



# Le risque d'infarctus des soins



KEY MESSAGES

La réforme des soins de santé s'impose plus pour des raisons de personnel que budgétaires.

## Expansion ou infarctus des soins ?

La formulation du défi budgétaire se concentre actuellement sur les règles budgétaires européennes, comme si, sans accords européens, aucune réforme n'était nécessaire et que le déficit budgétaire disparaîtrait tout seul. Selon le Comité d'étude sur le vieillissement, les seules dépenses sociales du gouvernement passeront de 25,7 % du PIB en 2022 à au moins 29,6 % en 2040. Dans la même analyse, les dépenses de soins de santé passeront de 8 % du PIB en 2022 à 10,3 % du PIB en 2040.

Ces perspectives sur le coût du vieillissement supposent que la demande de soins augmente fortement et que l'offre de soins peut y répondre de manière adéquate. Entre aujourd'hui et 2040, la capacité de soins doit donc augmenter de manière significative. Cela implique que de plus en plus de personnes devront travailler dans le secteur des soins au sens large (sauf à supposer une automatisation importante des soins de santé). Or, aujourd'hui déjà, le système de soins de santé a du mal à pourvoir les postes vacants. En raison de la pénurie de personnel, les hôpitaux ferment des services et les centres de soins résidentiels interrompent les admissions. Le nombre de médecins généralistes et de dentistes ayant des arrêts de travail augmente. Et les tensions sur le marché du travail ne feront que s'accroître à l'avenir. Cette pénurie de personnel n'est pas limitée aux soins de santé, et son emprise ne fait que s'élargir sous l'effet d'une relève démographique insuffisante.

Aux Pays-Bas, le risque d'infarctus des soins préoccupe les experts et fait l'objet d'un débat social sur l'avenir du système de soins et la modernisation de l'État-providence. Les experts y plaident pour des choix "pointus" afin de maintenir le système de soins à flot. La Flandre est aussi préoccupée par ce risque d'infarctus des soins. Selon Margot Cloet du zorgkoepel Zorgnet-Icuro, la pénurie de personnel est le plus grand défi : "La principale préoccupation des directions d'hôpitaux, de centres de soins résidentiels et de services de soins à domicile est qu'elles ne peuvent pas trouver de personnel. Huit hôpitaux sur dix en Flandre mettent fin à leurs activités parce qu'ils ne trouvent pas de personnel".

## Le bouc émissaire européen

Dans le débat sur l'état de nos finances publiques, l'Europe est souvent présentée comme le vilain qui impose l'austérité à chacun. Mais si on y regarde de plus près, on constate que les dépenses publiques ont depuis deux décennies augmenté plus rapidement que notre PIB. On est passé de 40% de dépenses ordinaires hors charges d'intérêt en 2001 à environ 50% en 2024 (voir rapport annuel de la BNB 2023).

La discipline budgétaire européenne est essentielle pour maintenir la confiance dans l'euro, mais l'Europe ne considère pas les règles budgétaires comme un dogme. La Commission européenne motive le nouveau cadre de gouvernance économique comme suit : "Les principaux objectifs du cadre sont de renforcer la soutenabilité de la dette des États membres et de promouvoir une croissance durable et inclusive dans tous les États membres grâce à des réformes favorables à la croissance et à des investissements prioritaires. Le cadre contribuera à rendre l'UE plus compétitive et mieux préparée aux défis futurs en soutenant les progrès vers une économie verte, numérique, inclusive et résiliente". L'Europe vise une gestion durable de la dette et une croissance durable et inclusive.



Pendant la pandémie et la crise énergétique qui a suivie, l'Europe a temporairement abandonné la discipline budgétaire classique, mais à partir de 2025, les pays présentant des déficits importants, comme la Belgique, se verront attribuer une trajectoire de référence spécifique pour soutenir les plans de réforme, mais aussi pour permettre des investissements ciblés dans les transitions verte et numérique. Les pays dotés d'un plan de relance crédible disposeront également de sept ans, au lieu de quatre, pour atteindre leurs objectifs budgétaires. L'Europe assortit cette flexibilité d'une application plus stricte. Si le déficit budgétaire reste trop élevé, la procédure de surendettement peut être déclenchée. Dans le cadre de cette procédure, un État membre reçoit des recommandations précises pour réduire son déficit budgétaire. Le nouveau cadre budgétaire européen « modernise » de fait les accords du traité de Maastricht initial, en réponse à la politique budgétaire laxiste de certains pays de la zone euro.

