

Faculté de santé publique

Conventionnement des kinésithérapeutes en Belgique francophone : à quels facteurs socio-démographiques, économiques et professionnels est- il associé ?

Mémoire réalisé par
Charlotte Zwijsen

Promoteur·rice
Sandy Tubeuf

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Conventionnement des kinésithérapeutes en Belgique francophone : à quels facteurs socio-démographiques, économiques et professionnels est- il associé ?

Mémoire réalisé par
Charlotte Zwijsen

Promoteur·rice
Sandy Tubeuf

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je remercie tout d'abord ma promotrice, la Professeure Sandy Tubeuf, pour le temps accordé à l'encadrement de ce mémoire, ses grandes connaissances scientifiques, ses conseils éclairés, ses relectures attentives et ses commentaires pertinents.

Ma reconnaissance s'adresse à mes collègues kiné qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à cette étude.

Je tiens à remercier chaleureusement mon compagnon, mes parents, mes amis et mes patients pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mon cursus.

Enfin, j'adresse une pensée toute particulière à mes deux enfants, Gabrielle et Baptiste, nés au milieu de ces quatre années de reprise d'étude. Malgré le chamboulement logistique et émotionnel que leur venue au monde a engendré, ils ont été ma plus belle motivation à me dépasser.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Liste des abréviations.....	8
Introduction	9
I. Cadre théorique.....	11
1. Organisation et financement du système de santé en Belgique	11
1.1 Gouvernance et répartition des compétences politiques	12
1.2. Organisation de la sécurité sociale.....	14
1.3. Budget et financement des soins de santé.....	15
1.4. Tarification et conventionnement en kinésithérapie	17
2. Approche économique du marché des soins de santé.....	19
2.1. L'incertitude et l'aléa moral	19
2.2. Asymétrie de l'information et relation d'agence	20
2.3. Application du modèle « principal-agent » à un prestataire paramédical tel qu'un kinésithérapeute.....	22
2.4. Théorie de l'utilité appliquée au principal-agent	23
3. Formulation des hypothèses de recherche.....	25
II. Méthodes	27
1. Méthodologie de recherche documentaire	28
2. Méthodologie de recherche empirique	29
2.1. Méthode d'échantillonnage et participants	29
2.2. Recueil des données	30
2.3. Posture de recherche et considérations éthiques	30
2.4. Importation et analyse des données	31
2.4.1 Calcul du coefficient de corrélation	32
2.4.2 Décomposition de l'équation de régression logistique	32
III. Résultats	34
1. Données descriptives	34
1.1. Caractéristiques des participants et résumé des variables clés	34
1.2. Répartition géographique des kinésithérapeutes de l'échantillon	38

1.3. Répartition des réponses pour les principaux facteurs économiques et professionnels influençant le conventionnement des kinésithérapeutes	39
2. Analyse multivariée	41
IV. Discussion et perspectives	43
1. Interprétation des résultats	43
1.1. Caractéristiques socio-démographiques expliquant le changement de statut de conventionnement	43
1.2. Caractéristiques économiques expliquant le changement de statut de conventionnement	45
1.3. Caractéristiques professionnelles expliquant le changement de statut de conventionnement	46
2. Forces et limites de l'étude	49
3. Recommandations politiques et perspectives de recherches futures	51
V. Conclusion	53
Bibliographie.....	55
Annexes	61
Annexe 1 : équations de recherche	61
Annexe 2 : questionnaire Google Forms	62

Liste des abréviations

AIM	Agence Inter Mutualiste
AMI	Assurance Maladie-Invalidité
BIM	Bénéficiaires de l'Intervention Majorée
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONSS	Office National de Sécurité Sociale
UE	Union Européenne

Introduction

En parcourant les sujets de mémoire défendus en Faculté de santé publique, il apparaît que la question du bien-être au travail des soignants, particulièrement des praticiens infirmiers, est un thème récurrent. En tant que kinésithérapeute libérale depuis dix années, j'observe que notre situation n'est guère plus avantageuse sur certains points, et qu'elle mérite également qu'on s'y attarde. Récemment, le conventionnement des kinésithérapeutes a fait l'objet de débats croissants, reflétant une tension entre des objectifs de solidarité et d'accessibilité des soins pour les bénéficiaires, et des préoccupations professionnelles et économiques exprimées par les prestataires. Cette opposition apparente mérite toutefois d'être nuancée, ce débat dépasse largement la question, trop réductrice, d'un simple supplément de salaire pour un même travail accompli.

Le 21 février 2025, la convention M/25 a été publiée au Moniteur Belge et a été adoptée par le comité de l'assurance pour les années 2025 et 2026. Pour les kinésithérapeutes, les avantages à adhérer à cette convention sont les suivants (références issues du site de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité¹ - INAMI) :

- Indexation linéaire des honoraires,
- Pouvoir bénéficier du statut social² s'ils remplissent les conditions (nombre minimum d'actes par année requis),
- Octroi d'une prime INAMI annuelle, calculée selon le volume de prestations,
- Octroi d'une prime télématique si utilisation d'un logiciel homologué (nombre minimum d'actes par année requis),
- Conditions de remboursement plus favorable pour les patients, le remboursement des prestations étant diminué de 25% pour les prestataires déconventionnés (ticket modérateur plus élevé).

¹ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/kinesitherapeutes/convention-2025-2026-pour-les-kinesitherapeutes>

² Cotisation annuelle versée par l'INAMI à l'organisme assureur du prestataire pour un revenu de pension.

Selon l'INAMI, à la date du 27 mars 2025, 64,34% des kinésithérapeutes ont adhéré à la convention M/25. À titre de comparaison, ils étaient 82,4% à être conventionnés en 2019, et même 94% en 2016, selon l'Agence Inter-Mutualiste (AIM). Cette diminution récente du taux de conventionnement touche d'autres professions (médecins, logopèdes, dentistes). Le conventionnement constitue l'un des piliers de l'équilibre de santé publique, permettant l'accessibilité aux soins de santé à tous les assurés en Belgique. Le quorum, fixé par le ministre compétent, établi qu'un taux d'adhésion de 60 % permet de garantir une accessibilité suffisante aux assurés, et signifie que la convention proposée satisfait la profession, selon la VRT (NWS, 2025). Certains kinésithérapeutes espèrent depuis quelques années déjà réussir à diminuer sous 60 % le taux de conventionnement, cela dans le but de faire passer un message fort aux acteurs du gouvernement et de l'INAMI ; ils appellent à une prise en compte des revendications du secteur (*Les kinésithérapeutes dénoncent la nouvelle convention imposée par l'INAMI, 2025*).

L'étude du conventionnement des kinésithérapeutes s'inscrit dans une approche d'économie de la santé, permettant d'analyser les mécanismes d'incitation financière, les comportements des prestataires et les effets potentiels sur l'accessibilité des soins. Elle apporte une contribution pour la recherche en santé publique, en offrant, notamment, davantage de connaissances aux acteurs politiques de santé, afin de les aiguiller lors des futures propositions de conventions aux kinésithérapeutes. Dans ce contexte, le conventionnement apparaît comme un objet d'étude pertinent pour analyser les arbitrages entre solidarité, soutenabilité financière du système de santé et conditions d'exercice des kinésithérapeutes, au cœur des enjeux actuels de la santé publique en Belgique.

Ce mémoire vise à vérifier si les mécanismes économiques standard comme l'incertitude, l'asymétrie de l'information et la relation principal-agent, appliqués au champ de la santé, sont imputables aux travailleurs paramédicaux, par une analyse de la pratique et des choix des kinésithérapeutes à changer leur statut de conventionnement ou non. L'objectif principal de ce mémoire est d'identifier les caractéristiques socio-démographiques et analyser les facteurs économiques et professionnels associés au changement de statut de conventionnement INAMI des kinésithérapeutes en Belgique.

La question d'étude suivante se dégage de cette réflexion : *Quels sont les facteurs économiques et professionnels associés au changement de statut de conventionnement INAMI des kinésithérapeutes en Belgique ?*

I. Cadre théorique

Ce cadre théorique s’articule autour de deux axes complémentaires.

- Premièrement, le contexte politique belge est examiné afin de situer le système de santé dans son environnement institutionnel, comprendre l’influence de la gouvernance et la répartition des compétences politiques sur la régulation des professions de santé et le conventionnement. Le budget et le financement des soins de santé sont investigués pour mettre en évidence les mécanismes de financement, les contraintes budgétaires et les modalités de tarification relatives aux soins de kinésithérapie. Ces éléments constituent des déterminants majeurs des choix professionnels des kinésithérapeutes.
- Deuxièmement, les comportements des acteurs sont éclairés à travers des concepts d’économie de la santé tels que l’incertitude, l’asymétrie de l’information et la relation principal-agent. Ces éléments sont décrits comme des défaillances spécifiques du marché des soins de santé. La décision de conventionnement peut être appréhendée comme un mécanisme mis en place pour limiter ces défaillances, ce qui permet d’interroger la manière dont les incitations institutionnelles interagissent avec les préférences individuelles des kinésithérapeutes.

1. Organisation et financement du système de santé en Belgique

Cette analyse semble incontournable pour comprendre les facteurs qui interviennent dans les choix des kinésithérapeutes concernant l’adhésion à la convention médico-mutualiste. Le système des conventions, négocié au sein de l’INAMI, conditionne directement les modalités d’exercice, les niveaux de remboursement des prestations et l’accès à certains avantages sociaux. Les récentes tensions relatives à la convention M/25 illustrent l’impact direct des décisions politiques sur les revendications et difficultés rencontrées par les kinésithérapeutes libéraux en Belgique francophone (Le Spécialiste, 2024).

1.1 Gouvernance et répartition des compétences politiques

La Belgique est un état fédéral au sein duquel les compétences sont réparties de manière exclusive entre l'Autorité fédérale, les Régions et les Communautés (article 1^{er} de la Constitution). Sur le plan de son régime politique, la Belgique est un régime parlementaire, tant au niveau de l'Autorité fédérale que des entités fédérées : les ministres sont responsables devant l'assemblée parlementaire du niveau de pouvoir concerné et sont soumis au contrôle de cette dernière (articles 46, 96, 101 de la Constitution en ce qui concerne l'Autorité fédérale). Ce système implique que les gouvernements disposent pleinement de leurs compétences tant qu'ils bénéficient de la confiance d'une majorité parlementaire. Les gouvernements sont composés de personnalités issues de partis politiques qui forment, au parlement, la coalition majoritaire (système politique proportionnel).

Le système électoral établi par les coalitions, implique des conséquences directes sur le système de santé : celui-ci repose sur une alliance de partis, et ses compétences sont éclatées entre plusieurs niveaux de pouvoir. (Bouhon et al., 2020). Cette complexité de répartition des responsabilités entre les autorités fédérales et les entités fédérées peut nuire à l'efficacité et à l'accessibilité des services (Organisation de Coopération et de Développement Economique - OCDE, 2023).

L'Autorité fédérale dispose de compétences relatives aux mesures prophylactiques nationales (vaccins, aide médicale urgente, gestion de crise sanitaire, ...), financières (financement des hôpitaux, des institutions de soins de santé) et l'importante compétence en matière d'Assurance Maladie-Invalidité (AMI) (article 5, §1^{er}, I, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 (Moniteur belge, 15 août 1980)). La gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités inclut le remboursement des prestations de santé, certains actes techniques, les frais de laboratoire et le remboursement de médicaments. Le fédéral fixe les conditions d'agrément et accorde les visas (autorisations à pratiquer en Belgique) aux ressortissants étrangers. Il fixe le contingentement (numerus clausus) des professionnels de santé. À noter que les kinésithérapeutes ne sont plus soumis à ce numerus clausus depuis 2009.

Les communautés sont responsables de la promotion de la santé, de la prévention et de l'agrément des professionnels de santé. Les régions, quant à elles, ont vu leurs compétences s'élargir depuis la 6^e réforme de l'État, notamment dans les domaines des soins de première ligne, des soins de longue durée et de l'organisation des services de santé. Plus largement, les entités fédérées jouent un rôle central dans l'organisation des services de soins, la gestion des infrastructures et la définition des normes applicables aux établissements de santé (Nieuwenhove, 2015).

L'éclatement des compétences en santé sur les trois niveaux de pouvoir multiplie le nombre de ministres de la santé. Au niveau fédéral, Franck Vandenbroucke (Vooruit) est compétent depuis le 1^{er} octobre 2020. Il occupe les fonctions de vice premier-ministre, ministre des Affaires sociales et de la santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté.

Depuis le 3 février 2025, le gouvernement fédéral belge est dirigé par le néerlandophone Bart de Wever (Nieuw-Vlaamse Alliantie - N-VA). Il est constitué et soutenu par une coalition dite « Arizona » entre cinq partis politiques : N-VA, le Mouvement Réformateur (MR), les Engagés, Vooruit et les Christen-Democratisch en Vlaams (CD&V). D'après un article de la Revue Politique, l'accord de gouvernement publié début 2025 permettrait de qualifier la coalition de Wever comme prenant une trajectoire néolibérale. « Plusieurs éléments illustrent l'asymétrie constitutive d'un néolibéralisme « fort avec les faibles » (les chômeurs et chômeuses, les malades de longue durée, les personnes migrantes, les délinquants juvéniles, les détenus, les associations de défense des droits des femmes et des minorités, etc.) et « faible avec les forts » (la police, l'armée, l'OTAN, les entreprises et les capitaux privés vers lesquels est principalement dirigée la politique économique et fiscale du gouvernement). Cette asymétrie de traitement se manifeste clairement dans les choix budgétaires de la coalition Arizona : la politique budgétaire sert de levier de discrimination économique, par la réalisation d'importantes économies dans les politiques dites « redistributives » (sécurité sociale, fonctionnement de l'Etat, transition écologique, etc.) au profit d'un recentrage sur la compétitivité économique (tax cut, financement des politiques d'investissement et de retraite, etc.). La sécurité et surtout la défense sont parmi les seuls postes budgétaires structurellement renforcés.

