choses. (…) Et puis, c'est volontaire aussi, tu n'es pas obligé·e de venir. Mais il y a tellement de gens qui tout simplement viennent, que ça veut dire que beaucoup veulent que les choses changent* ».

Le fait de se retrouver « *avec des personnes partageant les mêmes idées* » et « *un même objectif* » génère donc une énergie positive qui peut perdurer. Ce n'est pas seulement le cas lors des marches pour le climat, mais aussi lors d'autres initiatives qui créent du collectif et un sentiment d'appartenance : « *(…) avec des jeunes qui organisaient une manif climat,[on s'est retrouvés] dans un amphithéâtre, on pouvait rien dire mais tout le monde avait les larmes aux yeux, c'était pas de l'anxiété mais c'était autre chose, une émotion partagée énorme. Ça, c'est quelque chose que je peux juste pas oublier, c'était un grand effet de mettre plein de jeunes ensemble préoccupés par ça* ».

Chercher du lien social en parlant avec les autres s'est également révélé important. Discuter, partager des idées, de l'espoir, mais aussi des frustrations, apporte du soutien et du réconfort à certains moments qui sinon seraient habités par un sentiment de solitude. Plusieurs jeunes ont même évoqué l'idée de « *parler avec le plus de monde possible* » comme la meilleure façon de lutter contre l'éco-anxiété, même si cette communication est uniquement virtuelle. Pour certain·es, ce sentiment de connexion était même crucial pour rester heureux·se et en bonne santé : « *Je pense que si j'avais l'impression de faire tout ça seul·e, j'aurais déjà abandonné… Personne ne peut tenir longtemps comme ça, je pense. Parce que c'est quelque chose qu'on ne peut pas faire seul·e. Si tu n'as pas le soutien des autres, alors… Chaque fois que la motivation et l'enthousiasme sont partagés, c'est nécessaire* ».

4. Discussion des résultats

L'éco-anxiété apparaît clairement comme un phénomène qui englobe **bien plus que la seule « anxiété »** face aux changements climatiques. Notre étude montre que l'anxiété, l'inquiétude ou les préoccupations sont certes des éléments centraux de l'expérience que nous appelons éco-anxiété, mais qu'ils ne suffisent pas à en rendre toute la complexité. Les jeunes que nous avons interviewé·es ont également exprimé leur tristesse, leur colère, leur frustration, leur impuissance, leur incertitude, leur abattement et leur fatalisme – un éventail d'émotions qui correspond fortement à plusieurs descriptions dans la littérature (Hickman et al., 2022). En approfondissant les raisons de ces émotions, nous avons distingué trois grands groupes de sentiments. Premièrement, les jeunes craignent une **perturbation** totale de l'équilibre connu : élévation du niveau de la mer, disparition des saisons ou incendies de forêt. Deuxièmement, des **conséquences sociétales** spécifiques ont été mentionnées : davantage de migrations, la nécessité de devoir vivre ailleurs, moins de liberté, des prix plus élevés, des pénuries alimentaires et d'autres incertitudes concernant des moyens de subsistance. Troisièmement, les répondant·es indiquent que l'**incertitude générale** quant à l'avenir est, en elle-même, une source de stress. Certain·es doutent même de leur désir d'avoir des enfants ou d'autres projets d'avenir à cause de cette incertitude. Ces résultats correspondent en grande partie à la définition large de l'éco-anxiété proposée par Brophy, Olson et Paul (2023).

Le degré auquel cette inquiétude affecte le bien-être mental varie fortement. Certain·es la vivent comme un phénomène latent, qu'ils·elles parviennent parfois à repousser. Pour d'autres, c'est quelque chose qui les affecte au quotidien, au point de bloquer leurs décisions et leur vie. À partir de nos entretiens, nous avons pu identifier **plusieurs éléments qui contribuent à des sentiments plus prononcés d'éco-anxiété**.

Premièrement, les médias — qu'il s'agisse des médias traditionnels comme la presse de qualité et l'audiovisuel public, ou d'autres sources via les réseaux sociaux — sont considérés comme des **sources d'information indispensables** pour affiner la compréhension des enjeux climatiques. Plusieurs répondant·es estiment cependant que la **couverture médiatique est souvent insuffisante** ou trop superficielle, ou que **le ton des informations est trop optimiste** par rapport à la gravité de la situation, ce qui a déjà été souligné dans des études antérieures (Kelly,

2017). Cela alimente l'idée que l'urgence du problème est minimisée dans l'espace public. Les jeunes vivent aussi les réseaux sociaux comme un espace particulièrement ambivalent : bien qu'ils·elles aient accès à des sources d'information, ils·elles se **confrontent aussi à des réactions négatives, qui minimisent le problème ou même le nient**. **Deuxièmement**, ces dynamiques en ligne, génèrent également de la frustration, de la tristesse ou de l'impuissance, et ont un impact sur leur bien-être. Ces constats montrent que les médias servent à la fois de vecteurs d'information et de facteurs actifs dans la construction émotionnelle de l'éco-anxiété et dans ce qui est recherché pour « faire avec ». Ces deux réalités coexistent, comme le montrent nos entretiens, ce qui contribue ainsi à une image plus nuancée de la relation entre médias et éco-anxiété (Brophy, Olson & Paul, 2023).

Troisièmement, il ressort systématiquement et explicitement des entretiens que les jeunes ressentent une grande insatisfaction face au manque d'action structurelle contre le changement climatique. Bien que des secteurs comme la mobilité et l'industrie soient parfois évoqués, la **politique et les décisions publiques** sont presque unanimement perçues comme le domaine clé où trouver des solutions. Selon les répondant·es, seules, des décisions à ce niveau peuvent réellement transformer d'autres secteurs comme l'industrie ou les transports. Pourtant, ils·elles constatent un **manque de volonté ou d'incapacité** politique à agir en profondeur, ce qui génère beaucoup de frustration, de colère et d'incompréhension. Ce constat n'est pas nouveau. L'importante étude quantitative de Hickman et al. (2022) soulignait déjà l'immobilisme politique comme un élément significatif de l'éco-anxiété chez les jeunes. Notre étude complète cette observation par des éléments plus qualitatifs sur la manière et l'intensité avec lesquelles, cette inertie politique est un élément central de l'éco-anxiété. Nos résultats montrent que **les vécus d'éco-anxiété sont tout aussi fortement liés à l'inaction politique perçue** qu'au changement climatique lui-même.

Beaucoup de jeunes font référence dans ce contexte aux marches pour le climat. Ils·elles les considèrent comme un signal fort, qui semble pourtant avoir été bien négligé par les politiques. On peut considérer cela comme un **quatrième élément** contribuant à l'éco-anxiété : l'absence de mesures concrètes après ces mobilisations de masse a été interprétée par beaucoup comme la preuve que **la voix des jeunes n'est pas entendue**. Cela rejoint la littérature scientifique selon laquelle la perception d'une inertie politique peut démotiver l'action collective et renforcer le sentiment d'impuissance (O'Brien, Selboe & Hayward, 2018). Certain·es répondant·es indiquent même qu'ils·elles avaient déjà peu confiance en la politique, et que la procrastination continue des responsables politiques sur le climat a **creusé encore davantage leur méfiance** suggérant que d'autres intérêts priment sur le bien-être des citoyen·nes. Plusieurs jeunes déclarent voter blanc ou envisager de le faire à l'avenir. À long terme, cela pourrait aussi avoir des conséquences pour la démocratie. Des recherches internationales montrent en effet qu'un manque de réponse aux protestations citoyennes mine sérieusement la **confiance dans les institutions démocratiques** (Thomas, McGarty & Mavor, 2019). La crainte que l'absence d'actions climatiques ait non seulement des conséquences écologiques, mais aussi démocratiques a été confirmée dans nos entretiens.

En plus de ces facteurs qui contribuent à l'éco-anxiété, nous avons également cherché à comprendre comment les jeunes tentent de canaliser et de transformer leurs sentiments d'**éco-anxiété** et d'inquiétude face au **changement climatique**. Il convient de préciser que, pour beaucoup, les périodes d'action alternent avec des périodes d'inaction ou de retrait, par exemple en évitant de s'informer sur le sujet. Cela rejoint la littérature qui indique que l'éco-anxiété peut conduire aussi bien à l'action qu'à la paralysie (Brophy, Olson & Paul, 2023). Il est important de souligner que la génération actuelle des jeunes doit assumer la responsabilité de trouver des solutions aux excès des générations précédentes. L'étudiante Elisa Dageville a décrit dans une contribution pour le think tank *Pour La Solidarité* (2022) que cela représente un fardeau immense pour un·e jeune de 16 ans, et que ce rôle imposé de « sauveur » peut en lui-même générer beaucoup d'angoisses.

Premièrement, les répondant·es essaient, **à titre individuel**, de contribuer à un monde plus durable. Ils·elles optent pour des actions concrètes, selon une approche pragmatique : des petits gestes personnels pour réduire leur empreinte écologique, comme manger moins de viande, utiliser plus souvent le vélo ou les transports en commun, ou acheter des vêtements ou meubles d'occasion. Certain·es insistent sur le fait qu'ils·elles ne cherchent pas seulement à réduire leur propre empreinte écologique, mais aussi à servir d'exemple pour les autres. Il y a aussi une dimension morale : ils·elles estiment qu'ils·elles doivent d'abord agir eux·elles-mêmes avant d'attendre la même chose de leurs pairs, des politiques ou de l'industrie. Pourtant, cet engagement individuel s'accompagne d'**ambivalence dans leur récit :** même s'ils·elles jugent **important** de prendre leurs **responsabilités personnelles**, cela va de pair avec des **doutes** et des sentiments d'impuissance **quant à l'ef-**

ficacité réelle de ces gestes. Cela rejoint la littérature scientifique. Celle-ci étaye que les personnes percevant un manque de coopération à grande échelle nourrissent généralement moins d'espoir d'amélioration pour le changement climatique (Marlon et al., 2019). Cela ressort aussi de nos entretiens, où la plupart estiment que **les actions individuelles sans mesures structurelles ont peu de sens et d'impact**.

Deuxièmement, c'est pourquoi beaucoup de jeunes essaient aussi, d'agir **au niveau collectif** pour provoquer un changement concret. On peut distinguer ici le **mésoniveau** (l'entourage direct) et le **macroniveau** (les politiques publiques). Concrètement, au mésoniveau, les répondant·es essaient de convaincre leurs ami·es, de maintenir le sujet présent dans leur entourage, d'organiser des actions, de lancer des initiatives locales, ou d'influencer les décisions sur leur campus via la participation à des conseils étudiants. Il est frappant de constater que l'efficacité de ces actions est beaucoup moins remise en question. Au contraire, il y a la conviction que le changement ne peut être obtenu qu'ensemble, et non individuellement. Au macroniveau, les marches pour le climat sont le plus souvent citées, mais d'autres rassemblements visant à envoyer un signal clair aux décideurs·euses politiques se sont également révélés très importants.

Au-delà des **arguments pragmatiques** en faveur de l'action collective, le **caractère mobilisateur et collectif** de ces **initiatives** procure également **énergie, soutien et espoir**, et est explicitement vécu comme positif et motivant par les répondant·es. Ces constats confirment les observations de la littérature. Au mésoniveau, cela rejoint la vision de De Meyer (2021) selon laquelle une communication climatique efficace doit offrir aux gens la possibilité de découvrir eux-mêmes comment ils peuvent agir (ensemble), ce qui **favorise la motivation et la capacité d'agir**. D'autres études soulignent aussi l'effet d'un «imaginaire positif ». Présenter des solutions (par exemple, de nouveaux aménagements urbains ou des initiatives locales adaptatives) attirerait plus l'attention et stimulerait davantage l'engagement que des images alarmistes de catastrophes climatiques. Au macroniveau, cela rejoint les idées de Latour et Schultz (2022), estimant que plus de connaissances et d'informations factuelles, qu'elles concernent le changement climatique ou les solutions, ne suffisent pas à susciter l'espoir ou la capacité d'agir. Ils·elles insistent sur la nécessité de **récits porteurs de sens**, créant de nouvelles valeurs et surtout de la **signification collective**. Nos entretiens montrent que c'est précisément ce que beaucoup de jeunes recherchent. George Lakoff (2003) montre également que la manière dont on parle du climat est, au moins, aussi importante que la justesse du contenu, pour susciter l'espoir, l'urgence et le sentiment d'appartenance.

De tout cela, il ressort, troisièmement, que **l'action collective** génère aussi un **sentiment de communauté et d'espoir**. Là où les actions individuelles s'accompagnent de doutes et d'impuissance, et donc d'une certaine ambiguité, l'action collective est non seulement jugée plus efficace pour s'attaquer aux causes du changement climatique, mais elle a aussi un **effet positif sur le bien-être mental** et aide à **lutter contre l'éco-anxiété**. Il est important de préciser que beaucoup ont le sentiment de ne pouvoir entreprendre que des actions individuelles, et que ces changements de comportement ont aussi leur place dans les actions durables mises en place face au changement climatique. Mais il est tout aussi crucial de souligner que l'action collective et le sentiment de connexion génèrent clairement plus d'énergie positive, de motivation et d'espoir que les seuls changements individuels. Beaucoup de jeunes rapportent que la participation à des initiatives collectives a amélioré leur bien-être mental. Les souvenirs des marches pour le climat sont souvent évoqués comme des moments de solidarité, mais le simple fait de parler de leurs expériences ou de chercher une connexion significative avec d'autres s'avère également important. Ces constats rejoignent les études qui montrent que l'action collective augmente non seulement la probabilité de changement sociétal, mais agit aussi comme un facteur protecteur contre l'éco-anxiété, précisément en renforçant la cohésion sociale et en procurant un sentiment de stabilité et de contrôle (Fritsche et al., 2018).

Au-delà des stratégies d'adaptation et des actions des jeunes, il convient enfin de souligner la **gravité du phénomène d'éco-anxiété**. Les entretiens montrent que les sentiments d'incertitudes quant à l'avenir, l'impossibilité de faire des projets, et la conscience d'une possible disparition de notre société — tout cela à un âge où la vie devrait s'ouvrir devant soi — sont très problématiques. Sutter (2021) parle à ce sujet d'un « deuil du futur » pour de nombreux jeunes. D'un point de vue individuel, il est compréhensible que cette dissonance cognitive conduise à des problèmes psychologiques et à de l'anxiété, que l'on regroupe sous le terme d'éco-anxiété. Même si cela peut être considéré comme une réaction compréhensible, il n'en reste pas moins difficile de vivre avec cette anxiété et d'autres émotions intenses qui ont un **impact majeur sur la vie quotidienne et l'avenir**.

Pour ces raisons, Desveaux (2020) identifie l'éco-anxiété, comme un sentiment « d'insécurité ontologique ». Or, l'être humain ne supporte pas l'incertitude, affirme-t-il. L'anxiété est ici alimentée par une préparation psychologique à une menace potentielle dont la temporalité est inconnue. L'éco-anxiété dépasse ainsi les frontières de l'individu, générant une angoisse pour sa propre existence. Il faut se demander **ce que cela signifie que tant de jeunes aient peur** de l'avenir et **ne puissent plus se projeter dans un futur positif**. Cela appelle à repenser la solidarité entre générations et en fait, au minimum, un problème social, démocratique et donc politique.

5. Recommandations

Les changements climatiques et ses conséquences pour l'humanité sont multiples, ce qui conduit à une crise à plusieurs niveaux nécessitant une pluralité de solutions. La sociologue Emeline De Bouver (2015) distingue différents types de réponses : l'écologie individuelle (agir par des changements de comportements écologiques), l'écologie politique (agir par des leviers institutionnels et politiques), l'écologie du soin (agir par le réseau, les relations), et l'écologie intérieure (agir par des leviers culturels et symboliques). Dans les entretiens, tous ces niveaux apparaissent d'une manière ou d'une autre chez les jeunes. Il y a des questions politiques (sur la méfiance envers la politique, ou le fait de ne pas être entendu en tant que jeune), des questions culturelles et symboliques (sur le refus d'avoir des enfants, l'impossibilité de se projeter dans l'avenir), des questions de soin (l'importance des relations, du lien avec les pairs et entre générations), et des questions sur le rôle des actions individuelles (donner l'exemple, mais aussi douter de l'impact de ces gestes).

Selon De Bouver, chaque niveau a sa valeur et son rôle, ainsi qu'un discours qui lui est propre. Mais c'est surtout **la complémentarité entre ces différents niveaux** qui est importante pour avancer vers le même objectif, **plus que la hiérarchisation des réponses à la crise**. Cette complémentarité implique que chacun et chacune agisse, prenne ses responsabilités — et porte des messages — au niveau où il ou elle peut exercer une influence. Il n'est donc pas approprié, par exemple, que les responsables politiques fassent des discours sur les comportements individuels sans eux·elles-mêmes travailler à des mesures structurelles. Nous estimons nécessaire de rappeler ce cadre de pensée avant de formuler des recommandations plus spécifiques : **il s'agit d'une logique du « et-et »**, et non du « ou-ou ». Si des mesures appropriées sont prises à chaque niveau, cela éviterait de faire peser trop de responsabilités sur les jeunes. Cela réduirait aussi l'éco-anxiété et permettrait de créer des perspectives d'avenir dans lesquelles les jeunes peuvent se projeter, ce qui est essentiel pour le développement humain et social.

5.1. Considérer l'éco-anxiété comme un signal d'alarme collectif

L'éco-anxiété est aujourd'hui trop souvent considérée comme une réaction individuelle d'angoisse ou de stress face à un problème complexe et insaisissable. Nous reconnaissons que l'éco-anxiété peut être vécue de manière très personnelle, mais il est crucial de comprendre que **cette émotion** est aussi **ancrée dans une réalité plus large et objective** : une menace climatique croissante, qui pèse lourdement sur le bien-être collectif. Le **danger** réside dans le fait de **réduire l'éco-anxiété à une simple question individuelle**, ce qui ferait disparaître du champ de vision les causes structurelles – la crise écologique et l'inertie socio-politique qui l'entoure. Dans ce cas, l'attention se porte sur la sphère individuelle, où l'on cherche des solutions dans des stratégies d'adaptation ou des interventions thérapeutiques qui peuvent certes apporter un soulagement, mais contribuent peu à traiter les causes profondes.

Nous plaidons effectivement pour que l'on **reconnaisse l'éco-anxiété comme une réaction de stress légitime face à une menace réelle**, ne devant pas uniquement être prise en charge dans des parcours individuels. Les recommandations politiques doivent partir du constat que l'éco-anxiété est un **signal d'alarme** révélant à quel point **la crise écologique affecte profondément le tissu mental et social des sociétés**. Pour les chercheurs et chercheuses, cela signifie que l'éco-anxiété ne doit pas être abordée uniquement sous un angle psychologique, mais aussi comme un phénomène socio-politique, inscrit dans des structures d'inégalités, de responsabilités et de pouvoir. Ce n'est qu'en prenant au sérieux cette dimension structurelle que l'on peut comprendre l'éco-anxiété comme un signal d'urgence appelant des réponses collectives, justes et porteuses de sens.

Cela exige avant tout que les politiques laissent une place réelle à des **perspectives d'action collective**, qui ne se concentrent pas uniquement sur la résilience individuelle, mais aussi sur le changement systémique. Notre étude

montre en effet que les sentiments d'**impuissance** et de **désespoir** ressentis par les jeunes sont largement **alimentés par l'inertie politique et l'absence de politique climatique ambitieuse**. Les jeunes ne ressentent pas seulement la menace du changement climatique lui-même, mais aussi la frustration de voir les institutions politiques incapables d'engager une transition structurelle et ambitieuse. Ce fossé entre l'urgence, scientifiquement démontrée, et la lenteur politique à y répondre, s'avère être un élément significatif et central de l'expérience de l'éco-anxiété. Nous appelons donc les décideurs et décideuses à replacer **la question climatique au sommet de l'agenda politique**, et à la traduire dans des **politiques ambitieuses, assorties de mesures concrètes**, qui répondent à la fois à l'urgence écologique et à l'impact sur la santé mentale. En ce sens, la politique environnementale est une condition structurelle du bien-être collectif et de la santé (mentale).

5.2. Affects et espoirs comme moteurs de mobilisation

Ce qui précède soulève également une question urgente et complexe pour la MC et d'autres organisations de la société civile : **comment ramener l'éco-anxiété dans le champ politique ?** Ce n'est qu'en en parlant de manière complexe et multidimensionnelle que l'on peut reconnaître son potentiel comme moteur de transformation. Cela implique non seulement de prêter attention à la crise écologique elle-même, mais aussi à son impact émotionnel, affectif et social. Les discours dominants sur le changement climatique partent souvent du principe d'un déficit de connaissances : l'idée que plus d'informations factuelles mèneront automatiquement à plus d'action. Mais la recherche — y compris la nôtre — montre que cette approche est trop étroite. **L'éco-anxiété** n'est pas seulement paralysante, elle **contient aussi la capacité de mettre en mouvement**. Le défi est de **cultiver cette capacité**, et non de la réprimer.

Dans ce contexte, il est pertinent de se référer à Chantal Mouffe et à son plaidoyer pour une *Révolution Démocratique Verte* (2022). Elle affirme que les affects — émotions partagées, peurs, espoirs — sont essentiels à la mobilisation politique. Inspirée par Spinoza, elle souligne que **les idées ne prennent de la force** que **lorsqu'elles sont reliées à des sentiments collectifs**. L'éco-anxiété, en ce sens, n'est pas un obstacle, mais un potentiel : un affect qui, s'il est politiquement cadré, peut devenir un moteur de changement. Mouffe critique le néolibéralisme réduisant l'État à un instrument de la logique marchande tout en réprimant les revendications populaires. Elle appelle à une coalition démocratique verte, fondée sur des valeurs partagées et une passion politique renouvelée. Sa stratégie relie les luttes sociales et écologiques dans une logique de justice mondiale – une vision qui peut inspirer la société civile à ne pas dépolitiser l'éco-anxiété, mais à la **repolitiser**.

C'est pourquoi nous appelons les autres organisations de la société civile et les acteurs et actrices du secteur non marchand à **faire une place consciente**, dans la communication sur le climat, **aux récits porteurs d'espoir**, aux **exemples qui mobilisent**, et aux **interventions culturelles et artistiques qui stimulent l'imaginaire**. Les artistes, éducateur·trices et travailleurs·euses sociaux peuvent créer des images porteuses de sens, qui ancrent de nouvelles valeurs et ouvrent des espaces collectifs où chacun peut se voir autrement – non comme un être dominant la nature, mais comme partie intégrante de celle-ci. Une communication efficace ne doit pas seulement informer, mais inviter à agir ensemble. Ce processus suscite une motivation intrinsèque et renforce le sentiment d'appartenance, ce qui est nécessaire pour redéfinir la relation entre l'humain et la nature, et entre les humains eux-mêmes. Sans cette **réorientation culturelle et existentielle**, nous risquons de réduire le changement climatique à un problème d'information. L'éco-anxiété appelle une réponse politique fondée sur la solidarité, l'imaginaire collectif et des responsabilités partagées. La société civile peut jouer un rôle clé en mobilisant activement, de manière ciblée et porteuse d'espoir.

Il nous semble important d'attirer l'attention de la **société civile** sur l'importance de sa **contribution aux solutions** à la crise environnementale. À la lumière de différentes études, il semble par exemple opportun de se donner les moyens permettant de répondre aux nouveaux défis socio-écologiques. **L'idée d'une transition juste** doit être centrale, tout comme les principes de prévention et de mutualisation des risques climatiques.

5.3. Impliquer les jeunes dans les politiques et restaurer la confiance

Dans le contexte de cette mobilisation précédemment évoquée, il est crucial d'impliquer spécifiquement les jeunes. Notre étude montre en effet que les jeunes portent une part disproportionnée du fardeau de l'éco-anxiété. Non seulement parce qu'ils·elles subiront le plus longtemps les conséquences futures des crises environnementales, mais aussi parce qu'ils·elles se sentent aujourd'hui exclu·es d'une participation significative aux processus

politiques décisionnels. Cette exclusion érode davantage leur confiance dans les institutions politiques et contribue à une perte de confiance plus large dans la démocratie elle-même. Au-delà des implications écologiques du changement climatique, lorsque les jeunes ont le sentiment de ne pas être entendus de façon structurelle, cela a aussi de profondes conséquences sociales et sociétales : sentiment d'aliénation, désillusion, voire détachement de la pratique démocratique.

Nous plaidons donc pour que les **politiques impliquent systématiquement les jeunes à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques climatiques**. Pas seulement de façon symbolique, mais dans de véritables co-constructions, en écoutant activement et réellement leurs besoins. Le **secteur associatif** a également un rôle clé à jouer : d'une part, en **informant et soutenant les jeunes**, d'autre part, en **exerçant une pression structurelle sur la sphère politique** afin que la voix des jeunes ne soit pas ignorée.

Parallèlement, il est essentiel que la **génération actuelle de responsables politiques et d'adultes** assume sa responsabilité dans la gestion de la crise climatique. Ce n'est pas aux jeunes de porter, seul·es, le poids écrasant de ce défi mondial, ni de formuler ou de mettre en œuvre, seul·es les solutions. Ce n'est qu'en **montrant l'exemple et en imposant un changement structurel** que les adultes peuvent éviter que les jeunes ne soient paralysé·es par la crise, et leur permettre de retrouver espoir et capacité d'agir dans une responsabilité collective et partagée. Il est donc nécessaire de construire une véritable **solidarité intergénérationnelle**.