Il est assez paradoxal que les réformes structurelles que cherchent à promouvoir l'Europe soient si souvent associées à des politiques d'austérité. C'est pourtant le contraire qui est vrai. Les pays qui réussissent à se réformer pour mieux s'adapter aux mutations (sociales, économiques, technologiques, environnementales et démographiques) façonnent leur propre avenir plutôt que de le subir. C'est l'inaction qui conduit à l'austérité et pas l'inverse.

## L'infarctus des soins aux Pays-Bas

Les Pays-Bas sont sous l'emprise d'un infarctus des soins. La demande de soins ne cesse d'augmenter, mais le système de santé néerlandais risque de manquer de moyens. *Plus de 40 % des nouveaux diplômés quittent le secteur des soins dans les deux ans qui suivent.* Les emplois dans d'autres secteurs offrent apparemment plus de satisfaction. Sans ajustement, le système de soins de santé néerlandais deviendra dysfonctionnel et certaines personnes seront obligées de quitter leur emploi.

Des segments des soins de santé se réduisent fortement, voire disparaissent. Des organismes consultatifs tels que Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), entre autres, plaident dans le rapport "Choosing sustainable care. People, resources and public support" de 2021, des "choix réfléchis, clairs et parfois tranchants dans l'intérêt de l'accessibilité et de la qualité des soins et d'une amélioration générale de la santé". Comme en Belgique, la demande de soins aux Pays-Bas augmente sous l'effet de facteurs multiples : le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de malades souffrant de maladies chroniques liées au mode de vie (dont beaucoup auraient pu être évitées par une politique de prévention efficace), l'épidémie d'obésité et de troubles psychologiques, le coût des nouvelles technologies (dont IA) et la complexité croissante des soins. À politiques inchangées, la demande de soins de santé augmentera plus rapidement au cours des prochaines décennies que la croissance de l'économie et de la main-d'œuvre disponible.

Dans son analyse, le WRR fait la distinction entre la soutenabilité financière, la soutenabilité humaine et la soutenabilité sociale. La soutenabilité humaine est évaluée en calculant les implications en termes de personnel de l'augmentation de la demande de soins. Dans son analyse, le WRR suppose une nouvelle augmentation de 2,9 % par an de la demande totale de soins aux Pays-Bas. Actuellement, une personne sur sept aux Pays-Bas travaille dans le secteur des soins au sens large (y compris les soins aux personnes âgées, les soins à domicile, les soins informels,...). *À politique inchangée, d'ici 2060, une personne sur trois devrait travailler dans le secteur des soins pour*



répondre à la demande croissante de soins. Ce n'est évidemment pas possible, car cela risque de paralyser d'autres secteurs de l'économie en raison d'une pénurie de personnel. Lorsque la demande globale - ou plutôt potentielle - de soins ne peut être suivie en raison d'un manque de personnel, des choix radicaux doivent être faits. En effet, certaines des activités de soins actuelles ne pourront plus être proposées.

Le WRR déclare aussi explicitement que les gains d'efficacité et le déploiement de personnel supplémentaire ne peuvent constituer une solution. Pour le WRR, le système de santé néerlandais actuel n'est soutenable en ressource humaine et, avec les structures et les processus actuels, il existe une menace particulière de pression sur certaines parties des soins aux jeunes, des soins spécialisés en santé mentale et des soins aux personnes âgées vulnérables. Pour éviter de pousser arbitrairement quelques segments de soins hors du secteur public, le WRR préconise à juste titre un large débat politique et social sur les priorités claires à fixer, en mettant l'accent sur des soins soutenables. Le rapport souligne que "faire des choix ne signifie pas réduire les soins, mais qu'un débat social s'impose sur la nécessité de mieux limiter les soins et d'orienter leur croissance et leur distribution".