Cet exposé sur la politique belge se justifie par le fait que les comportements des professionnels de santé ne peuvent être analysés indépendamment de leur environnement institutionnel. Le système de santé mobilise une pluralité d'acteurs, au-delà de la seule relation soignant-patient, incluant notamment les décideurs politiques et les institutions. Ces acteurs interviennent dans le processus de décision, notamment dans la définition des politiques tarifaires, et influencent les conditions d'exercice des professionnels. Dès lors, il apparaît important d'identifier les parties prenantes et de comprendre le cycle de vie des décisions publiques en santé, depuis leur inscription à l'agenda politique jusqu'à leur mise en œuvre, afin de mieux appréhender les déterminants des comportements observés.

1.2. Organisation de la sécurité sociale

Le système belge de sécurité sociale repose sur un modèle universel et obligatoire, fondé sur la solidarité et la redistribution, dit « bismarckien ». Géré par l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS), il englobe sept branches sociales : maladie-invalidité, chômage, pension, famille, maladie professionnelle et accident du travail, vacances, allocations familiales. Chaque branche est administrée par un organisme spécifique.

D'après Nonneman & van Doorslaer (1994), ce système a des effets globalement positifs sur la santé publique, offrant une couverture quasi-universelle et réduisant les inégalités d'accès. Les groupes vulnérables bénéficient de taux de remboursement élevés, jusqu'à 90-100%, et le financement est basé sur des contributions proportionnelles aux revenus, favorisant l'équité. La liberté de choix des prestataires et la concurrence non tarifaire stimulent la qualité des soins, tandis que les professionnels jouissent d'une autonomie clinique et managériale.

Le système est cependant confronté à des défis liés à la maîtrise des coûts car il entraîne des dépenses de santé élevées. Des inefficacités subsistent, notamment en raison de la surconsommation de certains services et de la concurrence non régulée. Selon le récent rapport de profil de santé par pays de l'OCDE (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023) ; en 2021, les dépenses de santé par habitant en Belgique s'élevaient à 4168 €, légèrement au-dessus de la moyenne de l'Union européenne (UE). Les soins hospitaliers représentaient près de 40 % des dépenses de santé, dépassant la moyenne de l'UE (27 %).

Les dépenses privées de santé (part des ménages, paiements directs de la poche des patients « out of pocket ») représentent une part plus importante en Belgique (22,4%) par rapport à la moyenne de l'UE (18,9%). Cette part est évaluée en fonction de la situation économique de l'individu et peut varier (comme pour les bénéficiaires de l'intervention majorée

- BIM). Ces dépenses de santé élevées peuvent rapidement aboutir à des dépenses de santé catastrophiques³ pour les ménages à faible revenus.

1.3. Budget et financement des soins de santé

Il semble important de comprendre le contexte économique dans lequel s'inscrit le conventionnement des kinésithérapeutes, qui ne comprend pas uniquement une dimension individuelle ou professionnelle, mais correspond à un enjeu socio-économique. Le budget des soins de santé, poids majeur du budget fédéral (environ 11% du PIB en 2021), fait l'objet de négociations constantes, influençant les montants alloués à la kinésithérapie, les plafonds de remboursement et les politiques d'économie ou de revalorisation.

L'AMI, agence gouvernementale, est financée par plusieurs sources (Nonneman & van Doorslaer, 1994) :

- Les contributions ou cotisations sociales des travailleurs, prélevées sur le salaire des employés et des indépendants sous forme d'une taxe forfaitaire sur les revenus du travail. Ces cotisations sont partagées entre employeurs et employés.
- Les subventions gouvernementales, c'est-à-dire que le gouvernement finance une partie des contributions pour les bénéficiaires de certains programmes sociaux (chômeurs, retraités, personnes en situation de pauvreté ou d'handicap) qui seraient dans l'incapacité de payer leurs contributions.
- Les paiements directs des patients ; les patients participent au financement par des paiements directs sous forme de co-paiements ou de primes complémentaires de l'assurance.

Les fonds collectés par l'AMI sont transférés à l'INAMI pour être ensuite redistribués aux organismes assureurs ou mutuelles, en fonction de leur nombre de membres et de la composition de leurs bénéficiaires. Les organismes assureurs (OA) sont des organisations non commerciales et exemptées de taxes. Elles sont actuellement au nombre de sept. Historiquement, elles sont associées à des mouvements politiques et syndicaux (catholiques, socialistes, libéraux). Cet alignement est important et influence la concurrence entre-elles (basée sur la qualité des services et la différenciation des services complémentaires comme les soins à domicile, activités pour jeunes, remboursement de prestations connexes, ...).

³ Une dépense de santé catastrophique désigne des paiements directs pour des soins de santé si élevés qu'un ménage ne peut plus couvrir ses besoins fondamentaux comme la nourriture ou le logement.
<https://kce.fgov.be/fr/>

L'adhésion à une mutuelle est obligatoire pour les salariés, les indépendants et les fonctionnaires. Leurs principales fonctions résident dans l'administration de l'AMI ; négociations de barèmes de remboursement avec les prestataires de soins et les membres de syndicats médicaux, supervision des dépenses de santé. Elles remboursent également leurs membres d'une partie de leurs frais médicaux, avec des taux plus élevés pour les personnes vulnérables (Nonneman & van Doorslaer, 1994).

Depuis les années 1980, la Belgique a connu une augmentation constante des dépenses publiques de santé. Entre 1985 et 2022, la part des dépenses de santé dans le PIB est passée de 3,9 % à 10,8 % (OCDE, 2023). Depuis 1995, le gouvernement fixe un budget global annuel pour les dépenses de santé qui est ensuite réparti entre différents secteurs (honoraires médicaux, médicaments, etc.). Si les dépenses dépassent les limites budgétaires, des mesures correctrices peuvent être imposées, comme des ajustements tarifaires (Schokkaert & Van de Voorde, 2005). Ces budgets peuvent être fixés à des niveaux élevés ou faibles, souvent indépendamment de la performance réelle des hôpitaux ou des médecins, ce qui peut entraîner une inefficacité dans l'utilisation des ressources (Major, 2019).

En octobre 2025, Le conseil général de l'INAMI a approuvé un projet de budget des soins de santé de 41,3 milliards d'euros pour l'année 2026. Le montant investi pour ce secteur en 2026 respecte la norme de croissance⁴ de 2 % fixée aux soins de santé, c'est ainsi que l'AMI recevra 1,5 milliards supplémentaires pour répondre aux besoins. D'après le Bureau du Plan, les dépenses de santé devraient croître en moyenne de 3,2 % par an lors de la prochaine législature. Pour éviter les dérapages, le ministre de la Santé vise des mesures d'économie d'environ 470 millions d'euros, dont 50 millions à la charge d'autres secteurs médicaux, y compris la kinésithérapie. Le secteur de la kinésithérapie devra réaliser une économie de 8,374 millions d'euros, notamment via de nouvelles adaptations de la nomenclature et du système de remboursement, telles que l'introduction d'unités de temps flexibles de 15 minutes (*Ce que le nouvel accord du gouvernement fédéral change (ou pas) pour les soignants*, 2025)

⁴ La norme de croissance correspond à un pourcentage qui fixe l'augmentation possible des dépenses par rapport à l'année précédente, pour répondre à des besoins en constante évolution, comme le vieillissement de la population. <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/ce-que-le-nouvel-accord-du-gouvernement-federal-change-ou-pas-pour-les>

1.4. Tarification et conventionnement en kinésithérapie

Dans le cadre de ce travail, nous nous concentrerons sur les prestataires indépendants à titre principal (sans activité complémentaire), qui facturent leurs services selon le système de paiement à l'acte (fee-for-service). En 2021, selon la Cellule Planification des professions de soins de santé par le SPF Santé Publique, les kinésithérapeutes ayant le statut d'indépendant à titre principal étaient estimés à 60 % en Belgique (contre 23% de salariés et 17% de statut mixte). Le nombre estimé de kinésithérapeutes possédant un numéro INAMI est de 26 903 en 2023, avec un accroissement annuel moyen de 3,32%.⁵

Ce système de rémunération peut, selon une comparaison avec d'autres prestations de services médicaux (Brosig-Koch et al., 2025), conduire à une augmentation de la quantité de soins fournis et à une sur-provision de soins (incitation à la multiplication des actes pour augmenter le revenu), particulièrement pour les patients moins malades, tout en n'encourageant pas directement l'amélioration de la qualité des soins. Par ailleurs, le ratio entre le coût de la rémunération des prestataires et l'amélioration des bénéfices pour la santé des patients est relativement faible (coût par unité de bénéfice santé).

La tarification des prestations de kinésithérapie en Belgique s'inscrit dans le cadre de régulation publique propre aux systèmes de santé de type bismarckien, où la négociation entre les prestataires de soins et les assureurs publics détermine les conditions de rémunération. Dans les systèmes de santé financés par des fonds publics, les coûts des soins sont souvent influencés par les budgets alloués par les agences gouvernementales (Major, 2019). Les soins kinésithérapeutiques ressortent des prestations de l'AMI et sont soumis à la Nomenclature des prestations de santé. Cette nomenclature est une liste codée (Article 7 – INAMI) des prestations que l'AMI rembourse totalement ou en partie (*Factures et prix*, SPF Santé Publique, 2016). Cela signifie que chaque séance ou acte de kinésithérapie remboursable par l'assurance maladie doit correspondre à un code de prestation dans cette nomenclature. Le code permet de connaître le libellé de la prestation, le lieu de réalisation (cabinet, hôpital, domicile, etc.), la durée ou type de séance, et les conditions de remboursement.

⁵ <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-soins-de-sante/statistiques-2023/nombre-de-dispensateurs-de-soins-individuels-en-2023#recensement-des-praticiens-de-soins-par-annee-20142023>

Le conventionnement se base sur les accords négociés annuellement ou tous les deux ans au sein de l'INAMI entre les prestataires de soins (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, ...), organismes assureurs et autorités. Ces accords fixent le montant des honoraires des prestations des actes (para)médicaux et techniques et les conditions de remboursement par l'assurance soins de santé obligatoire. Chaque prestataire de soins peut faire le choix d'adhérer à la convention ou non, il sera alors « conventionné » ou « non conventionné ». Les kinésithérapeutes qui adhèrent à ces conventions s'engagent à respecter les tarifs fixés en échange d'une visibilité accrue et d'un remboursement garanti pour leurs patients (INAMI, 2025). L'adhésion à la convention conditionne également l'accès à un statut social spécifique, incluant certains avantages en matière de protection sociale et de retraite (*Tout sur votre allocation INAMI en tant que kinésithérapeute* | Liantis, 2025). Les prestataires de soins qui n'appliquent pas les prix négociés, sont déconventionnés. Ils fixent librement leurs prix, et c'est au patient de payer, en plus du ticket modérateur, les éventuels suppléments (SPF Santé Publique). Ces prestataires sortent donc du cadre de l'AMI. Le niveau de remboursement varie entre 65 % et 90 % des tarifs officiels de l'INAMI, selon la catégorie de soins et le profil statutaire du patient. Pour les kinésithérapeutes reconnus qui ne respectent pas les conventions tarifaires annuelles et demandent des honoraires plus élevés, la couverture est limitée à 25 % de la couverture régulière (Rapport du KCE, 2006).

Le taux de kinésithérapeutes ayant adhéré à la convention M25 est de 64,34%. Une nette différence entre les régions est observée concernant le nombre de prestataires déconventionnés. C'est en Région flamande que la plus forte hausse de kinésithérapeutes déconventionnés a été observée : 51,38% n'ont pas adhéré à la convention M25, contre 30,81% en Région bruxelloise et 13,02% en Région wallonne (*Budget des soins de santé 2026*, Axxon, 2025)).

Selon Schokkaert & Van de Voorde, (2005), ce processus de négociation entre deux parties principales - les fonds d'assurance maladie (mutualités) et les prestataires de soins de santé (y compris les hôpitaux et les professionnels de santé) - permet d'équilibrer la liberté professionnelle et la solidarité sociale (équité dans l'accès aux soins grâce à la régulation des tarifs). Ces négociations visent à maintenir l'accessibilité financière tout en assurant la viabilité économique des cabinets libéraux. Des travaux plus récents (Cattel et al., 2020) soulignent toutefois que la rigidité de cette tarification, ou des modes de financement trop standardisés et centrés sur le contrôle des coûts, peuvent limiter les incitations à l'amélioration de la qualité et à l'innovation organisationnelle.

2. Approche économique du marché des soins de santé

Comprendre la réaction des soignants face aux incitations offertes par les systèmes de paiement est une préoccupation centrale de la recherche en économie de la santé. Parmi les modèles repris dans l'analyse économique des comportements des médecins envers leurs patients, on retrouve les phénomènes d'incertitude, l'asymétrie d'information et l'application du modèle principal-agent (Rochaix, 1989).

2.1. L'incertitude et l'aléa moral

Dans son analyse du marché des soins de santé, (Arrow, 1963) explique que l'incertitude est omniprésente, associée à la fois à l'offre et à la demande. La demande des services de santé ne peut être facilement anticipée en raison de l'incidence ou de la survenue aléatoire de la maladie au niveau individuel. Du côté de l'offre, l'incertitude est relative à l'efficacité des traitements, attribuable elle-même aux caractéristiques individuelles (les caractéristiques biologiques, psychologiques ou environnementales). Cette incertitude ressort également des relations d'agence (médecin-patient, assurance-patient, assurance-médecin) dominées par une asymétrie d'information qui aiguillonne le risque moral⁶. Le risque moral biaise l'appréciation de la qualité des soins produits et la fixation des prix (politique des prix), intensifiant ainsi l'imprévisibilité de la demande.

L'incertitude pose problème lors de la caractérisation du comportement individuel (maximisation de la fonction objective du patient ou du médecin). Toujours selon Arrow, une défaillance du système de marché des soins résulte de cette incertitude. Pour y remédier, il propose le régime d'assurance afin de lutter contre les dépenses imprévisibles et assurer le bien-être social. Cette assurance peut être fournie par l'Etat ou via le marché. C'est ainsi que les arrangements institutionnels (politique de santé, offre de soins, assurance sociale, etc.) trouvent leurs raisons d'être en tant que solution pour pallier le dysfonctionnement du marché (Arrow, 1963).