Conclusion

Cette étude a permis de cartographier les vécus et les perceptions des jeunes concernant l'éco-anxiété à l'aide d'entretiens approfondis. Leurs expériences se sont révélées bien plus larges que seule l'anxiété. Ils englobent la tristesse, la frustration, l'impuissance et la colère. C'est surtout le ressenti d'immobilisme politique qui est apparu comme une source centrale d'impuissance et de méfiance, ce qui met non seulement leur bien-être mental, mais aussi, potentiellement, la légitimité démocratique sous pression. Bien que les jeunes essaient individuellement de contribuer par des choix plus durables, ce sont les actions collectives et les formes de solidarité qui offrent le plus d'espoirs et de repères.

Ces résultats montrent que l'éco-anxiété ne doit pas être comprise uniquement comme un phénomène psychologique ou individuel, mais que la reconnaissance des causes structurelles et le renforcement des perspectives d'action collective sont essentiels pour une approche plus bienveillante et émancipatrice de la crise climatique. Faute de quoi, nous risquons d'abandonner encore davantage une génération de jeunes qui perçoit déjà son avenir comme très sombre et qui se sent insuffisamment entendue.

Bibliographie

Benoit, L., Thomas, I., & Martin, A. (2021). Ecological Awareness, Anxiety, and Actions among Youth and their Parents - a Qualitative study of Newspaper Narratives. *Child and Adolescent Mental Health, 27*(1), 47-58.

Boluda-Verdú, I., Senent-Valero, M., Casas-Escolano, M., Matijasevich, A., & Pastor-Valero, M. (2022). Fear for the future: Eco-anxiety and health implications, a systematic review. *Journal of Environmental Psychology*, *84*, 1-17.

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis, A Practical Guide.* Sage.

Brophy, H., Olson, J., & Paul, P. (2023). Eco-anxiety in Youth: An Integrative Literature Review. *International Journal of Mental Health Nursing, 32*, 633-661.

Coffey, Y., Bhullar, N., Durkin, J., Islam, S., & Usher, K. (2021). Understanding Eco-Anxiety: A Systematic Scoping Review of Current Literature and Identified Knowledge Gaps. *Journal of Climate Change and Health, 3*, 1-6.

Dageville, E. (2022, Oktober). L'éco-anxiété chez les jeunes. *Bruxelles: Pour La Solidarité.*

De Bouver, E. (2015). *L'existentiel est politique : enquête de sociologie politique sur le renouveau du militantisme : les cas des simplicitaires et des coaches alternatifs.* Louvain-la-Neuve : UCL.

De Meyer, K. (2021). Transforming the stories we tell about climate change: From "issue" to "action". *Environmental Research Letters, 16*(9), 1-13.

Desbiolles, A. (2020). *L'*éco-anxiété, Vivre sereinement dans un monde abîmé. Paris : Fayard.

Desveaux, J.-B. (2020). La crainte de l'effondrement climatique : angoisses écologiques et incidences sur la psyché individuelle. *Le Coq-héron*, 108-115.

Godden, N. J., Farrant, B. M., Yallup Farrant, J., & et al. (2021). Climate change, activism, and supporting the mental health of children and young people. Perspectives from Western Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health, 57*(11), 1759-1764.

Heeren, A., Mouguiama-Daouda, C., & Contreras, A. (2022). On climate change anxiety and the threat, it may pose to mental health and adaptation: An international study across European and African French-speaking territories. *Climate Change, 173*(15), 1-17.

Hermans, M. (2021). *Europeans' attitudes towards climate change.* Brussel: Denktank Minerva.

Hickman, C., Marks, E., Pikhala, P., Clayton, S., Lewandowski, R. E., Mayall, E. E., . . . van Susteren, L. (2022). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet Planet Health, 5*, 863-873.

Kelly, A. (2017). *Eco-Anxiety at University: Student Experiences and Academic Perspectives on Cultivating Healthy Emotional Responses to the Climate Crisis.* Melbourne : The University of Colorado at Boulder.

Kuthe, A., Keller, L., Körfgen, A., Stötter, H., Oberrauch, A., & Höferl, K.-M. (2019). How many young generations are there? - A typology of teenagers' climate change wareness in Germany and Austria. *The Journal of Environmental Education, 50*(3), 172-182.

Lakoff, G. (2003). *Metaphors we live by.* Chicago : University of Chicago Press.

Latour, B., & Schultz, N. (2022). *On the emergence of an ecological class.* Cambridge : Polity Press.

Léger-Goodes, T., Malboeuf-Hurtubise, C., Mastine, T., Généreux, M., Paradis, P.-O., & Camden, C. (2022). Eco-anxiety in children: A scoping review of the mental health impacts of the awareness of climate change. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-21.

Marlon, J. R., Bloodhart, B., Ballew, M. T., Rolfe-Redding, J., Roser-Renouf, C., Leiserowitz, A., & Maibach, E. (2019). Hope and Doubt Affect Climate Change Mobilization. *Frontiers in Communication, 4*(20), 1-15.

Mouffe, C. (2022). *Towards a Green Democratic Revolution, Left Politics and the Power of Affects.* Penguin Random House.

O'Brien, K., Selboe, E., & Hayward, B. M. (2018). Exploring Youth Activism on Climate Change: Dutiful, disruptive, and dangerous dissident. *Ecology and Society, 23*(3), 1-13.

Ojala, M. (2018). Eco-anxiety. *RSA Journal, 164*(4), 10-15.

Parmentier, M.-L., Weiss, K., Aroua, A., Betry, C., Rivière, M., & Navarro, O. (2024). The Influence of Environmental Crisis Perception and Trait Anxiety on the Level of Eco-Worry and Climate Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 101*, 1-10.

Pinsky, E., Guerrero, A. P., & Livingston, R. (2020). Our house is on fire: Child and adolescent psychiatrists in the era of the climate crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 59*(5), 580-582.

Ripple, W. J., Wolf, C., Gregg, J. W., Rockström, J., Newsome, T. M., Law, B. E., . . . King, D. A. (2023). The 2023 state of the climate report: Entering uncharted territory. *BioScience, 73*(12), 841–850.

Rosen, B. (2012). *Accountability and Responsibility in Care: Issues in Addressing an Emerging Global Challenge.* Singapore: World Scientific.

Service, C. C. (2025). *Global Climate Highlights 2024.* https://climate.copernicus.eu/global-climate-highlights-2024

Shiner, R. L., Allen, T. A., & Masten, A. S. (2017). Adversity in adolescence predicts personality trait change from childhood to adulthood. *Journal of Research in Personality, 67*, 171-182.

Sternudd, H. T. (2020). Climate Anxiety on YouTube: Young people reflect on how to handle the climate crisis. *Ekphrasis. Images, Cinema, Theory, Media, 24*(2), 97-123.

Sutter, P.-E. (2021). Eco-anxiété, comment la définir ? *Obveco*. https://obveco.com/2021/12/04/definition-eco-anxiete/

Thomas, E. F., McGarty, C., & Mavor, K. I. (2019). Group interaction as the crucible of social identity formation: A glimpse at the foundations of social identities for collective action. *Group processes & Intergroup Relations, 22*(5), 703-717.

Verlie, B., Clark, E., Jarrett, T., & Supriyono, E. (2021). Educators' experiences and strategies for responding to ecological distress. *Australian Journal of Environmental Education, 37*(2), 132-146.

Vielle, P., Fransolet, A., Laurent, É., Armeni, C., Henet, S., Bauler, T., . . . Dorssemont, F. (2025). *Bouwen aan sociaal-ecologische bescherming voor België.* Brussel.

VRT. (2023). https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/11/30/klimaatzaak-uitspraak-in-beroep/

Wullenkord, M. C., & Ojala, M. (2023). Climate-change worry among the two cohorts of late adolescents: Exploring macro and micro worries, coping, and relations to climate engagement, pessimism, and well-being. *Journal of Environmental Psychology, 90,* 1-12.

Vers des soins accessibles

Recension des interventions des chercheurs et chercheuses invitées, présentées lors de la journée d'étude du 22 mai 2025

Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest, Mattias Van Hulle, Nicolas Rossignol
— Service d'études CM-MC

Résumé

Si on convient aisément qu'assurer l'accessibilité des soins constitue un enjeu majeur pour notre système de santé, il reste nécessaire de comprendre ce que cela implique concrètement. Il nous faut analyser dans quelle mesure les soins sont effectivement accessibles et, si ce n'est pas toujours le cas, comprendre pour quelles raisons. C'est pourquoi le Service d'études de la Mutualité chrétienne s'est mobilisé pour organiser la journée d'étude intitulée « *Vers des soins accessibles* », qui a eu lieu le 22 mai 2025 à Schaerbeek. Cet article recense les interventions des chercheurs et chercheuses invitées lors de cette journée, les Professeurs Sandy Tubeuf, Sarah Willems et Michael Marmot. Les réflexions proposées appuient les constats d'inégalités d'accès aux soins et constituent des plaidoyers forts pour développer des approches différenciées au regard des inégalités observées. Et ce dans une perspective d'universalisme proportionné.

Mots-clés : Journée d'étude, accessibilité des soins, universalisme proportionné, recension

Table des matières

Introduction 28

1. Inégalités liées à la migration dans l'accès et l'utilisation des soins médicaux – Prof. Sandy Tubeuf 29
- 1.1. Disparités dans le renoncement aux soins entre personnes immigrées et natives en Europe 29
- 1.2. Disparités dans les prescriptions médicamenteuses entre personnes immigrées et natives en Espagne 29
- 1.3. Accès à l'aide médicale urgente à Bruxelles 30

2. Universalisme proportionné en action : équité comme condition d'accès aux soins – Prof. Sara Willems 30
- 2.1. Complexité des inégalités en santé 30
- 2.2. Universalisme proportionné comme solution 31
- 2.3. Exemples des pratiques 31

3. Appel à l'espoir et à l'action – Prof. Michael Marmot 32
- 3.1. L'importance essentielle du gradient social 32
- 3.2. Diminution de l'espérance de vie due aux politiques d'austérité 33
- 3.3. Espoir et universalisme proportionné en action 34

4. Conclusion 35

Bibliographie 37

Introduction

L'objectif de cet article n'est pas de retracer la généalogie du concept d' « accessibilité des soins ». Il ne consiste pas non plus à détailler l'ensemble des échanges ayant eu lieu durant cette riche journée. **Cet article est une recension, un compte-rendu critique des interventions proposées lors de cette journée.** Et en l'occurrence, celle des intervenant·es externes, dont les arguments principaux seront utilement documentés ici.

Nous ne reviendrons pas sur les interventions de Sophie Cès, Stijn Vos, et Clara Noirhomme, tous les trois membres du Service d'études. Les deux premières sont basées sur les articles suivants : *L'accès aux soins de santé, définition et enjeux* (Cès, 2021) et *La fracture numérique et l'accessibilité des soins de santé* (Vos, 2025). La dernière, portant sur l'état de santé et le recours aux soins en Belgique en fonction du niveau de revenus, fera l'objet d'un article complet qui paraitra dans un prochain numéro de *Santé & Société*.

La première intervention recensée dans cet article est celle de Sandy Tubeuf, professeure en économie de la santé à l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). Ses recherches se concentrent sur des travaux empiriques et théoriques visant à mesurer les inégalités en matière de santé et l'importance du contexte familial et des caractéristiques individuelles du mode de vie sur la santé et les résultats en matière de soins de santé. Le cadre théorique du travail de Sandy Tubeuf est celui de l'économie de la santé qui, depuis les années 1970, a intégré avec succès le concept du capital santé venant des sciences sociales. Ce concept s'est avéré utile afin de réfléchir sur les inégalités en santé et les façons dont la santé varie au cours de la vie de la personne : considérée comme un capital qu'on reçoit à la naissance, la santé peut s'améliorer ou se détériorer sous l'influence de différents facteurs (âge, choix de vie, conditions socio-économiques, etc.). Dans ce modèle, le recours aux soins de santé a aussi un impact direct sur la santé avec ce que cela implique en matière d'obstacles et de biais qui déterminent le recours aux soins. **Dans son intervention, Sandy Tubeuf revient sur une étude menée de concert avec Luigi Boggian (PhD, Université de Vérone & UCLouvain), qui s'intéresse particulièrement aux trajets de soins des personnes migrantes, qui constituent un cas particulièrement alarmant des inégalités sociales en santé.** Quel que soit le statut de la personne migrante, elle peut être en effet confrontée à des obstacles majeurs : les personnes en situation irrégulière hésitent à consulter par peur d'expulsion, et subissent des discriminations ; les personnes en situation régulière peuvent rencontrer des difficultés proches de celles des groupes précaires non migrants, notamment liées au logement, à l'emploi ou à la méconnaissance du système de soins. Les barrières sociales et administratives entraînent donc un renoncement aux soins important même chez des personnes ayant des besoins réels. Étudier les variations dans le recours aux soins chez les personnes migrantes et les comparer avec le recours des personnes natives permet de réfléchir sur ces différents obstacles et la manière dont ils peuvent être dépassés.

La deuxième intervention que nous aborderons est celle de Sara Willems, professeure en équité dans les soins de santé au département de Santé publique et de Soins de première ligne de l'Université de Gand (UGent). Elle y dirige le *Equity in Health Care Research Group*, une équipe interdisciplinaire engagée dans des projets nationaux et internationaux sur les inégalités sociales d'accès et de qualité des soins. Ses recherches portent sur l'équité comme dimension de la qualité des soins, les soins de première ligne communautaires et l'intégration entre santé publique et soins primaires. L'intervention de Sarah Willems lors de cette journée d'étude évoque un constat largement documenté : **la santé n'est pas répartie de manière équitable** et il existe un écart social qui, de surcroît, tend à se creuser. Cela se reflète notamment dans les chiffres relatifs à la prévalence du diabète ou des troubles anxieux. Ces inégalités de santé ne se manifestent pas uniquement entre classes sociales, mais aussi entre hommes et femmes, ainsi qu'entre régions. On observe par exemple des différences nettes dans les taux de mortalité entre le nord et le sud du pays. Mais **les inégalités de santé sont complexes à appréhender, car elles ne concernent pas une seule catégorie clairement définie de personnes vulnérables.** Il existe bel et bien un gradient social de santé : à chaque échelon que l'on descend sur l'échelle sociale, la probabilité de vivre moins longtemps augmente. Ce gradient se manifeste dans les indicateurs de santé, comme le montrent les écarts de prévalence des troubles anxieux entre les personnes hautement diplômées, celles de la classe moyenne et celles issues des milieux les plus défavorisés. On l'observe également dans l'exposition aux facteurs de risque pour la santé et dans les comportements liés à la santé — ce que l'on appelle le continuum de risque. Sara Willems part de ce constat pour explorer la manière dont l'« **universalisme proportionné** » — terme qu'on définira dans cet article — **peut constituer une réponse théorique et pratique à ces inégalités**, notamment en revenant sur des exemples de mise en œuvre de celui-ci en Belgique.

Enfin, cet article se terminera par la recension de l'intervention de Sir Michael Marmot, professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'*University College London* et directeur de l'*Institute of Health Equity*. Depuis près de cinquante ans, il étudie les inégalités sociales de santé et a dirigé les célèbres études *Whitehall* sur les fonctionnaires britanniques, démontrant l'impact du statut socio-économique sur la santé. Il a présidé la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et a publié en 2010 le rapport *Fair Society, Healthy Lives* (2010), qui a profondément influencé les politiques publiques au Royaume-Uni. Son travail met en lumière l'importance des conditions sociales — logement, éducation, emploi — dans l'accès équitable aux soins et la prévention des maladies. Son approche globale et fondée sur des données probantes en fait une référence incontournable en matière de justice sociale et de santé publique. Le professeur Sir Michael Marmot développe, dans sa conférence, une argumentation sur l'impact déterminant des structures sociales, des choix économiques et des stratégies politiques sur l'espérance de vie et le bien-être de l'ensemble de la population. Son propos, fondé sur plusieurs décennies de recherche, d'observations rigoureuses et de comparaisons internationales, constitue un plaidoyer en faveur de **l'universalisme proportionné comme principe directeur d'une politique de santé équitable**.

1. Inégalités liées à la migration dans l'accès et l'utilisation des soins médicaux — Prof. Sandy Tubeuf

1.1. Disparités dans le renoncement aux soins entre personnes immigrées et natives en Europe

Parmi les résultats des différentes études qui se sont penchées sur les corrélations entre le statut migratoire et la santé des personnes, Sandy Tubeuf propose de retenir deux mécanismes. Le premier concept est celui du·de la « migrant·e en bonne santé », qui renvoie à l'idée selon laquelle les personnes migrantes, en dépit de parcours migratoires souvent éprouvants, présentent une certaine robustesse et ne manifestent pas de problèmes de santé immédiats (Jasso, Massey, Rosenzweig, & Smith, 2004). Le deuxième concerne les personnes migrantes qui vivent depuis longtemps dans un nouveau pays et qui rencontrent des difficultés d'intégration (Giuntella & Stella, 2017). Chez ces personnes, la santé se détériore de la façon comparable à celle de la population native. Ces deux mécanismes ont été attestés pour la santé physique, mais il y a beaucoup moins de travaux au sujet de la santé mentale, à l'exception de quelques études sur la santé mentale des personnes migrantes installées dans un pays qui n'est pas leur pays d'origine (Elshahat, Moffat, & Newbold, 2022).

Or que se passe-t-il sur le plan du recours aux soins de santé pour les populations migrantes vers l'Europe ? Quels sont les risques du renoncement aux soins, c'est-à-dire d'un écart entre les besoins de soins perçus par l'individu et les soins reçus ? Une enquête européenne PHARE permet de comparer les taux de renoncement au sein de la population habitant un pays entre les groupes natifs et les groupes migrants tout en distinguant les migrants de la première génération (qui ne sont pas nés dans le pays de leur résidence) des migrants de la deuxième génération (dont un des parents est un migrant de la première génération). Selon cette enquête, les résultats sont généralement similaires entre les personnes nées dans le pays de résidence et les personnes migrantes de la deuxième génération, tandis que le renoncement aux soins est plus élevé pour les personnes migrantes de la première génération[1]. L'équipe de recherche de Tubeuf s'est attachée à faire une analyse approfondie de résultats de cette enquête et a permis de démontrer **qu'il y a toujours une différence significative entre les migrants de la première et deuxième génération.** Par ailleurs, son équipe a pu conclure que l'accès aux soins de santé varie en fonction du pays de provenance et **que les personnes venant des pays non européens renoncent plus aux soins que tous les autres.**

1.2. Disparités dans les prescriptions médicamenteuses entre personnes immigrées et natives en Espagne

Une étude menée, sous la direction de Tubeuf, en Espagne a permis d'objectiver les disparités dans le renoncement aux soins entre populations immigrées et natives en comparant les prescriptions médicales pour **le diabète et l'hypertension** (Boggian, Madia, & Nicodemo, 2025). Les résul-

1. Ce n'est pourtant pas le cas de la Belgique où les deux groupes migratoires ont des résultats similaires (un peu moins de 10% renoncent aux soins) et sont plus élevés que les personnes natives.

tats indiquent que **les personnes immigrées reçoivent en moyenne moins de prescriptions adaptées que les natives** (toute chose égale par ailleurs), malgré des besoins comparables, voire supérieurs. De même, les **prescriptions d'anxiolytiques et d'antidépresseurs** sont également **nettement moins fréquentes** chez les personnes immigrées (toute chose égale par ailleurs)[2]. Quand bien même, les données ne permettent pas de dire s'il s'agit des différences qui pourraient être expliquées par les préférences des patient·es, il en ressort clairement qu'il existe des différences importantes dans la prise en charge médicale en fonction du background migratoire.

1.3. Accès à l'aide médicale urgente à Bruxelles

Une étude sur le fonctionnement de l'aide médicale urgente octroyée aux étrangers en situation irrégulière en Belgique combinant une méthodologie qualitative et quantitative a été menée sous la direction de Tubeuf en 2023 dans les communes d'Anderlecht, Molenbeek et Saint-Josse-ten-Noode. Cette étude (à paraitre prochainement) montre que les personnes sans papiers ont un **accès très limité** à cette aide, malgré leur éligibilité. La majorité des participant·es à l'étude signale qu'il existe des difficultés importantes d'obtention de l'aide médicale urgente, or plus que la moitié des participant·es rapportent en même temps de souffrir des problèmes de santé nécessitant une intervention médicale. La complexité de la procédure est pointée comme un des obstacles principaux à l'obtention de l'aide médicale urgente.

2. Universalisme proportionné en action : l'équité comme condition d'accès aux soins — Prof. Sara Willems

2.1. Complexité des inégalités en santé

Le point de départ de la réflexion de Willems repose sur une observation fondamentale : les inégalités sociales en matière de santé ont une influence déterminante sur l'état de santé d'une population. En s'appuyant sur les travaux de l'OMS, elle rappelle que « les inégalités de santé sont injustes, mais peuvent être réduites grâce à une bonne combinaison de politiques (publiques) » (Organisation mondiale de la santé, 2018, notre traduction). Il apparaît donc essentiel, lorsqu'on souhaite agir sur la santé d'une population, de mettre en place des politiques visant à réduire ces inégalités. Cela soulève toutefois une question complexe : quel type de politique de santé convient-il de mettre en œuvre ? Dans ce contexte, l'importance d'un système universel de soins de santé est souvent mise en avant. Toutefois, l'élaboration de telles politiques se heurte inévitablement à plusieurs difficultés.

L'une de ces difficultés réside dans le fait que le **gradient social en matière de santé est largement déterminé par des facteurs sociaux qui relèvent souvent de secteurs extérieurs à celui de la santé**. Autrement dit, les inégalités sociales sont en partie causées par les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent et vieillissent (par exemple : logement insalubre, discrimination dans l'enseignement, alimentation malsaine, manque d'espaces verts dans le quartier, etc.), autant de domaines qui ne relèvent pas directement des soins de santé. Willems mobilise ici les recherches du professeur Marmot qui a en effet constaté que lorsqu'on s'attaque aux inégalités sociales, on se concentre souvent sur des facteurs liés aux comportements de santé. Ainsi, on tente par exemple de résoudre les problèmes pulmonaires en ciblant le comportement tabagique des personnes en situation de vulnérabilité. Or, les études de Marmot démontrent qu'il est important de remonter plus haut dans la chaîne des causes, vers ce qui détermine les inégalités sociales — vers la cause de la cause (de la cause) (= *the upstream causes of health*). On arrive alors souvent à des politiques sociales, au contexte socio-économique et aux normes sociales d'une société (par exemple : Quelle importance accordons-nous à la solidarité dans notre société ?).

Un deuxième défi pour les interventions réside dans le fait que les individus ne sont pas « les pauvres », « la mère célibataire » ou « la personne peu qualifiée ». **Chaque individu est un croisement d'identités**. Ainsi, une personne ayant un haut niveau d'éducation et un bon emploi ne bénéficie généralement pas d'avantages sociaux, car elle ne correspond pas à l'étiquette de « vulnérable ». Pourtant,

2 En ce qui concerne la première question, la population de l'étude incluait les personnes des 50 ans et plus qui un an avant l'année d'analyse (prescription éventuelle médicamenteuse) ont été bien diagnostiquées avec le diabète ou l'hypertension ; et pour la deuxième, la population d'étude est constituée des personnes âgées de plus de 18 ans et diagnostiquées avec un trouble d'anxiété ou la dépression.

cette personne peut tomber dans la pauvreté, par exemple en cas de séparation, si elle doit assumer seule la charge des enfants, ne reçoit pas de pension alimentaire ou doit rembourser un emprunt important. Il est donc difficile d'attribuer des étiquettes aux individus et d'utiliser ces étiquettes pour déterminer les aides à octroyer, précisément parce que chaque personne est un croisement d'identités.

Par ailleurs, il a déjà été constaté que **certaines interventions, dans la pratique, peuvent créer ou accentuer une fracture sociale**, alors même que leur objectif était l'inverse. À titre d'exemple, Willems cite des médecins qui affirment traiter tous les patient·es de la même manière. Mais « traiter tout le monde de manière égale, c'est créer de l'inégalité », souligne Willems, « car les besoins ne sont pas les mêmes pour tout le monde ». Un message clé de son exposé est donc que lorsque l'on agit de manière égale envers toutes et tous, on crée en réalité souvent de l'inégalité. Lutter contre les inégalités sociales en matière de santé exige en fait que l'on agisse différemment.

2.2. Universalisme proportionné comme solution

Une solution envisagée consisterait à adopter une approche ciblée, en développant des politiques qui identifient les groupes vulnérables et concentrent les efforts sur ceux-ci. Toutefois, comme le souligne Willems, cette stratégie n'est pas toujours adéquate et comporte des risques. Elle peut engendrer une stigmatisation : les personnes qui bénéficient d'un soutien spécifique se voient attribuer une étiquette particulière. Cela contribue également à accroître la distance sociale entre ceux et celles qui reçoivent une aide et ceux et celles qui n'en bénéficient pas, et peut mener à une médecine à deux vitesses. En outre, ce type d'approche est coûteux et expose à des risques de mauvaise classification, tout en entraînant une sous-protection de certains groupes. Une autre question se pose : faut-il intervenir au niveau individuel (le·la patient·e) ou plutôt à l'échelle de la population — cette dernière approche étant actuellement très en vogue. Mais là encore, les modalités concrètes de mise en œuvre restent floues.