Les soins de santé mentale (GGZ) ont connu une croissance rapide aux Pays-Bas, en particulier en ce qui concerne les formes de soins plus légères. Le WRR se demande si ces formes de soutien plus légères devraient faire partie du système de soins collectifs. Par exemple, les personnes qui se sentent particulièrement seules pourrait bénéficier davantage d'un investissement dans des communautés locales dynamiques et inclusives (ex. buurtzorg) que de recevoir dix séances avec un thérapeute/psychologue. En outre, le rapport plaide en faveur d'un engagement structurellement plus important en faveur d'une prévention élargie afin de ralentir l'afflux de patients dans le système de soins au fil du temps. Cette prévention ne doit pas être organisée exclusivement dans le cadre du "système médical". La prévention ou protection doit aussi se faire au niveau des médias sociaux.<sup>1</sup> Une étude a récemment montré un lien interpellant entre médias sociaux et santé mentale chez les adolescents.<sup>2</sup> Selon le Daily Mail (22 avril 2024) des drogues synthétiques à haut risque (Nitazenes...) se vendent librement sur les plateformes X et SoundCloud.<sup>3</sup> Le Digital Market Act doit prendre sérieusement en compte la régulation des réseaux sociaux pour mieux protéger les personnes vulnérables.

## Tout faire ou laissez faire

Une partie du système de soins public actuel sera radicalement transformée, disparaissant ou étant supplantée par des initiatives privées. La politique assume-t-elle elle-même ces choix ou les laissons-nous au marché ou aux principaux acteurs des soins ? Si nous optons pour des réformes radicales, la politique peut en principe conduire et orienter ces choix. En revanche, si aucune réforme n'est entreprise, l'accès aux soins devient plus dépendant des revenus et moins universel. Les patients moins rentables, en particulier, risquent d'en être les victimes. Une telle évolution va à l'encontre de d'un accès universel. La nécessité de faire des choix difficiles est anticipée aux Pays-Bas. Des plateformes de citoyens ont été utilisées pour évaluer l'attitude de la population face à ces choix. Il en ressort que les citoyens comprennent et acceptent tout à fait que des choix doivent être faits, mais que personne ne se sent appelé à faire ces choix ou à fixer des critères à cet effet. Après tout, chaque choix affecte les

1 Sohn, E. (2022), "Tackling the mental-health crisis in young people", Nature 608(7924): S39-S41.

2 Braghieri, L, R Levy, and A Makarin (2022), "Social Media and Mental Health", American Economic Review 112 (11): 3660-93.

3 <https://www.dailymail.co.uk/news/article-13335047/Franken-drug-flooding-Britain-advertised-X-SoundCloud.html>



gens. Un choix ou une sélection possible pourrait, par exemple, consister à cesser d'entreprendre des traitements coûteux pour les personnes de plus de 85 ou 90 ans. Cela permet de libérer des ressources limitées pour financer des traitements destinés aux jeunes adultes. Un tel choix peut sembler rationnel, mais dans la pratique, nous voulons naturellement aider tout le monde, quel que soit l'âge ou le potentiel économique.

L'imminence d'un conflit sur les soins de santé a été évoquée aux Pays-Bas lors des récents débats électoraux. Pourtant, les Pays-Bas viennent de mettre en œuvre un certain nombre de réformes des soins de santé dans un passé récent. Ces réformes visaient principalement des objectifs opérationnels, avec étonnamment peu d'attention accordée au contexte démographique et à l'impact structurel sur la demande de soins de santé. Avec la loi sur l'assurance maladie de 2006, par exemple, les Pays-Bas ont opté pour davantage de forces du marché basées sur une concurrence réglementée entre les assureurs et les prestataires de soins de santé. Cette politique présentait des avantages en termes d'accessibilité financière pour les demandes de soins simples - en pratique, il s'agit de patients souffrant d'une seule pathologie - mais elle a entraîné une forte augmentation de la charge administrative pour le personnel de santé, ce qui est très démotivant car cela évince des tâches essentielles. En outre, dans la pratique, la concurrence entre les établissements de soins de santé est beaucoup moins forte aujourd'hui que ce qui avait été envisagé en 2006. Mais en quoi le renforcement des forces du marché peut-il constituer à lui seul une réponse au défi majeur du vieillissement ? L'accent mis sur la concurrence réglementée entre les établissements n'apporte pas aujourd'hui de réponse à la pénurie aiguë de personnel dans la quasi-totalité des établissements de soins. La recherche de réformes capables de résoudre simultanément tous les problèmes se poursuit. Une réforme efficace est avant tout une exploration plutôt qu'une simple redistribution des cartes.