L'aléa moral est un concept économique qui désigne une situation où une partie adopte un comportement risqué, ou moins responsable, parce qu'elle sait qu'elle est protégée contre les conséquences de ses actions, souvent grâce à une assurance (Jacquemet & Barnay, 2023). En particulier dans des modèles « fee-for-service », l'aléa moral peut conduire à des phénomènes de sur-prescription ou de surconsommation en cas d'assurance (les assurés augmentent leur

⁶ Sens général selon lequel une personne couverte d'une assurance pourrait être moins prudente.

utilisation de services médicaux lorsque ceux-ci sont pris en charge). Ce phénomène incite les pouvoirs publics à introduire des mécanismes de participation financière tels que les tickets modérateurs, les franchises et les co-paiements, afin de limiter les consommations non-nécessaires. L'existence de l'aléa moral du côté de l'offre (les médecins), liée au pouvoir de prescription des professionnels, conduit à des dispositifs de coordination (gatekeeping) pour réduire les soins non-nécessaires.

2.2. Asymétrie de l'information et relation d'agence

Les asymétries d'information et la relation d'agence sont deux caractéristiques fondamentales du système de santé. Ces défaillances du marché sont souvent invoquées pour justifier les interventions de l'Etat (Fabes et al., 2022). Les patients manquent de connaissances médicales que les professionnels de santé possèdent, ce qui crée un déséquilibre d'information et distingue les systèmes de santé des systèmes économiques traditionnels (Major, 2019). Ce déséquilibre oblige les patients à dépendre des professionnels de santé pour agir dans leur meilleur intérêt. Cela illustre la relation principal-agent, où le professionnel de santé agit en tant qu'agent pour le patient qui est le principal (Dranove & White, 1987). Etant mieux informé, l'agent fournisseur est supposé agir en faveur du principal demandeur, en lui offrant les services et les soins qu'il demanderait si ce dernier était informé au même titre que le fournisseur (McGuire, 2000).

Une défaillance peut découler de cette asymétrie d'information entre le principal et l'agent. L'agent peut tirer avantage de l'information dont il dispose et manipuler la quantité de soins fournis, la qualité ou encore le prix d'une manière difficilement détectable par le principal. On parle alors de demande induite (Evans, 1984). Étant donné que les patients demandent en général des services de soins dans des situations où leurs états de santé sont vulnérables, ils ne disposent pas toujours d'assez de temps pour chercher de l'information pertinente pour guider leur demande de soins.

La demande induite par le médecin (agent) désigne une situation où le médecin influence la demande de soins d'un patient dans son propre intérêt, plutôt que dans l'intérêt optimal du patient (principal). Cela implique que le médecin utilise son avantage informationnel pour persuader le patient de consommer davantage de services médicaux, même si ces services ne sont pas strictement nécessaires pour la santé du patient (Evans, 1974).

Dans la plupart des pays, les services de santé sont réglementés par les gouvernements et financés entièrement ou partiellement par des fonds publics afin de prévenir les problèmes découlant de l'asymétrie d'information. Cependant, cette situation d'asymétrie ne se limite pas à la relation entre le patient et le professionnel de santé. Les cliniciens peuvent agir également en tant qu'agents des organisations qui financent les services de santé (Weinberger, 2011). Ces organisations attendent des agents qu'ils prennent en compte les coûts des services offerts aux patients, tout en agissant dans l'intérêt des patients et en tenant compte des ressources limitées disponibles pour répondre aux besoins de santé de la population. Parallèlement, les principaux cherchent à accroître leur contrôle sur les agents sans déployer d'efforts coûteux pour combler le manque d'information (Brinkerhoff & Bossert, 2014a).

Pour réduire l'asymétrie d'information et améliorer ainsi la gestion des ressources, il est recommandé de renforcer la sensibilisation des cliniciens aux coûts des soins de santé, notamment par la formation en économie de la santé dès les études de médecine. Cela pourrait contribuer à une prise de décision plus éclairée et à une utilisation plus efficace des ressources de santé (Fabes et al., 2022).

L'approche proposée par Major (2019) met en lumière une double asymétrie d'information qui serait présente dans les relations entre les différents acteurs du système de santé (patients, médecins, institutions médicales et agences gouvernementales). Elle se manifeste par le fait que les deux parties impliquées dans une transaction possèdent des informations privées que l'autre partie ne connaît pas, ce qui complique les interactions et la prise de décision. Cette double asymétrie d'information entraîne des incitations perverses, où les médecins et les unités médicales efficaces sont pénalisés, tandis que les inefficaces sont récompensés. Certains médecins, en raison des incitations perverses, adoptent une stratégie de "minimum d'effort", où ils fournissent juste assez de soins pour éviter que leurs patients ne meurent, mais sans chercher à les guérir rapidement. Tout ceci entraînerait une baisse de la qualité des soins et une augmentation des coûts.

2.3. Application du modèle « principal-agent » à un prestataire paramédical tel qu'un kinésithérapeute

Le défi des soins est double : d'une part, les établissements et prestataires de santé doivent offrir aux patients les meilleurs soins possibles ; d'autre part, ils doivent équilibrer la charge de travail et optimiser l'utilisation des ressources. L'accent doit être mis sur la promotion de l'ensemble coût, qualité, temps (triangle de gestion ou triple contrainte). L'objectif est de trouver le meilleur compromis entre ces trois critères. Pour atteindre cet objectif, le modèle multi-agent peut être proposé (Benhajji et al., 2015).

Dans le cadre de la gouvernance en santé, les acteurs d'agences multiples peuvent être répartis en 3 catégories (Brinkerhoff & Bossert, 2014b) :

- Les acteurs de l'Etat : politiciens, ministère de la Santé, organismes de réglementation, entités de contrôle et de responsabilité, système judiciaire, ...
- Les fournisseurs de services de santé : prestataires de soins, hôpitaux, laboratoires, industries pharmaceutiques, ...
- Les clients ou citoyens : utilisateurs de services, société civile, incluant les plaidoyers, associations professionnelles, etc.

Ces acteurs sont interconnectés par des relations de gouvernance basées sur des interactions principal-agent, qui influencent les incitations et les performances du système de santé. Plusieurs difficultés émergent des relations d'agence multiples dans le cadre de la gouvernance de la santé, notamment le manque de convergence des objectifs. Les objectifs des principaux et des agents peuvent diverger, ce qui complique la mise en œuvre des réformes et des politiques. Par exemple, les prestataires de soins peuvent privilégier leurs propres intérêts financiers plutôt que les objectifs de santé publique (Pratt & Zeckhauser, 1985). Les relations de gouvernance sont également influencées par des distributions inégales de pouvoir entre les acteurs. Les acteurs de l'Etat et les prestataires de soins ont souvent plus de pouvoir que les citoyens, ce qui peut entraîner des abus de pouvoir, de la corruption ou des pratiques clientélistes (González-Rossetti, 2000).

Dans une relation de soin entre un kinésithérapeute et son patient, le kinésithérapeute représente l'agent, avec son savoir-faire et ses expertises cliniques pour prendre des décisions opérationnelles, tandis que le principal est le patient, la sécurité sociale (mutuelle) ou le financeur public (l'Etat fédéral). Le kinésithérapeute se retrouve donc dans des relations d'agences multiple.

L'étude menée par Nguyen (2011) examine le problème du principal-agent dans le marché des soins de santé privés au Vietnam concernant les prescriptions et la distribution de médicaments. Les résultats de son étude montrent que les prestataires privés prescrivent en moyenne plus de médicaments par consultation que les prestataires publics pour des profils de patients et de maladies similaires, ce qui confirme une demande induite. Les prestataires privés sont également plus susceptibles de prescrire des médicaments injectables, souvent perçus comme des traitements "rapides", même lorsque cela n'est pas médicalement nécessaire. Enfin, les patients plus éduqués reçoivent moins de médicaments et d'injections, ce qui montre que l'éducation peut réduire la demande induite. Le problème principal-agent dans le domaine de la santé postule que les prestataires de soins, agents imparfaits des patients, auront tendance à maximiser leurs profits au détriment des intérêts de ces derniers. Nguyen (2011) conclut que ce problème est particulièrement présent en l'absence de réglementation professionnelle et lorsque des incitations existent pour lier directement les actions des prestataires à leurs profits, comme dans le cas d'un système de paiement à l'acte.

Ce phénomène renvoie à la notion d'aléa moral, défini plus tôt, et, si nous extrapolons au kinésithérapeute libéral facturant à l'acte (fee-for-service), ce dernier pourrait être incité à prolonger le nombre de séances, même si cela ne s'avère pas nécessaire, pour générer du revenu supplémentaire, notamment quand il sait son patient est couvert par l'assurance maladie et pourra être remboursé partiellement ou totalement pour la séance prestée.

2.4. Théorie de l'utilité appliquée au principal-agent

Les modèles principal-agent analysent des échanges bilatéraux en mettant en relation une partie informée (l'agent) et une partie non informée (le principal), le but pour ce dernier est de proposer à l'agent un contrat qui lui soit acceptable et qui aboutisse à une maximisation de l'utilité pour le principal (Rochaix, 1997).

Grossman (1972) développe un modèle dans lequel la santé est considérée non pas comme un bien de consommation classique, mais comme objet de demande pour deux raisons.

- Premièrement, en tant que bien de consommation entrant dans la fonction préférentielle du consommateur, les jours sont une source de désutilité.
- Deuxièmement, la santé est demandée en tant que bien d'investissement, elle détermine ainsi le temps disponible pour les activités marchandes et non marchandes.

Une augmentation du stock de santé réduit le temps inactif (temps perdu en activité) au cours d'un cycle de vie et la valeur monétaire de cette réduction est considérée comme un revenu d'investissement dans la santé (Grossman, 2000).

La demande de santé dans le modèle de Grossman (1972) s'articule autour du concept relatif à la maximisation de la fonction d'utilité du consommateur (le « principal »). L'individu maximise son utilité en fonction de son temps disponible, de sa consommation de biens, de son stock de santé. La santé influence directement le temps productif et le plaisir tiré de la vie, elle est intégrée directement dans la fonction d'utilité. La santé est donc un capital que l'on peut accumuler ou perdre (Messoudi, 2025).

Les théories fondées sur des alternatives à la maximisation du profit comme objectifs des agents (médecins) sont examinées par McGuire (2000), notamment l'éthique, la préoccupation pour les patients et l'hypothèse du « revenu cible », développé initialement par (Evans, 1974). L'utilité de l'agent est souvent modélisée comme une fonction qui inclut deux arguments principaux : le revenu net du médecin et les bénéfices ou l'utilité du patient. Cette approche reflète l'idée que les médecins ne sont pas uniquement motivés par le profit, mais qu'ils prennent également en compte le bien-être de leurs patients dans leurs décisions. Dans ce cadre, le médecin fait un compromis entre ses propres intérêts financiers et le bien-être du patient. Un médecin pourrait choisir de fournir un niveau de soins qui maximise son revenu tout en tenant compte de l'impact sur le patient. Ce compromis est influencé par des facteurs tels que les incitations financières, les contraintes éthiques, et les préférences personnelles du médecin. Tout ceci reflète une approche plus nuancée que la simple maximisation du profit (McGuire, 2000b).

3. Formulation des hypothèses de recherche

L'analyse du choix de statut de conventionnement par les kinésithérapeutes belges peut être éclairée par les apports du modèle principal-agent et de la maximisation de l'utilité. Le conventionnement implique l'application des honoraires établis par l'INAMI, confrontant le professionnel de santé à un arbitrage entre différentes composantes de son utilité : revenu, stabilité financière, autonomie professionnelle, accessibilité des soins, contraintes organisationnelles. Le choix d'être conventionné peut être interprété comme le résultat d'une maximisation d'utilité du prestataire paramédical (agent), qui compare les avantages et les coûts associés aux deux statuts possibles. La théorie de l'agence est, en effet, mobilisée pour analyser les inefficacités et les conflits d'intérêts liés aux asymétries d'information entre acteurs du système de santé, et pour proposer des solutions visant à aligner les objectifs des différentes parties (Ludwig et al., 2009).

Sur cette base théorique, plusieurs hypothèses sont formulées, selon les dimensions socio-démographiques, économique et professionnelle ;

H1 = La probabilité pour un kinésithérapeute d'être conventionné diminue avec l'augmentation de l'ancienneté professionnelle.

Plusieurs types d'incitations financières peuvent influencer le comportement des agents, notamment la compétitivité des prix pour attirer les patients (Li et al., 2022). L'ancienneté professionnelle peut permettre d'obtenir une patientèle plus stable, une plus grande autonomie professionnelle ainsi qu'une moindre dépendance aux incitants institutionnels. Les praticiens expérimentés pourraient ainsi privilégier la liberté tarifaire, tandis que les jeunes professionnels seraient davantage sensibles à la sécurité financière offerte par le conventionnement.

H2 : La probabilité pour un kinésithérapeute d'être conventionné augmente avec le volume attendu de patients.

Le volume attendu de patients est lié à l'incertitude de la demande de soins. Le conventionnement peut influencer l'accessibilité financière des soins et, par conséquent, le volume potentiel de patients qui fréquentent le kinésithérapeute. Le kinésithérapeute pourrait choisir de rester conventionné dans le but d'obtenir une plus grande patientèle et ainsi assurer un certain nombre minimal d'actes. Ce choix souligne l'importance du volume d'activité dans les arbitrages économiques des prestataires de soins (McGuire, 2000).

H3 = La probabilité pour un kinésithérapeute d'être conventionné augmente avec le niveau de reconnaissance professionnelle déclaré.

Au-delà des incitations financières, les décisions professionnelles des prestataires de soins peuvent être influencées par des motivations non économiques, telles que la satisfaction au travail, la reconnaissance institutionnelle ou l'adhésion aux valeurs du système de santé. Dans ce contexte, le conventionnement peut être perçu comme une participation à un dispositif collectif visant à garantir l'accessibilité des soins, ce qui peut renforcer le sentiment d'appartenance au système de santé.

La section suivante détaille le processus méthodologique de ce mémoire.

II. Méthodes

Ce travail a pour objectif d'identifier et analyser les facteurs économiques et professionnels associés au statut de conventionnement INAMI des kinésithérapeutes en Belgique. La question de recherche issue de cette réflexion est la suivante :

Quels sont les facteurs économiques et professionnels associés au changement de statut de conventionnement INAMI des kinésithérapeutes en Belgique ?

Les sous-objectifs, ou objectifs secondaires, découlant de la question de recherche sont :

1. Décrire le profil des kinésithérapeutes selon leur statut de conventionnement.
2. Identifier les facteurs économiques (revenus, honoraires perçus, charge de travail, volume de patients) associés au changement de statut de conventionnement.
3. Identifier les facteurs professionnels (mode d'exercice, spécialisation, autonomie perçue, reconnaissance professionnelle) associés au changement de statut de conventionnement.

Le choix de méthodologie s'est porté sur une démarche quantitative pour recueillir et analyser les données empiriques, ainsi que tester les hypothèses formulées dans le cadre théorique.

Concernant le design de l'étude, le choix s'oriente vers une étude transversale (collecte des données à un moment précis) et analytique (tester des hypothèses en identifiant des effets et des liens).

1. Méthodologie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été conçue de manière à intégrer, en complément de la littérature scientifique publiée, un ensemble substantiel de littérature grise. Ce choix méthodologique répond à la nécessité de disposer d'informations récentes de portée nationale, contextualisées et représentatives du paysage professionnel et institutionnel belge. Dans le domaine des sciences de la santé, ce choix présente un intérêt, particulièrement en santé publique. Certaines recherches ou études peuvent d'ailleurs ne jamais être publiées par les éditeurs commerciaux et n'être accessibles que via la littérature grise (Pappas & Williams, 2011). Le délai plus court entre la recherche et la publication permet d'accéder à un contenu plus actuel, surtout dans un domaine où les connaissances évoluent rapidement.

Concernant le contexte belge, les moteurs de recherche spécialisés suivants ont été privilégiés : Google Scholar et ISIDORE. Des filtres ont été appliqués, notamment sur la date de publication (à partir de 2023 pour les revues). La qualité des documents de littérature grise a été évaluée à l'aide des 5 critères de l'outil DARTS.

Compte tenu de la nature multidisciplinaire de la question de recherche (santé, économie, politique), la base de données Scopus a été, quant à elle, privilégiée pour la recherche documentaire de la section *Approche économique du marché des soins de santé*. Cette section a servi d'appui pour l'identification des concepts à analyser par questionnaire et la formulation des hypothèses et équations de recherche.

Les mots-clés utilisés comprenaient notamment : *[information asymmetry]*, *[principal agent in health]*, *[multiple agent]*, *[utility for principal agent]*, *[physician induced demand]*, *[physician target income]*.

Les équations de recherche documentaire ont été construites à l'aide d'opérateurs booléens (AND, OR). Ces équations se retrouvent en annexe 1.

2. Méthodologie de recherche empirique

2.1. Méthode d'échantillonnage et participants

La population cible comprend les kinésithérapeutes indépendants à titre principal, quel que soit leur statut de conventionnement, exerçant dans un contexte professionnel francophone. Les provinces francophones comprennent le Brabant flamand, car de nombreux kinésithérapeutes francophones y exercent, vu sa proximité avec Bruxelles. L'étude a été limitée aux kinésithérapeutes exerçant à titre indépendant principal afin de garantir la cohérence économique du modèle et de renforcer la validité interne de l'analyse⁷. L'exercice d'une activité salariée complémentaire modifie la structure des revenus et la contrainte budgétaire du praticien, ce qui peut atténuer l'effet des incitations tarifaires liées au dé-conventionnement. Restreindre l'échantillon aux indépendants à titre principal permet ainsi d'assurer une plus grande homogénéité économique des situations analysées.

L'échantillon ciblait donc :

- les kinésithérapeutes titulaires d'un numéro INAMI et,
- les kinésithérapeutes exerçant une activité professionnelle en Belgique au moment de l'enquête,

Ont été exclus : les kinésithérapeutes ayant une activité complémentaire salariée et les questionnaires incomplets.

Les participants de l'étude ont été recrutés selon une participation volontaire, par échantillonnage non aléatoire. Le questionnaire a été diffusé via les réseaux sociaux (4 groupes Facebook® de kinésithérapeutes), et envois groupés de mails à 326 adresses privées. Les adresses privées des kinésithérapeutes ont été recueillies sur les plateformes d'agenda, accessibles en ligne, selon une recherche par province du pays. Le questionnaire est resté ouvert entre le 19 février 2026 et le 6 mars 2026, date à laquelle le nombre de participants était estimé satisfaisant pour commencer l'analyse des résultats.

⁷ La validité interne désigne le degré auquel les résultats d'une étude permettent d'établir une relation crédible entre les variables étudiées, sans que cette relation soit expliquée par des biais, des variables confondantes ou des facteurs extérieurs non contrôlés

2.2. Recueil des données

Les données empiriques ont été collectées à l'aide d'un questionnaire en ligne (via la plateforme Google Forms®), spécifiquement élaboré pour cette étude sur base de la littérature en économie de la santé et des objectifs de recherche. Le questionnaire vise à collecter les données socio-démographiques des kinésithérapeutes, interroger leur choix de conventionnement et leurs perceptions

La structure du questionnaire comprend 22 questions regroupées en 4 catégories :

1. Caractéristiques générales (genre, âge, ancienneté professionnelle, province et commune d'exercice, cadre d'exercice principal, charges d'occupation, spécialisation, statut de conventionnement).
2. Facteurs économiques (stabilité financière, volume attendu, charges d'occupation, adéquation revenus/charges).
3. Facteurs professionnels (reconnaissance professionnelle, autonomie, accessibilité, consommation de soins).
4. Perspectives d'amélioration

Les questions sont majoritairement fermées (choix multiples, échelles de Likert, ...) ou à réponse courte. L'échelle de Likert (1932) a été utilisée pour évaluer graduellement les attitudes, perceptions ou pratiques.

2.3. Posture de recherche et considérations éthiques

Cette étude interroge des professionnels de santé et porte sur des pratiques professionnelles, sans caractère délicat. Par conséquent, l'aval du comité d'éthique n'est pas nécessaire.

S'agissant d'une enquête par questionnaire, l'utilisation de techniques d'anonymisation est privilégiée (aucune donnée à caractère personnel n'a été collectée), la réglementation sur la protection des données à caractère personnel ne s'applique donc pas. Le questionnaire présente une note d'information à son début. Les données seront conservées le temps de l'étude et seront ensuite supprimées.

2.4. Importation et analyse des données

Pour l'analyse statistique, les données récoltées sur Google Forms ont été importées via le logiciel Excel. Un nettoyage des données a été réalisé selon les guidelines de gestion de base de données apprises au cours de Statistiques WFSP2104. Cette étape a permis d'obtenir un fichier prêt à l'emploi pour l'encodage via le logiciel d'analyse statistique SPSS.

À l'issue de la collecte des données, les résultats obtenus sont présentés à partir de différentes analyses.

Dans un premier temps, une analyse descriptive est réalisée afin de présenter statistiquement les caractéristiques de l'échantillon en fonction des différentes variables étudiées. Les tableaux descriptifs sont des tableaux simples reprenant la taille de l'échantillon (N), les pourcentages y correspondant et, quand cela s'applique, l'écart-type autour de la moyenne. Certaines réponses aux échelles de Likert pour des facteurs économiques et professionnels ont été représentées à l'aide de figures de type permettant de visualiser la distribution des réponses autour de la catégorie neutre. Les réponses exprimant un désaccord sont représentées à gauche du centre du graphique, tandis que les réponses exprimant un accord sont représentées à droite.

Ensuite, une approche empirique fondée sur une régression logistique binaire est privilégiée afin d'estimer l'association entre plusieurs déterminants socio-démographiques, économiques et professionnels, et la probabilité d'être conventionné. Cette étape s'est réalisée à l'aide d'un logiciel d'analyse statistique SPSS. Ce type de modèle permet d'estimer ces relations sans intégrer explicitement l'ensemble des mécanismes intermédiaires ou variables endogènes susceptibles d'influencer simultanément les déterminants étudiés et le statut de conventionnement ;

La probabilité d'être conventionné est enfin estimée afin d'identifier les facteurs les plus fortement associés au statut de conventionnement. L'accent est mis sur trois facteurs, en lien avec les hypothèses de recherche : l'ancienneté professionnelle, le volume de patient attendu et la reconnaissance professionnelle. À travers cette recherche, il s'agit de mieux comprendre dans quelles mesures ces variables influencent le choix de statut de conventionnement des kinésithérapeutes.

2.4.1 Calcul du coefficient de corrélation

Préalablement à l'analyse multivariée, un coefficient de corrélation de Pearson est calculé afin de mesurer l'intensité et la direction de la relation linéaire entre les variables explicatives sélectionnées, et de vérifier qu'elles apportent des informations distinctes justifiant leur inclusion simultanée dans le modèle de régression (Schober et al., 2018).

Le coefficient de corrélation de Pearson est défini comme le rapport entre la covariance de deux variables et le produit de leurs écarts-types. La formule est la suivante :

$$\text{Correl}(x,y) = \frac{\sum(x-\bar{x})(y-\bar{y})}{\sqrt{\sum(x-\bar{x})^2 \sum(y-\bar{y})^2}}$$

Où $\bar{x}$ et $\bar{y}$ sont les moyennes des échantillons.

2.4.2 Décomposition de l'équation de régression logistique

Le statut de conventionnement est modélisé comme une variable dépendante binaire Y (0 = non conventionné ; 1 = conventionné). La régression logistique modélise ainsi la probabilité d'un kinésithérapeute à être conventionné. Le choix des variables indépendantes incluses dans le modèle multivarié repose à la fois sur leur pertinence théorique et sur les hypothèses formulées.

Trois variables X ont été retenues afin de respecter le principe de parcimonie du modèle⁸, compte tenu de la taille de l'échantillon (N = 117) :

- X1 (ancienneté professionnelle) : variable quantitative continue, exprimée en années d'expérience,
- X2 (volume attendu de patients) : variable binaire issue de la dichotomisation de l'échelle de Likert (0 = faible volume attendu ; 1 = volume élevé),
- X3 (sentiment de reconnaissance professionnelle) : variable binaire issue de la dichotomisation de l'échelle de Likert (0 = faible reconnaissance, 1 = forte reconnaissance).

⁸ Conformément aux recommandations méthodologiques en régression logistique (Peduzzi et al., 1996)

Dès lors, l'équation de régression mobilisée serait la suivante :

$$P(Y = 1) = \beta_0 + \beta_1(\text{ancienneté}) + \beta_2(\text{volume}) + \beta_3(\text{reconnaissance}) + \varepsilon$$

Où

P = probabilité d'être conventionné

β_0 = constante

β_1 = effet de l'ancienneté

β_2 = effet du volume attendu de patients

β_3 = effet du sentiment de reconnaissance professionnelle

ε = terme d'erreur incluant l'ensemble des facteurs non observés susceptibles d'influencer le statut de conventionnement.

Les coefficients estimés (β) seront transformés en odds ratio (OR). L'utilisation des OR est standard dans les analyses de régression logistique en santé publique car ils permettent de mesurer le rapport des chances de survenue de l'évènement étudié (être conventionné) en fonction des variables explicatives (Schober et al.,2018).

OR > 1 indique une augmentation de la probabilité relative de l'évènement (association positive) tandis qu'OR < 1 traduit une diminution (association négative).

Les résultats sont présentés avec leurs intervalles de confiance à 95% permettant d'apprécier leur significativité statistique.

III. Résultats

1. Données descriptives

1.1. Caractéristiques des participants et résumé des variables clés

L'envoi des questionnaires a généré 117 réponses complètes et 0 réponses incomplètes, ce qui porte l'échantillon de l'étude à 117 kinésithérapeutes exerçant en Belgique francophone, sous statut indépendant à titre principal. Parmi les répondants, 68,4 % sont des femmes (N = 80) et 31,6 % des hommes (N = 37). L'âge moyen des participants est de 33,5 ans ($\sigma = 8,2$), avec un âge compris entre 23 et 61 ans. L'expérience professionnelle moyenne est de 9,4 ans ($\sigma = 7,9$), reflétant la présence de professionnels à différents stades de leur carrière.

Concernant le statut de conventionnement, 60,7 % des répondants déclarent être conventionnés (n = 71), tandis que 39,3 % ne sont pas conventionnés (N = 46), incluant les kinésithérapeutes déconventionnés en cours de parcours et ceux n'ayant jamais adhéré à la convention (N=8). Cette proportion est assez similaire au taux d'adhésion actuel à la convention M25 qui est de 64,34 %.

46,2% des personnes interrogées exercent en cabinet privé (N = 54) et sont soumis à une rétrocession ou un loyer. 22,2% des kinésithérapeutes interrogés ne sont pas soumis à des charges d'occupation (loyer ou rétrocession), ce qui laisse supposer qu'ils sont propriétaires de leur établissement.

Le tableau descriptif (Tableau 1) rapporte les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles de l'échantillon. Les variables quantitatives sont présentées sous forme de moyenne $\pm$ écart-type (σ), tandis que les variables qualitatives sont présentées sous forme de fréquences et de pourcentages.

Tableau 1 Caractéristiques de l'échantillon (N=117)

Variable	N (%) ou Moyenne (x) $\pm$ σ
Sexe	
Femme	80 (68,4%)
Homme	37 (31,6%)
Âge (années)	33,50 $\pm$ 8,21
Ancienneté professionnelle (années)	9,39 $\pm$ 7,87
Province d'exercice	
Bruxelles	45 (38,5%)
Brabant Wallon	20 (17,1%)
Brabant Flamand	5 (4,3%)
Namur	8 (6,8%)
Hainaut	30 (25,6%)
Liège	8 (6,8%)
Luxembourg	1 (0,9%)
Mode d'exercice principal	
Cabinet privé	54 (46,2%)
Cabinet pluridisciplinaire	30 (25,6%)
Association plusieurs kinés	21 (17,9%)
Structure hospitalière	7 (6%)
Domiciles	5 (4,3%)
Charges d'occupation	
Loyer	66 (56,4%)
Rétrocession	25 (21,4%)
Non	26 (22,2%)
Spécialisation kiné	
Oui	78,6(%)
Non	21,4(%)
Conventionné	
Conventionné	71 (60,7%)
Non conventionné	46 (39,3%)

Le tableau descriptif croisé (Tableau 2) permet de comparer les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des kinésithérapeutes selon leur statut de conventionnement. Cette approche est réalisée dans l'idée d'offrir une première lecture des données en mettant en évidence d'éventuelles différences entre les groupes d'étude (kinésithérapeutes conventionnés et déconventionnés).

Concernant le genre, les femmes sont majoritaires dans les deux groupes, ce qui s'explique par leur plus large proportion dans l'échantillon de base (68,4% des répondants). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux parmi les conventionnés (23 %) que parmi les déconventionnés (9 %).

En termes de charges professionnelles, les kinésithérapeutes conventionnés déclarent plus fréquemment ne pas avoir de charges (15 % contre 7 %) ou être soumis à un système de rétrocession (15 % contre 7 %). La proportion de kinésithérapeutes exerçant avec un loyer fixe est relativement comparable entre les deux groupes, bien que légèrement plus élevée chez les conventionnés (31 % contre 28 %).

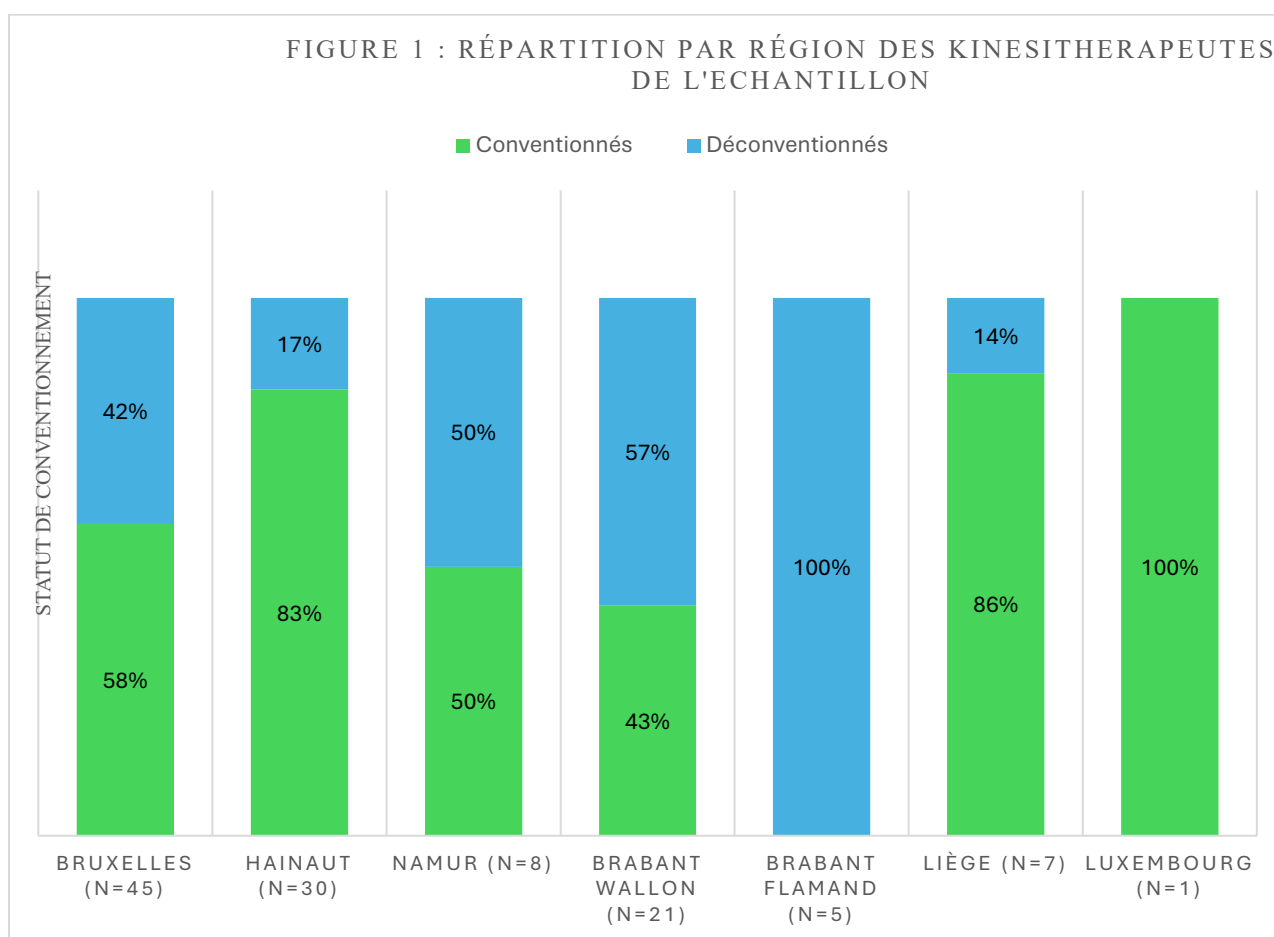
La répartition par âge montre une plus forte proportion de kinésithérapeutes conventionnés dans les classes d'âge les plus jeunes, notamment chez les 20–29 ans (27 % contre 8 %) et les 30–39 ans (28 % contre 24 %). Les classes d'âge plus élevées sont faiblement représentées dans les deux groupes.

Tableau 2 Caractéristiques des kinésithérapeutes selon leur statut de conventionnement (N=117)

	Conventionnement	
	Non	Oui
	39,3%	60,7%
Genre		
Femme	31%	38%
Homme	9%	23%
Charges		
Non	7%	15%
Rétrocession	7%	15%
Loyer fixe	26%	31%
Âge		
20-29	8%	27%
30-39	24%	26%
40-49	5%	5%
50-59	1%	3%
60+	2%	0%
Années d'expérience		
<5	5%	24%
5-10	21%	20%
11-15	7%	10%
16-20	1%	3%
21-29	3%	3%
>30	3%	2%
Mode d'exercice		
Association de plusieurs kinés	6%	12%
Au domicile des patients	1%	3%
Cabinet pluridisciplinaire	15%	11%
Cabinet privé	17%	29%
Structure hospitalière	1%	5%
Spécialisation		
Non	5%	16%
Oui	34%	44%

1.2.Répartition géographique des kinésithérapeutes de l'échantillon

Les répondants sont répartis sur l'ensemble de la Belgique francophone, la province du Brabant Flamand a été intégrée au six provinces francophones, compte tenu du nombre de citoyens francophones dans cette région. La province la mieux représentée dans l'échantillon est Bruxelles-Capitale avec 38,5% (N=45) de kinésithérapeutes y exerçant. Comme l'illustre la Figure 1, une comparaison selon le statut de conventionnement et la localisation révèle des tendances intéressantes. On observe qu'en province du Hainaut et Liège, une majorité des kinésithérapeutes sont conventionnés. Les Brabants Wallons et Flamands ont, quant à elles, les proportions les plus élevées de kinésithérapeutes déconventionnés.



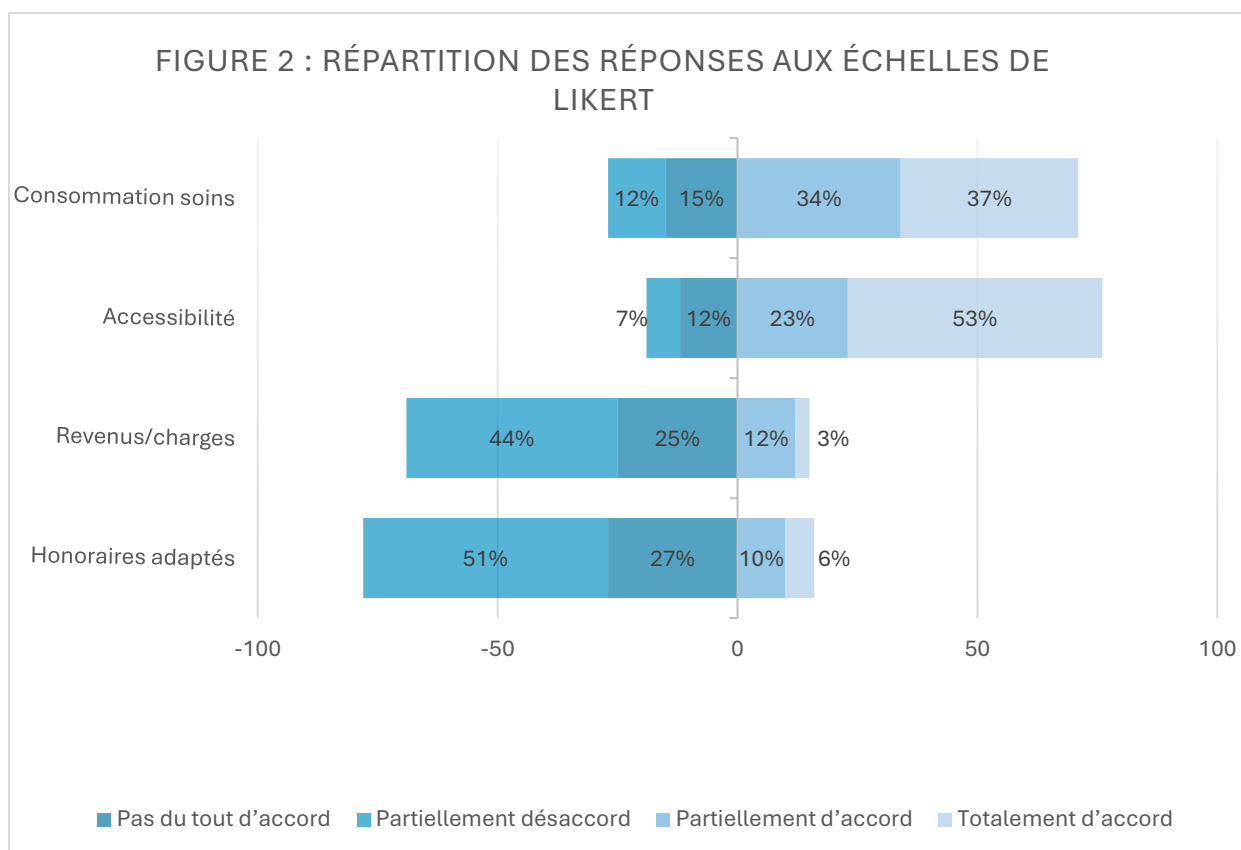
1.3.Répartition des réponses pour les principaux facteurs économiques et professionnels influençant le conventionnement des kinésithérapeutes

Le questionnaire interroge les participants de l'étude sur plusieurs facteurs susceptibles d'influencer leur choix de conventionnement, à l'aide d'échelles de Likert en cinq modalités allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Les résultats démontrent une variabilité importante dans les perceptions des kinésithérapeutes concernant les déterminants économiques et professionnels de leur pratique. Certains résultats sont détaillés ci-après, dans la Figure 2 ; la consommation de soins, l'accessibilité des soins au patient, la perception des honoraires fixés par l'INAMI, l'influence des coûts des charges sur le choix de conventionnement.

Le ressenti du kinésithérapeute par rapport à la consommation de soins de ses patients semble être un paramètre intéressant à étudier. Pour saisir cette perception, l'affirmation soumise dans le questionnaire est : « *Mes patients ont tendance à consommer davantage lorsqu'ils sont mieux remboursés* ». Une tendance marquée est relevée ; la majorité des kinésithérapeutes interrogés (71%) perçoit un changement d'attitude de la part des patients quant à leur consommation de soins si les prestations sont mieux remboursées.

Concernant l'accessibilité des soins, à l'affirmation suivante : « *L'accessibilité financière de mes soins de kinésithérapie est un paramètre important dans mon choix de conventionnement* », une majorité (76%) se dit d'accord avec le fait que des soins accessibles (et donc mieux remboursés) constituent un paramètre important dans leur choix de conventionnement.

Les résultats à l'affirmation « *Les honoraires proposés par l'INAMI sont adaptés à ma fonction (spécialisation)* » apparaissent contrastés, Une large majorité des répondants (78 %) considère que les honoraires ne sont pas adaptés à leur pratique, traduisant une perception majoritairement négative. Ces résultats reflètent une tendance à une inadéquation perçue par les kinésithérapeutes entre les honoraires et leur pratique professionnelle. Une proportion majoritaire de répondants (69%) considère que les charges fixes de leur profession (loyer, logiciel, matériel, ...) ne sont pas suffisamment couvertes par les honoraires proposés par la convention. Ces résultats sont mis en lumière avec le détail des réponses à l'affirmation « *Les honoraires fixés par la convention INAMI couvrent suffisamment les charges fixes liées à ma profession* ».



2. Analyse multivariée

La colinéarité entre les variables indépendantes est préalablement évaluée à l'aide d'une matrice de corrélation de Pearson. Le tableau 3 illustre les résultats de cette analyse. Nous pouvons constater qu'aucun coefficient de corrélation n'excède le seuil de 0,7, ce qui indique l'absence de colinéarité significative entre les variables explicatives incluses dans le modèle.

Tableau 3 Analyse de colinéarité des variables indépendantes

	Ancienneté professionnelle	Volume attendu	Reconnaissance professionnelle
Ancienneté professionnelle	1	-0,174	0,036
Volume attendu	-0,174	1	-0,081
Reconnaissance professionnelle	0,036	-0,081	1

Une régression logistique binaire est ensuite réalisée afin d'analyser l'association entre plusieurs variables explicatives (ancienneté professionnelle, perception du volume de patients et reconnaissance professionnelle) et le statut de conventionnement.

Le modèle estimé est exprimé comme suit :

$$P(Y = 1) = \beta_0 + \beta_1(\text{ancienneté}) + \beta_2(\text{volume}) + \beta_3(\text{reconnaissance}) + \varepsilon$$

Les variables ont été codées et définies dans SPSS⁹, avec des variables qualitatives dichotomisées (0/1) et des variables quantitatives traitées comme variables continues. Les variables issues d'échelles de Likert ont été traitées comme variables ordinales et, dans un second temps, certaines ont été dichotomisées en deux catégories (désaccord/neutre et accord) afin de faciliter leur interprétation dans le modèle de régression logistique.

Les résultats de la régression logistique sont présentés dans le tableau 4, sous forme d'OR accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %.

⁹ Cette étape de manipulation SPSS a été réalisée avec l'aide de l'intelligence artificielle.

Tableau 4 : Régression logistique binaire des facteurs associés au statut de conventionnement

		Variables in the Equation						
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B) Lower Upper
Step 1 ^a	ancienneté professionnelle	-,047	,026	3,285	1	,070	,954	,906 1,004
	volume de patients attendu	,351	,235	2,225	1	,136	1,421	,896 2,254
	sentiment de reconnaissance professionnelle	,551	,231	5,674	1	,017	1,735	1,103 2,730
	Constant	-,794	,726	1,196	1	,274	,452	
a. Variable(s) entered on step 1: ancienneté professionnelle, volume de patients attendu, sentiment de reconnaissance professionnelle.								

Ces résultats nous indiquent que :

L'ancienneté professionnelle tend à être associée à une probabilité réduite d'être conventionné (OR < 1). Cependant, l'association n'est pas statistiquement significative car la p-valeur > 0,05 et l'intervalle de confiance inclut 1.

Nous ne pouvons donc pas affirmer avec 95% de confiance que l'hypothèse H1, selon laquelle la probabilité d'être conventionné diminue avec l'ancienneté professionnelle, est vraie.

Un volume attendu élevé de patients tend à augmenter la probabilité de conventionnement (OR > 1). Cependant, l'association n'est pas statistiquement significative car la p-valeur > 0,05 et l'intervalle de confiance inclut 1.

Nous ne pouvons pas affirmer avec 95% de confiance que l'hypothèse H2, selon laquelle la probabilité pour un kinésithérapeute d'être conventionné augmente avec l'influence d'un volume attendu de patients, est vraie.

Enfin, la reconnaissance professionnelle est significativement associée au statut de conventionnement (p-valeur < 0,05). Les kinésithérapeutes percevant une reconnaissance professionnelle ont environ 1,7 fois plus de chance d'être conventionnés.

Nous pouvons affirmer avec 95% de confiance que l'hypothèse H3, selon laquelle la probabilité pour un kinésithérapeute d'être conventionné augmente avec le niveau de reconnaissance professionnelle déclaré, est vraie.

IV. Discussion et perspectives

Pour rappel, les sous-objectifs de ce mémoire étaient de décrire le profil des kinésithérapeutes selon leur statut de conventionnement ainsi que d'identifier les facteurs économiques et professionnels associés au changement de statut de conventionnement.

Cette section sera consacrée à la présentation du matériau empirique en lien avec la littérature, suivi d'un état des forces et des limites de l'étude, et finalement une proposition de réflexion autour de recommandations politiques et de perspectives futures.

1. Interprétation des résultats

Les résultats de cette étude montrent que, parmi les variables analysées, le sentiment de reconnaissance professionnelle est significativement associé au statut de conventionnement. Les kinésithérapeutes déclarant un niveau élevé de reconnaissance présentent une probabilité plus importante d'être conventionnés. En revanche, l'ancienneté professionnelle et le volume de patients attendu ne sont pas significativement associées au statut de conventionnement, bien qu'une tendance négative soit observée pour l'ancienneté.

1.1. Caractéristiques socio-démographiques expliquant le changement de statut de conventionnement

Les caractéristiques socio-démographiques comme le genre, l'âge ou l'ancienneté professionnelle apparaissent comme peu déterminantes dans l'explication du changement de statut de conventionnement des kinésithérapeutes dans l'échantillon étudié. Cette constatation peut suggérer que les comportements d'adhésion à la convention ne reposent pas prioritairement sur des caractéristiques individuelles observables dans cet échantillon.

Le déséquilibre de l'échantillon, caractérisé par une surreprésentation des femmes (environ 70%), constitue une limite potentielle à l'analyse du rôle du genre, en réduisant la comparaison entre groupes.

L'analyse des variables de l'âge et de l'ancienneté professionnelle montre une tendance selon laquelle les kinésithérapeutes les plus jeunes ou les moins expérimentés sont proportionnellement plus nombreux à être conventionnés. À l'inverse, les professionnels plus expérimentés semblent davantage enclins à se déconventionner. Cette association n'est cependant pas statistiquement significative dans l'analyse multivariée, ce qui invite à relativiser

la portée de ce résultat. La théorie du revenu cible développée par Evans (1974), citée par Mc Guire (2000), nous permet néanmoins de confirmer la tendance selon laquelle les professionnels de santé ajustent leur activité et leurs choix tarifaires en fonction d'un niveau de revenu jugé satisfaisant. Dans cette perspective, les praticiens plus expérimentés, ayant atteint une certaine stabilité économique, pourraient être plus enclins à s'affranchir du cadre fixé par la convention INAMI afin d'optimiser leur autonomie tarifaire.

Des disparités géographiques apparaissent dans la répartition régionale du conventionnement. Les provinces du Hainaut et de Liège présentent une proportion plus élevée de kinésithérapeutes conventionnés, tandis que les Brabants wallon et flamand se caractérisent par une proportion plus importante de professionnels déconventionnés. Ces différences peuvent refléter des variations du contexte socio-économique local, notamment en termes de pouvoir d'achat des patients. Dans les régions où la capacité financière est limitée, l'adhésion au conventionnement peut constituer un levier pour garantir l'accessibilité des soins. À l'inverse, dans des zones plus favorisées, les professionnels peuvent être incités à pratiquer des dépassements d'honoraires. Pour confirmer cette tendance, les travaux de Lancry (1989) avaient démontré que le revenu de la clientèle apparaît comme facteur déterminant du passage en « honoraires libres ». Les travaux de (Rochaix & Jacobzone, 1997) nous proposent une explication alternative ; les différences territoriales peuvent être le reflet d'une concurrence spécifique, structurée par les caractéristiques locales du marché des soins.. Cette hypothèse repose sur les différences de niveaux d'honoraires entre régions à forte et faible densité médicale. Le niveau d'honoraires serait perçu comme plus élevé dans les zones à forte densité médicale, puisque les incitations sont alors plus fortes à résister à la pression concurrentielle par des stratégies de recherche de la qualité. Les honoraires ne baisseraient donc pas autant que prévu dans ces régions. Pour revenir à nos résultats, il pourrait être intéressant de comparer la densité de kinésithérapeutes par province et de vérifier si les provinces des Brabants flamands et wallons disposent en effet d'un nombre accru de kinésithérapeutes en recherche de qualité, donc potentiellement de spécialisation. Par ailleurs, dans notre échantillon, les kinésithérapeutes qui ne se sont pas spécialisés sont largement conventionnés, donc peu enclins à augmenter leurs tarifs.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que les caractéristiques socio-démographiques jouent un rôle limité dans l'explication d'un profil lié au statut de conventionnement. Ils renforcent l'idée, largement documentée en économie de la santé, selon laquelle les comportements des professionnels de santé ne peuvent être compris indépendamment de leur environnement institutionnel et des incitations économiques auxquelles ils sont exposés.

1.2. Caractéristiques économiques expliquant le changement de statut de conventionnement

Nous avons émis l'hypothèse que la probabilité pour un kinésithérapeute d'être conventionné serait augmentée si ce dernier anticipait un volume élevé de patient. Cette hypothèse s'inspirait de la théorie du revenu cible (Evans, 1974), selon laquelle les professionnels de santé ajustent leur activité, notamment le volume de soins, afin d'atteindre un niveau de revenu jugé satisfaisant. Nguyen (2011) avait également émis le postulat suivant : une dérive du modèle principal-agent dans la santé est que les prestataires de soins ont tendance à maximiser leurs profits au détriment des intérêts des patients, et que ce problème est particulièrement présent dans le cas d'un système de paiement à l'acte.

Au niveau des résultats de notre enquête, une première constatation est une perception largement négative des honoraires proposés par la convention. Ce constat suggère un décalage entre les incitations économiques offertes par le système de santé et les attentes des kinésithérapeutes. Une majorité des répondants considère que les honoraires ne couvrent pas adéquatement les charges fixes liées à leur activité. Selon l'étude de Bayati & Rashidian (2017), de telles insatisfactions liées aux attentes économiques auraient un effet positif et significatif sur le revenu cible. Cette étude révèle en effet que, les médecins jugeant leur niveau de rémunération insuffisant, tendent à fixer un revenu cible plus élevé pour compenser leur insatisfaction.

Nous pouvons observer également qu'une part importante des répondants perçoivent une augmentation de la consommation de soins lorsque le niveau de remboursement est élevé. Ce mécanisme, décrit dans la littérature comme l'aléa moral en santé (Jacquemet & Barnay, 2023), pourrait traduire un ajustement des professionnels de la demande de soins en fonction du niveau de remboursement de l'AMI. En raison de l'asymétrie d'information entre le professionnel et le patient, le kinésithérapeute peut influencer le volume de soins consommés, notamment lorsque les patients sont mieux remboursés.

Néanmoins, l'analyse multivariée réalisée pour notre étude ne confirme pas l'hypothèse du revenu cible, ou de la demande induite par l'offre, puisque la variable indépendante correspondant au volume attendu de patients n'est pas significativement associée au statut de conventionnement. Nous pouvons le comprendre ainsi ; les kinésithérapeutes n'utiliseraient pas le fait de garder un statut de prestataire conventionné pour influencer le volume de patients fréquentant leur cabinet. Dans cette perspective, les résultats pourraient nous laisser qualifier le comportement du kinésithérapeute partiellement aligné avec la figure de l'agent bienveillant décrite par Arrow (1971), limitant les comportements opportunistes. Toutefois, cette interprétation doit être nuancée et il convient de rappeler que le rôle du payeur (troisième type d'agent), ici l'AMI, s'accompagne de mécanismes de contrôle d'utilisation visant à surveiller et limiter à un niveau approprié les ressources prescrites par le médecin pour chaque patient.

Les déterminants économiques expliquant le statut de conventionnement des kinésithérapeutes ne peuvent être reliés uniquement à des variables classiques d'économie de la santé comme le volume de patient, le niveau de rémunération, la demande induite, ... Comme le soulignent Chen & Lee (2013), se focaliser uniquement sur les incitations financières est insuffisant pour comprendre et influencer les comportements des professionnels de santé. L'absence de significativité de la variable économique étudiée ne remet pas en cause son importance théorique mais souligne la nécessité d'une recherche plus globale pour comprendre les choix des kinésithérapeutes dans leur statut de convention.

1.3. Caractéristiques professionnelles expliquant le changement de statut de conventionnement

Le rôle significatif de la reconnaissance professionnelle comme facteur explicatif du conventionnement constitue un résultat central de cette étude. Il sous-entend que le choix d'adhésion au conventionnement ne repose pas uniquement sur des considérations économiques, mais également sur des dimensions plus subjectives et professionnelles liées à la valorisation du travail. Ce constat est largement étudié dans la littérature en psychologie du travail et en économie.

Des travaux en psychologie du travail et en psychologie des organisations (Alahiane et al., 2023 ; Brun & Dugas, 2005) ont démontré, notamment, que la reconnaissance professionnelle favorise la satisfaction au travail et renforce l'adhésion à un système institutionnel ou à une organisation. La reconnaissance au travail représente un enjeu lié à la gestion des organisations et aux besoins fondamentaux des individus.

La notion de reconnaissance englobe les pratiques de travail, l'investissement personnel du travailleur et les résultats obtenus. Reconnaître ces pratiques chez les travailleurs et qu'elles soient reconnues et converties en valeur symbolique, émotionnelle ou financière par les collègues, supérieurs ou clients, permettrait d'influencer positivement la productivité et la performance des organisations. Parmi les incitations non-monétaires, la reconnaissance professionnelle est donc considérée comme l'approche la plus efficace et, un levier institutionnel majeur, permettant à l'individu d'adhérer plus facilement aux règles, structures et au cadre social qui lui procure cette reconnaissance.

D'autres recherches (Black, 2023) constatent que la reconnaissance par les pairs au travail renforce davantage les comportements de coopération au sein d'un groupe que vis-à-vis de groupes extérieurs. Ce mécanisme s'explique par le renforcement de l'identité sociale et des normes collectives. La reconnaissance favorise l'alignement avec les objectifs du groupe, renforce la coopération et les comportements d'aide, et soutient l'adhésion au collectif.

Les travaux de Lise Rochaix et Jacobzone sur le phénomène de demande induite (1997) révèlent que les médecins ne cherchent pas uniquement à maximiser leur revenu mais qu'un certain nombre de motivations implicites (normes professionnelles, l'éthique, le désir de reconnaissance, l'identité professionnelle, la satisfaction au travail) viennent compléter les incitations économiques. Ces motivations implicites peuvent contribuer à encadrer les comportements des professionnels et à limiter certains effets potentiels liés à l'asymétrie d'information, tels que la demande induite. Ces éléments confortent nos résultats selon lesquels les professionnels de santé ne sont pas uniquement guidés par des incitations économiques explicites telles que la maximisation des revenus et la stabilité financière. Nous pouvons ainsi comprendre que la reconnaissance professionnelle oriente le comportement des professionnels de santé vers des pratiques conformes aux objectifs du système de santé.

L'étude de Chen & Lee (2013) constate que les médecins accordent une importance au moins équivalente à leur dignité professionnelle qu'à leurs intérêts économiques. Une amélioration perçue de l'autonomie ou de la reconnaissance professionnelle peut compenser les effets négatifs d'une perte de revenu.

En réalisant un parallèle entre ces différentes conclusions issues de la littérature et notre travail, nous pouvons suggérer que, si le kinésithérapeute se sent reconnu, il peut être enclin à s'aligner avec les attentes du système de santé, et y adhérer. Dans ce cadre, le conventionnement INAMI représente l'adhésion à un système collectif, en renforçant le sentiment d'appartenance des kinésithérapeutes à ce système. Le lien observé entre reconnaissance professionnelle et conventionnement peut être ainsi interprété comme l'expression d'une motivation intrinsèque favorisant l'adhésion au cadre institutionnel. Les kinésithérapeutes se percevant comme reconnus pourraient être davantage enclins à adhérer au cadre proposé par l'INAMI, participant ainsi au fonctionnement du système de santé Belge de type bismarckien, fondé sur des principes de solidarité, d'équité et de redistribution.

À l'inverse, un manque de reconnaissance professionnelle apparaît associé à une moindre adhésion au conventionnement. À la lumière de la littérature, cela s'explique par le fait que l'absence de reconnaissance professionnelle entraîne un désengagement et une moindre adhésion au système. La reconnaissance professionnelle pourrait ainsi constituer un levier indirect de justice sociale, en favorisant l'adhésion des professionnels à des dispositifs visant à garantir l'accessibilité des soins.

Le rapport conjoint du KCE et de l'OMS (*Can people afford to pay for health care?*, 2023) sur la protection financière et l'accessibilité aux soins de santé souligne que l'incidence des dépenses de santé « catastrophiques » en Belgique est parmi les plus élevées d'Europe Occidentale. Le rapport pointait notamment les contributions personnelles (tickets modérateurs et suppléments) complexes par rapport à d'autres pays. Ce constat renforce l'idée de l'importance de l'adhésion des professionnels de santé au système de convention, levier central pour garantir l'accessibilité financière des soins aux populations les plus vulnérables. Les résultats de notre étude montrent que cette adhésion ne dépend pas uniquement de considérations économiques, mais également de facteurs professionnels tels que le sentiment de reconnaissance.

2. Forces et limites de l'étude

Certaines limites méthodologiques ont émergé lors de la réalisation de ce travail.

Premièrement, la taille de l'échantillon (N=117) est limitée, ce qui peut réduire la puissance statistique de l'analyse et la capacité de généralisation des résultats. L'échantillon présente également un déséquilibre en termes de genre, avec une surreprésentation des femmes (68,4 %). Cette distribution peut limiter la portée des conclusions relatives à cette variable. La taille de l'échantillon a également conduit à limiter le nombre de variables explicatives, réduisant la capacité explicative du modèle (parcimonie du modèle).

Deuxièmement, la diffusion du questionnaire s'est limitée à la Belgique francophone, certaines provinces étant faiblement représentées. L'enquête n'a pas ciblé le territoire flamand, or, pouvoir étudier et comparer les comportements des kinésithérapeutes selon les trois Régions nationales aurait été pertinent. On dénombre en effet une plus large proportion de kinésithérapeutes déconventionnés en Région flamande (*Association de défense professionnelle de la kinésithérapie | AXXON, Physical Therapy in Belgium, 2025*). L'absence de données concernant le territoire flamand constitue donc une limite importante concernant la portée des conclusions et la généralisation à l'ensemble du territoire belge.

Troisièmement, en l'absence de base d'échantillonnage, un échantillon de convenance a été utilisé, ce qui peut limiter la généralisation et constituer un biais d'échantillonnage. Par ailleurs, le recueil des données présente un biais de sélection ; l'échantillon repose sur une participation volontaire. Les répondants pourraient avoir des caractéristiques ou des opinions différentes de ceux n'ayant pas participé, ce qui ne serait pas représentatif de l'avis de la population générale des kinésithérapeutes.

Quatrièmement, le questionnaire utilisé dans cette étude a été spécifiquement élaboré par l'auteure pour les besoins de la recherche. Cette approche présente plusieurs limites ; absence de validation préalable de l'instrument dans la littérature, validité et fiabilité des mesures biaisées, difficultés de comparabilité des résultats par manque de standardisation.

Enfin, la dichotomisation des variables mesurées par les échelles de Likert est un point faible de l'étude. Ce choix, qui permet la facilité d'interprétation, a entraîné une perte d'information pouvant réduire la variabilité des résultats. Des variables métriques auraient donné l'occasion d'employer des méthodes statistiques plus appropriées à l'analyse ultérieure.

Bien que les limites de cette étude soient nombreuses, elles permettront de poser un cadre méthodologique plus accompli pour des recherches futures. Par ailleurs, nous pouvons souligner les différentes forces de ce travail.

Tout d'abord, cette étude repose sur des données originales collectées auprès de kinésithérapeutes, permettant d'apporter un éclairage empirique sur une problématique encore peu explorée. La littérature actuelle en économie de la santé renseigne principalement sur les comportements des médecins généralistes, laissant de côté d'autres professions de la santé. Ce travail contribue à combler ce manque et met en évidence des déterminants spécifiques à cette profession.

Ensuite, malgré ses limites méthodologiques, la création d'un questionnaire par une personne familière du terrain (kinésithérapeute libérale avec une ancienneté supérieure à dix ans) a permis d'adapter finement les items aux particularités du contexte belge du conventionnement.

Enfin, l'approche multidimensionnelle adoptée, combinant plusieurs variables, permet de dépasser l'analyse purement économique des comportements des professionnels de santé. L'utilisation d'une analyse multivariée, permet d'isoler l'effet propre de chaque variable explicative, renforçant la robustesse des résultats obtenus et la validité des interprétations proposées.

3. Recommandations politiques et perspectives de recherches futures

Le projet de loi cadre récemment proposé par Frank Vandenbroucke (*Projet de loi-cadre, 2025*), vise une réforme du système de convention et du modèle de concertation dans les soins de santé. Il est ainsi question qu'à partir de janvier 2028, un plafond concernant les suppléments d'honoraires des médecins soit introduit. Ces réformes indiquent que les stratégies politiques s'inscrivent dans une logique de maîtrise des dépenses du secteur et d'amélioration de l'accessibilité des soins.

Les résultats de notre étude invitent à reconsidérer les leviers d'action pensés par les politiques de santé. Les réformes ne peuvent reposer uniquement sur des incitations économiques ou des mécanismes de contraintes, risquant de toucher à la dignité des soignants. Ce constat est appuyé dans la littérature par l'étude de Chen & Lee (2013), dont les recommandations visent les politiques de santé en leur conseillant d'intégrer des incitations non-monétaires, sous peine d'affaiblir l'engagement des professionnels et leur sentiment de dignité professionnelle.

Dans le contexte belge actuel, les incitations financières apparaissent insuffisantes pour orienter les comportements. L'augmentation progressive du nombre de prestataires médicaux déconventionnés et les préoccupations croissantes concernant l'accessibilité financière des soins constituent un indicateur de cette tendance. L'efficacité des réformes politiques futures dépendra probablement de leur capacité à concilier régulation économique et valorisation des professions de santé, afin de favoriser l'adhésion des professionnels au système institutionnel et soutenir les objectifs de santé publique concernant l'accessibilité et l'équité des soins.

Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour compléter les incitations économiques par des leviers motivationnels :

- Renforcer la concertation avec les professionnels paramédicaux afin de mieux intégrer leurs attentes dans la fixation des honoraires et la discrimination du remboursement.
- Valoriser le rôle et le travail du kinésithérapeute dans le parcours de soins et favoriser son intégration, notamment par l'accès étendu aux informations médicales pertinentes et au dossier patient.
- Soutenir des politiques permettant de renforcer le sentiment d'autonomie professionnelle, tout en maintenant les objectifs d'équité des soins.

Ces mécanismes d'incitation mixtes, associant rémunération, participation à la gouvernance des soins et valorisation professionnelle, auront pour but de limiter les tensions inhérentes aux relations multi-agents entre prestataires, patients et AMI.

Enfin, de nouvelles pistes de recherche peuvent être prévues à la suite de ce travail.

- D'une part, élargir la taille de l'échantillon et cibler une plus grande hétérogénéité socio-économique et démographique, par une diffusion étendue à l'ensemble des provinces (néerlandophones incluses) permettrait de mieux comprendre les différences territoriales. Une méthodologie mixte combinant approche quantitative et qualitative, notamment par des entretiens, contribuerait à recueillir les perceptions des professionnels paramédicaux vis-à-vis de leur métier et approfondir leurs motivations liées à l'adhésion.
- Ensuite, au regard des résultats de cette première étude, il semblerait pertinent d'affiner la recherche autour des différentes dimensions de cette reconnaissance professionnelle. Des questions spécifiques pourraient être formulées aux professionnels ; Quelle reconnaissance est la plus importante à leurs yeux ? Celle des patients, des pairs, du système ou encore des politiques de santé ? Comment améliorer ce sentiment ? Une meilleure compréhension de ces mécanismes permettrait d'identifier plus finement les leviers susceptibles de favoriser l'adhésion des professionnels.

V. Conclusion

Ce travail est né du désir d'explorer une question particulièrement présente dans les professions médicales et paramédicales : « quels sont les éléments susceptibles d'influencer le changement de statut de conventionnement ? ».

Les résultats de cette étude montrent que les caractéristiques socio-démographiques doivent être interprétés avec prudence, en raison de l'absence de significativité statistique. Certaines tendances sont néanmoins observées et sont cohérentes avec certaines hypothèses issues de la littérature. Elles concernent l'ancienneté professionnelle et les disparités régionales, suggérant l'influence potentielle du contexte socio-économique local et de dynamiques territoriales de l'offre de soins.

Sur le plan économique, les kinésithérapeutes expriment majoritairement une perception largement insuffisante des honoraires proposés par la convention INAMI, et soulignent une inadéquation entre la rémunération offerte et les charges liées à leur activité professionnelle. Toutefois, contrairement à l'hypothèse initiale inspirée de la théorie du revenu cible en économie de la santé, le volume attendu de patients n'apparaît pas comme facteur significativement associé à un conventionnement. Ces résultats indiquent que les comportements des kinésithérapeutes ne peuvent être interprétés uniquement à travers une logique principal-agent de maximisation du profit ou la demande induite.

L'apport principal de cette étude réside dans la mise en évidence du rôle significatif de la reconnaissance professionnelle. Le kinésithérapeute a une probabilité accrue de rester conventionné s'il déclare une reconnaissance professionnelle élevée. Ce résultat rejoint les travaux issus de l'économie de la santé et de la psychologie des organisations montrant que les comportements des professionnels de santé reposent également sur des motivations intrinsèques, des normes professionnelles et un besoin de valorisation institutionnelle. Les choix des kinésithérapeutes semblent s'inscrire dans un arbitrage entre dignité professionnelle et intérêts économiques. Le conventionnement apparaît ainsi non seulement comme un mécanisme de régulation tarifaire, mais également comme une forme d'adhésion au système collectif de santé belge.

Ces résultats invitent dès lors à repenser les politiques de santé au-delà des seules incitations financières. Dans un contexte belge marqué par l'augmentation du nombre de prestataires déconventionnés et par des enjeux croissants d'accessibilité financières et de soins, l'efficacité de réformes futures pourrait dépendre de leur capacité à concilier reconnaissance professionnelle, régulation économique et maintien de l'engagement des soignants au système social de santé.

Bibliographie

Articles de recherche

- Alahiane, L., Zaam, Y., Abouqal, R., & Belayachi, J. (2023). Factors associated with recognition at work among nurses and the impact of recognition at work on health-related quality of life, job satisfaction and psychological health : A single-centre, cross-sectional study in Morocco. *BMJ Open*, 13(5), e051933.
- Arrow, K. J. (1963). UNCERTAINTY AND THE WELFARE ECONOMICS OF MEDICAL CARE. In *Uncertainty in Economics* (p. 345-375). Elsevier.
- Bayati, M., & Rashidian, A. (2017). Target income and its determinants for general physicians : An instrumental variables approach. *International Journal of Healthcare Management*.
- Benhajji, N., Roy, D., & Anciaux, D. (2015). Patient-centered multi agent system for health care. *IFAC-PapersOnLine, 15th IFAC Symposium on Information Control Problems in Manufacturing*, 48(3), 710-714.
- Black, P. W. (2023). The effect of peer-to-peer recognition systems on helping behavior : The influence of rewards and group affiliation. *Accounting, Organizations and Society*, 109, 101454.
- Bouhon, F., Jousten, A., Miny, X., & Slautsky, E. (2020). L'État belge face à la pandémie de Covid-19 : Esquisse d'un régime d'exception. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2446(1), 5-56.
- Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2014a). Health governance : Principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning*, 29(6), 685-693.
- Brosig-Koch, J., Groß, M., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., & Wiesen, D. (2025). Physicians' incentives, patients' characteristics, and quality of care : A systematic experimental comparison of performance-pay systems. *International Journal of Health Economics and Management*, 25(2), 217-243.
- Brun, J.-P., & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : Analyse d'un concept riche de sens. *Gestion, Vol. 30*(2), 79-88. Cairn.info.
- Cattel, D., Eijkenaar, F., & Schut, F. T. (2020). Value-based provider payment : Towards a theoretically preferred design. *Health Economics, Policy and Law*, 15(1), 94-112.
- Chen, M. S., & Lee, C. B. (2013). Between professional dignity and economic interests-evidence based on a survey of Taiwan's primary care physicians. *International Journal of Health Planning and Management*, 28(2), 153-171.
- Dranove, D., & White, W. D. (1987). Agency and the organization of health care delivery. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 24(4), 405-415.

- Evans, R. G. (1984). *Strained Mercy : The Economics of Canadian Health Care*.
- Evans, R.G. (s. d.). Supplier-induced demand : Some empirical evidence and implications. In M. Perlman (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care* (pp. 162-173). London : Macmillan. In *The Economics of Health and Medical Care* (p. 162-173). (Édition originale 1974)
- Fabes, J., Avşar, T. S., Spiro, J., Fernandez, T., Eilers, H., Evans, Steve, Hessheimer, A., Lorgelly, P., Spiro, M., Milliken, D., Morkane, C., Nettlefold, C., Xiang, P., Vogts, N., Curell, A., Torroella, A., Melia, A., Jackson, R., Hanger, M., & Poole, A. (2022). Information Asymmetry in Hospitals : Evidence of the Lack of Cost Awareness in Clinicians. *Applied Health Economics and Health Policy*, 20(5), 693-706.
- González-Rossetti, A. (2000). *Enhancing the Political Feasibility of Health Reform : A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Mexico*.
- Jacquemet, N., & Barnay, T. (2023). Avancées de la recherche en économie de la santé à l'occasion des 43es journées des économistes de la santé français (JESF) : Introduction. *Revue Economique*, 3(74), 313-317.
- Li, D., Su, M., Guo, X., Zhang, W., & Zhang, T. (2022). The Effect of Medical Choice on Health Costs of Middle-Aged and Elderly Patients with Chronic Disease : Based on Principal-Agent Theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7570.
- Ludwig, M., Van Merode, F., & Groot, W. (2009). Principal agent relationships and the efficiency of hospitals. *The European Journal of Health Economics*.
- Major, I. (2019). Two-Sided Information Asymmetry in the Healthcare Industry. *International Advances in Economic Research*, 25(2), 177-193.
- Messoudi, W. (2025). Economie de santé : Revue de littérature sur les origines et le cadre normatif d'un nouveau champ d'analyse économique. *Revue Internationale de la Recherche Scientifique et de l'Innovation (Revue-IRSI)*, 3(2), 229-241.
- Nguyen, H. (2011). The principal-agent problems in health care : Evidence from prescribing patterns of private providers in Vietnam. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 1), i53-i62.
- Nieuwenhove, J. V. (2015). *DE NIEUWE GEMEENSCHAPSBEVOEGDHEDEN INZAKE GEZONDHEIDSZORG EN HULP AAN PERSONEN MET EEN HANDICAP*.
- Nonneman, W., & van Doorslaer, E. (1994). The role of the sickness funds in the Belgian health care market. *Social Science & Medicine* (1982), 39(10), 1483-1495.
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Belgium : Country Health Profile 2023*. OECD.
- Pratt, J., & Zeckhauser, R. (1985). *Principals and Agents : The Structure of Business*.

Rochaix, L. (1989). Information asymmetry and search in the market for physicians' services. *Journal of Health Economics*, 8(1), 53-84.

Rochaix, L. (1997). *Asymétries d'information et incertitude en santé : Les apports de la théorie des contrats*.

Rochaix, L., & Jacobzone, S. (1997). *L'hypothèse de demande induite : Un bilan économique*.

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients : Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia and Analgesia*, 126(5), 1763-1768.

Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2005). Health care reform in Belgium. *Health Economics*, 14(S1), S25-S39.

Thomas G. McGuire. (2000a). Physician Agency. In *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, p. 461-536). Elsevier.

Weinberger, S. E. (2011). Providing high-value, cost-conscious care : A critical seventh general competency for physicians. *Annals of Internal Medicine*, 155(6), 386-388.

Littérature grise

Adhésion à l'accord médico-mutualiste 2024-2025 | INAMI. (s. d.). Consulté 12 juin 2025, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/soins-par-le-medecin/adhesion-a-l-accord-medico-mutualiste-2024-2025>

Association de défense professionnelle de la kinésithérapie | AXXON, Physical Therapy in Belgium. (s. d.). Consulté 6 mai 2026, à l'adresse [https://www.axxon.be/fr/BUDGET DE LA SANTÉ 2026 : Des soins abordables, réellement disponibles et de la meilleure qualité pour tous. Y compris pour les générations futures. | Frank Vandenbroucke. \(2025, octobre 20\).](https://www.axxon.be/fr/BUDGET DE LA SANTÉ 2026 : Des soins abordables, réellement disponibles et de la meilleure qualité pour tous. Y compris pour les générations futures. | Frank Vandenbroucke. (2025, octobre 20).)

<https://vandenbroucke.belgium.be/fr/actualites/budget-de-la-sante-2026-des-soins-abordables-reellement-disponibles-et-de-la-meilleure>

Budget des soins de santé 2026 : Quelles conséquences pour les kinésithérapeutes ? | AXXON, Physical Therapy in Belgium. (2025). <https://www.axxon.be/fr/newsletteritem/4741/>

Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium. (2023, février 28). <https://www.who.int/europe/news/item/28-02-2023-can-people-afford-to-pay-for-health-care--new-evidence-on-financial-protection-in-belgium>

Ce que le nouvel accord du gouvernement fédéral change (ou pas) pour les soignants. (2025).

Guide Social. <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/ce-que-le-nouvel-accord-du-gouvernement-federal-change-ou-pas-pour-les>

COEFFICIENT.CORRELATION (COEFFICIENT.CORRELATION, fonction)—Support Microsoft. (s. d.). Consulté 30 mars 2026, à l'adresse <https://support.microsoft.com/fr-fr/office/coefficient-correlation-coefficient-correlation-fonction-995dcef7-0c0a-4bed-a3fb-239d7b68ca92>

Composition du Gouvernement—Portail de la Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). Consulté 2 juillet 2025, à l'adresse <https://www.federation-wallonie-bruxelles.be/a-propos-de-la-federation/le-gouvernement/composition-gouvernement/>

Convention 2025-2026 pour les kinésithérapeutes | INAMI. (s. d.-b). Consulté 13 septembre 2025, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/kinesitherapeutes/convention-2025-2026-pour-les-kinesitherapeutes>

Décoder l'Arizona (1/4) : Austérité budgétaire et compétitivité - Politique. (2025, mars 17). <https://www.revuepolitique.be/decoder-larizona-1-4-austerite-budgetaire-et-competitivite/>

Décoder l'Arizona : L'accélération d'un néolibéralisme aux accents autoritaires - Politique. (2025, mars 17). <https://www.revuepolitique.be/decoder-larizona-laceleration-dun-neoliberalisme-aux-accent-autoritaires/>

Die aktuelle Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens. (s. d.). Consulté 2 juillet 2025, à l'adresse https://ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-218/8563_read-50493/

En colère, les kinés menacent de se déconventionner massivement—Le Soir. (s. d.). Consulté 12 juin 2025, à l'adresse <https://www.lesoir.be/654361/article/2025-02-10/en-colere-les-kines-menacent-de-se-deconventionner-massivement>

Factures et prix. (2016, janvier 12). SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/factures-et-prix>

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. (2006). *Functional status of the patient: a potential tool for the reimbursement of physiotherapy in Belgium? – Appendices.* KCE reports vol. 40 Supplements. Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Gouvernement de Wallonie. (s. d.). Consulté 2 juillet 2025, à l'adresse <https://www.wallonie.be/fr/acteurs-et-institutions/wallonie/gouvernement-de-wallonie>

Gouvernement De Wever. (2025). In *Wikipédia*.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Gouvernement_De_Wever&oldid=226864383

Health expenditure by type of service : Health at a Glance 2023. (2023, novembre 7). OECD.

https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/health-expenditure-by-type-of-service_d7acdcd.html

La composition du nouveau gouvernement flamand est connue. (s. d.). Consulté 2 juillet 2025, à l'adresse <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/la-composition-du-nouveau-gouvernement-flamand-est-con nue.html>

La nomenclature de kinésithérapie | INAMI. (s. d.). Consulté 29 octobre 2025, à l'adresse

https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/kinesitherapeutes/la-nomenclature-de-kinesitherapie?utm_source=chatgpt.com

La région de Bruxelles sans gouvernement depuis bientôt un an. (2025, mai 20).

https://www.lemonde.fr/international/article/2025/05/20/la-region-de-bruxelles-sans-gouvernement-depuis-bientot-un-an_6607239_3210.html

L'accès aux soins de santé reste entravé par les dépenses à charge des patients. (2023, février 28). <https://kce.fgov.be/fr/laces-aux-soins-de-sante-reste-entrave-par-les-depenses-a-charge-du-patient-surtout-pour-les>

Les kinésithérapeutes dénoncent la nouvelle convention imposée par l'INAMI. (2025). Medi-Sphère. Consulté 13 mai 2026, à l'adresse <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/les-kinesitherapeutes-denoncent-la-nouvelle-convention-imposee-par-l-rsquo-inami.html>

L'INAMI approuve le budget des soins de santé 2026 et les économies réclamées par le gouvernement—RTBF Actus. (2025, octobre 21). RTBF. <https://www.rtbf.be/article/l-inami-approuve-le-budget-des-soins-de-sante-pour-l-annee-prochaine-annonce-frank-vandenbroucke-11619379>

MOBILISATION – TROIS JOURS DE GRÈVE NATIONALE CONTRE L'ARIZONA.

(2025, novembre 23). *Bruxelles Dévie*.

<https://bruxellesdevie.com/2025/11/23/mobilisation-trois-jours-de-greve-nationale-contre-larizona/>

NWS, V. (2025, mars 31). *Kinesisten en vroedvrouwen stappen weer in tarievenakkoord met ziekenfondsen, minister Vandenbroucke : « Goed voor patiënten »* | VRT NWS Nieuws. VRTNWS. https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2025/03/31/kinesisten-en-vroedvrouwen-stappen-weer-in-tarievenakkoord-met-z/?fbclid=IwY2xjawRxKxlleHRuA2FlbQIxMABicmlkETFhMEdvaUl6SG9ITEV2YjBvc3J0YWZhcHBfaWQQMjlyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHs7-7-YsUyhv4H0lVf6CeORDQObdmc5zeRR6atTcl_G3eEbz-CRxAI3zIl1a_aem_8vNCwY86_ZW3PfCJvHt23A/

OECD. (2025). *More Effective Social Protection for Stronger Economic Growth : Main Findings from the 2024 OECD Risks that Matter Survey*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/3947946a-en>

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Belgium : Country Health Profile 2023*. OECD. <https://doi.org/10.1787/dd6df7bd-en>

Projet de loi-cadre : La note complète des changements. (s. d.). Healthcare Executive. Consulté 5 mai 2026, à l'adresse <https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/projet-de-loi-cadre-la-note-complete-des-changements-acceptes-par-vandenbroucke.html>

Reconnaissance au travail des infirmières marocaines. (s. d.). Consulté 22 avril 2026, à l'adresse <https://acrobat.adobe.com/link/spaces/urn:aaid:sc:EU:e025358b-cc1d-4020-9c9c-c1b097d11490/>

Tout sur votre allocation INAMI en tant que kinésithérapeute | Liantis. (s. d.). Consulté 13 septembre 2025, à l'adresse <https://www.liantis.be/fr/je-suis-independent/assurances/intervention-inami/kinesitherapeute>

Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement. (s. d.). AIM-IMA. Consulté 12 juin 2025, à l'adresse <https://www.ima-aim.be/Volume-d-activite-ambulatoire?lang=fr>

Bases de données

Google Scholar

Isidore

PubMed

Scopus

Annexes

Annexe 1 : équations de recherche

- ("information asymmetry" OR "asymmetric information")
AND
("health" OR "health care" OR "healthcare")
- "principal-agent" OR "principal agent" OR "agency theory")
AND
("health" OR "health care" OR "healthcare")
- ("multiple agent" OR "multi-agent" OR "multiple principal agent")
AND
("health" OR "health care")
- ("target income" AND physician AND behavior)

Enquête sur le conventionnement des kinésithérapeutes

Chèr(e) collègue,

Dans le cadre de mon mémoire en Santé Publique, je mène une recherche sur les choix qui influencent le statut de conventionnement des kinésithérapeutes en Belgique francophone. Je cherche à connaître vos motivations à adhérer ou non à la convention INAMI.

Critère d'inclusion : être à 100% sous régime indépendant

Durée approximative du questionnaire : 5 minutes

Votre participation (anonyme) contribuerait à mieux comprendre les enjeux actuels de notre profession et à enrichir la réflexion en santé publique.

Merci pour votre aide précieuse,

Charlotte Zwijsen, kinésithérapeute depuis 2015

** Indique une question obligatoire*

Caractéristiques générales

1. Etes-vous ? *

Une seule réponse possible.

☐ Un homme

☐ Une femme

☐ Autre :

2. Quel est votre âge ? *

3. Depuis combien d'années exercez-vous ? *

4. Où travaillez-vous ? *

Une seule réponse possible.

☐ Bruxelles-Capitale

☐ Brabant Wallon

☐ Brabant Flamand

☐ Hainaut

☐ Namur

☐ Liège

☐ Luxembourg

☐ Autre :

5. Pouvez-vous préciser la commune dans laquelle vous exercez ?

6. Quel est votre mode ou cadre d'exercice principal ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Cabinet privé
- ☐ Cabinet pluridisciplinaire
- ☐ Association de plusieurs kinésithérapeutes sur le même lieu d'exercice
- ☐ Structure hospitalière
- ☐ Au domicile des patients
- ☐ Autre : _____

7. Etes-vous soumis à un système de loyer ou de rétrocession pour occuper le lieu d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, loyer fixe
- ☐ Oui, rétrocession
- ☐ Non

8. Avez-vous une spécialisation ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

9. Si vous avez une spécialisation, laquelle ?

10. Etes-vous actuellement conventionné ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non, je me suis déconventionné
- ☐ Non, je n'ai jamais adhéré

11. Si vous êtes déconventionné, depuis combien de temps ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ J'ai réalisé le changement cette année
- ☐ Depuis la convention M25 (2025)
- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ Depuis 5 à 10 ans
- ☐ Il y a plus de 10 ans
- ☐ J'ai toujours été conventionné
- ☐ Autre : _____

Facteurs économiques

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?

12. Les honoraires proposés par l'INAMI sont adaptés à ma fonction (spécialisation). *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5
Pas	☐	☐	☐	☐	☐
Tout à fait d'accord					

13. Mon statut de conventionnement me permet d'avoir une stabilité financière satisfaisante (prévisibilité des patients et des revenus). *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

14. Le volume attendu (objectif de nombre de patients par semaine) influence mon choix de conventionnement. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

15. Le montant accordé à mon lieu d'exercice (loyer ou rétrocession) influence mon choix de conventionnement. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

16. Les honoraires fixés par la convention INAMI couvrent suffisamment les charges fixes liées à ma profession. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

Facteurs professionnels

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?

17. Je me sens reconnu dans mon travail de kinésithérapeute. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

18. Mon autonomie professionnelle (temps de prestation, modalité de soins, ...) me satisfait actuellement. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

19. Ma situation de conventionnement est conditionnée par mon lieu d'exercice (cohérence avec les collègues, hôpital privé, ...). *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

20. L'accessibilité financière de mes soins de kinésithérapie est un paramètre important dans mon choix de conventionnement. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

21. Mes patients ont tendance à consommer davantage lorsqu'ils sont mieux remboursés. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

Perspectives d'amélioration

22. Selon vous, quelle évolution rendrait la convention plus attractive ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Honoraires plus élevés
- ☐ Flexibilité organisationnelle plus élevée (choix du timing de séance, ...)
- ☐ Moins de contrainte administrative
- ☐ Honoraires différenciés selon les actes / selon la spécialisation
- ☐ Possibilité d'avoir le double statut si l'on preste sur plusieurs lieux d'exercice
- ☐ Autre : _____