Quelle serait alors une approche adéquate ? Willems considère que le rapport *Fair Society, Healthy Lives* de Marmot et al. (2010) offre des pistes intéressantes. Dans cette étude de référence, Marmot propose le principe de **l'universalisme proportionné** comme réponse à la tension entre une approche universelle et une approche ciblée. Willems cite un passage clé du rapport : « Pour réduire la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnées au niveau de désavantage » (Marmot et al., 2010, p. 10, notre traduction). **Deux éléments clés en découlent : il est parfois nécessaire d'intensifier les interventions, mais dans certains cas, une approche différente s'impose**. L'objectif de l'universalisme proportionnel est donc d'améliorer la santé de l'ensemble de la population, ce qui n'est possible qu'en tenant compte du gradient social — en agissant davantage à mesure que les individus se situent plus bas sur l'échelle sociale.

Par ailleurs, dans la théorie initiale de l'universalisme proportionné, l'accent est mis sur les *upstream causes of health*, c'est-à-dire les causes structurelles (en amont) de la santé. Au Royaume-Uni, ce principe a déjà été mis en œuvre dans les *Marmot Cities*[3] — des villes telles que Leeds, Coventry ou Luton qui s'attaquent aux inégalités sociales de santé en s'appuyant sur ce principe et en développant des initiatives ciblant les causes structurelles. Ces villes investissent notamment dans le logement et favorisent la collaboration non seulement avec le secteur de la santé, mais aussi avec l'éducation et d'autres domaines (voir 3.3).

2.3. Exemples des pratiques

En Flandre, certaines villes et communes appliquent le principe de « **la santé dans toutes les politiques** » (*Health in All Policies* — HiAPP), selon lequel la santé constitue un objectif essentiel intégré dans tous les domaines de l'action publique. Ainsi, dans le cadre de la politique de mobilité, la construction d'un pont ou d'un tunnel est pensée en lien avec la santé, et en particulier avec les inégalités de santé.

On trouve également plusieurs exemples inspirants de la mise en œuvre du principe de **l'universalisme proportionné**, principalement axés sur les **causes en aval de la santé**[4] (*downstream causes of health*), comme le programme flamand de dépistage du cancer du col de l'utérus. Une étude, à laquelle le département de Willems a participé, montre un taux de dépistage global d'environ 66%, ce qui constitue en soi un bon résultat. Toutefois, ce taux est net-

3 Pour plus d'information, voir https://www.instituteofhealthequity.org/taking-action/marmot-places.

4 Alors que les *upstream causes of health* s'intéressent à la cause des causes, les *downstream causes of health* renvoient aux causes directes et aux facteurs de risque individuels conduisant à la maladie, aux blessures ou à la mortalité.

tement plus faible dans certains sous-groupes socialement vulnérables (les personnes de plus de 60 ans, celles ayant un parcours migratoire, un faible niveau d'instruction ou un faible revenu). Bien que ce programme constitue un excellent exemple d'approche universelle — chaque personne reçoit une invitation au dépistage, indépendamment de son statut social —, il apparaît clairement que cette approche de base ne fonctionne pas pour tout le monde et qu'elle révèle des inégalités sociales. À partir de ce constat, plusieurs projets pilotes sont menés dans le cadre de l'étude ESAGG[5] afin d'explorer comment concrétiser une approche fondée sur l'universalisme proportionné[6].

Dans une première étape, la plus simple, l'intensité de **l'intervention est augmentée** : les personnes qui n'ont pas été dépistées à plusieurs reprises reçoivent des rappels supplémentaires. Cette mesure contribue effectivement à améliorer le taux de dépistage, mais les données montrent que certains groupes restent difficilement atteignables. Pour les personnes restées longtemps en dehors du programme de dépistage, un projet pilote a été lancé avec une **approche différente** : elles reçoivent gratuitement un autotest, accompagné d'une lettre explicative claire et d'un dépliant multilingue illustré de nombreux pictogrammes. Constatant que certaines femmes restent malgré cela en dehors du dispositif de dépistage, une nouvelle mesure a été introduite, consistant à renforcer l'intensité par une collaboration avec les médecins généralistes, qui abordent le sujet lors d'une consultation pour un autre motif de santé. Grâce à un logiciel, le·la médecin peut rapidement vérifier si la patiente a été dépistée et, le cas échéant, lui remettre un autotest gratuit. Un autre projet pilote est en cours pour identifier activement les femmes non dépistées, via des actions de proximité (*outreach*) menées par les cabinets de médecine générale et, de manière encore plus intensive, par des organisations de quartier. Willems souligne ici une nuance importante : les femmes ne sont pas ciblées sur la base de caractéristiques spécifiques (comme le faible niveau d'instruction ou le parcours migratoire), mais bien sur la base d'un besoin concret — le fait de ne pas avoir été dépistées.

Un deuxième exemple est celui du *population health management*, qui présente, selon Willems, de nombreuses affinités avec le principe de l'universalisme proportionné et offre un potentiel considérable. Le ***population health management*** — ou gestion de la santé des populations — constitue l'un des objectifs de la *quintuple aim*, le cadre commun intégré dans le plan interfédéral belge pour les Soins Intégrés, lancé en 2023[7]. Selon Willems, la mise en œuvre progressive de cette approche dans la première ligne de soins représente une avancée prometteuse en cohérence avec le principe de l'universalisme proportionné.

Concrètement, cette approche repose sur des « baromètres » permettant aux médecins généralistes, à partir des données contenues dans les dossiers médicaux électroniques, de visualiser par exemple combien de patient·es sont atteint·es de diabète, combien ont eu un contact au cours de l'année écoulée, ou combien ont été dépisté·es pour des complications oculaires. Le·la médecin peut ainsi intervenir non seulement lors des consultations individuelles, mais aussi à l'échelle de sa propre patientèle. Ces outils permettent également d'évaluer la qualité des soins, par exemple en vérifiant si les patient·es répondent aux recommandations ou en comparant les résultats de sa pratique avec ceux d'autres cabinets dans la région. Cela peut constituer un point de départ pour des démarches d'amélioration de la qualité. Ces baromètres représentent donc les premières graines d'une mise en œuvre de l'universalisme proportionné. À ce jour, des baromètres existent pour le diabète, les prescriptions d'antibiotiques, les maladies infectieuses et les problèmes rénaux. Willems souligne toutefois que ces outils restent très centrés sur des pathologies spécifiques et donc sur des groupes de patient·es atteints d'une maladie particulière. Pour elle, l'un des défis — notamment pour le monde académique — est d'explorer comment ces technologies pourraient à l'avenir permettre d'identifier des populations de patient·es socialement vulnérables. De plus, leur utilisation ne doit pas se limiter au niveau d'un cabinet médical, mais peut être envisagée à l'échelle régionale.

3. Appel à l'espoir et à l'action — Prof. Michael Marmot

3.1. L'importance essentielle du gradient social

L'universalisme proportionné n'est pas, de l'aveu même de Marmot, le concept le plus percutant — il le souligne avec

5 L'étude ESSAG (*Efficacy of offering a Self-SAmpling device by the General practitioner*) évalue l'efficacité de la proposition, par le·la médecin généraliste, d'un dispositif d'auto-prélèvement afin d'atteindre les femmes insuffisamment dépistées dans le cadre du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.

6 Pour plus d'information, voir https://kankerregister.org/nl/onderzoek/doeltreffendheid-van-het-aanbieden-van-een-zelfafnamekit-door-huisartsen-om-vrouwen-te.

7 Pour plus d'information, voir https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres

un humour typiquement britannique : « il est évident que je ne serais pas un bon politicien ». Pourtant, ce principe offre des perspectives essentielles pour l'élaboration des politiques publiques. L'universalisme proportionné repose sur l'idée **qu'une politique doit s'adresser à l'ensemble de la population, tout en adaptant l'intensité et l'ampleur des interventions en fonction des besoins spécifiques des différents groupes**. Il s'agit d'un concept fondamental, issu d'un long processus de recherche et d'analyse.

Ce parcours commence avec la nomination de Marmot à la présidence de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS, créée en 2005. Trois ans plus tard, la commission publie son rapport (Marmot et al., 2008), exactement 60 ans après la fondation de l'OMS et 30 ans après la Déclaration d'*Alma Ata*, considérée comme une étape majeure en santé publique. Cette déclaration affirme que l'accès à une bonne santé constitue un droit fondamental pour toutes et tous. L'objectif du rapport de Marmot était de formuler une déclaration claire et forte sur les causes des inégalités de santé. Mais son ambition personnelle allait plus loin : au-delà des recommandations politiques, il souhaitait initier un mouvement social mondial engagé dans la lutte contre les inégalités de santé. S'il ne savait pas encore précisément ce qu'impliquait un tel mouvement, il reconnaît aujourd'hui que les congrès, les débats politiques et l'engagement académique en sont les éléments constitutifs.

Pourquoi un mouvement social ? Parce que Marmot a mis en évidence que **les inégalités de santé sont principalement causées par des facteurs sociaux** — les fameux « déterminants sociaux » de la santé. Lorsqu'on pense à la santé, on pense souvent aux soins médicaux. C'est une association logique et importante, car l'accès universel aux soins reste une condition essentielle pour améliorer la santé publique. Mais Marmot pose une question fondamentale : « À quoi bon soigner les gens si on les renvoie ensuite vers les mêmes conditions qui les ont rendus malades ? » Il appelle ainsi à un changement de perspective, qu'il exprime clairement dans le rapport de l'OMS de 2008, où il affirme explicitement que les inégalités sociales tuent à grande échelle.

Au cœur de sa réflexion sur les déterminants sociaux de la santé se trouve le concept de gradient social. Se concentrer uniquement sur les plus pauvres peut sembler noble, mais cela passe à côté du problème central. En effet, même les personnes proches du sommet de l'échelle sociale ont une espérance de vie plus courte que celles tout en haut. Autrement dit, la mauvaise santé ne touche pas uniquement les plus défavorisés : il existe une continuité dans les écarts de santé tout au long de la hiérarchie sociale. Par exemple, au Royaume-Uni, Marmot soulignait déjà en 2010 que le relèvement de l'âge de la retraite à 67 ans poserait un problème. Il prédisait que non seulement les plus pauvres, mais environ deux tiers de la population n'atteindraient pas cet âge en bonne santé. Quinze ans plus tard, sa prédiction s'est confirmée : le nombre de personnes bénéficiant d'allocations pour incapacité de travail a augmenté, mettant le système sous pression financière, au point que les prestations ne peuvent plus être versées.

Marmot insiste sur le fait que le **gradient social est remarquablement universel** : il l'a observé en Espagne, en Belgique et ailleurs. C'est pourquoi, selon lui, se focaliser uniquement sur les groupes les plus défavorisés est insuffisant. La santé suit une distribution graduelle à travers toutes les couches de la société. Pour réduire ce gradient, Marmot a formulé en 2010 six recommandations :

1. Offrir à chaque enfant les meilleures conditions de départ dans la vie ;
2. Promouvoir l'éducation et l'apprentissage tout au long de la vie ;
3. Garantir des conditions de travail justes et équitables ;
4. Assurer un revenu minimum permettant une vie en bonne santé ;
5. Créer des environnements de vie sains et durables ;
6. Intégrer les déterminants sociaux dans les politiques de prévention.

Il a ensuite ajouté deux domaines complémentaires :

7. Lutter contre le racisme structurel et les discriminations ;
8. Intégrer la durabilité écologique dans la lutte pour l'équité en santé.

3.2. Diminution de l'espérance de vie due aux politiques d'austérité

Marmot ne formule pas ses recommandations politiques à la légère. Ses recherches ont montré que les interventions à un niveau structurel peuvent avoir un impact considérable. Un exemple frappant en est la rupture de tendance observée dans l'évolution de l'espérance de vie. Pendant des décennies, celle-ci augmentait d'environ un an tous les quatre ans — ce qui revient à dire que, chaque jour, l'espérance de vie de la population progressait de six heures. Ce rythme s'est maintenu pendant plus d'un siècle, jusqu'à une rupture brutale en 2010. Depuis lors, les progrès ont ralenti, jusqu'à une stagnation complète. Dans

certaines catégories de population, notamment dans les régions défavorisées, l'espérance de vie a même diminué. Jamais auparavant, en temps de paix, une période de quinze ans sans amélioration de l'espérance de vie n'avait été observée. Pour Marmot, ce phénomène est le résultat direct d'un **échec fondamental des politiques publiques à répondre aux besoins de la population**.

Cet échec se manifeste principalement par une aggravation des inégalités. Marmot le démontre à l'aide de données statistiques marquantes. La géographie sociale du Royaume-Uni révèle que Londres, cœur économique du pays, présentait initialement des résultats sanitaires relativement bons, tandis que les régions post-industrielles comme le nord-est de l'Angleterre souffraient déjà d'une espérance de vie plus faible et de retards sanitaires importants. Entre 2010 et 2020, ces écarts se sont fortement creusés. L'espérance de vie dans le Nord-Est a stagné ou diminué, en particulier parmi les 60% les plus pauvres. À Londres, l'espérance de vie semblait encore progresser légèrement, mais une analyse plus fine montre qu'il existe en réalité de fortes disparités entre quartiers. Les zones les plus défavorisées de la capitale ont connu une nette régression.

Marmot établit **un lien direct avec la politique d'austérité menée par le gouvernement conservateur** après 2010. La priorité était de réduire les dépenses publiques, mais les coupes budgétaires n'ont pas été réparties équitablement. Les communes ayant la plus faible espérance de vie ont vu leurs budgets locaux diminuer le plus fortement. Les communes les plus riches ont subi une réduction de 16%, tandis que les plus défavorisées ont perdu 32% de leur financement public. Autrement dit, plus une commune est pauvre, plus elle a été touchée par les coupes. Marmot qualifie cela d'échec systémique : « Selon quelle logique morale est-ce la bonne chose à faire ? » Les réductions ont principalement concerné les services sociaux fondamentaux : soins aux personnes âgées, garde d'enfants, logement, infrastructures publiques — autant d'éléments qui améliorent les conditions de vie et, par conséquent, la santé. Par ailleurs, les listes d'attente pour les soins médicaux se sont considérablement allongées.

Marmot et ses collègues ont estimé qu'entre 2009 et 2020, environ un million de décès au Royaume-Uni étaient liés à la privation sociale. En comparant cette période avec la décennie précédente, ils ont constaté une augmentation de 148 000 décès directement attribuables aux effets des politiques d'austérité. Malgré ces chiffres, les responsables politiques de l'époque continuent de défendre leurs choix, mettant en avant la croissance économique et la création d'emplois. Marmot les confronte à une autre réalité : les salaires réels du Britannique moyen sont aujourd'hui inférieurs à ceux d'il y a dix-huit ans. Et là encore, les inégalités sont frappantes. Les revenus des 10% les plus riches sont restés stables et comparables à ceux observés en Norvège. En revanche, les revenus de la classe moyenne et des 10% les plus pauvres ont fortement diminué. Si l'on ne considère que ces derniers, le Royaume-Uni est plus pauvre que la Slovénie. Marmot insiste : le Royaume-Uni n'est pas un « pays riche », mais un pays pauvre avec quelques régions riches, Londres en tête. Sans Londres, le PIB par habitant du Royaume-Uni serait comparable à celui des États américains les plus pauvres, comme le Mississippi.

Le Royaume-Uni présente également l'un des taux de pauvreté infantile les plus élevés de l'OCDE. Une manière d'envisager les perspectives des générations futures est d'examiner la mobilité sociale. Au Danemark, il faut en moyenne deux générations pour qu'un enfant issu d'un milieu défavorisé atteigne le revenu médian. Aux Pays-Bas — et probablement aussi en Belgique —, il en faut quatre. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, cinq générations sont nécessaires. Enfin, au Brésil, il en faut neuf. Marmot met en garde : de nombreux pays européens sont en train de suivre la trajectoire du Brésil, et cette tendance est directement liée aux investissements publics. Les pays scandinaves consacrent en moyenne deux fois plus de ressources par enfant à la petite enfance et à l'éducation que le Royaume-Uni. Aux États-Unis, ces investissements sont encore plus faibles.

3.3. Espoir et universalisme proportionné en action

Marmot met en garde de manière explicite contre l'idée de prendre le Royaume-Uni comme modèle en matière d'investissements publics. Il associe cet avertissement à une observation importante : les problèmes de santé ne concernent plus uniquement les groupes les plus défavorisés. **En raison de l'augmentation des inégalités de revenus et du coût croissant de la vie, les classes moyennes rencontrent elles aussi des difficultés croissantes.** Marmot souligne que les problèmes rencontrés par ces groupes tendent de plus en plus à ressembler à ceux des populations les plus pauvres, tandis que le 1% le plus riche continue de s'éloigner du reste de la société. Cette évolution remet en question l'idée selon laquelle la croissance économique mènerait automatiquement à un

bien-être collectif — une idée à laquelle les responsables politiques conservateurs restent attaché·es, malgré des preuves scientifiques qui la contredisent clairement, selon Marmot. C'est précisément pour cette raison que l'universalisme proportionné lui semble si essentiel : il s'agit d'un cadre politique qui investit dans la santé à travers l'ensemble du gradient social.

Dans la pratique, la mise en œuvre de ce principe reste toutefois complexe. Marmot fait référence à la loi des soins inversés (*inverse care law*) formulée par Julian Tudor Hart, selon laquelle l'accès aux soins est souvent inversement proportionnel aux besoins : plus les besoins sont grands, moins les soins sont disponibles. Et même lorsque des solutions politiques sont proposées, les interventions restent souvent limitées aux groupes les plus pauvres, sans prendre en compte l'ensemble du gradient social. En Écosse, par exemple, des initiatives ont été lancées pour réduire les inégalités de santé, mais beaucoup d'entre elles se sont à nouveau concentrées uniquement sur les communautés les plus défavorisées.

Des exemples internationaux offrent cependant des sources d'inspiration. Au Japon, les enfants préparent eux-mêmes leurs repas scolaires à partir de produits locaux, ce qui favorise à la fois la santé, la durabilité et la cohésion sociale. En Finlande, l'ensemble du système éducatif est public, sans alternative privée, garantissant ainsi une égalité des chances pour tous les enfants. Marmot défend également le principe de repas scolaires gratuits et universels. Il critique les dispositifs ciblés, qui peuvent être stigmatisants, et plaide pour un accès universel, comme cela a été proposé dans l'État du Minnesota par le gouverneur Tim Walz. Bien que ses opposants l'aient qualifié de « communiste dangereux », Marmot considère qu'il s'agit en réalité d'une excellente idée. Une alimentation saine est essentielle au développement des enfants, et le caractère universel de cette mesure est crucial pour lutter contre les inégalités de santé tout au long du gradient social.

Certaines autorités locales britanniques se montrent ambitieuses et inspirées. Coventry est devenue en 2013 la première « ville Marmot »[8], suivie notamment par Manchester et Leeds, où un outil de suivi a été mis en place. Il permet de visualiser les politiques locales mises en œuvre, est accessible au public et sert d'instrument d'évaluation. En Écosse, un plan est en cours d'élaboration pour une mise en œuvre nationale de l'approche Marmot. Récemment, plusieurs entreprises ont également commencé à s'inspirer des travaux récents de Marmot. En collaboration avec le groupe financier *Legal & General*, il a publié le rapport *The Business of Health Equity*, dans lequel il identifie trois domaines clés d'action pour les entreprises : premièrement, garantir de bonnes conditions de travail et un salaire décent ; deuxièmement, développer des produits et services favorables à la santé ; et troisièmement, générer un impact social et environnemental positif (Institute of Health Equity, 2022). Certaines entreprises et institutions, comme la *East London Foundation Trust*, appliquent déjà activement ces principes.

Tous ces exemples nourrissent l'espoir de Marmot. « Autrefois, je parcourais le monde en disant que j'étais un optimiste fondé sur les preuves, mais un collègue brésilien m'a corrigé : vous n'êtes pas optimiste, vous êtes porteur d'espoir ». L'optimisme suppose que l'on sait ce qui va se passer, et que les choses vont s'améliorer. Le pessimisme suppose également que l'on sait ce qui va se passer, mais que les choses vont empirer. Si tout est déjà écrit, pourquoi agir ? L'espoir, en revanche, permet d'agir. Comme l'écrivait Václav Havel, l'espoir n'est pas une prédiction de l'avenir, mais une attitude morale. C'est l'opposé de la peur, et cela implique la conviction que des améliorations substantielles sont possibles grâce à la coopération. « Collègues, nous faisons face à un monde extrêmement difficile », conclut Marmot, en s'appuyant sur des données tenaces et un ensemble de preuves statistiques accablantes. « Mais gardons l'espoir que nous pouvons améliorer ce monde. **L'espoir est une orientation de l'esprit, et la capacité d'agir non pas parce que le succès est garanti, mais parce que c'est juste »**.

Conclusion

Si l'accessibilité aux soins s'est imposée comme le fil conducteur de ces interventions, elle a néanmoins été explorée à travers une pluralité d'approches, révélant la complexité des enjeux et la diversité des perspectives

8 Le terme de « ville Marmot » ou « territoire Marmot » désigne une région qui s'engage activement à améliorer les conditions de vie de sa population en appliquant les huit déterminants sociaux de la santé mentionnés précédemment. Actuellement, environ 50 autorités locales réparties à travers l'Angleterre, l'Écosse et le pays de Galles revendiquent ce titre. Des projets et collaborations inspirés des travaux de Marmot sont également en cours en Amérique du Sud, dans la région de la Méditerranée orientale, sur le continent européen ainsi qu'à Hong Kong, où ses idées sont traduites en politiques concrètes (Institute of Health Equity, 2025).

mobilisées. **Dans les cas d'étude explorés par Tubeuf, il s'agit d'analyser l'existence des inégalités importante en accès aux soins de santé entre les populations migrantes et natives, des inégalités qui peuvent avoir des conséquences importantes pour leur santé.** Or, les personnes immigrées représentent, selon Tubeuf, une ressource essentielle en « capital humain » dans les sociétés européennes vieillissantes : en tenant compte du fait que le changement climatique et les conflits vont probablement intensifier les flux migratoires, il est aujourd'hui indispensable de réduire les inégalités systémiques en matière de santé défavorisant les minorités immigrées. Cela exige de développer une approche globale qui implique, premièrement, de reconnaître que des disparités existent même dans les systèmes de santé universels européens, deuxièmement, de mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé (logement, éducation, emploi), et enfin, d'offrir un accompagnement en santé mentale adapté.

Force est de constater que **l'intervention de Sarah Willems** s'inscrit dans cette lignée. Mais plus encore, elle voit en l'universalisme proportionné une réponse concrète à ces inégalités. Willems conclut son exposé en formulant plusieurs **conditions préalables nécessaires à la mise en œuvre d'une politique fondée sur le principe de l'universalisme proportionné**. Pour concrétiser une telle approche, il est tout d'abord essentiel de **disposer de données de qualité**, permettant d'identifier les patient·es ayant des besoins accrus en matière de soins, ainsi que de mettre en place des dispositifs de suivi. Cela représente encore un défi majeur. Deuxièmement, des **investissements suffisants** sont requis, non seulement en termes de moyens financiers pour développer les systèmes nécessaires, mais aussi en ressources humaines capables de les mettre en œuvre concrètement. Un changement de paradigme est en effet indispensable. De nombreux·ses professionnel·les de la santé, actuellement formés principalement à la prise en charge individuelle, doivent également apprendre à raisonner à l'échelle de la population. Cette évolution concerne également les décideurs·euses politiques et les concepteurs·trices d'interventions. D'un point de vue scientifique, une plus grande **clarté conceptuelle** est également nécessaire. La question des indicateurs permettant de définir les besoins en soins reste largement ouverte. À l'heure actuelle, ces besoins sont souvent évalués sur la base de diagnostics, mais selon Willems, il existe sans doute de meilleurs indicateurs que ceux fondés uniquement sur la maladie. Il est également crucial de mieux comprendre comment fixer des seuils : à partir de quand considère-t-on qu'une personne a des besoins accrus ? Enfin, il faut aussi **pouvoir déterminer comment mesurer l'objectif ultime, à savoir la réduction des inégalités sociales de santé.**

Ce qui rejoint ces interventions très différentes dans leurs formes, c'est finalement l'importance donnée aux inégalités, mais aussi au traitement différencié de situations en fait différentes. Le **professeur Marmot** a, durant sa présentation, formulé un plaidoyer puissant en faveur de l'universalisme proportionné comme principe directeur des politiques de santé. Son analyse démontre que les inégalités de santé ne sont pas uniquement le résultat de choix individuels ou de facteurs génétiques, mais qu'elles sont profondément enracinées dans les structures sociales, les inégalités de revenus et les décisions politiques. Investir dans l'accueil de la petite enfance, l'éducation, le logement, des salaires décents et les infrastructures sociales ne relève pas du luxe, mais constitue une condition indispensable à une société en bonne santé. L'approche doit être universelle, en tenant compte de l'ensemble du gradient social, et plus intensive là où les besoins sont les plus importants. Les exemples issus des villes Marmot, des pays scandinaves, du Japon ou de l'Écosse montrent que le changement est possible. Les preuves sont là. **Ce qu'il faut désormais, c'est du courage politique, de la solidarité et un engagement porteur d'espoir, fondé sur des principes moraux, pour faire la différence**.