## La Belgique n'est pas les Pays-Bas

Les Pays-Bas réforment volontairement leur système de soins de santé sans soucis des règles budgétaires européennes. Avec un déficit budgétaire limité et une dette publique d'environ 55 % du PIB, les Pays-Bas pourraient facilement adopter l'approche belge consistant à désamorcer toute contestation sociale en dépensant plus d'argent.

Toutefois, les chiffres du SPF Sécurité sociale montrent que les dépenses publiques pour les "soins médicaux" dans notre pays passeront de 28,7 milliards d'euros en 2020 à 37,8 milliards d'euros en 2024. Les dépenses de soins médicaux augmenteront de 7 % par an sur cette courte période.

La Belgique n'est pas les Pays-Bas, mais les tensions sur le marché du travail sont une réalité européenne. Ainsi, la main-d'œuvre potentielle (population entre 18-64 ans) dans notre pays devrait rester stable entre 2024 et 2050 avec une légère augmentation en Flandre compensée par une baisse en Wallonie et à Bruxelles. Ces projections reposent sur un grand nombre d'hypothèses, y compris l'afflux de migrants qualifiés. Mais si la population en âge de travailler reste stable, une forte augmentation de la demande de soins à forte intensité de main-d'œuvre implique que la part du système de soins dans l'emploi total augmente fortement. Le système de soins peut-il attirer des travailleurs d'autres secteurs ? Peut-être mais à condition d'améliorer les conditions de travail. Il faut constater que le métier n'attire plus vraiment : *le nombre d'étudiants en première année d'infirmière a chuté de 7 300 en 2014 à 5 200 aujourd'hui.*



Le défi des soins est très complexe et ne peut être résumé en quelques chiffres. L'évolution du ratio pop 18-64 ans/ pop +65 ans illustre l'ampleur du défi à relever au cours des prochaines décennies. En 1990, notre pays comptait 4,4 personnes en âge de travailler par personne de plus de 65 ans. Aujourd'hui, ce ratio est tombé à 3,1 personnes et devrait continuer à baisser pour atteindre 2,5 personnes en 2040. Si on considère un taux d'emploi de 80% cela signifie que nous aurons en 2040, 2 personnes à l'emploi pour chaque personne de plus de 65 ans et 1,4 personnes à l'emploi pour chaque personne de plus de 65 ans ou sans emploi.

## Et le Danemark ?

Dans le paysage européen des soins de santé, le Danemark se distingue par l'adaptation et l'ajustement quasi permanents de son système de santé. Le système danois a de nombreux adeptes, dont Bernie Sanders. Par exemple, le Danemark envisage actuellement l'introduction de groupements de santé dans lesquels les hôpitaux, les médecins généralistes et les municipalités déterminent ensemble des objectifs de santé de manière intégrée et élaborent leur propre stratégie opérationnelle à cette fin. Après tout, les patients ne doivent pas se perdre dans un système de soins de santé trop fragmenté et complexe. L'élaboration d'un parcours de prévention fait l'objet d'une attention particulière dès le premier jour. En outre, le Danemark investit massivement dans l'amélioration des TIC au service des soins de santé. Le Danemark a également une forte tradition d'évaluation de ses réformes. L'adaptation du système de soins de santé a toujours été une priorité pour les gouvernements danois successifs. Mais le Danemark est également connu pour sa célèbre flexicurité sur le marché du travail, sa politique pionnière en matière d'énergie renouvelable (ou les ponts cyclables de Copenhague).

Les Danois aiment apparemment s'adapter aux changements. C'est bien, mais toutes ces réformes sont-elles payantes ? Il n'est pas facile de répondre à cette question, mais en tant qu'État-providence, le Danemark allie un taux d'emploi élevé à une grande qualité de vie, un score élevé dans les classements du bonheur et un bilan exceptionnel en matière de finances publiques. Entre 2014 et 2024, le Danemark n'a enregistré un déficit budgétaire qu'une seule année (- 1,2 % du PIB en 2015). En 2019 et 2021, l'excédent budgétaire a atteint plus de 4 % du PIB. Même l'année de la crise sanitaire (en 2020) a été marquée par un excédent budgétaire. Pourtant on ne parle pas d'austérité au Danemark. Le contraste avec les finances publiques et les discours sur l'austérité est tout à fait saisissant. Le 8 février 2024, la Banque nationale danoise pouvait fièrement annoncer que la dette publique danoise était tombée à 10,5 % du PIB : "Mesurée par rapport à la taille du Danemark, la dette nationale était de 10,5 % du PIB à la fin de 2023, ce qui est le niveau le plus bas depuis plus de 40 ans...". Grâce à la discipline budgétaire et à des réformes particulièrement réussies, Le Danemark dispose d'une marge de manœuvre financière pour relever les défis à venir. Une belle perspective pour la jeunesse danoise !

## Conclusions

Le système de soins de santé est déjà soumis à une forte pression aujourd'hui, alors que la demande de soins continue d'augmenter. Avec le resserrement du marché du travail, l'offre de soins ne pourra jamais suivre la croissance de la demande de soins. Des choix structurels sont nécessaires pour éviter un infarctus imminent des soins. En l'absence de réformes ciblées, les segments de soins tels que les soins de santé mentale et les soins



aux personnes âgées risquent tout particulièrement d'être gravement touchés. En réformant, nous pouvons, en tant que société, faire nous-mêmes les choix nécessaires et les encadrer de manière optimale. En l'absence de réformes, nous laissons le marché faire les choix, ce qui rendra l'accès aux soins de santé de plus en plus dépendant de la capacité à payer.

Il existe des raisons valables de réformer le système des soins de santé et ces raisons sont indépendantes des règles budgétaires européennes. Ces règles budgétaires ne visent pas à réaliser des "économies aveugles", mais plutôt à encourager les États membres à procéder à des réformes et à des investissements ciblés afin de garantir une prospérité durable et inclusive pour nos enfants. L'Europe est flexible en matière budgétaire puisque les États membres disposent d'un délai de sept ans pour remettre de l'ordre dans leurs finances publiques.

Notre pays n'a pas de "tradition de réforme" mais a opté depuis 2001 pour une croissance des dépenses publiques plus rapide que son revenu national, afin de maintenir la paix sociale et le statu quo dans un pays divisé. Le rendement social futur de cette explosion des dépenses publiques est douteux, alors que les pays comme Le Danemark ou les Pays-Bas procèdent à des réformes régulières pour s'adapter aux changements, tout en maintenant des finances publiques saines et sans hypothéquer l'avenir de leurs enfants pas un surendettement.

En réformant, nous façonnons nous-mêmes notre avenir au lieu de le subir. En qualifiant l'Europe de chantre de l'austérité (en dépit des réalités), on encourage les nationalismes de chacun et on réduit la sécurité de tous en période d' « incertitudes radicales ».<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Kay Jones & Mervyn King (2020), *Radical uncertainty: decision-making for an unknowable future*, The Bridge Street Press.



## Addendum;

### L'infarctus des soins frappe-t-il plus durement la Wallonie ?

Lorsque la population en âge de travailler diminue, une expansion de l'offre de soins n'est possible que si l'emploi dans d'autres secteurs diminue fortement ou si l'on arrive à redresser suffisamment les taux d'emploi.