L'accessibilité c'est la clé de voute d'un système de soins de santé de qualité. Le meilleur système du monde est inefficace s'il n'est pas accessible. Et c'est une question complexe au sens fort du terme, impliquant de nombreux paramètres, flux, forces, résistances : notre monde se technologise sans cesse, les flux migratoires sont nombreux, le dérèglement climatique fait sentir ses effets, la connaissance scientifique en matière médicale évolue, la mobilité de chacun et chacune est reconfigurée chaque jour… Mais ce qui ressort indéniablement des contributions présentées dans cet article, et plus généralement des contributions de cette journée d'étude, c'est **l'ampleur et la puissance du déterminant socio-économique sur l'accessibilité aux soins**. La précarité est intimement liée à la mauvaise santé.

Faire pareil pour toutes et tous, c'est créer des inégalités. **La question de l'accessibilité n'est donc pas une question de moyens égaux, mais une question d'objectifs et de vision**. Nous devons (re)penser le système pour qu'il soit accessible à toutes et tous et de ce fait travailler à réduire les inégalités de santé. **Les corps intermédiaires ont un rôle important à jouer dans ce processus, et la Mutualité chrétienne entend bien activement jouer le sien**.

Bibliographie

Abram, D. (2010). *Becoming Animal: An Earthly Cosmology*. New York: Pantheon.

Boggian, L., Madia, J. E., & Nicodemo, C. (2025). Bridging the pulse: Exploring inequalities in diabetes and hypertension medication prescriptions in Spain's immigrant and native communities. *Economics & Human Biology, 57*, 101489.

Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations, 286*, 4-22.

Elshahat, S., Moffat, T., & Newbold, K. B. (2022). Mental health among immigrants in Canada: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(3), 1647.

Giuntella, O., & Stella, L. (2017). The Acceleration of Immigrant Unhealthy Assimilation. *Health Economics, 26*(4), 511–518.

Institute of Health Equity. (2022). *The Business of Health Equity: The Marmot Review for Industry*. Institute of Health Equity.

Institute of Health Equity. (2025). *Taking Action*. https://www.instituteofhealthequity.org/

Jasso, G., Massey, D. S., Rosenzweig, M. R., & Smith, J. P. (2004). Immigrant Health: Selectivity and Acculturation. In N. Anderson, R. Bulatao, & B. Cohen, *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life* (pp. 227-266). National Academies Press.

Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. The Marmot Review.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet, 372*(9650), 1661-1669.

Vos, S. (2025). La fracture numérique et l'accessibilité des soins de santé. *Santé & Société, 13*, 38-53.

Health inequities and their causes. https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes

Évolution et enjeux du recours aux anticoagulants oraux

Hervé Avalosse, Rose-Marie Ntahonganyira — Service d'études CM-MC
Kris Van haecht, Jocelijn Stokx — Cellule d'expertise en matière de politique de santé CM-MC

Résumé

En Belgique, les anticoagulants oraux sont utilisés par 404.360 personnes et représentent 260 millions d'euros (brut) à charge de l'assurance obligatoire soins de santé en 2023. Ils sont prescrits principalement afin de prévenir les incidents thromboemboliques chez les patient·es souffrant de fibrillation auriculaire (arythmie entraînant la contraction rapide et irrégulière des oreillettes du cœur).

Pendant longtemps, les antagonistes de la vitamine K (AVK) ont constitué le traitement de référence. Leur désavantage est qu'ils nécessitent une surveillance étroite de la coagulation sanguine (via des analyses régulières de sang). À partir de 2009, les anticoagulants oraux directs (AOD) apparaissent. Ici, pas de surveillance intensive comme avec les AVK, ce qui les rend faciles d'utilisation pour les patient·es. Mais, avec les AOD, il est fondamental que la fréquence de prise de médicaments soit rigoureusement respectée, étant donné leur courte durée d'action. Enfin, quel que soit l'anticoagulant oral administré (AVK ou AOD), le traitement est à long terme et n'est pas sans risque d'incidents hémorragiques.

À l'aide des données de la MC, cette étude vise plusieurs objectifs : montrer l'évolution du recours aux anticoagulants oraux, examiner l'observance réelle des traitements. À cet égard, nous abordons plus particulièrement les problèmes de persistance (1) et d'adhérence (2) auprès de patient·es souffrant de fibrillation auriculaire :

(1) Dans quelle mesure le traitement est-il prématurément interrompu ?
(2) Pour les AOD, il est très important de prendre tous les jours son médicament. Mais est-ce que les patient·es disposent bien du volume de médicaments requis pour se soigner tous les jours tout au long d'une année ?

Mots-clés : Anticoagulants oraux, fibrillation auriculaire, persistance, adhérence, sécurité, étude quantitative

Tables des matières

1. Revue de la littérature **40**
- 1.1. Le problème : la fibrillation auriculaire (FA) 40
- 1.2. Parmi les traitements : les anticoagulants oraux 41
- 1.3. Évolution du recours aux anticoagulants oraux et leurs dépenses 42
- 1.4. Persistance et adhérence 43
- 1.5. Sécurité 44

2. Méthode **44**
- 2.1. Sélection des médicaments 44
- 2.2. Analyses descriptives 45
  - 2.2.1. Prévalence 45
  - 2.2.2. Les *'starters'* et les *'switchers'* 45
  - 2.2.3. Information diagnostique 45
  - 2.2.4. Information sur les incidents hémorragiques et/ou thrombotiques 46
- 2.3. Analyse de la persistance 46
  - 2.3.1. Population étudiée 46
  - 2.3.2. Courbes de Kaplan-Meier 47
- 2.4. Analyse de l'adhérence 50
- 2.5. Limites 51

3. Résultats **51**
- 3.1. Analyses descriptives 51
  - 3.1.1. Évolution du nombre d'utilisateur·rices d'anticoagulants oraux 51
  - 3.1.2. Prévalence des utilisateur·rices d'anticoagulants oraux 52
  - 3.1.3. Les *'starters'* et les *'switchers'* 52
  - 3.1.4. Recours aux anticoagulants oraux directs (AOD) : pour quel diagnostic ? 54
  - 3.1.5. Incidents hémorragiques et/ou thrombotiques 55
- 3.2. Analyse de la persistance 56
- 3.3. Analyse de l'adhérence 60

4. Discussion **60**
- 4.1. Recours aux anticoagulants oraux 60
- 4.2. Observance thérapeutique 61
- 4.3. Incidents hémorragiques et/ou thrombotiques 62
- 4.4. Le prix des AOD 63

5. Recommandations **63**

Conclusion **64**

Bibliographie **65**

Introduction

Notre sang doit pouvoir circuler librement dans notre corps. Mais lorsqu'une paroi de vaisseau sanguin est endommagée, elle doit aussi pouvoir coaguler rapidement pour colmater la fuite. La fluidité de notre sang est également régulée par un système complexe de coagulation sanguine impliquant de nombreux facteurs. Dans un certain nombre de circonstances, notamment après une intervention chirurgicale majeure (par exemple, la pose d'une prothèse de hanche ou de genou) et en cas d'arythmie cardiaque (en particulier, la fibrillation auriculaire, appelée aussi fibrillation atriale, FA en abrégé) une **coagulation indésirable** peut se produire. On entend par là la formation non voulue de caillots sanguins. Lorsque ceci a lieu dans une veine ou une artère, on parle de thrombose. Quand le caillot obstrue une artère cérébrale, cela provoque un accident vasculaire cérébral ischémique.

Pour prévenir la formation de caillots sanguins, les prestataires de soins recourent depuis longtemps aux anticoagulants oraux appelés **antagonistes de la vitamine K** (AVK). Ces médicaments requièrent un dosage précis qui doit être régulièrement ajusté en fonction des résultats de l'analyse de la coagulation sanguine. Depuis 2009, il existe en Belgique une nouvelle classe d'anticoagulants oraux, les **anticoagulants oraux directs** (AOD), avec un nombre croissant d'indications spécifiques au fil des années. Les AOD sont plus faciles à administrer, car ils ne nécessitent pas de surveillance étroite de la coagulation sanguine (via des analyses régulières de sang). En revanche, étant donné leur courte durée d'action, l'observance rigoureuse de la part des patient·es est nécessaire : il faut absolument respecter la fréquence de prise de médicaments telle que prescrite par le·la médecin. De plus leur coût est très élevé en comparaison des AVK. Dès lors, l'utilisation accrue des AOD est à l'origine d'une croissance spectaculaire des remboursements de la part de l'assurance obligatoire soins de santé (AO). Enfin, recourir aux anticoagulants oraux n'est pas sans danger : le traitement induit des risques hémorragiques non négligeables.

Dans ce contexte, il nous a semblé fondamental de consolider les connaissances scientifiques sur le sujet en se fondant sur une analyse détaillée des données concrètes de facturation, ainsi que sur les informations diagnostiques disponibles. En effet, si la littérature fournit une base solide sur l'efficacité et la sécurité des anticoagulants oraux, elle reste en partie centrée sur des résultats cliniques issus d'essais contrôlés, sans toujours s'attacher aux réalités de terrain, comme les pratiques de prescription, ou encore la réalité de l'observance thérapeutique et du suivi des patient·es. Autant d'éléments qui peuvent diverger sensiblement des recommandations théoriques, soulevant des questions importantes en matière d'efficacité thérapeutique. C'est dans ce contexte que la MC entend enrichir les connaissances déjà documentées, en mobilisant ses données afin d'explorer des dimensions encore peu explorées en Belgique, telles que le profil des patient·es et l'observance réelle des traitements.

Notre étude s'articule sur les axes principaux suivants :

1. **Le recours aux anticoagulants oraux**
   Comment les prescriptions ont-elles évolué dans le temps ? Quel est le profil des patient·es concerné·es ? Pour ces dernier·ères, peut-on détecter des incidents hémorragiques ?
2. **Analyse de la persistance**
   Le traitement aux anticoagulants oraux étant à long terme, souvent à vie, quelle est la proportion de patient·es qui arrêtent prématurément leur traitement ? Et quels sont les groupes à risque d'arrêter leur traitement ?
3. **Analyse de l'adhérence**
   La durée d'action des AOD étant courte, il est très important de prendre tous les jours son médicament. Mais est-ce que tous les jours les patient·es sous AOD disposent bien de la dose journalière recommandée ?

Après une revue de la littérature sur ces différents thèmes (point 1), nous décrivons les méthodes et analyses des données que nous avons mises en place (point 2), puis les résultats de nos analyses (point 3), que nous discutons par après (point 4). Enfin, nous terminons par quelques recommandations (point 5).

1. Revue de la littérature

1.1. Le problème : la fibrillation auriculaire (FA)

« Le cœur se contracte en moyenne 70 fois par minute au repos afin de faire circuler le sang. Le rythme cardiaque, lorsqu'il est normal, doit être régulier. En cas de FA, le cœur s'emballe et se met à battre de manière totalement irrégulière » (Ligue Cardiologique Belge, 2025). Cette anomalie du rythme cardiaque est assez fréquente : on estime que **la prévalence de la FA est de l'ordre de 2% à 4% de la population adulte**. Cette **prévalence est croissante avec l'âge** (Hindricks, et al., 2020) et, après ajustement pour l'âge, **est plus**

élevée chez les hommes que chez les femmes (Le Heuzey, 2010). Ainsi, « en Europe et aux États-Unis, on estime que 25% des personnes âgées de plus de 55 ans développeront une FA au cours de leur vie » (Elliott, Middeldorp, Van Gelder, Albert , & Sanders, 2023, p.405, notre traduction).

« La FA est une affection souvent discrète, voire asymptomatique ; quand elle se manifeste, c'est généralement par des signes peu spécifiques comme des palpitations, de l'essoufflement ou de la fatigue. Elle peut néanmoins conduire à une décompensation cardiaque[1]. Mais **le risque le plus redouté de la FA**, surtout chez les patient·es de [plus de] 65 ans, est le **risque thromboembolique** : des caillots de sang se forment dans la cavité de l'oreillette gauche et peuvent être éjectés, via les artères cérébrales, vers le cerveau, où ils provoquent un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) ischémique » (Van Brabandt, et al., 2016a, p. 6).

Les effets négatifs de la FA sont multiples. Non seulement elle altère la qualité de vie (fatigue, essoufflement, palpitations, qui limitent les activités quotidiennes) de 60% des patient·es qui en souffrent (Koull & Conus, 2023), mais elle augmente également le risque d'AVC. Il est ainsi estimé que **la FA multiplie par cinq le risque d'AVC** (Hindricks, et al., 2020)**. Elle est à l'origine de 25% à 30% des AVC ischémiques** et elle augmente de 1,5 à 3,5 fois la mortalité.

1.2. Parmi les traitements : les anticoagulants oraux

Afin de prévenir de façon substantielle le risque d'AVC, dans le cadre d'une fibrillation auriculaire, on recourt soit aux antagonistes de la vitamine K (AVK), soit aux anticoagulants oraux directs (AOD). À noter que **ces deux types de traitement sont souvent à vie et induisent des effets secondaires**, principalement des hémorragies cérébrales et gastro-intestinales.

Les AVK ont été pendant longtemps le traitement de référence pour la prise en charge des affections thromboemboliques veineuses et la prévention des AVC chez les patient·es souffrant de FA. **L'efficacité des AVK est reconnue : le risque d'AVC est réduit de deux tiers et le risque de mortalité d'un quart** (Capiau, et al., 2021; Scavée, 2019). Un autre avantage des AVK est leur durée d'action : un·e patient·e reste protégé·e même en cas d'oubli d'une prise de médicament (Van Brabandt, et al., 2016a; Scavée, 2019).

Toutefois, le traitement n'est pas aisé. En effet, des tests sanguins réguliers sont nécessaires de façon à monitorer la coagulation sanguine, mesurée par un paramètre appelé INR (*International Normalised Ratio*). L'idée est d'ajuster les doses de façon à maintenir le plus possible la valeur de l'INR entre 2 et 3 (au moins 70% du temps). Car, si la valeur de l'INR est inférieure à 2, le risque d'AVC ischémique augmente, cependant si elle est supérieure à 3, c'est alors le risque d'hémorragie qui augmente. Autre inconvénient : des interactions nombreuses avec d'autres médicaments compromettent l'efficacité du traitement. Il en va de même avec certains aliments, d'où des restrictions diététiques.

Les AOD[2] ont été introduits en Belgique à partir de 2009, afin de prévenir les accidents thromboemboliques à la suite d'une chirurgie orthopédique. À partir de 2012, leur remboursement par l'AO été élargi à la prévention des AVC pour les patient·es avec fibrillation auriculaire non valvulaire (FANV). Leur avantage principal est qu'ils ne nécessitent pas de tests fréquents de la coagulation sanguine comme pour les AVK, d'où une amélioration de la qualité de vie des patient·es. Par contre, les AOD ont une action 'rapide' : leur effet est réversible en moins d'une journée après l'arrêt d'une prise. **Une observance stricte du traitement est dès lors nécessaire**. « En effet, manquer une seule dose d'[AOD] peut exposer le·la patient·e à un risque thromboembolique accru, ce qui n'est pas le cas avec les AVK » (INAMI, 2017, p. 23). Si on ne connaît pas de problèmes d'interactions alimentaires, il faut toutefois rester attentif aux interactions médicamenteuses (Van Brabandt, et al., 2016a; Scavée, 2019). Enfin, les essais cliniques randomisés ont montré que, « globalement, les [AOD] sont d'une efficacité équivalente aux AVK en ce qui concerne la prévention des AVC ischémiques. Sur le plan de la sécurité, le risque hémorragique des [AOD] est significativement inférieur pour les hémorragies cérébrales, même si en termes absolus cette différence est très faible […]. En ce qui concerne les saignements digestifs, il y a en moyenne un léger désavantage pour les [AOD] avec les doses standards […] » (Van Brabandt, et al., 2016a, p. 9).

En cas de prise en charge d'hémorragies engageant le pronostic vital ou bien lorsqu'on doit procéder à une intervention chirurgicale invasive ou d'urgence, il est nécessaire de neutraliser l'action de l'anticoagulant. On administre alors un antidote spécifique à l'anticoagulant en cause. Dans ce cadre, les AOD ont un désavantage : actuellement, en Belgique, un seul antidote est remboursé

1 Aggravation subite des symptômes de l'insuffisance cardiaque.

2 Dans la littérature, on trouve diverses dénominations et acronymes pour dénoter cette classe de médicaments : nouveaux anticoagulants oraux ou NOAC (*Non-vitamin K antagonist Oral Anti-Coagulants*) ; DOAC (*Direct Oral Anti-Coagulants*).

par l'AO et inhibe spécifiquement l'action du dabigatran (un des quatre AOD disponibles) (Scavée, 2019).

Les AOD sont souvent prescrits de façon préférentielle aux patient·es souffrant de FANV et éligibles aux anticoagulants oraux (INAMI, 2017). Ils ne sont pas recommandés en cas de FA d'origine valvulaire (c'est-à-dire en cas de valvulopathie ou après la pose d'une valve cardiaque artificielle). Dans cette situation (et aussi en cas d'insuffisance rénale), les AVK restent les anticoagulants oraux de référence (Van Brabandt, et al., 2016a). Pour déterminer le type d'anticoagulant à prescrire, « le **choix se fait au cas par cas en tenant toujours compte de différents éléments tels que le risque d'AVC** (l'utilisation des anticoagulants chez des patient·es sans facteurs de risque thromboembolique n'est actuellement pas recommandée), **et le risque hémorragique** (adaptation de dose). Ces deux éléments sont évalués en amont de la prescription. Dans le choix que le·la médecin a à faire, il faut également tenir compte de la présence d'une coronaropathie […], de l'âge et du poids du·de la patient·e […], de sa fonction rénale […], sa préférence pour l'une ou l'autre molécule (prise unique, ou deux doses/jour) et sa compréhension du traitement qui sera quant à elle un point déterminant dans l'observance thérapeutique » (Scavée, 2019, p. 279).

1.3. Évolution du recours aux anticoagulants oraux et leurs dépenses

Avec l'arrivée des AOD, le recours aux anticoagulants oraux a considérablement augmenté. Une méta-analyse portant sur 21 études observationnelles, incluant environ 10 millions de personnes souffrant de FA, montre que « la proportion mondiale d'utilisateur·rices d'anticoagulants oraux parmi les patient·es atteint·es de FA et éligibles à ces anticoagulants a presque doublé, passant de 42% en 2010 à 78% en 2018, en raison d'une augmentation considérable des utilisateur·rices d'AOD, alors que la proportion d'utilisateur·rices d'AVK n'a que légèrement diminué. […] En 2017, la prévalence[3] des utilisateur·rices d'AOD a dépassé celle des utilisateur·rices d'AVK dans le monde entier, alors qu'au niveau de l'incidence les utilisateur·rices d'AOD avaient déjà dépassé les utilisateur·rices d'AVK en 2014 » (Grymonprez, Simoens, Steurbaut, De Backer, & Lahousse, 2022b, p. 894, notre traduction).

Pour la Belgique, nous disposons de données précises qui reflètent bien cette tendance générale. Une étude couplant les données de l'Agence Intermutualiste (AIM) et du Résumé Clinique Minimum (une base de données hospitalières reprenant notamment les données diagnostiques à la sortie d'un séjour hospitalier) identifie les personnes de 45 ans et plus, souffrant de FANV et qui ont eu recours (au moins une fois) aux anticoagulants oraux sur la période 2013 à 2019 : « la prévalence de l'utilisation des anticoagulants oraux est passée de 337 à 435 utilisateur·rices/10.000 personnes âgées de 45 ans et plus entre 2013 et 2019 (augmentation de 29,1%), en raison d'une augmentation du recours aux AOD (86 à 351 utilisateur·rices/10.000 personnes; de 25,5% à 80,6% des utilisateur·rices d'anticoagulants oraux), tandis que la prévalence de l'utilisation des AVK a diminué (251 à 84 utilisateur·rices/10.000 personnes). La prévalence du recours aux AOD a dépassé celle des AVK à partir de juillet 2015 » (Grymonprez, et al., 2023a, p. 1.365, notre traduction). De plus, la prévalence de l'utilisation d'anticoagulants oraux est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, chez les 75 ans et plus que chez les moins de 75 ans.

Divers rapports de l'INAMI mesurent l'évolution du nombre d'utilisateur·rices d'anticoagulants oraux délivrés par les officines publiques (banque de données Pharmanet). Si en 2011, on comptait environ 200.000 patient·es traité·es, en 2023 on en est à près de 404.000 patient·es, soit 3,5% des personnes couvertes par l'AO (INAMI, 2017 et 2024). Ce dernier pourcentage varie selon qu'on bénéficie ou pas de l'intervention majorée[4] (en 2023, respectivement, 4,2% et 3,3%), selon le sexe (en 2023, hommes : 4,3% ; femmes : 2,7%).

Du côté des dépenses[5] (brutes) à charge de l'AO, l'augmentation est assez spectaculaire. Elles passent de 54 millions d'euros en 2013 à 260 millions d'euros en 2023 (INAMI, 2016, 2017 et 2024a). Cette augmentation est due à plusieurs facteurs : davantage de patient·es avec FA sont traité·es que par le passé (INAMI, 2017, p. 24), notamment du fait de « l'évolution des guidelines internationaux qui

3 La prévalence correspond à la proportion de cas d'un certain évènement (par exemple, suivre un certain traitement, souffrir d'une maladie) au sein d'une population, à une date ou période donnée. La prévalence tient compte aussi bien des anciens que des nouveaux cas. L'incidence ne tient compte que des nouveaux cas durant une période donnée.

4 Ce statut social (statut BIM) permet d'obtenir des remboursements plus élevés de la part de l'AO. Il est octroyé aux ménages disposant de faibles revenus (en deçà d'un certain plafond de revenus).

5 Il s'agit de dépenses « brutes ». En effet, les AOD « sont remboursés par le biais d'une convention entre l'entreprise pharmaceutique et l'[INAMI]. Les chiffres indiqués ici sont ceux basés sur le prix catalogue. Les coûts réels pour l'INAMI sont confidentiels et sont calculés sur la base des rétrocessions réglées par la convention » (INAMI, 2021, p. 38).

ont progressivement élargi les indications de l'anticoagulation » (Van Brabandt, et al., 2016a, p. 14), mais surtout **des prix unitaires des AOD bien plus élevés que ceux des AVK**. En effet, l'INAMI observe qu'en 2023, les dépenses par DDD[6] varient de 0,28 à 0,34 euro pour les AVK. Cependant du côté des AOD, les dépenses par DDD varient de 2,26 à 2,93 euros, soit de 7 à 10 fois plus que les AVK. La part du volume en DDD des AOD par rapport au volume total d'anticoagulants oraux délivrés en officine publique a énormément augmenté sur une décennie. Elle est passée de moins de 40% en 2013 à plus de 90% en 2023 (INAMI, 2024a). Il est clair que ce sont les AOD qui sont à l'origine de la croissance des dépenses.

1.4. Persistance et adhérence

Comme vu précédemment, **il est crucial que les patient·es suivent correctement leur traitement**. On entend par là qu'ils·elles ne l'abandonnent pas en cours de route (persistance), qu'ils·elles respectent bien le plan de traitement (fréquence de prise, dosage) prévu par leur médecin (ad-

Tableau 1 : Quelques études autour de la persistance et adhérence à un traitement aux anticoagulants oraux

Pays	Population étudiée	Méthode	Résultats
Analyse sur base d'**informations rapportées** par les patient·es			
Belgique (Smet, et al., 2018)	Une centaine de patient·es souffrant de FA et ayant bénéficié d'une ablation par radiofréquence puis traité·es tant par des **AOD** (85% des cas) que des AVK (13%).	**Questionnaire** à remettre lors d'une visite de contrôle (3 mois après l'intervention) et permettant de calculer un score d'**adhérence**.	Près de 72,4% des patient·es avaient un score d'**adhérence** élevé, 23,5% un score moyen et 4,1% un score faible.
Pays-Bas (Toorop, et al., 2020)	1.400 patient·es provenant de trois cliniques d'anticoagulation et dont le traitement aux anticoagulants est passé des AVK aux **AOD**. La FA était l'indication principale pour le traitement chez 76% de ces patient·es.	**Questionnaire** envoyé par la poste.	**Persistance** : 94%. **Adhérence** : 86%.
Analyse sur base de **données réelles de délivrance** relatives aux médicaments			
Belgique (Grymonprez, et al., 2022a)	280.000 patient·es âgé·es de 45 ans et plus, souffrant de FANV et ayant eu recours (au moins une fois) aux anticoagulants oraux sur la période 2013 à 2019.	**Persistance** : évaluation selon la méthode Kaplan-Meier.	**AOD** : 69,6% des patient·es étaient persistant·es après 1 an, 59,4% après 2 ans, et 44,3% après 5 ans. **AVK** : 37,2% des patient·es étaient persistant·es après 1 an, 29,4% après 2 ans, et 18,9% après 5 ans.
		Adhérence : mesurée par la proportion du **nombre de jours couverts** (*proportion of days covered* – PDC), soit le nombre de jours couverts par les délivrances durant un certain intervalle de temps divisé par le nombre total de jours de cet intervalle.	**AOD :** le PDC moyen est de 97% (intervalle considéré : une année). Environ 81% des patient·es ont un PDC supérieur à 95%, 9% ont un PDC compris entre 90% et 95% et **10% des patient·es ont un PDC inférieur à 90%** (cette valeur de PDC est considérée comme mauvaise, car elle induit une aggravation des risques thromboemboliques et de mortalité).
France (Fuchs, Spinewine, Zerah, & Henrard, 2025)	1.358 patient·es souffrant de FANV et qui ont commencé un traitement aux **AOD**.	Analyse d'une **base de données de 'vie réelle'** (combinant diverses sources d'informations, comme les diagnostics et prescriptions d'un panel de médecins généralistes et spécialistes).	**Persistance :** 30% d'interruption du traitement après une année lorsqu'on considère une interruption dans la délivrance de médicaments d'au moins 30 jours (23% lorsque l'interruption est d'au moins 60 jours). **Adhérence** : la proportion de patient·es ayant un PDC inférieur à 80% (90%) est de 24% (33%) sur une année. Les patient·es avec un PDC inférieur à 80% sont considéré·es comme non-adhérent·es.

6 « DDD est l'acronyme de l'expression anglaise *defined daily dose* ou, littéralement, dose journalière définie. Elle est définie comme la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. […] La DDD est attribuée par un bureau d'experts de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] pour chaque substance active appartenant à la classification internationale ATC [*Anatomical Therapeutic Chemical*] des principes actifs » (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457).

hérence). Dans la littérature, ces deux aspects sont investigués de diverses façons : soit par des questionnaires administrés aux patient·es, soit par l'analyse de données réelles (comme les données de facturation, de prescription, etc.).

Dans le tableau 1, nous résumons les résultats de quelques études, menées en Belgique, aux Pays-Bas et en France. Malgré les différences de méthode, il ressort que la persistance d'un traitement aux AOD est relativement élevée et bien supérieure à celle observée pour un traitement aux AVK. Cela dit, même avec des AOD, le pourcentage de patient·es qui interrompent leur traitement est loin d'être négligeable (près de 30% d'interruption après une année en Belgique et en France). Quant à l'adhérence à un traitement aux AOD, là aussi les résultats indiquent qu'une proportion non négligeable de patient·es ont une adhérence insuffisante à leur traitement (de 10% à 24%, respectivement en Belgique et France).

1.5. Sécurité

Quel que soit le type d'anticoagulant oral administré, **les risques d'hémorragie sont bien présents et sont loin d'être négligeables**. « Dans des essais cliniques randomisés, l'incidence d'hémorragie majeure[7] est relativement basse et varie entre 2-3% par année chez des patient·es anticoagulé·es pour une fibrillation auriculaire ou une maladie thromboembolique. […] En dehors du cadre privilégié d'études cliniques, le contrôle de l'anticoagulation en médecine ambulatoire reste plus difficile à assurer. En effet, des études observationnelles montrent que l'incidence hémorragique annuelle chez des patient·es non sélectionné·es [dans le cadre d'études cliniques], chez qui l'anticoagulation orale est prise en charge par leur médecin de famille, avoisine les 6% » (Cosma Rochat, Waeber, Lamy, & Aujesky, 2007, p. 2461).

Le risque hémorragique peut encore être plus élevé pour certains groupes de patient·es. Bien des facteurs peuvent jouer. Par exemple, passer d'un traitement par AVK vers les AOD chez des **personnes âgées** (≥ 75 ans) **fragiles** et **souffrant de FA** peut entrainer plus de saignements que le traitement continu avec des AVK (15,3% versus 9,4%), sans réduire les événements thromboemboliques (Joosten, et al., 2024).

Un autre groupe à risque concerne les patient·es **polymédiqué·es** (qui prennent cinq médicaments et plus). Ainsi, une étude belge portant sur 255.000 patient·es avec FA indique que la polymédication concerne 66% d'entre eux·elles. La polymédication augmente le risque de mortalité, de survenance d'un évènement thromboembolique mais aussi le risque hémorragique. Pour les patient·es polymédiqué·es, les AOD montrent un meilleur profil bénéfice-risque que les AVK (Grymonprez, Petrovic, De Backer, Steurbaut, & Lahousse, 2023b).

2. Méthode

2.1. Sélection des médicaments

Dans cette étude, nous avons sélectionné tous les anticoagulants oraux disponibles en Belgique (voir Tableau 2), identifiés par leur code ATC[8] au niveau 5 (qui dénote le principe actif). Pour les membres de la MC (tant la MC flamande que la MC francophone et germanophone), toutes les données de facturation entre 2008 et 2023 relatives à ces spécialités pharmaceutiques ont été rassemblées. Ces spécialités ont été remboursées dans le cadre de l'AO et délivrées tant en officine publique qu'en officine hospitalière.

Tableau 2 : Anticoagulants oraux sélectionnés

Groupe des anticoagulants oraux	ATC5	Principe actif
Antagonistes de la vitamine K (AVK)	B01AA03	warfarine
	B01AA04	phénprocoumone
	B01AA07	acénocoumarol
Anticoagulants oraux directs (AOD)	B01AE07	abigatran étéxilate
	B01AF01	rivaroxaban
	B01AF02	apixaban
	B01AF03	édoxaban

7 Définition : hémorragie fatale, intracrânienne, rétropéritonéale ou nécessitant des transfusions ou une hospitalisation.

8 Pour en savoir plus sur la classification ATC, voir Stokx, Van haecht, & Ntahonganyira (2025), p. 63.

2.2. Analyses descriptives

2.2.1. Prévalence

Grâce aux données de facturation, nous pouvons identifier chaque année les membres de la MC ayant bénéficié d'au moins un conditionnement[9] remboursé de médicaments mentionnés dans le tableau 2. Cela nous permet de calculer la prévalence, c'est-à-dire la proportion d'utilisateur·rices d'anticoagulants oraux par rapport à l'ensemble des membres de la MC. Autrement dit, nous mesurons combien de personnes, parmi tous·tes les affilié·es, ont eu recours à ces médicaments au cours d'une année donnée.

Cette prévalence est ensuite analysée selon plusieurs critères : l'âge, le sexe, le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (statut BIM) et la région. Pour garantir la comparabilité de la prévalence selon un de ces critères, nous appliquons une standardisation directe par rapport aux autres critères. Par exemple, lorsque nous comparons les régions, nous neutralisons l'effet des trois autres critères qui sont l'âge, le sexe et le statut BIM. Dès lors, si on observe des disparités régionales quant à l'utilisation des anticoagulants oraux, elles ne pourront pas être attribuées à une répartition inégale des trois critères (âge, sexe, et statut BIM) au sein des régions.

2.2.2. Les *'starters'* et les *'switchers'*

Parmi les personnes ayant recours aux anticoagulants oraux, nous identifions les *'starters'*, c'est-à-dire les individus qui :

- ont entamé un traitement aux anticoagulants oraux ;
- et pour lesquels aucun remboursement de ce type de médicament n'a été enregistré durant les trois années précédant l'année du premier remboursement.

Autrement dit, un *'starter'* est une personne qui débute réellement un traitement aux anticoagulants oraux, sans antécédent récent de remboursement pour ces mêmes médicaments.

Nous avons calculé, parmi les membres de la MC, le nombre de *'starters'*, entre 2011 et 2023. Nous partons de 2011 afin de pouvoir vérifier si, pour chaque *'starter'*, le critère de trois années sans antécédent de remboursement est bien rempli.

Pour chacun de ces *'starters'*, nous avons examiné :

- l'année de début du traitement ;
- le type d'anticoagulant utilisé au début du traitement (AOD ou AVK) ;
- et l'évolution du traitement dans le temps, afin de déterminer s'il reste inchangé ou non.

Cette analyse nous permet d'identifier les *'switchers'*, c'est-à-dire les personnes ayant changé de type d'anticoagulant au cours de la période étudiée - par exemple, en passant d'un AVK à un AOD, ou inversement - entre l'année de début du traitement et 2023, ou jusqu'à leur décès éventuel durant cette période.

2.2.3. Information diagnostique

Les **anticoagulants oraux directs** (AOD) sont des médicaments soumis à une procédure particulière de remboursement appelée **'chapitre IV'**[10]. Cela signifie que, pour qu'un·e patient·e puisse bénéficier du remboursement, une **autorisation préalable** doit être accordée par un·e **médecin-conseil** de la mutualité. Cette procédure vise à encadrer l'usage de certains médicaments coûteux ou spécifiques, en veillant à ce qu'ils ne soient remboursés que dans des situations médicales bien définies.

Chaque médicament concerné par le 'chapitre IV' est associé à un **'paragraphe'**, qui décrit précisément les **conditions médicales** dans lesquelles le remboursement est autorisé. Ces paragraphes permettent donc de connaître la **motivation clinique** de la prescription. Par exemple, le **paragraphe 6270000** concerne les spécialités à base de **dabigatran** prescrites dans un objectif de **prévention de l'accident vasculaire cérébral** (AVC) et de l'**embolie systémique** (ES) chez les adultes atteints de **fibrillation auriculaire non valvulaire** (FANV).

Grâce à ces informations, nous pouvons établir une répartition des **diagnostics associés** aux demandes d'autorisation pour les AOD. Cela nous permet notamment d'identifier précisément les patient·es souffrant de FANV, une population d'intérêt dans le cadre de notre étude.

À noter qu'une telle analyse n'est pas réalisable pour les **antivitamines K** (AVK), car ces médicaments **ne sont pas soumis au 'chapitre IV'** : leur remboursement ne nécessite pas d'autorisation préalable, ce qui ne permet pas d'associer directement leur usage à un diagnostic spécifique.

9 Il s'agit d'un paquet de médicaments, qui peut contenir une ou plusieurs unités (par exemple, des comprimés).

10 Plus concrètement, il s'agit du chapitre IV de la 1ère annexe de l'Arrêté Royal du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (M.B., 15/03/2018).

2.2.4. Information sur les incidents hémorragiques et/ou thrombotiques

Comme l'indique la littérature, le risque hémorragique est bien présent quand on recourt aux anticoagulants oraux. De plus, même si grâce à ces traitements le risque thrombotique est réduit, il n'en est pas pour autant annulé. Dans la littérature, il y a peu d'études observationnelles quant à la survenance de ces deux types d'incident parmi des patient·es traité·es avec des anticoagulants oraux. C'est pourquoi nous tentons une approche exploratoire à l'aide des données disponibles en mutualités.

Comment détecter les incidents hémorragiques et thrombotiques ? Grâce aux informations échangées entre les mutualités et les hôpitaux lors d'une hospitalisation, nous pouvons avoir des informations diagnostiques, enregistrées en texte libre. Sur base de mots-clés spécifiques, **nous pouvons alors détecter les patient·es hospitalisé·es en raison d'incidents hémorragiques ou thrombotiques**.

Nous limitons l'analyse à une indication précise : la **fibrillation auriculaire non valvulaire** (FANV). La population d'étude est celle des *'starters'* (et non *'switchers'*) de l'année 2012 et 2013 qui remplissent les conditions reprises au tableau 3. De plus, nous excluons les personnes ayant eu un traitement irrégulier (avec une interruption d'au moins une année entre deux délivrances, voir Figure 2). Nous arrivons alors à une population de 27.176 personnes.

Pour toutes ces personnes, nous regardons dans quelle mesure elles ont été admises à l'hôpital du fait d'une hémorragie ou d'une thrombose durant une période de suivi de neuf années[11]. Si plusieurs séjours hospitaliers entrent en considération, nous sélectionnons le premier. De plus, nous ne tenons pas compte des patient·es pour lesquel·les le séjour hospitalier sélectionné a eu bien lieu mais après la période de traitement aux anticoagulants oraux (au-delà d'une année après l'année d'arrêt du traitement). Au final, la population étudiée comprend 26.153 personnes (14.033 personnes traitées avec AVK ; 12.120 avec AOD).

Le risque de survenance d'un évènement hémorragique ou thrombotique est alors mesuré en calculant la proportion de patient·es pour lesquel·les l'évènement d'intérêt est survenu par rapport au nombre total de patient·es considéré·es.

En guise de comparaison, nous faisons la même chose pour un **groupe de contrôle**. Il s'agit de personnes ayant des caractéristiques semblables aux patient·es considéré·es ci-dessus (par cohorte : même classe d'âge, même sexe, même statut BIM, même région, décédé·es ou pas durant la période de suivi), mais **n'ayant pas commencé de traitement avec des anticoagulants oraux et n'y ayant jamais eu recours durant la période de suivi**. Afin de constituer le groupe de contrôle, nous avons sélectionné au hasard 5 personnes comparables pour chaque patient·e traité·e avec des anticoagulants oraux (appariement 1:5). Nous pourrons ainsi comparer le risque d'hospitalisation en raison d'une hémorragie ou d'une thrombose de ceux et celles qui se soignent avec des anticoagulants oraux à celui observé dans le groupe de contrôle.

2.3. Analyse de la persistance

L'analyse de la persistance consiste à examiner dans quelle mesure les personnes traitées aux anticoagulants oraux renoncent prématurément à prendre leurs médicaments. La population étudiée est constituée par des patient·es souffrant de **fibrillation auriculaire non valvulaire** (FANV). La méthode d'analyse est celle de Kaplan-Meier. Ci-après nous décrivons plus avant ces points méthodologiques.

2.3.1. Population étudiée

Les conditions d'inclusion et d'exclusion des patient·es faisant partie de la population étudiée sont reprises au tableau 3. Elles ont pour but de restreindre cette population à ceux et celles qui souffrent de FANV et qui reçoivent un traitement d'une durée significative (nous voulons éviter les traitements trop brefs). Comme les dernières données disponibles au moment de la réalisation de cette analyse de la persistance étaient afférentes à 2023, nous sélectionnons les *'starters'* de 2012, 2013 et 2014. Ceci nous permet d'avoir une période d'observation de neuf années (la même pour chaque cohorte de *'starters'*) après le début du traitement.

Parmi les *'starters'* sélectionnés, nous excluons les *'switchers'*, soit les personnes ayant changé de type d'anticoa-

11 Au moment de la réalisation de cette étude, les données 2023 n'étaient pas complètes. C'est pourquoi les *'starters'* de l'année 2014 n'ont pas été repris dans cette analyse.

Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'étude de la persistance

Starters **en 2012, 2013 et 2014 avec**	**Conditions**
Anticoagulants oraux directs (AOD)	Patient·es ayant obtenu l'accord d'un·e médecin-conseil aux paragraphes suivants : 6270000, 6270100, 6270200, 6330000, 6330100, 6330200,6660000, 6660100, 6660200, 8370000, 10220000
	Les spécialités pharmaceutiques sélectionnées sont les suivantes : - apixaban (2,5 et 5 mg) - édoxaban (15, 30 et 60 mg) - dabigatran étéxilate (110 et 150 mg) - rivaroxaban (15 et 20 mg)
Antagonistes de la vitamine K (AVK)	Exclusion des patient·es ayant eu les prestations suivantes : - 159132-159143, 159154-159165, 181775-181786 (opération valvulaire) - 159110-159121 (valve mécanique : *monoleaflet*) - 612415-612426, 684736-684740 (valve cardiaque)
Exclusions	- *'switchers'* (patient·es ayant changé d'anticoagulant : AVK vers AOD ou AOD vers AVK) - personnes avec des délivrances provenant d'une officine publique et/ou d'une officine hospitalière mais pour un traitement d'une durée maximale équivalente à 35 jours

gulant après le début du traitement. En effet, nous voulons avoir une analyse claire de la persistance du traitement selon le type d'anticoagulant (AOD ou AVK). Or, en cas d'alternance entre AVK et AOD en cours du traitement, on ne peut plus attribuer sans ambiguïté les résultats d'analyse à un type précis d'anticoagulant oral.

Afin de bien sélectionner des personnes souffrant de FANV, nous procédons de la façon suivante :

- Pour les '*starters*' sous AOD, nous nous limitons aux personnes ayant obtenu un accord de remboursement de leur médecin-conseil dans le cadre de certains 'paragraphes' du chapitre IV, qui précisent clairement que la pathologie pour laquelle les médicaments sont prescrits est bien la FANV.
- Pour les '*starters*' sous AVK, nous ne disposons pas de ce type d'information. Comme nous voulons limiter notre analyse au traitement de la fibrillation auriculaire non valvulaire, nous excluons les patient·es ayant eu des prestations indiquant une pathologie valvulaire.

Enfin, comme la période d'observation est de maximum neuf années (après le début du traitement), il faut que toutes les personnes sélectionnées soient présentes dans les bases de données de la MC durant toute cette période (ou jusqu'à leur décès si ce dernier survient dans les neuf années après le début du traitement).

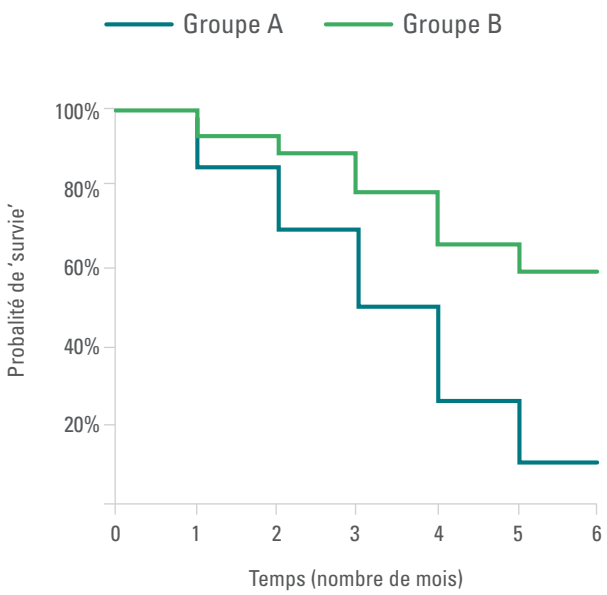
Finalement, nous obtenons une population d'étude de 45.573 membres de la MC qui satisfont à toutes ces conditions d'inclusion et d'exclusion. Parmi eux :

- 24.260 sont des *'starters'* traités avec des AOD (âge moyen : 76 à 77 ans, 49% de femmes, 32% de BIM)
- 21.313 sont des *'starters'* traités avec des AVK (âge moyen : 68 à 70 ans, 51% de femmes, 30% de BIM).

2.3.2. Courbes de Kaplan-Meier

Pour analyser la persistance, nous allons utiliser la méthode de Kaplan-Meier qui permet de tracer des courbes dites de 'survie'. Ce type de courbe nous donne l'information suivante : partant d'un groupe de personnes au temps 'zéro', combien en reste-t-il au temps 'un', au temps 'deux', etc., compte tenu de la survenance éventuelle d'un évènement d'intérêt ? L'allure générale de ces courbes est illustrée à la figure 1. Ce sont des courbes en escalier où le temps est mis en axe horizontal, l'évolution de la proportion de personnes se lisant sur l'axe vertical (en commençant à 100% au temps 'zéro'). Au fil du temps, on peut voir alors le pourcentage de personnes qui 'survivent' à l'évènement d'intérêt (autrement dit pour lesquelles l'évènement d'intérêt n'a pas eu lieu). Dans l'exemple fictif de la figure 1, après 6 mois, il reste 10% des personnes groupe A (ligne bleue), 60% dans le groupe B (ligne verte). On peut donc dire que la survenance de l'évènement d'intérêt (quel qu'il soit) a été plus fréquente dans le groupe A que dans le groupe B.

Figure 1 : Exemple fictif de courbes de Kaplan-Meier



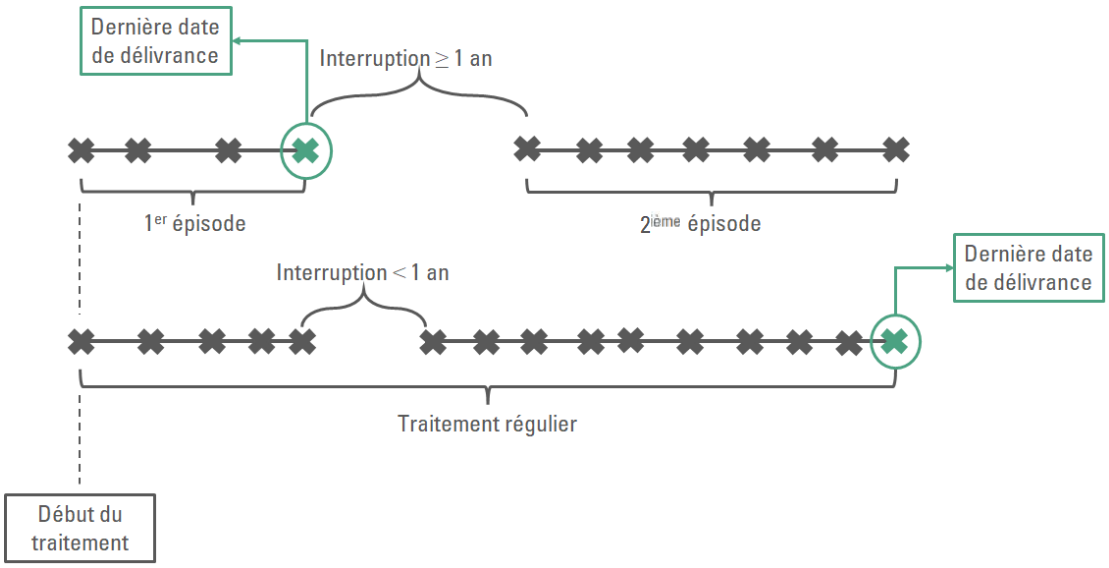
Dans le cadre de notre étude, il s'agit d'examiner dans quelle mesure les patient·es ayant commencé un traitement aux anticoagulants oraux persistent dans leur traitement au fil du temps, c'est-à-dire ne l'abandonnent pas prématurément. Pour notre analyse, l'évènement d'intérêt est donc l'arrêt prématuré du traitement, sans que cet arrêt ne soit lié au décès du·de la patient·e. Le temps « zéro » correspond à la date de début du traitement.

Les patient·es faisant partie de la population étudiée sont décrit·es au point précédent et nous allons les suivre durant neuf années à partir de la date de début de leur traitement. Cela signifie que pour les '*starters*' de 2012, 2013 et 2014, la date de fin d'étude correspond, respectivement, au 31/12/2021, 31/12/2022 et 31/12/2023. Certains *'starters'* ont pu décéder au cours de cette période de suivi. Évidemment, le décès entraîne de fait l'arrêt du traitement mais nous n'assimilons pas cet évènement à un arrêt prématuré, car en cas d'arrêt prématuré de son traitement la personne concernée est toujours bien en vie. C'est pourquoi le décès est considéré comme une situation de « censure » (*censored*). On entend par là le fait que l'évènement d'intérêt (soit l'arrêt prématuré du traitement) ne s'est pas produit pendant la période de suivi. De même, par définition, sont également « censuré·es », les patient·es qui continuent le traitement sans interruption au-delà de la date de fin d'étude (peu importe ce qui arrive par la suite).

Pour appliquer la méthode Kaplan-Meier, il nous faut déterminer la **date d'arrêt de traitement**, pour chaque patient·e. Cette dernière est calculée sur base de la dernière date de délivrance connue. Nous procédons donc en deux étapes.

Dans un premier temps, nous déterminons la **dernière date de délivrance** d'un conditionnement d'anticoagulants oraux. Soulignons qu'un traitement peut être continu (régulier) ou discontinu. Nous considérons qu'un traitement est régulier lorsque l'intervalle entre deux dates de délivrance est inférieur à une année. Dans ce cas, nous retenons la dernière date de délivrance connue de ce traitement (voir Figure 2). Dans le cas d'un traitement discontinu, on peut observer plusieurs épisodes : des délivrances régulières puis une interruption, d'au moins une année, ensuite les délivrances reprennent. Par exemple, dans le 1er cas décrit à la figure 2, le traitement est constitué de deux épisodes, séparés par une interruption de plus d'une année. Dans ce genre de situation, nous sélectionnons la dernière date de délivrance du 1er épisode (nous ne tenons pas compte des épisodes ultérieurs).

Figure 2 : Sélection de la dernière date de délivrance



Dans un second temps, nous calculons la **date d'arrêt du traitement** de la façon suivante.

- Pour les AOD :
  À la dernière date de délivrance, on calcule le nombre de *comprimés* relatifs au conditionnement délivré à cette date (à chaque conditionnement est associé un nombre déterminé de comprimés). Ce nombre de comprimés est converti en nombre de jours sur base des hypothèses suivantes :
  a) avec les délivrances de rivaroxaban ou édoxaban, on part du principe que la prise de ces médicaments se fait à raison d'un comprimé par jour ;
  b) avec apixaban ou dabigatran étéxilate, la prise de ces médicaments se fait à raison de deux comprimés par jour (Van Brabandt, et al., 2016b, p. 36).
  Après cette conversion, le nombre de jours est ajouté à la dernière date de délivrance, ce qui nous donne la date d'arrêt de traitement.

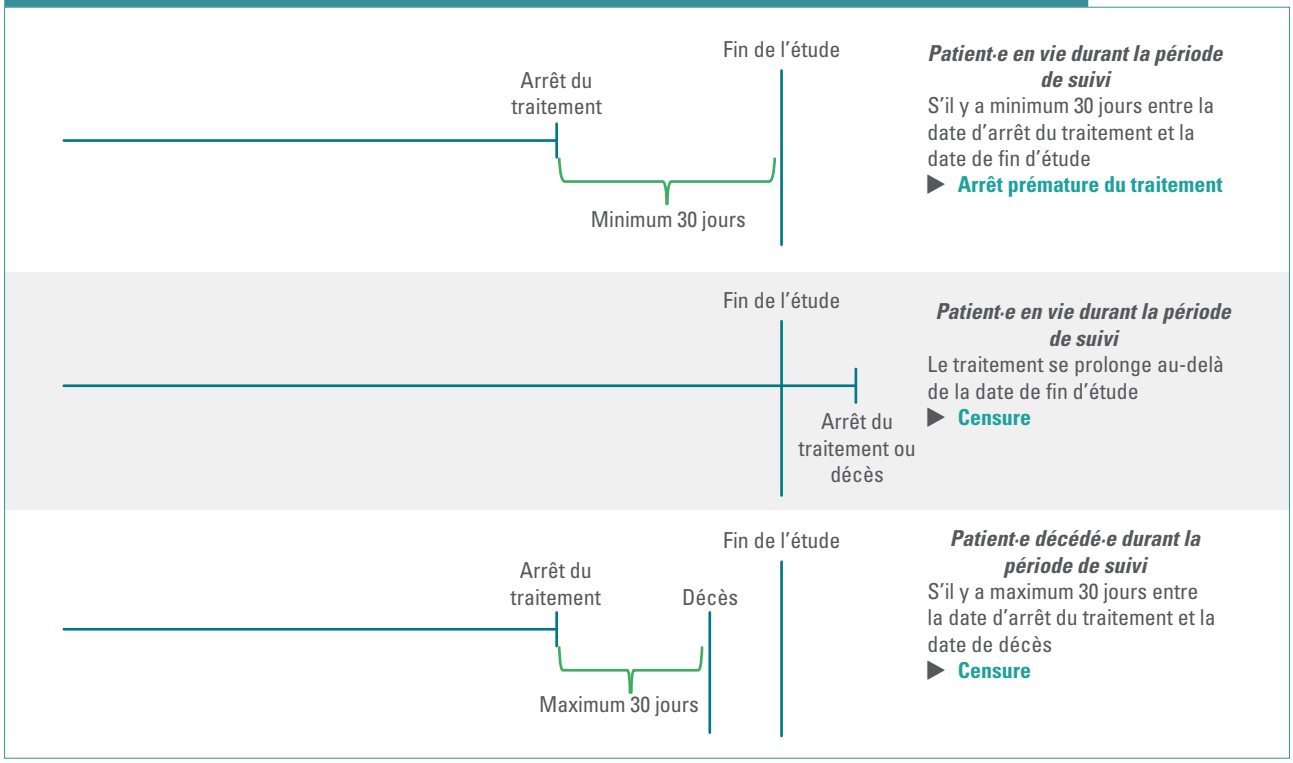
- Pour les AVK :
  On calcule le nombre de *dose journalière définie* (DDD) afférent au dernier conditionnement délivré. Ce nombre est converti en nombre de jours (par définition : un jour = une DDD) que l'on ajoute à la dernière date de délivrance.

Enfin, il nous faut davantage préciser la façon dont on va détecter un **arrêt prématuré du traitement**. Nous partons toujours du principe qu'un traitement par des anticoagulants oraux est un traitement de très long terme, voire à vie. Nous considérons que l'arrêt d'un traitement est prématuré s'il y a au moins 30 jours entre la date d'arrêt du traitement et la date de fin d'étude (voir Figure 3). Si le·la patient·e décède avant la date de fin de l'étude et qu'il y a maximum 30 jours entre la date d'arrêt du traitement et la date de décès, alors cette situation est censurée : elle ne peut être assimilée à un arrêt prématuré.

Comme on peut le voir avec l'exemple fictif de la figure 1, l'avantage de ce type d'analyse est que l'on peut comparer les courbes de Kaplan-Meier pour différents groupes de patient·es. Dans notre cas de figure, si la courbe afférente à un certain groupe A (par exemple, les patient·es sous AOD) est supérieure à celle d'un autre groupe B (par exemple, les patient·es sous AVK), alors cela indique que la persistance est meilleure (ou que l'arrêt prématuré du traitement est moins fréquent) parmi les patient·es du groupe A que celle observée parmi les patient·es du groupe B.

Ainsi, selon le type d'anticoagulant oral administré (AOD ou AVK), on pourra voir quel groupe de patient·es interrompt prématurément plus vite son traitement. Et pour un même

Figure 3 : Arrêt prématuré du traitement et situations de censure



type d'anticoagulant, on pourra comparer divers groupes de patient·es selon les critères d'analyse suivants : l'âge, le sexe, le statut BIM, la région de résidence. Ce type d'analyse nous permet d'identifier les groupes de patient·es plus à risque d'interrompre prématurément leur traitement.

Afin de vérifier que les courbes de Kaplan-Meier sont bien significativement différentes pour divers groupes de patient·es, on trace également les intervalles de confiance à 95% autour de chaque courbe. De plus, nous calculons la valeur du test de *Log-Rank* :

- Si la valeur p (*p-value*) associée à ce test est inférieure à 5%, alors on peut dire que les courbes pour les différents groupes de patient·es sont bien significativement différentes.
- Si la valeur p est supérieure à 5%, alors cela signifie que les courbes observées ne sont pas différentes, autrement dit que l'évènement d'intérêt survient à la même fréquence dans les divers groupes de patient·es considéré·es (Koletsi & Pandis, 2017).

2.4. Analyse de l'adhérence

La littérature indique clairement que les patient·es traité·es avec des AOD doivent absolument prendre ces médicaments avec la régularité requise. En effet, tout oubli augmente le risque de thrombose.

La population étudiée est celle décrite au point 2.3.1., soit les 24.260 '*starters*' de 2012, 2013 et 2014, traités avec des AOD et souffrant de FANV. Les données de facturation nous permettent d'évaluer dans quelle mesure ces patient·es adhèrent à leur traitement aux AOD. L'adhérence est mesurée par la proportion du nombre de jours couverts (*proportion of days covered* – PDC), soit le nombre de jours pendant lesquels les patients disposent réellement des médicaments requis durant un certain intervalle de temps divisé par le nombre total de jours de cet intervalle.

Dans notre étude, nous procédons de la façon suivante.

- Le PDC est calculé par période annuelle, à partir de la date de début du traitement jusqu'à l'année incluant la dernière délivrance connue.
- Pour déterminer le nombre de jours couverts, on tient compte du nombre de comprimés disponibles au cours de la période annuelle considérée. Comme pour l'analyse de la persistance, on part du principe que la prise

de médicaments se fait selon les hypothèses suivantes :
a) rivaroxaban, edoxaban : un comprimé par jour ;
b) apixaban, dabigatran étéxilate : deux comprimés par jour (Van Brabandt, et al., 2016b, p. 36).

- Si pour une période annuelle X, le nombre de jours couverts (après conversion du nombre de comprimés disponibles en jours), est supérieur à 365, alors le solde est reporté sur la période X+1 (cela veut dire que des comprimés délivrés en X sont excédentaires et donc disponibles pour l'année X+1).

2.5. Limites

Une première limite provient du fait que les analyses sont faites à partir de données relatives aux médicaments remboursés par l'AO. Les mutuelles ne disposent pas d'informations sur les médicaments délivrés hors indication (non remboursables). Par conséquent, le recours aux anticoagulants oraux peut être sous-estimé. Cela dit, le risque de sous-estimation est très faible : l'INAMI (2024a) évalue le pourcentage du volume de délivrance via les officines publiques hors AO à 0,1% en 2023.

Une autre limite, plus importante, concerne les médicaments remboursés et délivrés en officine publique : nous ne connaissons pas leur utilisation effective par les patient·es. En effet, nous ne savons pas s'ils ont été effectivement pris par le·la patient·e, nous ne savons pas davantage si un·e patient·e prend, par jour, plus (ou moins) qu'une dose journalière définie (DDD) ou le nombre de pilules théoriquement requis dans les conditions de remboursement. Enfin, si le dosage est adapté en cours de traitement pour des raisons médicales, nous ne le savons pas (par exemple, le dosage est diminué en cas d'insuffisance rénale, mais cette diminution n'est alors en rien une entorse à l'observance thérapeutique).

Pour la détection des incidents hémorragiques et thromboemboliques diverses limites sont à relever : nous n'en connaissons pas la gravité ni la cause sous-jacente. Pour les patient·es traité·es avec des anticoagulants oraux, cela signifie que l'on ne peut mettre en avant un lien de causalité entre ces incidents et le traitement par anticoagulants oraux. Nous dépendons également de la qualité des informations diagnostiques qui nous sont fournies par les hôpitaux. En outre, nous n'avons aucune idée des hémorragies et des thromboses pour lesquelles il n'y a pas eu d'hospitalisation.

À part les informations diagnostiques liées aux délivrances de médicaments soumis à la procédure du 'chapitre IV' ou provenant des hôpitaux (pour la détection des incidents hémorragiques et thromboemboliques), nous n'avons pas d'autres paramètres ou informations cliniques pour les patient·es étudié·es. De sorte que nous ne pouvons pas donner de raison quant à l'interruption du traitement. Il y a peut-être de bonnes raisons cliniques à cette interruption, mais nous n'en savons rien. Une interruption prématurée n'est pas forcément voulue par le·la patient·e.

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives

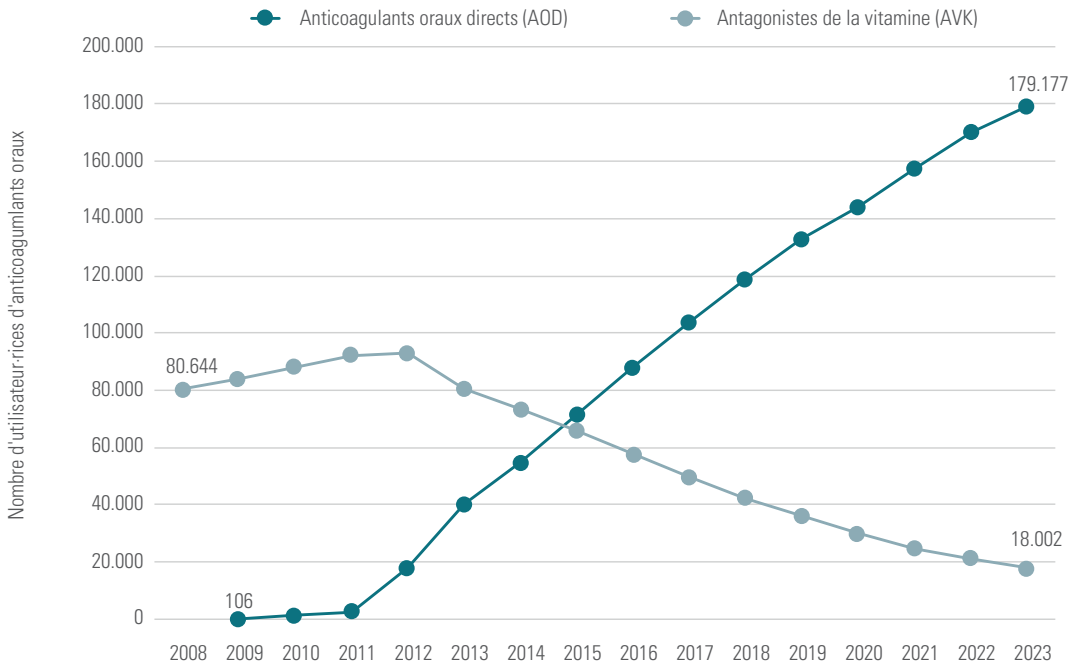
3.1.1. Évolution du nombre d'utilisateur·rices d'anticoagulants oraux

En 2008, nous comptons environ 81.000 membres de la MC sous AVK. Ce nombre augmente jusqu'en 2012 puis diminue régulièrement. En 2023, nous comptons encore 18.000 patient·es de la MC sous AVK (voir Figure 4).

À partir de 2009, les AOD sont disponibles en Belgique, mais jusqu'en 2011 leur offre était limitée. Il n'y avait que du dabigatran (75 mg et 110 mg) et du rivaroxaban (10 mg, conditionnement limité à 10 comprimés). En 2012-2013, l'offre des AOD s'est significativement élargie avec l'arrivée de l'apixaban, du rivaroxaban (15 mg et 20 mg) et du dabigatran (150 mg). Depuis lors, le nombre de personnes ayant recours au AOD ne fait que croître. En 2023, on compte près de 179.000 membres de la MC sous AOD.

Globalement, le nombre d'utilisateur·rices d'anticoagulants oraux (AOD ou AVK) a été multiplié par 2,4 entre 2008 et 2023. Cela représente une croissance annuelle moyenne du nombre de personnes traitées avec des anticoagulants oraux de l'ordre de 6% par an. La prépondérance des AOD est massive : en 2023, près de 91% des personnes traitées avec des anticoagulants oraux prennent des AOD.

Figure 4 : Évolution du nombre de membres de la MC ayant eu recours aux anticoagulants oraux, période 2008-2023, selon le type d'anticoagulant (Source : MC)



3.1.2. Prévalence des utilisateur·rices d'anticoagulants oraux

Globalement, la prévalence des utilisateur·rices d'anticoagulants oraux parmi les membres de la MC a fortement augmenté : de 1,8% en 2008 à 4,3% en 2023, ce qui reflète bien l'augmentation du nombre d'utilisateur·rices. Il est intéressant de calculer cette prévalence selon divers critères d'analyse, comme l'âge, la région, le sexe et le statut BIM (voir Figure 5).

- **L'âge est un facteur prépondérant**. Alors que la prévalence est marginale (et stable) auprès des personnes de moins de 65 ans (<1% de 2008 à 2023), elle est très élevée (et en augmentation rapide) chez les 85 ans et plus (11% en 2008 et 30% en 2023). En 2023, pour les 65-74 ans et les 75-84 ans, la prévalence est, respectivement, de 8% et 19%.
- Nous ne trouvons **pas de grandes différences entre les trois régions du pays**. Toutefois, notons que la prévalence en Flandre (4,4%) est supérieure à celle en Wallonie (4,0%) et à Bruxelles (3,6%). De plus, pour ces deux dernières régions, alors que leur prévalence était quasi-identique jusqu'en 2016, celle relative à la Wallonie a tendance à s'écarter de la prévalence bruxelloise depuis lors.
- **La prévalence observée chez les hommes est plus élevée que celle des femmes** : en 2023, respectivement 5,2% et 3,5%. De plus, cet écart a tendance à s'accentuer au cours du temps.
- Le fait de **bénéficier ou non de l'intervention majorée a aussi une influence sur la prévalence**. Cette dernière est plus élevée chez les BIM (5,1% en 2023) que chez les non BIM (4,1% en 2023).
- Toutes les prévalences calculées en 2023 sont significativement différentes les unes des autres (p<0,05).

3.1.3. Les *'starters'* et les *'switchers'*

Parmi les membres de la MC, le nombre d'entre eux à avoir initié un traitement avec des anticoagulants oraux est en augmentation : de près de 22.000 en 2011 à un peu moins de 34.000 en 2023 (voir Tableau 4). La proportion de *'starters'* traités avec des AOD et n'ayant jamais changé d'anticoagulant ultérieurement s'élève à 59% en 2013 (année de début de traitement) et est en croissance rapide jusqu'à atteindre 96% en 2023.

Le nombre de *'switchers'*, soit les personnes pour lesquelles le traitement a été adapté (en changeant le type d'anticoagulant utilisé au début du traitement : des AVK

Figure 5 : Évolution de la prévalence (standardisation directe) des membres de la MC ayant eu recours aux anticoagulants oraux, période 2008-2023, selon l'âge, le sexe, la région et le statut BIM (Source : MC)

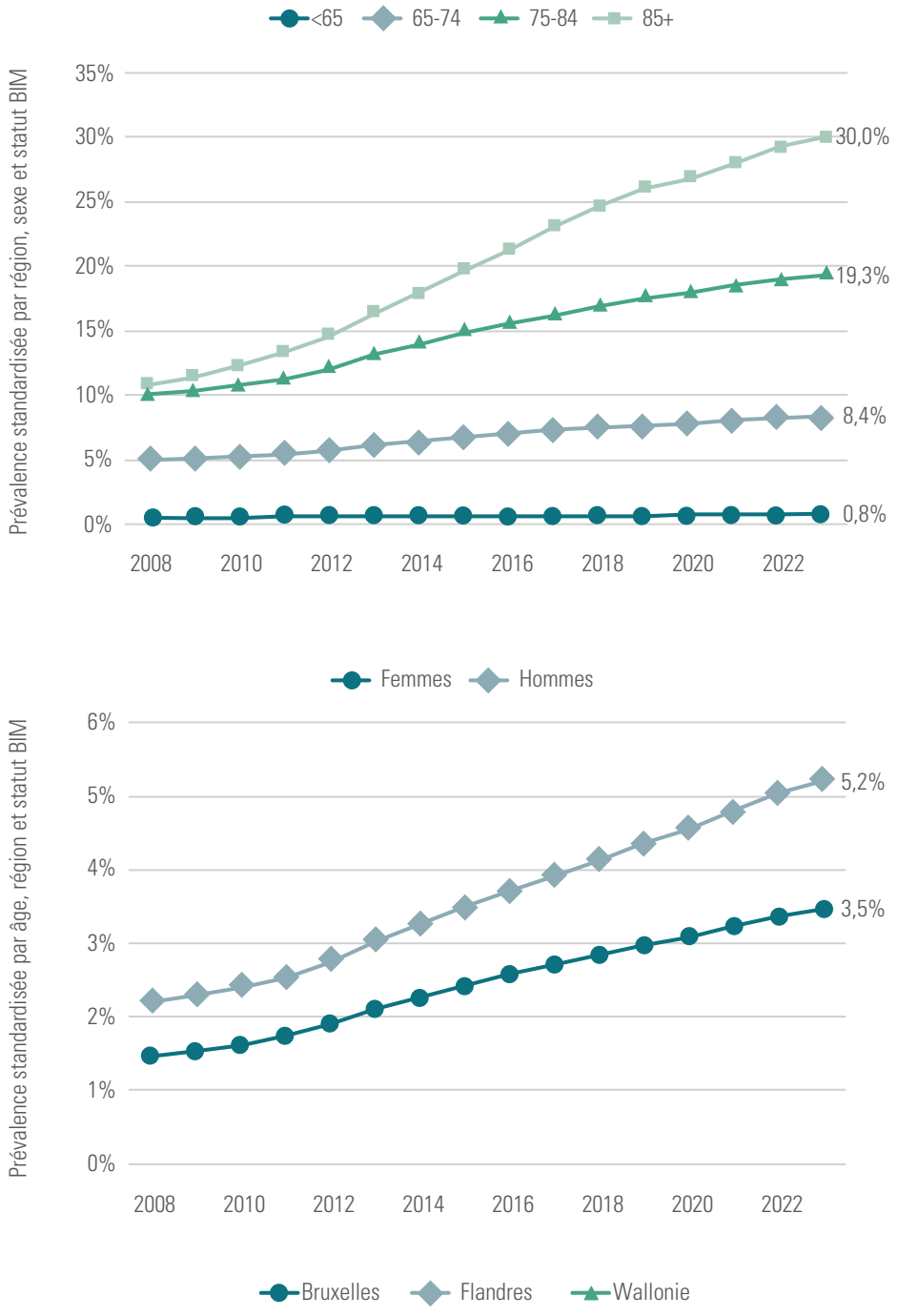
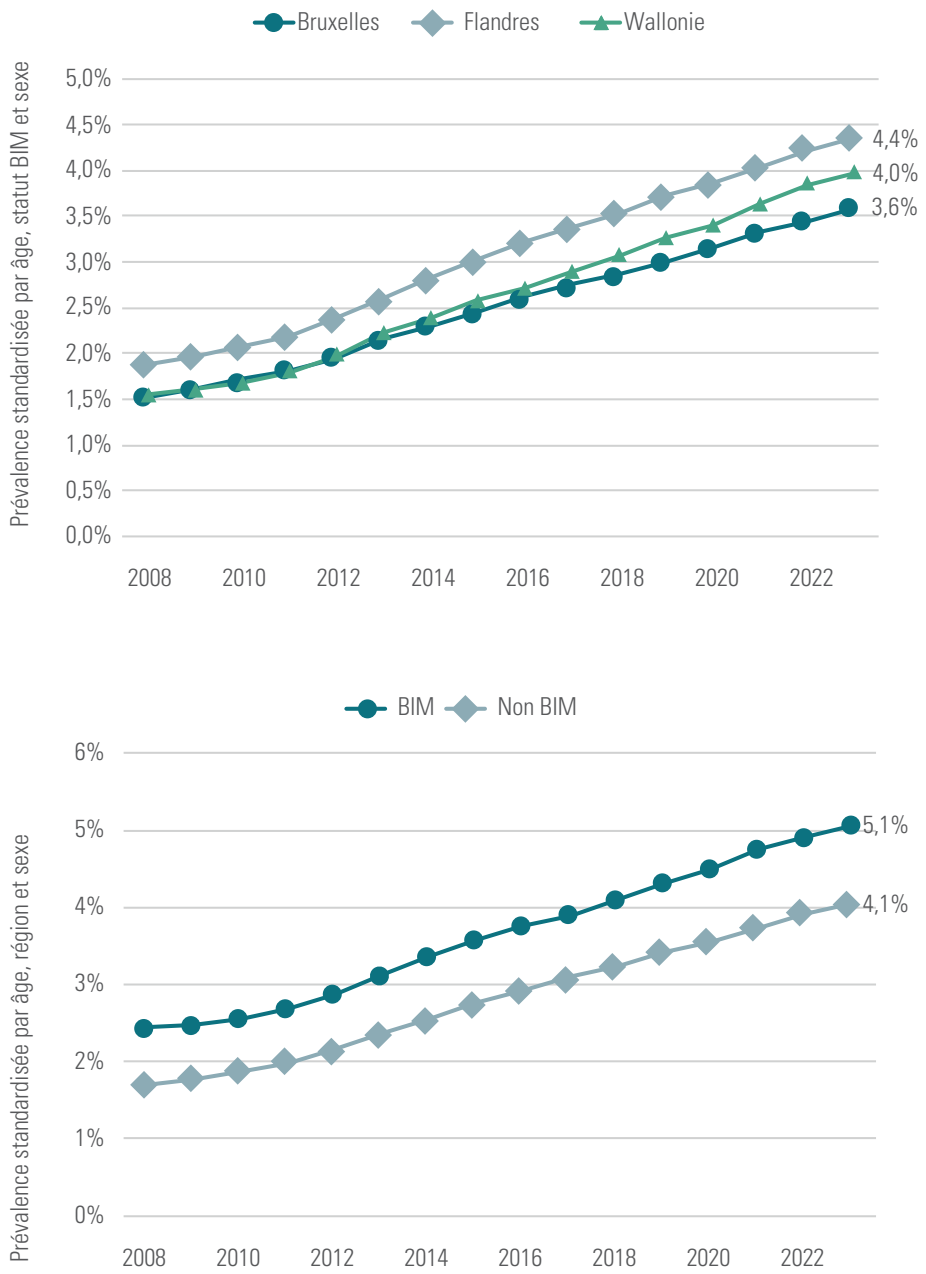


Figure 5 : Évolution de la prévalence (standardisation directe) des membres de la MC ayant eu recours aux anticoagulants oraux, période 2008-2023, selon l'âge, le sexe, la région et le statut BIM (Source : MC)



vers les AOD ou vice-versa) est en constante diminution. Par rapport au nombre de *'starters'* de 2011, la proportion de *'switchers'* est de 32%. Pour les *'starters'* de 2023, cette proportion est de moins d'un pour cent. Sur l'ensemble de la période étudiée (2011 à 2023), 74% des *'switchers'* sont passés des AVK vers les AOD. Si on examine spécifiquement la période 2011 à 2016 (qui regroupe près de 80% des *'switchers'* détectés), cette même proportion est de 82%.

3.1.4. Recours aux anticoagulants oraux directs (AOD) : pour quel diagnostic ?

Les AOD étant soumis à autorisation préalable d'un·e médecin-conseil pour que la mutuelle puisse rembourser ces médicaments, on peut en déduire la raison médicale pour laquelle ils ont été prescrits. Cette analyse a été faite pour un peu moins de 171.000 utilisateur·rices d'AOD en 2023 qui ont obtenu une telle autorisation. Au tableau 5, on voit que

dans près de 82% des cas, les AOD ont été prescrits à des personnes souffrant de FANV. Le second diagnostic le plus fréquent (15%) est relatif au traitement de la thrombose veineuse profonde et/ou de l'embolie pulmonaire.

3.1.5. Incidents hémorragiques et/ou thrombotiques

Comme on le voit au tableau 6, se soigner avec des anticoagulants oraux n'est pas sans risque d'être hospitalisé suite à une hémorragie et/ou une thrombose. Ainsi, parmi les personnes ayant commencé un traitement aux AVK en 2012-2013, le pourcentage d'hospitalisé·es (au moins une fois) en raison d'une hémorragie ou d'une thrombose, au cours de la période de suivi, est respectivement de 3% et 5%.

Ces pourcentages sont plus faibles que ceux observés chez les personnes traitées avec des AOD (pourcentage d'hospitalisé·es en raison d'une hémorragie : de 6 à 7% ; pourcentage d'hospitalisé·es en raison d'une thrombose : de l'ordre de 9%). De plus, les pourcentages observés chez les personnes sous AVK sont proches de ceux observés dans la population de contrôle (population de mêmes caractéristiques que la population étudiée, comme l'âge, le sexe, etc., mais n'ayant jamais commencé un traitement

Tableau 4 : Évolution du nombre de *starters* (membres de la MC) et, parmi ces derniers, de *switchers*, selon l'année de début du traitement (Source : MC)

Année de début du traitement	Nombre de 'starters' [et non '*switchers*']		Nombre de '*switchers*' AVK <—> AOD	Nombre total de '*starters*'	Pourcentage de '*starters*' uniquement avec AOD
	DOAC	AVK			
2011	2.398	12.579	7.056	22.033	10,9%
2012	8.188	10.544	6.518	25.250	32,4%
2013	16.922	7.522	4.369	28.813	58,7%
2014	18.697	6.944	3.599	29.240	63,9%
2015	22.817	4.950	2.962	30.729	74,3%
2016	25.057	3.473	2.240	30.770	81,4%
2017	26.482	2.614	1.786	30.882	85,8%
2018	27.432	2.007	1.464	30.903	88,8%
2019	28.750	1.782	1.141	31.673	90,8%
2020	28.025	1.287	834	30.146	93,0%
2021	31.342	1.175	710	33.227	94,3%
2022	33.145	1.029	559	34.733	95,4%
2023	32.616	977	288	33.881	96,3%

Tableau 5 : Recours aux anticoagulants oraux directs avec autorisation d'un·e médecin-conseil - répartition des utilisateur·rices selon l'information diagnostique déduite des paragraphes du chapitre IV, 2023 (Source : MC)

Diagnostic	Paragraphes du chapitre IV	Répartition (n=170.981)
Fibrillation auriculaire non valvulaire (FANV)	6270000, 6270100, 6270200	81,8%
	6330000, 6330100, 6330200	
	6660000, 6660100, 6660200	
	8370000, 10220000	
Thrombose veineuse profonde (TVP) et/ou embolie pulmonaire (EP)	6390000, 7450000, 7510000	14,7%
	7750000, 8100000, 8380000	
	8390000, 8790000	
	11420000, 11430000	
Prothèse totale de hanche (PTH), de genou (PTG)	5150000, 5220100, 5220200	1,0%
	605000	
Autre	10140000, 10690000	2,4%

aux anticoagulants oraux durant la période d'observation). Mais il n'en va pas de même pour les personnes sous AOD : le pourcentage de personnes hospitalisées en raison d'une hémorragie et/ou d'une thrombose est environ deux fois plus élevé que celui du groupe de contrôle.

3.2. Analyse de la persistance

Quelle proportion de patient·es souffrant de FANV interrompent *prématurément* leur traitement médicamenteux ? Pour les 45.573 personnes analysées, nous constatons une énorme différence selon le type d'anticoagulant oral. Comme on peut le voir à la figure 6, la courbe de Kaplan-Meier (appelée courbe de 'survie', voir point 2.3.2.) des patient·es sous AOD se situe bien au-dessus de celle afférente aux patient·es sous AVK. Ceci indique que l'abandon prématuré du traitement est nettement moins fréquent avec les AOD par rapport aux AVK. Le tableau 7 reprend le pourcentage de personnes 'censurées', donc qui n'interrompent pas prématurément leur traitement tout au long de la période de suivi (9 années) ou jusqu'à leur décès. Avec les AOD, ce pourcentage est de 72%, tandis qu'il n'est que de 20% avec les AVK. Autrement dit, **une personne traitée**

Figure 6 : Courbes de Kaplan-Meier selon le type d'anticoagulant oral (Source : MC)

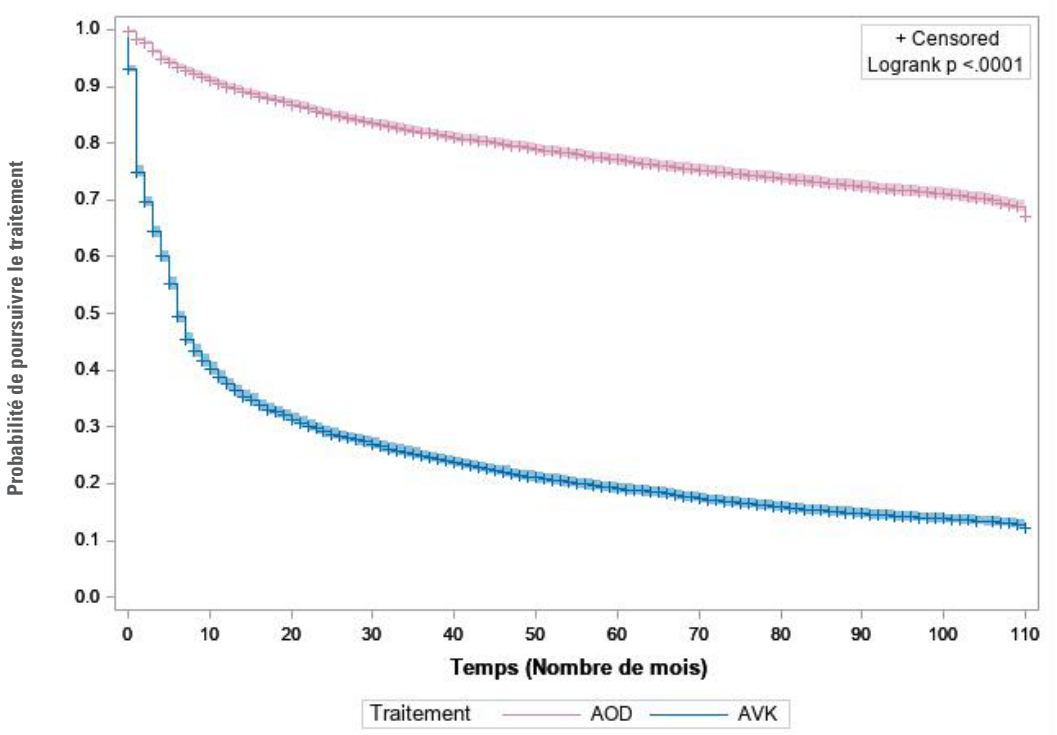
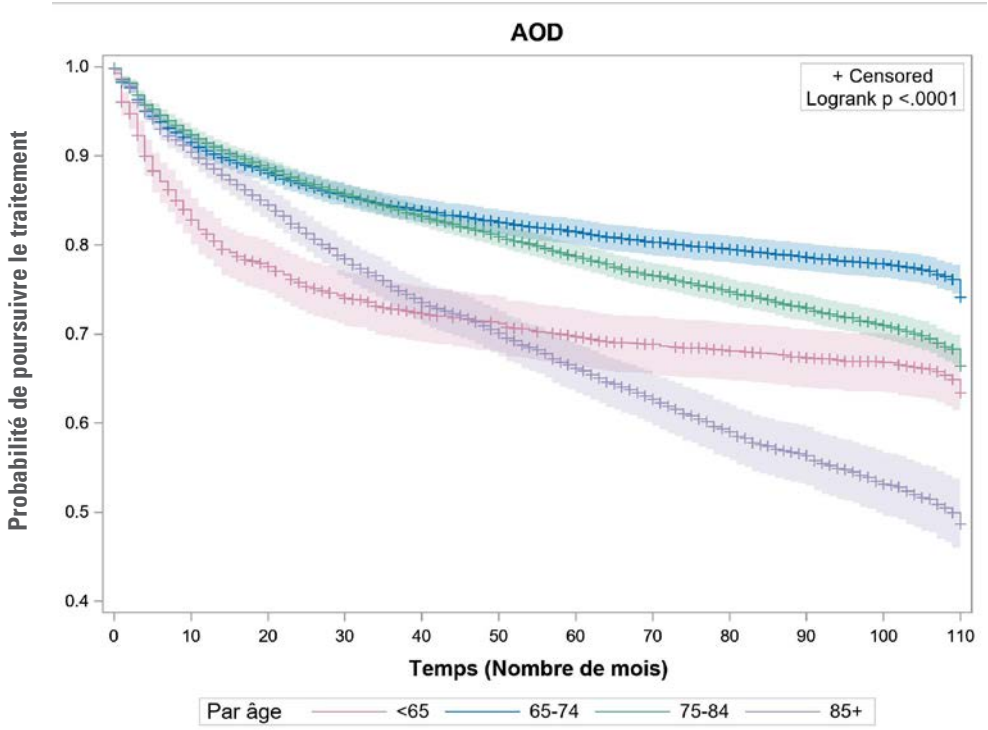


Tableau 6 : Pourcentage de personnes hospitalisées en raison d'une hémorragie et/ou d'une thrombose parmi les personnes ayant initié un traitement aux anticoagulants oraux en 2012 et 2013 et leur groupe de contrôle (Source : MC)

Année de début du traitement	Traitement	Nombre de personnes considérées	Avec hémorragie	En %	Avec thrombose	En %	Avec hémorragie et/ou thrombose	En %
2012	AVK	8.226	290	3,5%	390	4,7%	680	8,3%
	AOD	3.256	197	6,1%	286	8,8%	483	14,8%
	Contrôle	57.410	1.626	**2,8%**	2.406	**4,2%**	4.032	**7,0%**
2013	AVK	5.807	182	3,1%	282	4,9%	464	8,0%
	AOD	8.864	596	6,7%	755	8,5%	1.351	15,2%
	Contrôle	73.355	2.092	**2,9%**	3.282	**4,5%**	5.374	**7,3%**

Figure 7 : Courbes de Kaplan-Meier selon le type d'anticoagulant oral et l'âge (Source : MC)



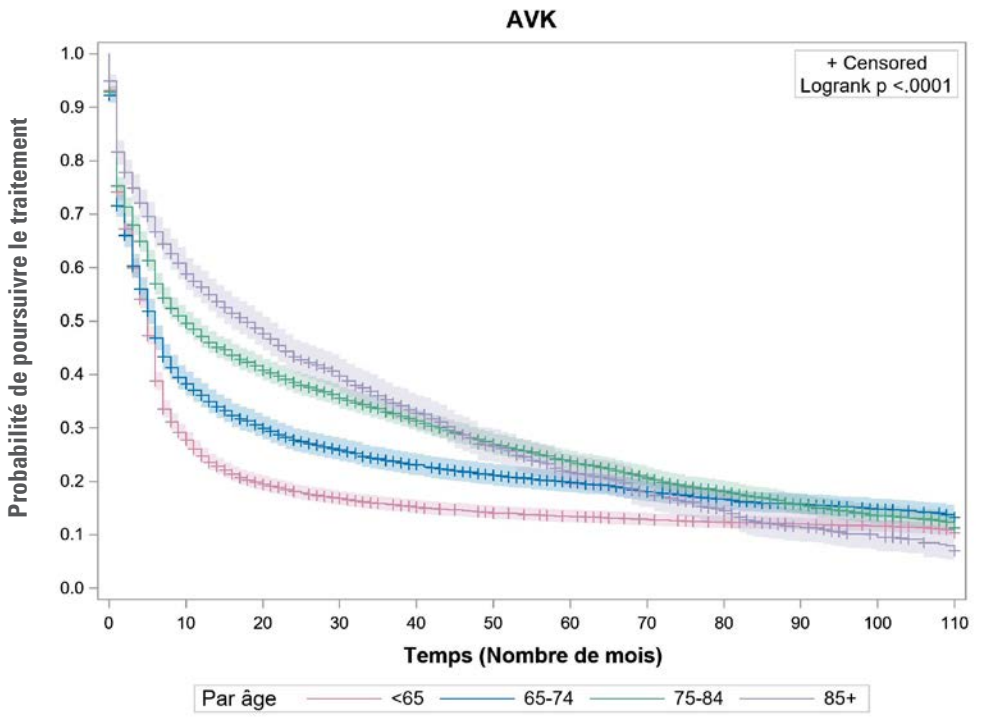
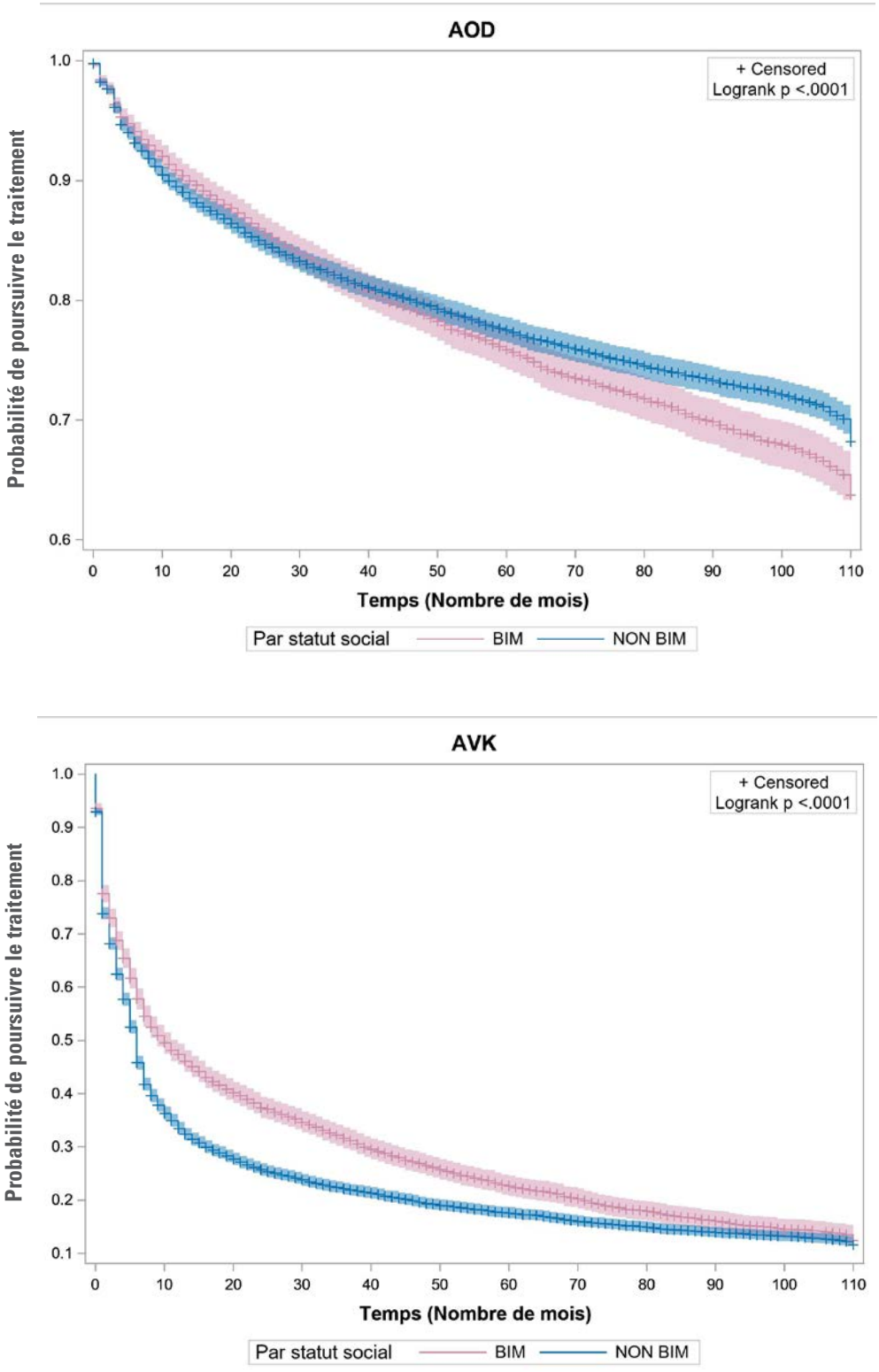


Figure 8 : Courbes de Kaplan-Meier selon le type d'anticoagulant oral et le statut BIM (Source : MC)



avec des AOD a une probabilité de 28% d'interrompre prématurément son traitement, tandis qu'**une personne traitée avec des AVK a une probabilité de 80% d'y renoncer**. Les deux courbes de Kaplan-Meier sont significativement différentes l'une de l'autre (*log-rank test* avec p<0,0001).

Certains critères d'analyse ont une influence sur la probabilité de continuer le traitement. Ainsi, l'âge a une influence significative, mais différente selon le type d'anticoagulant oral administré (voir Figure 7 et Tableau 7).

- Traitement avec les AOD : **la probabilité de poursuivre son traitement** (soit le pourcentage de personnes 'censurées') **est plus élevée chez les 65-74 ans** (76%) **et chez les 75-84 ans** (73%). Par contre elle est plus faible chez les moins de 65 ans (65%) et les 85 ans et plus (68%).
- Traitement avec les AVK : la probabilité de poursuivre son traitement est croissante avec l'âge, allant de 12% chez les moins de 65 ans à 34% chez les 85 ans et plus.

Tableau 7 : Probabilité de poursuivre un traitement d'anticoagulants oraux, par type d'anticoagulant, par âge, sexe, région et statut BIM – Méthode Kaplan-Meier, test du *Log-Rank* (Source : MC)

Groupes de patient·es	Nombre de personnes (a)	Nombre de personnes ayant interrompu prématurément le traitement (b)	Nombre de personnes 'censurées' (pas d'interruption ou décès) (c)	Pourcentage de personnes 'censurées' (d) = (c) / (a)	*Log-Rank test (p-value)* si p<0,05 alors significatif
AOD	24.260	6.717	17.543	72,3%	**p<0,001**
AVK	21.313	16.970	4.343	20,4%	
Patient·es ayant initié un traitement avec des anticoagulants oraux directs (AOD)					
<65 ans	2.004	707	1.297	64,7%	**p<0,001**
65-74 ans	7.390	1.773	5.617	76,0%	
75-84 ans	10.489	2.834	7.655	73,0%	
85 ans et plus	4.377	1.403	2.974	68,0%	
Femmes	11.914	3.207	8.707	73,1%	**p=0,0156**
Hommes	12.346	3.510	8.836	71,6%	
Bruxelles	491	187	304	61,9%	**p<0,001**
Flandre	19.530	5.088	14.442	74,0%	
Wallonie	4.239	1.442	2.797	66,0%	
BIM	7.763	2.140	5.623	72,4%	**p<0,001**
Non BIM	16.497	4.577	11.920	72,3%	
Patient·es ayant initié un traitement avec des antagonistes de la vitamine K (AVK)					
<65 ans	7.847	6.914	933	11,9%	**p<0,001**
65-74 ans	4.334	3.536	798	18,4%	
75-84 ans	6.083	4.511	1.572	25,8%	
85 ans et plus	3.049	2.009	1.040	34,1%	
Femmes	11.049	8.976	2.073	18,8%	**p<0,001**
Hommes	10.264	7.994	2.270	22,1%	
Bruxelles	784	635	149	19,0%	**p=0,9451**
Flandre	15.732	12.418	3.314	21,1%	
Wallonie	4.797	3.917	880	18,3%	
BIM	6.409	4.661	1.748	27,3%	**p<0,001**
Non BIM	14.904	12.309	2.595	17,4%	

Par rapport au traitement avec les AVK, le statut BIM a une influence significative : la **probabilité de poursuivre son traitement est nettement plus élevée chez les BIM** (27%) que chez les non BIM (17%). Cependant, du côté des AOD, la situation est plus difficile à interpréter : les patient·es BIM et non BIM ont une probabilité de poursuivre leur traitement presque identique. Le *log-rank test* indiquant toutefois une différence significative, il convient de regarder attentivement les courbes de Kaplan-Meier : jusqu'à environ 30-40 mois après le début du traitement, les patient·es BIM ont une probabilité plus élevée, ensuite ce sont plutôt les patient·es non BIM (voir Figure 8 et Tableau 7).

Nous observons également que la région de domicile a aussi un impact sur la probabilité de poursuivre son traitement avec les AOD : cette probabilité est significativement plus élevée en Flandre qu'en Wallonie ou à Bruxelles. Pour le traitement avec les AVK, les courbes de Kaplan-Meier ne sont pas significativement différentes selon les régions (voir Tableau 7).

Quant au sexe, il influence la probabilité de poursuivre un traitement : avec les AVK, cette probabilité est significativement plus élevée pour les hommes que pour les femmes (mais l'écart est faible) ; cependant avec les AOD, c'est l'inverse : les femmes ont plus de probabilité de poursuivre leur traitement que les hommes (voir Tableau 7).

3.3. Analyse de l'adhérence

Les résultats de notre analyse de l'adhérence des patient·es traité·es avec les AOD sont repris au tableau 8. Si on considère la première année de traitement (P1), près de 85,3% des patient·es avaient plus de 80% de jours couverts par des médicaments au cours de cette période. Autrement dit : si on part du principe que pour être 'adhérente' à son traitement, une personne doit disposer de médicaments pour au moins 80% des journées de l'année considérée (soit au moins 292 jours sur 365), alors on trouve 14,7% de patient·es non adhérent·es. Avec un seuil de 85% (90%) de jours couverts, le pourcentage de patient·es non adhérent·es est de 18,4% (22,5%). Ces résultats indiquent que le problème de non-adhérence au traitement est loin d'être marginal. À noter que plus le traitement est long, plus le pourcentage de patient·es non adhérent·es diminue.

4. Discussion

4.1. Recours aux anticoagulants oraux

Les résultats de notre analyse descriptive confirment les tendances générales observées dans la littérature.

- Le nombre d'utilisateur·rices d'anticoagulants oraux connaît une croissance soutenue. Ces utilisateurs·rices sont surtout des personnes âgées (≥ 75 ans). Ceci est dû au fait que la fibrillation auriculaire est elle-même une pathologie plus fréquente chez les personnes âgées. De plus, avoir 75 ans et plus est considéré comme un facteur qui augmente le risque thromboembolique (Van Brabandt, et al., 2016a), d'où un recours plus fréquent aux anticoagulants oraux à partir de cet âge.
- Les AOD s'imposent comme traitement de référence. De plus, pour les patient·es qui ont commencé avec des AVK, on constate une forte proportion de passage ('*switch*') vers les AOD.
- L'information diagnostique disponible au niveau d'une mutualité suggère que les AOD sont principalement utilisés pour la prévention de la FANV (dans près de 82% des cas).

Les deux derniers points reflètent à la fois l'efficacité thérapeutique des AOD et leur grande facilité d'utilisation de la part des patients.

À l'instar de l'INAMI (INAMI, 2024a), nous constatons aussi des disparités régionales : la prévalence du recours aux anticoagulants oraux est plus élevée en Flandre qu'en Wallonie et, surtout qu'à Bruxelles.

De même, selon le sexe, nous observons que la prévalence du recours aux anticoagulants oraux est plus élevée pour

Tableau 8 : Adhérence au traitement avec les AOD, pourcentage de patient·es selon divers seuils de proportion de jours couverts (PDC), par période annuelle (Source : MC)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
N=	24.260	21.047	19.356	17.881	16.480	15.056	13.834	12.598	11.410
PDC ≥ 80%	85,3%	85,3%	85,1%	85,7%	86,6%	87,6%	88,3%	88,6%	88,6%
PDC ≥ 85%	81,6%	82,0%	81,4%	82,3%	83,6%	84,4%	85,6%	86,1%	86,0%
PDC ≥ 90%	77,5%	79,7%	79,1%	79,3%	81,2%	82,1%	83,1%	83,5%	83,7%

les hommes que pour les femmes. Mais nos résultats indiquent en plus que cet écart est croissant au cours du temps. Qu'il y ait une différence entre hommes et femmes peut se comprendre du fait de la prévalence plus élevée de la FA chez les hommes. Mais pourquoi un écart croissant ? Ceci est plutôt inquiétant, car cette différence pourrait aussi être due à « **une détection plus faible et un traitement insuffisant de la FA chez les femmes** (par exemple, les femmes sont moins souvent et plus tardivement orientées vers l'ablation [qui est un traitement de la FA] que les hommes) » (Grymonprez, et al., 2023a, p. 1.371, notre traduction).

La prévalence du recours aux anticoagulants oraux est plus élevée chez les personnes BIM que chez les personnes non BIM. Selon INAMI (2024a), en 2023, cette prévalence chez les BIM est de 27% supérieure à celle des non BIM. Dans nos données, ce même pourcentage est de 24%. Ceci reflète probablement le fait que les personnes BIM ont souvent un état de santé plus dégradé. Qu'elles recourent aux anticoagulants oraux proportionnellement plus que les non BIM est une bonne chose : cela montre que nous ne détectons pas de problème majeur d'accessibilité financière à ce type de traitement, malgré leurs revenus limités et les frais qui restent à leur charge (tickets modérateurs des médicaments, ainsi que les frais occasionnés par les visites de contrôle).

Grâce aux anticoagulants oraux, on traite bien plus de patient·es souffrant de FA qu'auparavant. On ne peut que s'en réjouir, mais la question « Atteint-on les bonnes personnes ? » n'en reste pas moins pertinente. À ce sujet le Centre fédéral d'Expertise en soins de santé (KCE) commente de la façon suivante : « plusieurs registres de patient·es dans le monde indiquent qu'une part substantielle des patient·es avec FA à haut risque thromboembolique ne reçoivent pas de traitement anticoagulant (sous-traitement) tandis que certain·es patient·es à bas risque s'en voient prescrire un (surtraitement) » (Van Brabandt, et al., 2016a, p. 12). Ce dernier point n'est pas à négliger. Une étude canadienne indique que parmi 6.658 patient·es avec FANV et sous AOD, 9,4% d'entre eux·elles étaient à bas risque (et donc n'auraient pas dû recevoir ce traitement) (McAlister, Garrison, Kosowan, Ezekowitz, & Singer, 2018). De son côté, le KCE évalue la proportion de patient·es avec FA à bas risque, mais recevant quand même des anticoagulants oraux, à 6,7% pour la période 2005-2011 et 4,1% pour la période 2012-2014, ce qui traduirait une amélioration (Van Brabandt, et al., 2016b, p. 137). Il est essentiel d'éviter le surtraitement chez les patient·es avec FA à bas risque, car cela les expose à des risques hémorragiques évitables.

4.2. Observance thérapeutique

Par rapport à la persistance, nos résultats confirment ceux provenant de Grymonprez et al. (2022a) : en général, elle est nettement meilleure avec les AOD qu'avec les AVK. De plus, nos résultats montrent que, parmi les personnes traitées avec des AOD, la persistance est meilleure chez les 65-74 ans (puis décroit avec l'âge), les femmes, les BIM, les patient·es de la Région flamande. Pour le traitement aux AVK, la persistance est croissante avec l'âge, meilleure chez les hommes et les BIM.

Pourquoi une si faible persistance avec le traitement aux AVK ? Le KCE observe que près de « 87% des patient·es sous AVK ont subi plus de 10 tests [pour le monitoring de la coagulation sanguine] au cours de l'année suivant la première prescription et 50% des patient·es sous [AOD] n'ont subi aucun test au cours de l'année ». Il y a également un peu plus de tests de la fonction rénale quand on est sous AVK par rapport aux personnes traitées par AOD. De plus, toujours au cours de la première année de traitement, « 75% des utilisateur·rices d'AVK ont au moins 10 visites chez le·la médecin généraliste. Ils·elles ont également plus de visites chez les spécialistes (en cardiologie ou non) que les utilisateur·rices d'[AOD] » (Van Brabandt, et al., 2016b, p. 140 et 141, notre traduction). Bref, la lourdeur du monitoring est certainement à l'origine d'une faible observance de la part des patient·es sous AVK.

Mais **l'observance des patient·es sous AOD n'est pas non plus optimale**, tant du point de vue de la persistance que de l'adhérence. À cet égard, malgré des méthodes d'analyse différentes, nos résultats rejoignent ceux de Grymonprez et al. (2022a) et Fuchs, et al. (2025) : bien des patient·es interrompent leur traitement, ne semblent pas disposer du nombre de médicaments théoriquement nécessaires pour couvrir toutes les journées d'une période donnée. Pourtant, l'observance thérapeutique est cruciale : ne pas prendre ses médicaments selon la régularité prescrite induit des risques thromboemboliques accrus. Ici, curieusement, c'est peut-être le nombre moins élevé de contrôles qui est à l'origine de ce manque d'observance : « le·la patient·e qui n'est plus astreint·e à une visite de contrôle régulière se sent moins 'surveillé·e' et s'autorise plus facilement des libertés avec ce traitement préventif dont il·elle ne perçoit physiquement aucun bénéfice » (Van Brabandt, et al., 2016a, p. 15).

Alors que l'observance est un élément fondamental de l'efficacité du traitement, partir du principe qu'un·e patient·e serait seul·e fautif·ve de la mauvaise observance est une

erreur à ne pas commettre. Il s'agit plutôt d'accompagner le·la patient·e, pas à pas, dans sa démarche thérapeutique. À ce sujet, la littérature met en avant différentes pistes de bonnes pratiques.

- D'une façon générale, les prestataires de soins « doivent **être à l'écoute des patient·es et participer activement à leur éducation** avec des outils et autres supports d'intervention mis à leur disposition facilement utilisables dès la consultation. Leur travail doit s'inscrire dans une démarche globale assurée par l'ensemble des acteur·rices de soins (infirmières, pharmacien·nes, associations). Il faut savoir souligner les bénéfices des traitements et l'expliquer avec des mots accessibles. […] **La capacité des patient·es à être observant repose sur la croyance du·de la patient·e en l'efficacité de son traitement, l'existence d'une relation de confiance avec son·sa médecin**, d'un soutien social approprié, et enfin du sentiment de contrôler sa vie et de réussir à faire des projets d'avenir » (Bellamy, 2010, p. 11).

- Plus spécifiquement par rapport aux anticoagulants oraux, « […] **les patient·es doivent être éduqué·es sur l'importance de la persistance à long terme et d'une bonne adhérence**, informé·es sur les aides à l'observance et **sur la conduite à tenir en cas de saignement** (mineur) (par exemple, contacter leur médecin prescripteur au lieu d'interrompre le traitement), dans le cadre d'une approche multidisciplinaire centrée sur le·la patient·e. **Lors de chaque visite, l'observance et la satisfaction à l'égard du traitement doivent être vérifiées** » (Grymonprez, et al., 2022a, p. 13, notre traduction).

Les **médecins généralistes sont les mieux placé·es pour relever le défi de l'observance**. D'une part, ils·elles initient le traitement (selon Van Brabandt et al. (2016a) : dans 71% des cas) et prescrivent la majorité du volume d'anticoagulants oraux délivrés (selon INAMI (2024a), en 2023 : 77%). D'autre part, l'enquête de santé de Sciensano montre que les contacts avec les généralistes sont évalués positivement : ils·elles prennent suffisamment de temps, expliquent les choses de manière compréhensible, laissent de la place pour discuter des questions ou des préoccupations et impliquent les patient·es dans les décisions concernant leurs soins. C'est moins vrai pour les contacts avec des spécialistes (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019).

4.3. Incidents hémorragiques et/ou thrombotiques

Nos résultats indiquent que la proportion des patient·es sous AVK et ayant été hospitalisé·es en raison d'une hémorragie et/ou d'une thrombose est certes supérieure mais assez proche de celle observée dans un groupe de contrôle. Cependant, la proportion de patient·es sous AOD et ayant été hospitalisé·es pour ces mêmes raisons est bien supérieure à la proportion de patient·es sous AVK, ainsi qu'à celle relative au groupe de contrôle (jusqu'à deux fois plus). Bien sûr, notre étude observationnelle a des limites : nous ne pouvons détecter que les hémorragies et thromboses ayant donné lieu à une hospitalisation, sans connaître ni leur gravité ni la cause sous-jacente de ces incidents (ce ne sont en rien des données cliniques). Malgré tout, il n'en reste pas moins vrai que nos résultats nous invitent à s'interroger sur le risque hémorragique et thrombotique lié à un traitement par AOD au regard de celui relatif à un traitement par AVK.

Pour nourrir cette réflexion, et améliorer la sécurité et l'efficacité des AOD, divers outils spécifiques existent. En effet, les AOD font partie des médicaments soumis à un ensemble de mesures spécifiques, appelées « activités de minimisation des risques » ou RMA (*Risk Minimization Activities*). Ces activités « sont conçues pour minimiser les effets indésirables et risques liés à certains médicaments, pour en garantir une administration correcte et une utilisation sûre et efficace, et pour prévenir le risque d'erreur médicale » (Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, 2025). Concrètement, des matériels éducatifs sont mis à disposition des professionnel·les de santé mais aussi, parfois, des patient·es. Dans le premier cas, il s'agit d'un **guide pour les prescripteurs**, contenant diverses informations sur le traitement, les risques et la gestion des effets indésirables (comme les saignements, par exemple). Dans le second cas, il s'agit d'une **carte de surveillance**, disponible dans l'emballage du médicament, que le·la patient·e doit conserver et présenter à tout·e professionnel·le de santé impliqué·e dans les soins (un·e dentiste, un·e pharmacien·ne, un·e médecin, etc.). Elle contient des informations sur le traitement, les recommandations en cas d'effets indésirables. Enfin, le guide recommande aussi aux prescripteurs de bien informer leurs patient·es quant à cette carte, à l'observance et aux risques du traitement. Tous ces matériels sont disponibles (en plusieurs langues) sur le site de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé[12] qui les approuve.

12 https://basededonneesdesmedicaments.be/usage-humain

13 On entend par là que l'impact du médicament (par exemple, le gain en nombre d'années de vie supplémentaires en bonne santé) est obtenu à un coût acceptable, en comparaison avec un traitement alternatif.

4.4. Le prix des AOD

Le prix des AOD est largement supérieur à celui des AVK. Malgré cela, les évaluations économiques existantes indiquent que les AOD sont bien 'coût-efficaces'[13]. « Mais cela suppose que les anticoagulants soient utilisés en pratique courante dans les mêmes conditions que les essais cliniques et que leurs effets soient valables sur le long terme » (Van Brabandt, et al., 2016a, p. 2).

En 2023, les AOD représentent plus de 99% des dépenses brutes de l'AO pour les anticoagulants oraux (calculs propres sur base de nos données). **Trois AOD (apixaban, édoxaban, rivaroxaban)** figurent dans le **top 5 des médicaments les plus coûteux** pour l'INAMI. En 2023, ces trois molécules ont coûté **243 millions d'euros de remboursement** pour environ **344.300 patient·es** (CBIP, 2025).

Nous soulignons toutefois que le prix réel des AOD reste inconnu en raison des rétrocessions confidentielles prévues dans les **contrats entre l'INAMI et les firmes pharmaceutiques**. Selon le rapport MORSE 2024 (*Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses*), le taux de rétrocession[14] pour la classe de médicaments ATC B, dont font partie les AOD, varie de 23% (2013) à 45% (2022) (INAMI, 2024b). Même en tenant compte de ces rétrocessions, les AOD demeurent plus coûteux que les AVK. Toutefois, à l'expiration des contrats, l'arrivée de génériques ou la renégociation des prix peuvent permettre une réduction des coûts à charge de l'AO.

5. Recommandations

Sur base des analyses précédentes et de la littérature, nous pouvons faire des recommandations par rapport aux prestataires de soins (pharmacien·ne, médecin généraliste ou spécialiste).

- **L'observance thérapeutique est un enjeu fondamental**, tant pour la persistance que pour l'adhérence au traitement. Pour les médecins (surtout généralistes), il s'agit d'**accompagner** les patient·es (donc les voir régulièrement), de **dialoguer** avec eux·elles, de leur **expliquer** le traitement, ses avantages mais aussi les risques encourus en cas d'abandon prématuré ou d'oubli de prise d'un médicament. Autre point important : bien informer les patient·es sur ce qu'il convient de faire en cas de saignements. D'une façon générale, il s'agit de **susciter la confiance** dans le traitement, car la confiance est la **clé de l'observance.**

- Informer, **être à l'écoute et** accompagner les patient·es ne sont pas l'apanage des seuls médecins. **Les pharmacien·nes ont aussi un rôle à jouer :** bien informer les patient·es lors de chaque délivrance, et surtout insister sur l'importance de l'adhérence au traitement. Le·la pharmacien·ne est aussi la personne clé pour contrôler la dose correcte et surveiller les interactions avec d'autres médicaments (car elles sont assez nombreuses). Enfin, il·elle ne doit pas hésiter à prendre contact avec le prescripteur en cas de problème.

- **Être attentif aux plaintes exprimées spécifiquement par les femmes**. En effet, la prévalence moins élevée de femmes traitées aux anticoagulants oraux fait craindre une sous-détection et/ou un sous-traitement de la fibrillation auriculaire.

- **Bien peser les risques**
  - Pour les médecins, la décision d'initier ou non un traitement aux anticoagulants oraux implique de bien évaluer le risque thromboembolique (qu'on veut éviter) par rapport au risque d'hémorragie (que le traitement peut induire). Par exemple, il n'est pas recommandé de prescrire des anticoagulants oraux à des patient·es souffrant de FA à bas risque thromboembolique. De même, il faut éviter le sous-traitement. À ces égards, la Société européenne de cardiologie (*European Society of Cardiology*) a émis des recommandations qu'il convient de suivre (Van Gelder, et al., 2024).
  - Autre risque à considérer : le changement d'anticoagulant oral en cours de traitement (AOD vers AVK et vice-versa). Ce n'est pas forcément pertinent. Au contraire, « il semble sage d'éviter de passer à un autre anticoagulant [oral] s'il n'y a pas de nécessité clinique de le faire » (INAMI, 2017, p. 19), surtout si le·la patient·e est âgé·e et fragile (Joosten, et al., 2024).
  - Par rapport aux AOD, il est recommandé de bien **prendre connaissance des activités additionnelles de minimisation des risques** (*Risk Minimisation Activities*). Elles sont disponibles sur les sites web du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) et

14 Il s'agit du rapport entre le montant rétrocédé à l'INAMI par les firmes pharmaceutiques et le chiffre d'affaires (prix ex-usine) qu'elles ont réalisé pour la classe de médicaments considérés.

de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). Elles fournissent une quantité d'informations et « permettent ainsi de veiller à ce que le traitement soit adéquat pour chaque patient·e, de surveiller les risques en cours de traitement et de gérer au mieux les effets indésirables détectés » (Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, 2025).

- Enfin, il faut continuer à faire des études observationnelles afin d'évaluer le niveau de risque du traitement aux AOD.

- **Encourager la concertation médico-pharmaceutique**. Il existe divers programmes, financés par l'INAMI, qui visent à améliorer la collaboration entre médecins et pharmacien·nes. Un de ces programmes concerne spécifiquement les AOD et se concentre sur l'information quant aux risques, dosages, l'identification des populations à risque (INAMI, 2025). Une telle démarche est à encourager et pérenniser.

Pour les responsables politiques (et les membres des commissions compétentes), ainsi que pour les firmes pharmaceutiques, il convient de réfléchir aux prix des anticoagulants oraux directs. Certes, du fait de l'élargissement des indications, le nombre de personnes ayant recours aux anticoagulants oraux a fortement augmenté. Mais, si les dépenses se sont envolées, c'est bien dû au prix plus élevé des AOD par rapport aux AVK. À chaque fois que possible, la renégociation des prix et/ou le recours à des alternatives moins chères (comme les génériques, via la prescription en dénomination commune internationale [DCI][15]) devraient être encouragées.

Conclusion

La fibrillation auriculaire (FA) est une pathologie qui mérite pleinement notre attention. Cette anomalie du rythme cardiaque augmente fortement le risque d'AVC ischémique. Afin de prévenir de façon substantielle ce risque, le recours aux antagonistes de la vitamine K (AVK) ou aux anticoagulants oraux directs (AOD) est pertinent pour un traitement de fond. Cependant, quel que soit le type d'anticoagulant oral administré, nous observons des problèmes d'observance thérapeutique. La persistance est bien meilleure avec des AOD qu'avec des AVK. Il est vrai qu'un traitement avec des AVK est plus lourd à administrer : un monitoring sévère de la coagulation sanguine s'impose, ce qui nécessite de nombreuses et régulières analyses de sang. Cette difficulté n'existe pas avec les AOD, mais le problème de l'observance thérapeutique ne disparait pas pour autant : là aussi, bien des patient·es abandonnent leur traitement, ne semblent pas disposer du nombre de médicaments théoriquement nécessaires pour couvrir toutes les journées d'une période donnée. Or, manquer une prise d'AOD augmente significativement le risque d'AVC. Enfin, on peut légitimement s'interroger sur les risques liés au recours aux anticoagulants oraux, notamment en termes de risque hémorragique.

Outre les enjeux liés à l'observance thérapeutique et à la sécurité des traitements, il y a encore le problème de l'augmentation des dépenses relatives aux anticoagulants oraux. Divers facteurs ont joué : du fait d'une population vieillissante, davantage de patient·es avec FA sont détecté·es et traité·es que par le passé. Mais il y aussi un facteur de prix : les AOD, qui sont devenus le traitement de référence, sont bien plus onéreux que les AVK. De sorte qu'au final, ce sont bien ces médicaments qui sont à l'origine de la forte augmentation des dépenses. Pour l'instant, le prix des AOD originaux est fixé par contrat avec l'INAMI. Quelques génériques ont fait leur apparition à partir de 2023 et viendront quelque peu modérer la croissance des dépenses à charge de l'AO. Mais cette croissance continuera : la prévalence de la FA augmentant avec l'âge, le nombre de patient·es éligibles aux anticoagulants oraux ne fera que croître et une grande majorité d'entre eux·elles seront traité·es avec des AOD. Dès lors, si l'occasion se présente, les différentes parties prenantes du système de santé ne devraient pas hésiter à renégocier ces prix. Veiller à la maîtrise des dépenses de ce type de traitement est aussi une condition pour en garantir son financement public et son accessibilité à long terme.

15 Il s'agit de prescrire en mentionnant le nom du principe actif du médicament au lieu de son nom de marque. Le pharmacien pourra alors délivrer le médicament parmi le groupe des médicaments les moins chers pour le même principe actif, la même concentration et le même type d'administration. Voir https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/medicaments/prescrire-un-medicament/prescrire-en-dci-regles-pour-le-prescripteur

Bibliographie

Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. (2025). *Publication des matériels RMA (Risk Minimization Activities) sur notre site*. Consulté le 4 juin 2025, sur https://www.afmps.be/fr/news/news_rma.

Bellamy, L. (2010). L'observance thérapeutique : mesurer, comprendre, intervenir. *Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur, 96*, 8-11.

Capiau, A., Grymonprez, M., De Backer, T., Gevaert, S., Boussery, K., & Lahousse, L. (2021). Voorkamerfibrillatie en niet-vitamine K-antagonist orale anticoagulantia: van klinische studies tot gebruik in de dagelijkse praktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg, 9*, 722-732.

CBIP. (2025). *INAMI top 25 : les plus grandes dépenses pour des médicaments dans le secteur ambulatoire en 2023*. Consulté le 3 octobre 2025, sur https://r.cbip.be/fr/inami-top-25-les-plus-grandes-depenses-pour-des-medicaments-dans-le-secteur-ambulatoire-en-2023/.

Cosma Rochat, M., Waeber, G., Lamy, O., & Aujesky, D. (2007). Peut-on évaluer le risque hémorragique lors d'anticoagulation orale ? *Revue Médicale Suisse, 3*(131), 2461-2465.

Demarest, S., Charafeddine, R., Drieskens, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen*. Brussel: Sciensano.

Elliott, A., Middeldorp, M., Van Gelder, I., Albert , C., & Sanders, P. (2023). Epidemiology and modifiable risk factors for atrial fibrillation. *Nature reviews cardiology, 20*(6), 404-417.

Fuchs, V. A., Spinewine, A., Zerah, L., & Henrard, S. (2025). Non-adherence and non-persistence of Direct Oral Anticoagulants among patients with non-valvular atrial fibrillation: a French retrospective cohort study. *Scientific Reports, 15:10791*.

Grymonprez, M., Capiau, A., Steurbaut, S., Mehuys, E., Boussery, K., De Backer, T., & Lahousse, L. (2022a). Adherence and persistence to oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation : A Belgian nationwide cohort study. *Frontiers in Cardiovascular Medicine, 9:994085*.

Grymonprez, M., De Backer, T., Capiau, C., Vauterin, D., Mehuys, E., Boussery, K., . . . Lahousse, L. (2023a). Trends in oral anticoagulant use in patients with atrial fibrillation in Belgium from 2013 to 2019: A nationwide cohort study. *British Journal of Clinical Pharmacology, 89*(4), 1360-1373.

Grymonprez, M., Petrovic, M., De Backer, T., Steurbaut, S., & Lahousse, L. (2023b). The Impact of Polypharmacy on the Effectiveness and Safety of Non-vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation. *Thrombosis and Haemostatis, 124*(2), 135-148.

Grymonprez, M., Simoens, C., Steurbaut, S., De Backer, T., & Lahousse, L. (2022b). Worldwide trends in oral anticoagulant use in patients with atrial fibrillation from 2010 to 2018: a systematic review and meta-analysis. *Europace, 24*(6), 887-898.

Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J., Blomström-Lundqvist, C., . . . ESC Scientific Document Group. (2020). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal, 42*(5), 373-498.

INAMI. (2016). *Infospot: Antithrombotiques en pratique ambulatoire.* Bruxelles: INAMI.

INAMI. (2017). *L'usage rationnel des anticoagulants oraux (directs (AOD) ou antagonistes de la vitamine K (AVK)) en cas de fibrillation auriculaire (prévention thromboembolique) et en cas de thromboembolie veineuse (traitement et prévention secondaire).* Bruxelles: INAMI (Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments - réunion de consensus).

INAMI. (2021). *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses. Rapport MORSE données 2021.* Bruxelles: INAMI.

INAMI. (2024a). *Anticoagulants oraux.* Bruxelles: INAMI.

INAMI. (2024b). *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses. Rapport MORSE données 2022-2023.* Bruxelles: INAMI.

INAMI. (2025). *Concertation médico-pharmaceutique : Programmes de promotion de la qualité approuvés*. Consulté le 7 octobre 2025, sur https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/medicaments/concertation-medico-pharmaceutique/programmes-de-promotion-de-la-qualite-approuves

Joosten, L., van Doorn, S., van de Ven, P., Köhlen, B., Nierman, M., Koek, H., . . . Geersing, G.-J. (2024). Safety of Switching From a Vitamin K Antagonist to a Non–Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant in Frail Older Patients With Atrial Fibrillation: Results of the FRAIL-AF Randomized Controlled Trial. *Circulation, 149*(4), 279-289.

Koletsi, D., & Pandis, N. (2017). Survival analysis, part 2: Kaplan-Meier method and the log-rank test. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 152*(4), 569-571.

Koull, Z., & Conus, A. (2023). *La fibrillation auriculaire.* Genève: Hôpital Universitaire de Genève - Service de médecine de premier recours.

Le Heuzey, J. (2010). *La fibrillation atriale : données démographiques.* Consulté le 6 mars, 2025, sur https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2010/03/10.pdf

Ligue Cardiologique Belge. (2025). *La fibrillation auriculaire (FA), c'est quoi ?* Consulté le 3 mars 2025, sur https://liguecardioliga.be/la-fibrillation-auriculaire/

McAlister, F., Garrison, S., Kosowan, L., Ezekowitz, J., & Singer, A. (2018). Use of Direct Oral Anticoagulants in Canadian Primary Care Practice 2010–2015: A Cohort Study From the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. *Journal of the American Heart Association, 7(3):e007603*.

Scavée, C. (2019). Anticoagulants oraux directs, comment choisir ? *Louvain médical, 139*(5), 279-285.

Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale, 24*(188), 457-458.

Smet, L., Heggermont, W., Goossens, E., Eeckloo, K., Vander Stichele, R., De Potter, T., & De Backer, T. (2018). Adherence, knowledge, and perception about oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation at high risk of thromboembolic events after radiofrequency ablation. *Journal of Advanced Nursing, 74*(11), 2577-2587.

Stokx, J., Van haecht, K., & Ntahonganyira, R.-M. (2025). Tendances en matière de recours aux médicaments chez les moins de 18 ans. *Santé & Société, 12*, 58-83.

Toorop, M., van Rein, N., Nierman, M., Vermaas, H., Huisman, M., van der Meer, F., . . . Lijfering, W. (2020). Self-reported therapy adherence and predictors for nonadherence in patients who switched from vitamin K antagonists to direct oral anticoagulants. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis, 4*(4), 586-593.

Van Brabandt, H., San Miguel, L., Fairon, N., Vaes, B., Henrard, S., Boshnakova, A., . . . Dubois, C. (2016a). *Anticoagulation et fibrillation auriculaire – Synthèse. KCE Reports 279Bs. D/2016/10.273/98.* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Van Brabandt, H., San Miguel, L., Fairon, N., Vaes, B., Henrard, S., Boshnakova, A., . . . Dubois, C. (2016b). *Anticoagulants in non-valvular atrial fibrillation. KCE Reports 279. D/2016/10.273/101.* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Van Gelder, I., Rienstra, M., Bunting, K., Casado-Arroyo, R., Caso, V., Crijns, H., . . . ESC Scientific Document Group. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal, 45*(36), 3314–3414.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sommaire

Édito : Radicalisons la démocratie · 02

Étude : Eco-anxiété : ce que cela signifie pour les jeunes · 04
Revue de littérature · 07
Méthode : entretiens approfondis semi-structurés · 09
Résultats · 10
Discussion des résultats · 17
Recommandations · 20

Recension : Journée d'études "Vers des soins accessibles" · 26
Inégalités liées à la migration dans l'accès et l'utilisation des soins médicaux (Prof. Sandy Tubeuf) · 29
Universalisme proportionné en action: équité comme condition d'accès aux soins (Prof. Sara Willems) · 30
Appel à l'espoir et à l'action (Prof. Michael Marmot) · 32

Étude : Évolution et enjeux du recours aux anticoagulants oraux · 38
Revue de la littérature · 40
Méthode · 44
Résultats · 51
Discussion · 60
Recommandations · 63

Colophon

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

ISSN 2796-1877

MUTUALITE CHRETIENNE