En principe, la Flandre est particulièrement exposée à un éventuel infarctus des soins car la part des personnes âgées (65+ et 85+) dans la population totale y est plus élevée qu'en Wallonie et à Bruxelles, qui est relativement jeune. Près de 21% des Flamands ont plus de 65 ans, alors qu'en Wallonie, ce groupe représente 19,2% de la population.

Du côté de l'offre, cependant, la Flandre peut compter sur une augmentation limitée de la population en âge de travailler. Entre aujourd'hui et 2040, la population flamande en âge de travailler pourrait augmenter de 1,48 %, tandis que la Wallonie devrait voir sa population en âge de travailler diminuer de 2,51 %. D'ici 2060, la population en âge de travailler pourrait même diminuer de près de 6 % en Wallonie, alors qu'elle augmenterait de 5 % en Flandre. Comme toujours, ces projections sont soumises à certaines incertitudes, telles que l'évolution future des flux migratoires. Cependant, on constate que le taux d'inactivité parmi la population en âge de travailler augmente chez les hommes à Bruxelles et en Wallonie alors qu'il baisse en Flandre.<sup>5</sup> Un autre frein du côté de l'offre de main-d'œuvre disponible est « l'effet Tanguy » et l'allongement de la durée des études. Entre 2006 et 2021, la part des jeunes de 18-24 ans inactifs a augmenté de près de 30% (la part est passée de 44% à 56%).<sup>6</sup> Dans notre enseignement supérieur, seulement 13,8% des garçons sont diplômés à l'heure côté francophone et 26,4% côté néerlandophone (contre une moyenne OCDE de 33,1%). Pour les filles les taux de réussite dans les temps sont respectivement de 25,8%, 37,3% et 44,3%.<sup>7</sup>

La demande de soins dépend de l'âge moyen de la population et de son taux de comorbidités. Le vieillissement d'une population relativement saine est plus facile à gérer que le même vieillissement d'une population malade. Pour les plus de 65 ans souffrant à la fois de problèmes cardiovasculaires, de diabète de type 2, de polyarthrite rhumatoïde et de dépression légère, la demande de soins est complexe et coûteuse. Et le nombre de personnes âgées qui "cumulent" des problèmes de santé chroniques est en augmentation.

Les études comparatives montrent que notre pays fait partie des pays où la charge combinée de la morbidité et mortalité précoce est la plus élevée de l'UE-14. Cette charge qui mesure la perte d'année de vie en bonne santé (mesurée en DALY<sup>8</sup> pour 100 000 habitants) est de 20 170 DALY pour la Belgique. Seule la Grèce a une charge légèrement supérieure avec 20 200. Les disparités régionales sont aussi marquées avec une charge plus élevée en Wallonie (26 224 DALY) et à Bruxelles (25 013 DALY) qu'en Flandre (19 016 DALY).

5 Lamfalussy Alexandre & Jean Hindriks (2024), L'inactivité en Belgique : les femmes plus actives que les hommes ? Infographie 3, Itinera Institute.

6 Lamfalussy Alexandre & Jean Hindriks (2024), L'inactivité en Belgique : l'effet Tanguy, Infographie 2, Itinera Institute.

7 OCDE (2022) Regards sur l'éducation, Graphique B.5.1.

8 DALY (Disability Adjusted Life Year) représente la perte des années de vie en bonne santé en raison de la morbidité et de la mortalité prématurée. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/annees-de-vie-en-bonne-sante-perdus>.



Il est intéressant de noter que les Pays-Bas qui se préoccupent beaucoup du possible infarctus des soins de santé, font nettement mieux que la moyenne européenne (18 887 DALY).

La plupart des indicateurs de santé montrent que les Flamands sont en meilleure santé que les Wallons. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance est aujourd'hui supérieure de plus de deux ans en Flandre qu'en Wallonie. La perte d'années de vie en bonne santé due à la charge de morbidité est nettement plus élevée en Wallonie qu'en Flandre. Cela se reflète également dans les dépenses régionales de santé par habitant. Les troubles mentaux et la toxicomanie constituent le principal groupe de maladies en Wallonie et à Bruxelles. La consommation d'antidépresseurs est plus élevée en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre.<sup>9</sup> En Flandre, les tumeurs représentent la charge la plus élevée.

La proportion de la population ayant un faible niveau de connaissances en matière de santé est plus élevée en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre, ce qui réduit la probabilité de faire des choix "sains". Les Wallons fument relativement beaucoup et la prévalence de la surcharge pondérale, de l'obésité, du diabète de type 2 et des lombalgies y est plus élevée qu'en Flandre.

Les disparités sanitaires entre la Flandre et la Wallonie ne sont pas spectaculaires en soi, mais la Wallonie combine une population en âge de travailler en déclin, un taux d'inactivité accru chez les hommes et une augmentation attendue des demandes de soins particulièrement complexes. Le plan de relance de la Wallonie reconnaît le défi sanitaire et prévoit des investissements dans l'expansion et la modernisation des infrastructures de santé telles que les hôpitaux et les centres de santé. Le plan de relance préconise des efforts supplémentaires en matière de prévention et un renforcement des politiques de santé mentale. Ces ambitions logiques nécessitent l'engagement d'un plus grand nombre de personnes, alors que la population en âge de travailler n'augmentera plus. Mais avec un taux d'emploi de 65,5 %, la Wallonie dispose d'une réserve potentielle de main-d'œuvre qu'elle va devoir activer au mieux. La véritable relance de la Wallonie dépendra de sa capacité à redresser son taux d'emploi afin de financer les soins nécessaires à la réactivation de sa force de travail.

---

9 Voir <https://bxl-malade.medor.coop/>



## Annexe

EVOLUTION EMPLOI	BELGIQUE	FLANDRE	WALLONIE	BRUXELLES
Population 20-64 ans, 2024	6 798 403	3 889 341	2 125 020	784 042
Taux emploi 20-64 ans, 2023	72,1%	76,8%	65,5%	66,5%
Évolution population 60-64 ans, 2024-2040	+0,17%	+1,48%	-2,51%	+0,95%
Evolution population 60-64 ans, 2024-2060	+0,54%	+5,0%	-5,74%	-4,69%
Part 65+ dans population régionale	19,5%	20,9%	19,2%	13%
Part 85+ dans population régionale	2,9%	3,2%	2,1%	2,1%

sources :

<https://www.steunpuntwerk.be/onderzoeksthemas/trends-en-toekomstbeeld/projecties-bevolking-op-arbeidsleeftijd><https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht><https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/arbeidsmarkt/werkgelegenheid-en-werkloosheid>

INDICATEURS DE SANTÉ	BELGIQUE	FLANDRE	WALLONIE	BRUXELLES
Espérance de vie à la naissance	81,7	82,6	80	81,6
DALY - Années de vie en bonne santé perdues (corrigées pour différences de population et âge), par 100 000 hab	21 807	19 016	26 224	25 013
Principales Maladies (dans DALY)	Troubles mentaux & utilisation substances	Cancers & maladies infectieuses	Troubles mentaux & utilisation substances	Troubles mentaux & utilisation substances
Usage anti-dépresseur- femmes (2018)	9,8%	8%	12,3%	11,6%
Taux faible connaissance sanitaire, homme	32%	28,8%	36%	37,7%
Taux faible connaissance sanitaire, femme	35,6%	33,3%	39,6%	35,4%
Taux sur-poids	54,4%	53%	57,3%	51,6%
Taux obésité	16,4%	15,5%	18,6%	14,1%
Taux de fumeurs réguliers	15%	13%	18%	16%
Taux diabète type 2, pour 1000 hab	68	61	82	60
Incidence de l'infarctus aigu du myocarde chez les hommes, pour 100 000 habitants	269	251	284	227
Taux brut d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants	715	761	716	461
Prévalence autodéclarée des lombalgies chez les adultes, hommes	11,3%	11,1%	12,2%	8,8%
Prévalence autodéclarée des lombalgies chez les adultes, femmes	13,3%	12,9%	14,4%	12,1%

source : <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand>