

& SANTÉ SOCIÉTÉ

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

06 La situation financière des personnes en invalidité

38 L'interdiction des suppléments pour les bénéficiaires
de l'intervention majorée

19

octobre 2026

**Protéger
durablement**

Protéger durablement

Edito



Qu'attendons-nous de la Sécurité sociale? Alors que la Belgique compte plus d'un demi-million de personnes en incapacité de travail de longue durée et que leur situation alimente régulièrement le débat public, les discussions se concentrent souvent sur le nombre de bénéficiaires, sur les dépenses liées au système, ou les mesures susceptibles de favoriser le retour à l'emploi. Plus rarement, les débats s'attardent sur une question pourtant essentielle : que sommes-nous en droit d'attendre d'un système de Sécurité sociale? S'agit-il simplement de compenser partiellement une perte de revenu lorsque l'état de santé empêche temporairement de travailler, ou d'offrir aux assurés une protection suffisante pour préserver leur niveau de vie, leur accès aux soins et leur participation à la vie sociale aussi longtemps que ce risque se réalise?

Dans l'ouvrage de référence *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990), le sociologue danois Gøsta Esping-Andersen propose de comparer les systèmes de protection sociale selon la manière dont ils organisent les relations entre l'État, le marché et la famille. Au cœur de son analyse figure la notion de démarchandisation (*decommodification*), qui renvoie à la capacité que la société offre aux individus de maintenir des conditions de vie socialement acceptables sans dépendre entièrement de leur participation au marché du travail. Selon lui, un système de sécurité sociale ne se caractérise donc pas uniquement par les mécanismes d'assurance qu'il met en place contre les principaux risques sociaux, mais aussi par sa capacité à

permettre aux personnes concernées de préserver des conditions de vie socialement acceptables lorsque ces risques se réalisent.

Cette perspective est particulièrement féconde, car elle invite à interroger notre Sécurité sociale à l'aune de la relation de dépendance qui lie les individus au marché du travail et de l'autonomie que la protection sociale est censée leur garantir. Dans quelle mesure la Sécurité sociale permet-elle réellement aux personnes confrontées à la maladie, à l'invalidité ou à des difficultés financières d'accéder aux ressources nécessaires pour vivre dignement, se soigner et participer pleinement à la vie sociale sans être enfermées dans une trajectoire de précarisation? Mais cette interrogation renvoie également à une question plus fondamentale : dans quelle mesure l'État assume-t-il sa responsabilité de garantir l'effectivité de ces droits sociaux lorsque les mécanismes du marché ne permettent plus à eux seuls d'assurer la sécurité matérielle des individus?

Les deux études présentées dans ce numéro de *Santé & Société* apportent un éclairage concret à ces interrogations. Dans l'étude *La situation financière des personnes en invalidité*, basée sur l'analyse des réponses d'un large échantillon comptant plus de 8.500 membres de la Mutualité chrétienne en situation d'invalidité à une enquête que nous avons menée en ligne, nous montrons que l'invalidité ne constitue pas une situation d'oisiveté financièrement confortable, mais se traduit surtout par une fragilisation importante des conditions de vie. Bien que la Sécurité sociale leur octroie un revenu de remplacement, les analyses menées suggèrent que 47% des personnes en invalidité ont des difficultés à faire face à leurs dépenses courantes, 63% rencontrent des difficultés pour couvrir certaines dépenses essentielles et 48% reportent ou renoncent à des soins pour des raisons financières. Un quart d'entre elles ont dû emprunter de l'argent pour faire face à certaines



dépenses. Ces résultats interpellants montrent que, si le système protège dans une certaine mesure, il n'empêche pas la précarisation financière d'une proportion importante de personnes en invalidité, ni le report ou le renoncement aux soins pour raisons financières, ce qui est susceptible de freiner leur rétablissement. Autrement dit, si la Sécurité sociale réduit dans une certaine mesure la dépendance financière au marché du travail en cas d'incapacité à travailler, elle ne parvient néanmoins pas toujours à en neutraliser totalement les conséquences économiques, laissant une partie des personnes avec des besoins de soins exposées à une dégradation importante de leur capacité financière. Ce qui affecte de façon concomitante leur accès aux soins, leurs conditions de vie et risque de porter atteinte à leur santé.

L'étude *L'interdiction des suppléments d'honoraires en ambulatoire pour les bénéficiaires de l'intervention majorée*, interroge une autre dimension de cette même problématique : la capacité du système à préserver, voire à renforcer l'accès aux soins de ceux et celles qui sont les plus précaires. À partir des données de facturation de la Mutualité chrétienne, pondérées pour être représentatives de la population belge, les analyses rendent compte des effets de l'interdiction de la facturation de suppléments d'honoraires en ambulatoire pour certain-es bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) sur les pratiques tarifaires des médecins et sur les coûts des soins à charge des patient-es. Les résultats montrent que si l'interdiction des suppléments réduit effectivement certains coûts pour les bénéficiaires visé-es, ce qui était l'objectif de la mesure, elle ne conduit pas pour autant à une diminution globale de la charge financière supportée par les patient-es. L'étude met en évidence des mécanismes de réallocation des charges financières au sein du système, notamment par le recours à d'autres formes de facturation de suppléments qui n'en portent pas le nom, faisant en sorte que les contributions personnelles globales ne diminuent pour aucune

catégorie de patient-es. Autrement dit, la mesure a permis de colmater une brèche – celle d'éviter que des suppléments d'honoraires soient facturés à certains profils de BIM – sans empêcher que la pression tarifaire ne soit reportée ailleurs.

Au-delà de leurs objets respectifs, ces deux études pointent une même difficulté. Les revenus de remplacement limitent les conséquences de l'incapacité de travail sans toujours empêcher la dégradation importante de la capacité financière des patient-es, tandis que les mécanismes destinés à améliorer l'accessibilité financière des soins peuvent être contournés ou neutralisés par des stratégies de report de facturation. Dans les deux cas, la protection existe, mais ses effets demeurent partiels.

Les travaux récents de la philosophe américaine Nancy Fraser apportent un éclairage utile à ces constats. Dans son ouvrage *Cannibal Capitalism* (2022), elle soutient que les sociétés contemporaines sont traversées par une tension permanente entre les logiques de marché et les institutions chargées de préserver les conditions matérielles de la vie sociale. Là où Esping-Andersen nous aide à penser le degré de dépendance des sociétés au marché du travail, Fraser nous invite à observer les forces qui tendent continuellement à réintroduire cette dépendance, et à réimposer une logique marchande.

Les résultats des deux études publiées dans ce numéro illustrent concrètement cette tension. D'un côté, la solidarité collective réduit, tant que faire se peut, les conséquences de la maladie. De l'autre, des mécanismes persistants continuent à produire ou reproduire des inégalités : revenus insuffisants, frais de santé élevés, suppléments d'honoraires ou effets de seuil. Pour Fraser, c'est précisément cette contradiction qui caractérise une forme de cannibalisme du capital. Elle entend par là que nos sociétés sont prises dans une tension permanente. Dépen-

dantes de dispositifs de protection sociale pour maintenir la cohésion sociale et la capacité des individus à vivre, se soigner et participer à la vie collective. Mais limitant simultanément leur portée par la réintroduction permanente de contraintes économiques et marchandes en leur sein.

Cette lecture permet de dépasser une question souvent posée de manière trop simpliste : la Sécurité sociale protège-t-elle ? Les résultats présentés dans ce numéro montrent qu'elle protège effectivement, mais insuffisamment. Mais ils montrent aussi qu'elle ne le fait pas toujours suffisamment pour empêcher une dégradation durable des conditions de vie. Autrement dit, elle amortit souvent les conséquences des risques sociaux sans toujours parvenir à empêcher leur transformation en trajectoires de précarisation.

Cette observation nous renvoie à la question fondamentale posée au début de cet éditorial : qu'attendons-nous réellement de la Sécurité sociale ? Il faut non seulement qu'elle soit en capacité d'amortir les effets des accidents de la vie, mais sans doute plus encore, qu'elle empêche ces situations de se transformer en trajectoires de renoncement aux soins ou de déclassement social. Face à la maladie, à l'invalidité ou aux difficultés d'accès aux soins, une assurance sociale digne de ce nom se doit d'atténuer les effets d'un choc lorsqu'il survient, mais également préserver dans le temps les conditions qui permettent aux personnes de jouir pleinement de leurs droits sociaux, de vivre dignement, de se soigner, et de participer à la vie en société. Protéger durablement, c'est faire en sorte que la maladie, l'invalidité ou le besoin de soins ne deviennent pas eux-mêmes des trajectoires de précarisation et d'exclusion.

Nicolas Rossignol
Responsable du Service d'études MC-CM

Bibliographie

- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge : Polity Press.
- Fraser, N. (2022). *Cannibal Capitalism: How Our System Is Devouring Democracy, Care, and the Planet and What We Can Do About It*. London : Verso.



La situation financière des personnes en invalidité

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse – Service d'études MC-CM

Remerciements à Sandra Derieuw, Pieter Michiels et Delfine Vansintjan, aux bénévoles de Samana et d'Altéo et aux répondant·es

Résumé

Le nombre de personnes en invalidité augmente depuis des années. Leur profil, l'impact pour la société et la manière dont elles peuvent reprendre le travail sont souvent analysés, moins leur situation financière.

Aussi la MC a-t-elle réalisé une enquête en ligne et traité les réponses de 8.581 membres en invalidité. Près de la moitié peinent à joindre les deux bouts, deux tiers rencontrent des difficultés à payer des dépenses telles que les impôts/assurances, l'eau, l'électricité et le chauffage, les soins de santé, l'alimentation et les boissons ainsi que le loyer/le remboursement du prêt hypothécaire. Environ la moitié doit reporter des soins de santé ou y renoncer, un tiers fait régulièrement appel à l'aide de la famille ou des ami·es et un quart doit emprunter pour joindre les deux bouts.

Le constat issu d'une précédente étude de la MC selon laquelle les personnes isolées, les familles monoparentales et les 18-54 ans en invalidité rencontrent davantage de difficultés financières est confirmé dans cette étude. Celle-ci montre qu'il en va de même pour les locataires, les personnes issues de l'immigration, les personnes au chômage ou ouvrier·ères avant leur incapacité de travail, les personnes ayant fait des études de courte durée et les personnes avec le statut BIM. En ce qui concerne la privation matérielle et sociale, il apparaît que la moitié des ménages ne peuvent, pour des raisons financières, se permettre des choses considérées comme nécessaires pour participer à la société.

Ces personnes ont besoin d'une indemnité suffisante pour joindre les deux bouts, se soigner mais aussi pour pouvoir participer pleinement à la société. Nous formulons à cet effet des recommandations.

Mots-clés : invalidité, indemnité, soins de santé, difficultés financières, enquête, étude quantitative



Table des matières

Introduction	8
1. Revue de la littérature	10
2. Méthode	11
2.1. Analyse de la situation financière	11
2.1.1. Échantillon	11
2.1.2. Questionnaire	12
2.2. Analyse du recours aux soins de santé	13
2.3. Limites	14
3. Résultats	15
3.1. Profil des répondant-es	15
3.1.1. Profil sociodémographique	15
3.1.2. Incapacité de travail	15
3.2. Dépenses et revenus du ménage	17
3.3. Problèmes financiers	19
3.3.1. Joindre les deux bouts avec le revenu du ménage	19
3.3.2. Difficultés à payer les dépenses	20
3.3.3. Report des soins de santé	22
3.3.4. Besoin d'une aide supplémentaire pour joindre les deux bouts	22
3.3.5. Privation matérielle et sociale	25
3.3.6. Les indépendant-es	26
3.4. Recours aux soins de santé	26
4. Discussion	29
4.1. Vulnérabilité financière	29
4.2. Des ressources financières limitées entraînent une déprivation	30
4.3. Obstacles financiers à l'accès aux soins de santé	30
4.4. Le cercle vicieux de l'invalidité	31
5. Recommandations	32
Conclusion	34
Bibliographie	35

Introduction

En Belgique, le nombre de personnes en invalidité augmente depuis des années. De nombreuses études et statistiques sont disponibles à leur sujet. Des recherches sont régulièrement menées sur leur profil en fonction de l'âge, du sexe, de la région et de la pathologie ayant conduit à l'incapacité de travail, ainsi que sur l'évolution de ces éléments dans le temps. Les études mettent également souvent en lumière les raisons de l'augmentation du nombre de personnes en invalidité ou accordent une attention à la reprise du travail et aux facteurs qui y contribuent (De Brouwer & Tojerow, 2018; INAMI, 2019; Conseil supérieur de l'emploi, 2024; Gelade & Saks, 2024; INAMI, 2026a).

En ce qui concerne l'impact financier, les médias et le discours politique se concentrent souvent sur les dépenses publiques consacrées aux indemnités versées aux personnes en invalidité (ce groupe de personnes étant toujours en croissance). Les décideur-euses politiques soulignent l'importance de maintenir ces dépenses sous contrôle, notamment en réduisant le nombre de personnes en invalidité grâce à leur retour au travail. **Mais la situation financière des personnes en invalidité elles-mêmes fait l'objet de moins de recherches**, alors qu'elles doivent souvent combiner une perte de revenus due au recours à une indemnité (voir encadré : Indemnités pour incapacité de travail) avec des dépenses de santé plus élevées en raison de leurs problèmes de santé. Les recherches disponibles montrent que les personnes vivant d'une indemnité d'incapacité de travail présentent un risque plus élevé de pauvreté ou de difficultés financières (STATBEL, 2026a).

X Indemnités pour incapacité de travail

Si vous êtes travailleur-euse salarié-e, au chômage ou indépendant-e et que vous n'êtes pas en mesure de travailler en raison d'une maladie ou d'un accident, vous pouvez avoir droit à une indemnité pour incapacité de travail¹. La première année d'incapacité de travail est appelée incapacité de travail primaire. Après un an, on passe au régime de l'invalidité.

Un-e salarié-e qui tombe en incapacité de travail ne perçoit pas nécessairement immédiatement une indemnité. Pour les salarié-es, il faut tenir compte de la période de salaire garanti (14 jours pour les ouvrier-ères et 30 jours pour les employé-es) durant laquelle l'employeur ou employeuse intervient. Pour les personnes au chômage, il n'existe pas de période de salaire garanti (l'indemnité est versée dès le premier jour). Les indépendant-es perçoivent une indemnité dès le premier jour, à condition que l'incapacité de travail dure au moins huit jours.

Pour les travailleur-euses salarié-es

	Six premiers mois	À partir du septième mois	À partir de la deuxième année (« invalidité »)
Chef-fe de ménage	60% du salaire brut ²		65% du salaire brut
Personne isolée			55% du salaire brut
Cohabitant-e			40% du salaire brut
Remarques	À partir du troisième mois, l'indemnité ne peut être inférieure à un montant minimum	Avec un minimum et un maximum qui dépendent de la date à laquelle l'incapacité de travail a pris effet	
	Un précompte professionnel de 11,11% est retenu sur l'indemnité	*	

1 Les fonctionnaires relèvent d'un autre régime, qui n'est pas couvert par l'assurance indemnité obligatoire. Ils-elles ne perçoivent donc pas d'indemnités d'incapacité de travail versées par une mutuelle et ne sont par conséquent pas pris en compte dans cette étude.

2 Partout où le salaire brut est mentionné dans le tableau, il s'agit d'un salaire brut plafonné : il existe un plafond légal. Lorsque le revenu d'une personne dépasse ce plafond, l'indemnité est limitée au montant maximal.

Pour les personnes au chômage

	Six premiers mois	À partir du septième mois	À partir de la deuxième année (« invalidité »)
Chef-fe de ménage	L'indemnité est égale à l'allocation de chômage que l'on percevrait normalement	60% du salaire brut	65% du salaire brut
Personne isolée			55% du salaire brut
Cohabitant-e			40% du salaire brut
Remarques	Si l'allocation de chômage est supérieure à 60% du salaire de base, elle est alors plafonnée à 60% de ce salaire de base. À partir du troisième mois, l'indemnité ne peut être inférieure à un montant minimum	Avec un minimum et un maximum qui dépendent de la date à laquelle l'incapacité de travail a pris effet	
	Un précompte professionnel de 10,09% est retenu sur l'indemnité	Un précompte professionnel de 11,11% est retenu sur l'indemnité	*

Pour les indépendant-es

	Montants journaliers (à partir de mars 2026)		
	Première année	À partir de la deuxième année (« invalidité »)	
		Sans cessation d'activité	Avec cessation d'activité
Avec charges familiales	81,10 euros		
Personne isolée	64,27 euros		
Cohabitant-e	49,29 euros		55,10 euros
Remarques	Un précompte professionnel de 11,11% est retenu sur l'indemnité	*	

* à partir de 2027, un précompte professionnel serait retenu sur l'indemnité d'invalidité

La MC s'intéresse depuis longtemps à la situation de ses membres en incapacité de travail et a étudié, en 2002 et en 2016, la situation financière des personnes en invalidité (Avalosse, Verniest, & Van Winckel, 2002; Avalosse, Vancorenland, & Verniest, 2016). Plus récemment, plusieurs études ont été menées sur la reprise du travail des membres de la MC en incapacité de travail (Vancorenland, et al., 2021; Henry, Avalosse, & Vancorenland, 2024; Henry, 2026).

Dans le but d'actualiser les informations relatives à la situation financière des personnes en invalidité, une enquête en ligne a été réalisée auprès de membres de la MC

en invalidité afin de répondre aux questions de recherche suivantes : Les personnes en invalidité et leur ménage peuvent-ils joindre les deux bouts avec leur revenu disponible, y compris l'indemnité ? Rencontrent-ils des difficultés financières ? Et quel est le profil de ceux et celles qui rencontrent le plus de difficultés ?

8.581 personnes ont répondu à l'enquête, ce qui nous a permis d'obtenir un aperçu plus approfondi de la situation financière des personnes en invalidité. Le nombre élevé de répondant-es permet effectivement d'effectuer des comparaisons entre sous-groupes et ainsi d'identifier le profil des personnes en invalidité les plus vulnérables.

1. Revue de la littérature

En décembre 2025, 576.643 personnes percevaient une indemnité d'invalidité en Belgique : 537.728 dans le régime général des travailleur-euses salarié-es et des personnes au chômage et 38.915 dans le régime des indépendant-es. Au cours des dernières années, le nombre de personnes en invalidité a augmenté chaque année de 3% à 5% et, en 12 ans (de 2013 à 2025), l'augmentation a atteint 80% (INAMI, 2026a).

La littérature attribue l'**augmentation du nombre de personnes en invalidité à différents facteurs**. Le Conseil supérieur de l'emploi (2024) estime que le vieillissement de la population, la féminisation du marché du travail et le relèvement de l'âge de la retraite pour les femmes n'expliquent que partiellement cette augmentation. Les interactions avec d'autres régimes de sécurité sociale, telles que des contrôles plus stricts dans le cadre du chômage et des restrictions en matière de retraite (retraite anticipée), contribuent également à expliquer ce phénomène. Enfin, cette hausse s'explique également par une augmentation des troubles psychiques et des troubles musculo-squelettiques parmi les cas d'incapacité de travail de longue durée.

Dans les médias et le discours politique, l'augmentation du nombre de personnes en invalidité est souvent associée à la **hausse des dépenses publiques**. L'INAMI a calculé qu'en 2025, 10,64 milliards d'euros de prestations avaient été versés aux personnes en invalidité, environ 9,97 milliards aux salarié-es et aux personnes au chômage et 0,67 milliard aux indépendant-es (INAMI, 2026b). Les recherches mettent également en lumière les coûts pour les entreprises. Ainsi, SD Worx estime que l'absentéisme coûte à une entreprise belge moyenne environ 1.600 euros par collaborateur-ice et par an en heures non prestées (Jacobs, 2025).

Afin d'enrayer la hausse des dépenses publiques, **il est systématiquement fait référence à la nécessité pour les personnes malades de longue durée de reprendre le travail**. L'accord de gouvernement fédéral 2025-2029 prévoit différentes mesures visant à encourager les patient-es (travailleur-euses), les mutualités, les employeur-euses, les

médecins et les services régionaux de l'emploi à œuvrer à la réintégration (reprise du travail), ainsi qu'à sanctionner les situations où cela n'est pas fait ou lorsqu'il n'y a pas de collaboration. Dans la littérature, plusieurs études se penchent sur les facteurs qui contribuent à la reprise du travail des personnes en incapacité de travail (de longue durée ou non) ou sur les obstacles qu'elles rencontrent (Marique, 2022; Vancorenland, et al., 2021; Henry, Avallosse, & Vancorenland, 2024; Henry, 2026).

En revanche, on dispose de moins d'informations sur la situation financière des personnes en invalidité. Une analyse de l'Iweps³, basée sur les données Statbel, montre que la privation matérielle et sociale⁴ est nettement plus élevée chez les personnes en incapacité de travail⁵ (36%) que dans l'ensemble de la population belge (10%) ou chez les personnes qui travaillent (4%) (Ghesquiere, 2023). L'IALC (*Infra Annual Living Conditions*)⁶ donne une indication du pourcentage de Belges qui déclarent rencontrer des difficultés à joindre les deux bouts avec le revenu disponible de leur ménage. En 2025, ce pourcentage était nettement plus élevé chez les personnes en incapacité de travail de longue durée pour cause de problèmes de santé (70%) que dans l'ensemble de la population belge (38%) (STATBEL, 2026a). Dans le dossier «*Ziekte en Werk*» (maladie et travail), on trouve également des témoignages d'associations de lutte contre la pauvreté concernant les difficultés financières rencontrées par les personnes en incapacité de travail (Netwerk tegen armoede, 2025).

On dispose également d'indications concernant les revenus des personnes en invalidité. Van Mechelen et Buysse (2019) montrent que le revenu personnel médian d'un-e bénéficiaire d'une indemnité d'invalidité représente 69% du revenu personnel médian de l'ensemble de la population en âge d'activité (et est donc inférieur de 31%). 50% des partenaires des personnes en invalidité travaillent, contre plus de 70% des partenaires dans l'ensemble de la population âgée de 16 à 64 ans. 16% des partenaires des personnes en invalidité sont en incapacité de travail de longue durée. Cela entraîne également des conséquences sur le revenu du ménage. Le revenu médian du ménage (revenus du-de la partenaire inclus) d'une personne en in-

3 Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique.

4 La privation matérielle et sociale (*material and social deprivation* ou MSD) est un indicateur calculé à partir de l'enquête SILC sur les revenus et les conditions de vie, menée chaque année par Statbel, l'office belge de statistique, auprès des ménages belges. La MSD signifie que l'on ne peut pas se permettre le niveau de vie habituel. Une personne est considérée comme en situation de privation lorsqu'elle ne peut pas se permettre au moins cinq des treize biens matériels ou activités (sociales) répertoriés.

5 Cette étude ne fournit pas d'informations spécifiques sur les personnes en situation d'invalidité. Elle porte sur les personnes en incapacité de travail en général.

6 L'IALC est une enquête trimestrielle sur le bien-être personnel et les conditions de vie, réalisée par Statbel. Elle a été mise en place dans le cadre du suivi de la reprise sociale durant la pandémie de COVID-19.

validité représente 77% de la médiane de l'ensemble de la population, malgré les dépenses supplémentaires que ces ménages doivent supporter.

Les études de la MC réalisées en 2002 et en 2016 ont dressé un état des lieux de la situation financière des personnes en invalidité (Avalosse, Verniest, & Van Winckel, 2002; Avalosse, Vancorenland, & Verniest, 2016). En 2016, 50% des personnes en invalidité déclaraient avoir des difficultés à joindre les deux bouts avec le revenu du ménage et 54% des ménages avaient des difficultés à payer certaines dépenses, souvent des dépenses de santé. Quatre ménages sur dix ne pouvaient recourir aux soins de santé pour des raisons financières. Dans plus d'un ménage sur quatre, la famille, les ami-es ou des organisations devaient régulièrement intervenir financièrement ou d'une autre manière concrète pour permettre de joindre les deux bouts. Il ressortait également que les personnes isolées et les familles monoparentales en invalidité éprouvaient le plus de difficultés à joindre les deux bouts (respectivement 63% et 59%), tout comme les personnes plus jeunes en invalidité (18-44 ans : 59% contre 40% chez les 60-64 ans).

Les données Statbel 2025 donnent une idée des groupes de la population belge qui connaissent les plus grandes difficultés financières. Il en ressort que les **personnes isolées** (14,4%) et les **familles monoparentales** (20,7%) présentent un risque de pauvreté plus élevé⁷ que les couples avec enfant(s) (11,4%). Cela vaut également pour les **locataires** (22,6% contre 6,3% chez les propriétaires), les **personnes ayant fait des études de courte durée** (18,8% contre 5,6% chez les personnes ayant fait des études de longue durée), les **personnes nées dans un pays hors de l'UE-27** (28,5% contre 16,1% dans un autre pays de l'UE-27 et 8,4% en Belgique), les **personnes au chômage** (40,4%) et les autres inactif-ves⁸ (dont les personnes en incapacité de travail) (21,3%). D'autres indicateurs donnent une image de la pauvreté subjective⁹ dans la population belge : 15,5% des personnes déclarent que leur ménage a difficilement ou très difficilement la capacité de joindre les deux bouts. Les groupes à risque sont à nouveau les personnes isolées (20,5%), les familles monoparentales (28,1%), les locataires (33%), les personnes ayant fait des études de courte durée (25,2%), les personnes

nées dans un pays hors de l'UE-27 (34,9%), les personnes au chômage (39,3%) et les autres inactif-ves (dont les personnes en incapacité de travail) (27,1%) (STATBEL, 2026c). Ces données ont servi d'inspiration pour déterminer quels groupes devaient faire l'objet de comparaisons supplémentaires dans notre enquête MC afin d'identifier ceux qui présentent les risques financiers les plus élevés.

Au-delà de ces analyses limitées réalisées au niveau macro, nous ne disposons pas de connaissances suffisamment détaillées sur la situation financière des personnes bénéficiant d'une indemnité d'invalidité. Afin d'y remédier, il a été décidé de réaliser une enquête à grande échelle.

2. Méthode

L'objectif de la recherche était d'examiner la situation financière des personnes en invalidité. Plus précisément, nous voulions savoir dans quelle mesure les ménages de personnes en invalidité parviennent à joindre les deux bouts avec les revenus de leur ménage et s'ils rencontrent des difficultés financières.

Dans les précédentes études de la MC consacrées à la situation financière, les répondant-es étaient interrogé-es à domicile par des bénévoles (Avalosse, Verniest, & Van Winckel, 2002; Avalosse, Vancorenland, & Verniest, 2016). Dans cette étude, il a été opté pour une **enquête en ligne**. Cela a permis d'interroger un vaste échantillon de personnes en invalidité, avec comme avantage la possibilité de comparer des sous-groupes et d'identifier ceux qui sont plus vulnérables.

2.1. Analyse de la situation financière

2.1.1. Échantillon

Tous les membres de la MC¹⁰ qui percevaient une indemnité d'invalidité au moment de l'**échantillonnage** (en 2025)

7 Le risque de pauvreté (*at risk of poverty* - AROP) désigne le pourcentage de personnes dont le revenu disponible équivalent (après transferts sociaux) se situe en dessous du seuil de pauvreté.

8 Dans les données de Statbel, les personnes en invalidité ne sont pas reprises dans une catégorie distincte. Elles font partie de la catégorie « autres inactifs », qui regroupe toutes les personnes qui ne travaillent pas, à l'exception des retraité-es et des chômeur-euses (qui constituent chacun une catégorie distincte). Cette catégorie comprend notamment les personnes en incapacité de travail, celles qui perçoivent un revenu d'intégration, etc.

9 Une personne est exposée à un risque subjectif de pauvreté lorsque la personne de référence au sein du ménage estime que celui-ci a des difficultés, voire de grandes difficultés, à joindre les deux bouts.

10 Tant les membres de CM (néerlandophones) que ceux de la MC (francophones et germanophones) font partie de l'échantillon.

ont été inclus, à condition de répondre également aux critères suivants :

- La personne a donné son accord pour être contactée par e-mail ;
- La personne relève soit du régime général des travailleuses salariées et des personnes au chômage, soit du régime des indépendant-es ;
- La personne est âgée de 18 à 66 ans (période pendant laquelle on est actif sur le marché du travail : après l'obligation scolaire et avant l'âge légal de la retraite) et réside en Belgique.

Les personnes suivantes ont été exclues de l'échantillon : les personnes en invalidité décédées au cours de l'année 2025 ou ayant changé de mutuelle, les personnes résidant dans une maison de repos ou hospitalisées au moment de l'échantillonnage, ainsi que les personnes bénéficiant de soins palliatifs.

Cet échantillon a été subdivisé en deux échantillons distincts : les personnes en invalidité bénéficiant du statut BIM et celles n'en bénéficiant pas. De cette manière, nous avons pu veiller à ce que la proportion de personnes vulnérables en invalidité soit suffisamment élevée (en incluant d'emblée un nombre suffisant de personnes dans l'échantillon) et qu'elle reflète correctement la proportion réelle de personnes bénéficiant du statut BIM (en procédant ultérieurement à une pondération si la proportion de répondant-es bénéficiant du statut BIM était inférieure à celle observée parmi les personnes en invalidité en Belgique). Les questionnaires destinés aux personnes avec ou sans statut BIM étaient identiques.

Au cours du mois de septembre 2025, un e-mail invitant à remplir l'enquête en ligne a été envoyé à 74.610 personnes (31.542 avec statut BIM et 43.068 sans statut BIM).

10.432 personnes en situation d'invalidité ont rempli le questionnaire ou ont commencé à le remplir (elles ont donné leur consentement à participer à l'enquête). Seul-es **8.581 répondant-es** ont été pris-es en compte pour le traitement des résultats. Ces répondant-es sont allé-es au-delà de la simple saisie des données sociodémographiques et ont répondu à au moins cinq questions de la partie consacrée aux difficultés financières (la partie principale du questionnaire). Parmi les répondant-es, 3.731 bénéficiaient

du statut BIM et 4.850 n'en bénéficiaient pas. Les résultats ont fait l'objet d'une **pondération selon les variables sexe, âge, région et statut BIM** afin d'être **représentatifs des personnes en invalidité en Belgique** (chiffres INAMI de juin 2025). Dans cet article, les pourcentages présentés sont les pourcentages pondérés.

2.1.2. Questionnaire

Le **questionnaire**, disponible en néerlandais, en français et en allemand, comportait des questions sur les thèmes suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'études, la situation familiale, la nationalité, etc. ;
- L'incapacité de travail, notamment sa durée et la pathologie concernée ;
- Les dépenses du ménage, notamment les dépenses pesant le plus lourdement sur le budget du ménage ;
- La situation financière, notamment la capacité à joindre les deux bouts avec les revenus du ménage, les difficultés financières¹¹, ainsi que le degré de privation matérielle et sociale.

Le degré de **privation matérielle et sociale** est un indicateur développé dans l'enquête SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*) relative aux revenus et aux conditions de vie. Cet « indicateur [...] désigne l'incapacité de se procurer certains biens/services considérés par la plupart des individus comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable » (STATBEL, 2026b). Pour calculer cet indicateur, les questions distinguent clairement le fait de ne pas pouvoir se permettre un bien pour des raisons financières du fait de ne pas disposer de ce bien pour une autre raison, par exemple parce qu'on n'en veut pas ou qu'on n'en a pas besoin.

Dans l'enquête MC menée auprès des personnes en invalidité, les questions SILC ont été reprises afin de mesurer l'impossibilité financière de pouvoir se permettre les treize éléments suivants.

Au niveau du ménage :

- Payer ses factures à temps¹² ;
- Passer une semaine de vacances par an hors de chez soi ;

11 Pour les questions relatives aux difficultés financières, les répondant-es étaient invité-es à se référer à leur situation au cours de l'année écoulée. Pour les autres questions portant sur les dépenses pesant le plus lourdement, sur la capacité à joindre les deux bouts avec les revenus disponibles et sur la privation matérielle et sociale, la situation au moment du remplissage de l'enquête était prise en compte.

12 Si une ou plusieurs des factures suivantes n'ont pas pu être payées à temps au moins deux fois pour des raisons financières : le loyer ou les mensualités du prêt hypothécaire, les factures pour l'eau, l'électricité et le chauffage, ainsi que les remboursements d'achats à crédit.

- Manger de la viande, du poulet, du poisson ou un équivalent végétarien au moins tous les deux jours ;
- Faire face à une dépense imprévue ;
- Pouvoir disposer d'une voiture personnelle ;
- Chauffer suffisamment son logement ;
- Remplacer les meubles abîmés ou usés.

Au niveau des personnes interrogées :

- Remplacer des vêtements usés par des vêtements neufs ;
- Posséder deux paires de chaussures en bon état ;
- Avoir accès à Internet à domicile ;
- Se retrouver au moins une fois par mois avec des ami-es ou de la famille pour manger ou boire un verre ;
- Participer régulièrement à des activités de loisirs ;
- Dépenser chaque semaine une certaine somme pour ses besoins personnels.

Si un-e répondant-e et/ou son ménage est dans l'impossibilité financière de se procurer au moins cinq des treize éléments, on parle de privation matérielle et sociale.

Le questionnaire contenait des questions fermées ainsi qu'une question ouverte permettant aux répondant-es d'apporter des précisions complémentaires sur leurs expériences et difficultés financières dans la vie quotidienne.

Dans les **questions fermées**, plusieurs réponses prédéfinies étaient proposées, parmi lesquelles le-la répondant-e pouvait en choisir une ou plusieurs. Il existait également une option « Autre, précisez » accompagnée d'un champ de texte libre. Dans la mesure du possible, ces réponses ont été recodées en fonction des réponses proposées. Lorsque cela n'était pas possible, une nouvelle catégorie de réponse a été ajoutée.

La détermination de la significativité statistique des différences observées entre sous-groupes a été réalisée par le calcul de l'intervalle de confiance à 95% selon la méthode du score de Wilson avec correction de continuité (Wilson, 1927; Yates, 1934; Ghosh, 1979).

2.2. Analyse du recours aux soins de santé

Outre l'enquête en ligne, les données de facturation de la MC relatives aux soins de santé remboursés ont également été analysées¹³. **Nous comparons l'utilisation des soins de santé et les dépenses à la charge du-de la patient-e (tickets modérateurs et suppléments) d'un groupe de personnes en invalidité (groupe d'étude) avec celles d'un groupe de personnes n'étant pas en invalidité (groupe de contrôle)**. La sélection du groupe d'étude pour cette analyse de données est indépendante de l'échantillonnage réalisé pour l'enquête en ligne. Tout chevauchement éventuel est donc purement fortuit.

Le **groupe d'étude** comprend les membres de la MC qui avaient le statut d'invalidité pendant toute l'année 2025 ; le **groupe de contrôle** comprend les membres de la MC qui n'ont à aucun moment eu ce statut en 2025. Pour les deux groupes, l'affiliation à la MC durant toute l'année 2025 est obligatoire. Ils répondent également aux critères suivants : être âgés de 20 à 65 ans, résider en Belgique, être en vie tout au long de l'année 2025 et être titulaires sans relever du régime des fonctionnaires. Pour le groupe de contrôle, il est en outre exigé d'être en ordre d'assurance obligatoire soins de santé et de ne pas relever d'un accord international (pas de « travailleur frontalier »). À chaque personne du groupe d'étude a été associée une personne identique du groupe de contrôle selon les critères suivants : catégorie d'âge (20-34, 35-49, 50+), sexe, lieu de résidence (les dix provinces et Bruxelles) et statut BIM. Le groupe d'étude comme le groupe de contrôle comprend chacun 153.558 membres de la MC.

Pour les deux groupes, l'analyse du **recours aux soins de santé** en 2025 prend en compte les soins de santé remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé (niveau fédéral) ainsi que les soins remboursés dans le cadre des systèmes régionaux (dans la mesure où ces données sont disponibles dans les fichiers de la MC). C'est important, car une grande partie des soins de révalidation et des aides à la mobilité relèvent des compétences des autorités régionales. Sont pris en compte aussi bien les soins ambulatoires (soins de santé dispensés en dehors d'une hospitalisation de jour ou d'un séjour hospitalier) que les soins dispensés dans le cadre d'une hospitalisation. Le tableau 1 présente un aperçu des types de soins de santé retenus ainsi que de leur unité de volume.

13 Date d'extraction : 7 juillet 2026.

Tableau 1 : Aperçu des types de soins de santé inclus dans l'analyse des données et de leur unité de volume

Type de soins de santé		Volume exprimé en ...
Soins ambulatoires	Médecin généraliste	Nombre de contacts (avis, consultations ou visites)
	Médecin spécialiste	Nombre de jours pour lesquels des soins infirmiers à domicile ont été attestés
	Soins infirmiers à domicile	
	Dentiste	Nombre de jours pour lesquels des soins dentaires ont été attestés
	Kinésithérapeute	Nombre de séances
	Psychologue (=uniquement les psychologues et orthopédagogues dans le cadre de la convention relative aux soins psychologiques de première ligne)	Nombre de séances
	Médicaments (pharmacie publique)	Nombre de DDD ¹⁴
	Imagerie médicale , telle que RX / radiographie, scanner, IRM, échographie, etc.	Nombre de jours pour lesquels une imagerie médicale a été attestée
	Biologie clinique , telle que les analyses de sang, d'urine, de selles, etc.	Nombre de forfaits de biologie clinique (classes 1, 2, 3 et 4)
Soins hospitaliers	Urgences	Nombre de contacts avec un service d'urgence non suivis d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation classique
	Hospitalisation de jour (sans nuitée)	Nombre de jours d'hospitalisation de jour
Revalidation	Hospitalisation classique (avec nuitée)	Nombre de jours d'hospitalisation (générale ou psychiatrique)
	Toutes les conventions fédérales et régionales relatives à la rééducation fonctionnelle et professionnelle	Nombre de jours pour lesquels des soins de revalidation ont été attestés

La dépense étudiée est toujours le montant restant à charge du-de la patient-e et comprend donc à la fois les tickets modérateurs et les suppléments connus. Deux types de dépenses sont calculés : les dépenses des personnes ayant eu recours à un type donné de soins de santé (voir Tableau 5) et les dépenses de l'ensemble des personnes, qu'elles aient ou non eu recours à ce type de soins de santé (voir Tableau 6). Le premier type de dépenses ne tient pas compte d'une intervention du maximum à facturer (MAF)¹⁵.

2.3. Limites

Le choix d'une enquête en ligne comporte le risque d'une sous-représentation des personnes les plus vulnérabilisées en raison de la fracture numérique (Faure, Brotcorne, Vendramin, Mariën, & Dedonder, 2022). Il est important de noter que ce groupe de personnes les plus vulnérables est difficile à atteindre, quelle que soit la forme de l'enquête.

Les réponses au questionnaire sont des données autodéclarées (une **estimation subjective**). Ainsi, les informations relatives aux revenus du ménage proviennent des déclarations des répondant-es aux questions portant sur ce sujet et non d'un document officiel transmis par les répondant-es. Il est toujours possible que les répondant-es

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

15 Le MAF (maximum à facturer) limite les tickets modérateurs annuels des familles à un certain plafond. Tout ticket modérateur dépassant ce plafond est remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé. Le montant du plafond dépend des revenus du ménage et augmente à mesure que ceux-ci augmentent.

sous-estiment leurs revenus ou, malgré les consignes figurant dans la question, n'aient pas inclus certains revenus dans le revenu total. Les données relatives à la capacité de joindre les deux bouts ainsi qu'aux difficultés financières reposent également sur l'estimation subjective des répondant-es.

Les données de facturation de la MC contiennent **uniquement les soins de santé remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et, en partie, ceux relevant des systèmes régionaux de protection sociale**. Il n'existe donc aucune information concernant les soins de santé non remboursables, tels que les médicaments non remboursés, une partie des soins psychologiques, les frais de transport, etc. Pour les médecins et les dentistes, les codes de transparence¹⁶ sont toutefois également inclus dans l'analyse des données, ce qui nous permet d'avoir une vue d'ensemble des soins de santé non remboursables pour ces prestataires (si facturation par voie électronique).

3. Résultats

Pour rappel : dans les sections 3.1., 3.2. et 3.3. les résultats sont présentés après pondération de l'échantillon selon les variables âge, sexe, région et statut BIM afin de nous permettre de réaliser des estimations pour la population des personnes en invalidité en Belgique.

3.1. Profil des répondant-es

3.1.1. Profil sociodémographique

Le tableau 2 présente le profil des 8.581 répondant-es pour lesquelles les réponses au questionnaire ont été traitées. Les variables sexe, âge, région et statut BIM sont les variables utilisées pour la pondération, sur base des données de l'INAMI (situation en juin 2025), de manière à rendre l'échantillon de cette étude représentatif des personnes en invalidité en Belgique.

3.1.2. Incapacité de travail

Par rapport au statut professionnel avant l'incapacité de travail, nous observons la répartition suivante :

- 35% d'ouvrier-ères ;
- 53% d'employé-es ;
- 6% d'indépendant-es ou personnes exerçant une profession libérale¹⁷ ;
- 6% de personnes au chômage.

Étant donné le nombre suffisant de répondant-es qui étaient indépendant-es (n=571) ou au chômage (n=403) avant leur incapacité de travail, les résultats peuvent être analysés spécifiquement pour ces deux groupes.

Par rapport à la durée de l'incapacité, nous observons la répartition suivante dans notre population d'analyse :

- Environ 10% sont en incapacité de travail depuis un an (ces personnes viennent donc d'entrer dans le statut d'invalidité) ;
- 15% étaient en incapacité de travail depuis deux ans ;
- 25% étaient en incapacité de travail depuis trois à cinq ans ;
- 40% étaient en incapacité de travail depuis plus de cinq ans.

16 Depuis le 1er septembre 2024, les médecins et les dentistes sont tenu-es, en cas de facturation électronique, de transmettre des données supplémentaires aux organismes assureurs pour les prestations ambulatoires non remboursables.

17 Pour plus de clarté, ce groupe sera désormais désigné par le terme « indépendant-e » tout au long de l'article.

Tableau 2 : Profil des répondant·es (n = 8.581) avant et après pondération (Source : MC)

Variable		Avant pondération	Après pondération
Sexe	Homme	35,5%	39,3%
	Femme	64,5%	60,7%
Âge	18-39 ans	10,7%	12,2%
	40-49 ans	20,9%	24,5%
	50-59 ans	42,7%	40,2%
	60-66 ans	25,7%	23,1%
Région	Bruxelles	3,1%	10,3%
	Flandre	74,0%	52,0%
	Wallonie	22,9%	37,7%
Statut BIM	BIM	43,5%	49,6%
	non BIM	56,5%	50,4%
Situation familiale	Personne isolée	29,0%	31,6%
	Famille monoparentale	11,6%	12,8%
	Couple sans enfant	30,2%	26,2%
	Couple avec enfants	24,8%	24,8%
	Autres	4,3%	4,6%
Niveau d'études ¹⁸	Études de courte durée	28,7%	29,9%
	Études de durée moyenne	37,2%	36,4%
	Études de longue durée	33,9%	33,5%
Origine ¹⁹	Origine belge	89,9%	87,2%
	D'un pays de l'Union européenne	6,5%	7,7%
	D'un pays hors de l'Union européenne	3,4%	5,0%
Situation de logement	Locataire	35,0%	39,2%
	Propriétaire, prêt hypothécaire en cours de remboursement	36,3%	35,2%
	Propriétaire, prêt hypothécaire entièrement remboursé	21,5%	18,3%
	Autre / pas de réponse	7,1%	7,3%

18 Les catégories sont établies selon le niveau d'études le plus élevé indiqué par le·la répondant·e :

- Courte durée : enseignement primaire ou secondaire inférieur ;
- Durée moyenne : enseignement secondaire supérieur ;
- Longue durée : enseignement supérieur ou enseignement supérieur de type long.

19 Afin de déterminer l'origine, deux questions ont été posées dans le questionnaire :

- « Quelle est votre nationalité ? » (réponses possibles : « Belge », « non-Belge, d'un pays faisant partie de l'Union européenne [UE] », « non-Belge, d'un pays ne faisant pas partie de l'UE »).
- Si la réponse était « Belge », une question supplémentaire était posée : « Êtes-vous issu·e de l'immigration ? » (réponses possibles : « non », « oui, d'un pays de l'UE », « oui, d'un pays ne faisant pas partie de l'UE »).

Les catégories sont classées comme suit :

- Origine belge : Belges, non issu·es de l'immigration ;
- D'un pays de l'UE : non-Belges originaires de l'UE ou Belges issu·es de l'immigration provenant d'un pays au sein de l'UE ;
- D'un pays hors de l'UE : non-Belges originaires d'un pays hors de l'UE ou Belges issu·es de l'immigration provenant d'un pays hors de l'UE.

Le tableau 3 présente **les principales pathologies** à l'origine de l'incapacité de travail²⁰.

Tableau 3 : Les pathologies (Source : MC)		
Groupe de pathologies	Exemples de pathologies	Total (n=8.581)
Maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs	Douleurs dorsales, rhumatismes, etc.	45%
Fractures ou entorses	Lésions du genou ou du coude, etc.	9%
► Maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs et/ou fractures ou entorses		48%
Troubles psychiques	Dépression, anxiété, etc.	35%
Burn-out		18%
► Troubles psychiques et/ou burn-out		42%
Syndrome de fatigue chronique (SFC) ou fibromyalgie		16%
Maladies neurologiques et sensorielles	Maladie de Parkinson, épilepsie, sclérose en plaques, troubles de la vision ou de l'audition, etc.	14%
Cancers	Cancer du sein ou du poumon, etc.	10%
Maladies cardiovasculaires	Infarctus, thrombose, etc.	9%
Maladies respiratoires	Asthme, bronchite chronique, etc.	7%
Maladies digestives	Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, etc.	5%
Diabète ou autre affection du pancréas		1%
Affections touchant d'autres organes	Reins, vessie	1%
Autres		4%

3.2. Dépenses et revenus du ménage

Les répondant-es ont été interrogé-es sur **les dépenses qui pèsent lourdement sur leur budget familial**. À cette fin, il leur a été demandé d'indiquer, dans une liste de différents postes de dépenses, quelles dépenses pesaient le plus lourdement sur le budget et lesquelles arrivaient en deuxième, troisième et quatrième position.

La figure 1 estime, pour chaque poste de dépense, le pourcentage de personnes en invalidité l'ayant mentionné dans leur top 4. Selon ces estimations, une majorité mentionne les frais d'eau, d'électricité et de chauffage (73%), le loyer

ou le remboursement du prêt hypothécaire (71%) ainsi que l'alimentation et les boissons (66%) parmi leur top 4. Toutefois, des dépenses telles que les assurances et les impôts (52%) ainsi que les dépenses de santé (32%) figurent également parmi les dépenses les plus lourdes pour une proportion importante de personnes en invalidité.

Pour le **revenu du ménage**, il a été demandé aux répondant-es d'indiquer une catégorie de revenu correspondant au revenu net total de l'ensemble des membres du ménage²¹. Le tableau 4 présente le revenu net du ménage en fonction de la situation familiale.

20 Les personnes interrogées pouvaient donner plusieurs réponses à cette question.

21 La question relative au revenu du ménage était la suivante : « Quel est le revenu mensuel total de votre ménage ? Comptez ici pour toutes les personnes de votre ménage :

- Les salaires nets et les primes ;
- Les revenus éventuels en tant qu'indépendant-e ;
- Les indemnités (telles que l'incapacité de travail, le chômage et la pension) ;
- Les allocations familiales et autres aides financières (telles que l'allocation d'intégration, l'allocation de remplacement de revenus, etc.) ;
- Les revenus complémentaires tels que les loyers, les intérêts, les dividendes, etc. »

Figure 1 : Top 4 des dépenses pesant le plus lourdement sur le budget du ménage (Source : MC)

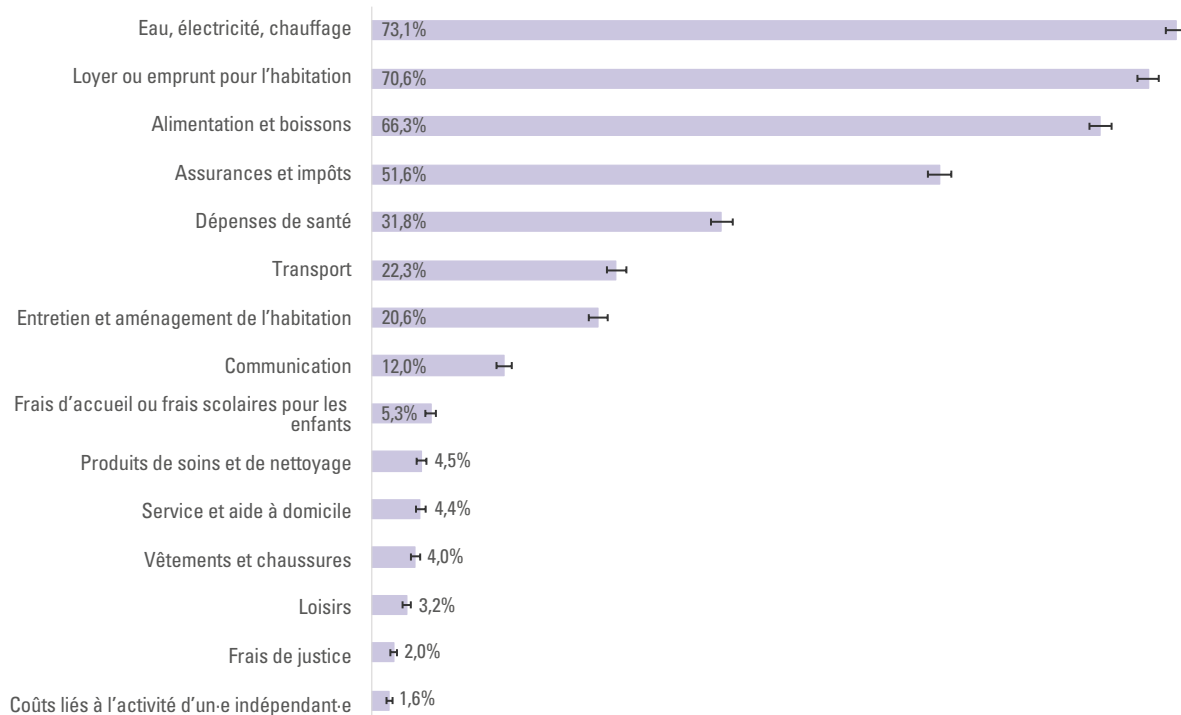


Tableau 4 : Revenu net du ménage selon la situation familiale (Source : MC)

Revenu net du ménage	Personnes isolées	Familles monoparentales	Couples sans enfant	Couples avec enfants
Moins de 1.500 euros	23,4%	8,0%	4,9%	3,3%
1.501 - 1.750 euros	38,7%	6,7%	1,9%	1,6%
1.751 - 2.000 euros	16,5%	22,1%	5%	3%
2.001 - 2.500 euros	13,1%	32,5%	10,5%	7,7%
2.501 - 3.000 euros	7,8%	15,4%	20,2%	13,1%
3.001 - 3.500 euros		15,1%	23,1%	18,7%
3.501 - 4.000 euros			32,6%	16,8%
Plus de 4.000 euros				33,6%
Inconnu	0,5%	0,2%	1,9%	2,2%

En ce qui concerne le **revenu propre**, nos estimations indiquent que 59% **des personnes en invalidité** ont pour seule source de revenus leur **indemnité d'invalidité**. De plus, 15% combinent cette indemnité avec un revenu (à temps partiel) comme salarié-e ou indépendant-e. 8% per-

çoivent également une aide financière destinée aux personnes en situation de handicap (comme l'allocation de remplacement de revenus ou l'allocation d'intégration). Enfin, 16% perçoivent des allocations familiales²².

22 Ce que l'on appelle en Flandre le « Groeipakket ».

Le questionnaire comportait également des questions relatives aux **revenus des personnes avec lesquelles le-la répondant-e cohabite**.

- Parmi les personnes en invalidité déclarant vivre en couple, on estime que dans 64% des cas, le ou la partenaire perçoit un revenu du travail (salarié-e, indépendant-e) et, dans 16% des cas, une pension. Dans 12% des cas, le ou la partenaire perçoit également une indemnité d'incapacité de travail. Dans 3% des cas, le ou la partenaire perçoit une allocation de chômage et dans 7% des cas des allocations familiales.
- Parmi les personnes en invalidité vivant avec une autre personne, on estime que dans la moitié des cas (52%) cette autre personne perçoit une pension, dans 22% des cas un revenu du travail et dans 8% des cas une indemnité d'incapacité de travail.

3.3. Problèmes financiers

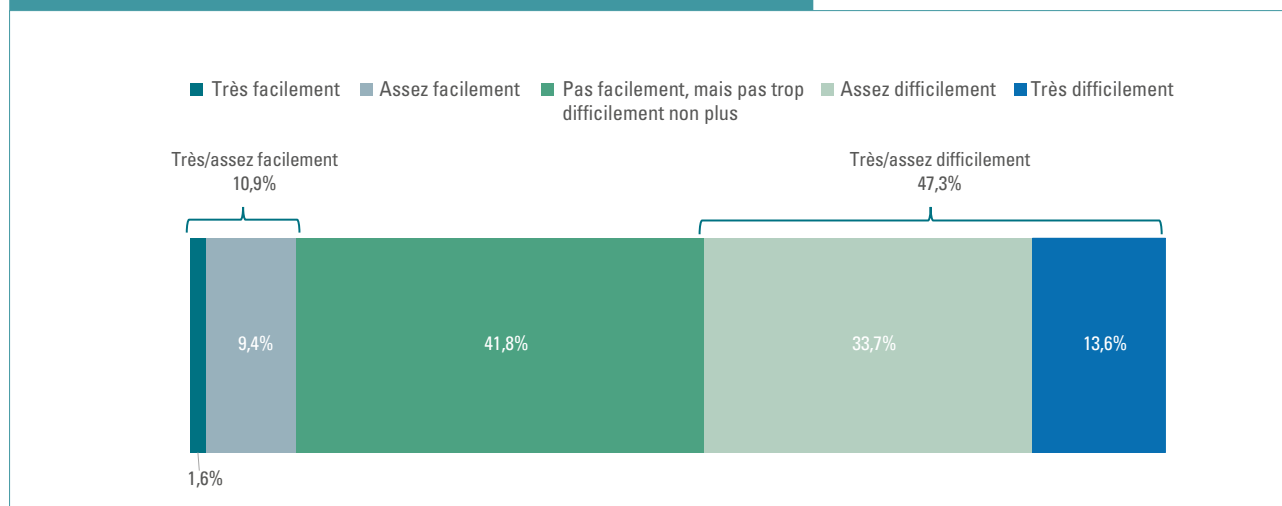
3.3.1. Joindre les deux bouts avec le revenu du ménage

La figure 2 montre que, d'après nos estimations, 47% des ménages parviennent **difficilement à très difficilement à joindre les deux bouts avec leur revenu du ménage**. Pour 42%, la situation n'est ni facile ni réellement difficile et 11% parviennent assez facilement à très facilement à s'en sortir.

Nos analyses suggèrent que la proportion de personnes en invalidité déclarant pouvoir (très) difficilement joindre les deux bouts :

- Diminue avec l'**âge** : ce sont surtout les 18-44 ans (53%) et les 45-54 ans (52%) qui éprouvent des difficultés à joindre les deux bouts. Ce pourcentage baisse ensuite à 45% chez les 55-59 ans, puis à 36% chez les plus de 60 ans ;
- Varie fortement en fonction de la **situation familiale** : les familles monoparentales (63%) et les personnes isolées (56%) rencontrent les plus grandes difficultés à joindre les deux bouts. Les couples avec enfants (44%) ont plus de difficultés que les couples sans enfant (31%) ;
- Est plus élevée chez les **personnes avec le statut BIM** (60%) que chez ceux et celles qui ne l'ont pas (35%) ;
- Varie selon l'**origine** : les personnes originaires d'un pays de l'Union européenne (UE) (52%) ou d'un pays hors de l'UE (54%) rencontrent davantage de difficultés que les personnes d'origine belge (46%) ;
- Diminue à mesure que la **durée de la scolarité** augmente : de 54% chez les personnes avec des études de courte durée à 50% chez les personnes avec des études de durée moyenne, puis à 39% chez les personnes ayant pu faire de longues études ;
- Augmente avec la **durée de l'incapacité de travail** : de 41% parmi ceux et celles en incapacité de travail depuis un an à 49% parmi ceux et celles en incapacité de travail depuis onze ans ou plus ;
- Varie selon le **statut professionnel avant l'incapacité de travail** : les personnes qui étaient au chômage (64%) rencontrent davantage de difficultés à joindre les deux bouts que les ouvrier-ères (52%). La proportion est significativement plus faible chez les employé-es (42%) et les indépendant-es (46%) ;
- Varie également fortement selon la **situation de logement** : les locataires (61%) rencontrent les plus grandes difficultés pour joindre les deux bouts. Les propriétaires qui remboursent encore leur prêt hypothécaire (45%)

Figure 2 : Capacité des ménages à joindre les deux bouts avec le revenu du ménage (Source : MC)



rencontrent davantage de difficultés que les propriétaires ayant entièrement remboursé leur prêt (24%);

- Est plus élevée à **Bruxelles et en Wallonie** (50% dans les deux cas) qu'en Flandre (45%);
- Est plus élevée chez **les hommes** (49%) que chez les femmes (46%).

Dans la **question ouverte**, les répondant-es ont fourni des informations complémentaires sur la capacité à s'en sortir avec une indemnité d'invalidité.

Certain-es répondant-es indiquent percevoir une **indemnité plus faible parce qu'ils ou elles cohabitent**, alors que l'autre personne ne participe pas à leurs dépenses. Certains couples disposent de comptes strictement séparés et chacun paie sa part, à l'exception de quelques dépenses communes. Pour les enfants domiciliés chez leur(s) parent(s), dès qu'ils disposent d'un revenu propre, celui-ci est pris en compte, ce qui entraîne une diminution soudaine de l'indemnité du parent. Les enfants ne contribuent toutefois pas ou très peu aux dépenses de leur(s) parent(s). Les parents ne souhaitent pas non plus leur demander cette contribution afin de leur permettre de démarrer leur propre vie. La cohabitation avec un membre de la famille ou dans le cadre du *cohousing* entraîne également une diminution de l'indemnité, ce qui rend la situation financière plus difficile.

Certain-es répondant-es indiquent qu'ils ou elles **ne peuvent joindre les deux bouts qu'en recourant à d'autres ressources que l'indemnité**. Certain-es puisent dans leur épargne, constituée au fil des années grâce à un travail acharné, à une bonne capacité d'épargne et à une gestion prudente de leur argent. D'autres ont hérité ou ont bénéficié d'une donation. D'autres encore peuvent compter sur une indemnisation complémentaire provenant d'une assurance revenu garanti. D'autres enfin ne parviennent à joindre les deux bouts que grâce à l'aide de leur famille ou de leurs ami-es ou encore grâce au bon revenu du/de la partenaire. Cette situation comporte parfois un revers. Une partie des répondant-es indique être **financièrement totalement dépendante de son ou sa partenaire**. Cette dépendance est difficile à vivre pour certain-es et génère du stress. S'ils ou elles ne sont plus (ou ne devaient plus être) heureux-ses dans leur relation, ils ou elles se voient alors contraint-es de rester par peur de basculer dans la pauvreté.

D'autres répondant-es indiquent qu'ils ou elles **parviennent à s'en sortir parce qu'ils ou elles combinent l'indemnité avec un revenu provenant d'une reprise partielle du travail**. Pour certain-es, cette démarche est toutefois principalement motivée par des considérations finan-

cières, alors même que leur état de santé ne leur permet pas réellement de travailler ou qu'un-e médecin le leur a déconseillé. Cela peut à son tour avoir des conséquences négatives sur leur santé et accroître le risque de rechute conduisant à un retour complet en invalidité.

Une partie des répondant-es déclare **ne pas pouvoir vivre avec l'indemnité** et affirme qu'il ne s'agit pas de vivre mais de survivre. Même les dépenses de base, telles que l'alimentation, ne peuvent être couvertes, ce qui oblige à recourir à une banque alimentaire ou à supprimer certains repas (pas de repas chaud tous les jours, un seul repas par jour). Les factures ne peuvent être payées, ce qui entraîne un endettement. Dans ces situations, il faut faire des choix : par exemple choisir entre les soins de santé et l'alimentation.

3.3.2. Difficultés à payer les dépenses

Selon nos estimations, une majorité des personnes en invalidité (63%) déclare avoir rencontré au cours de l'année écoulée des **difficultés pour payer certaines dépenses**. La figure 3 présente le profil des personnes en invalidité qui ont rencontré significativement plus souvent des difficultés que par rapport à l'ensemble de la population analysée (toutes les personnes en invalidité). Les difficultés à payer certaines dépenses sont significativement plus fréquentes selon la **situation familiale** (personnes isolées, familles monoparentales et couples avec enfants), l'**origine** (hors de l'Union européenne), le **logement** (locataires), le **statut professionnel avant l'incapacité de travail** (chômeur-euse ou ouvrier-ère), l'**âge** (18-54 ans), le **statut BIM**, la **région** (Bruxelles ou Wallonie) et le **niveau d'études** (études de courte durée).

Les résultats montrent également que les difficultés à payer des dépenses augmentent à mesure que la **durée de l'incapacité de travail** s'allonge, avant de diminuer à nouveau après un certain temps. Cette proportion passe de 59% parmi ceux et celles en incapacité de travail depuis un an à 66% parmi ceux et celles dont la durée d'incapacité se situe entre six et dix ans, avant de revenir à 62% pour les durées de onze ans ou plus. Aucune de ces proportions n'est toutefois significativement plus élevée que celle observée pour l'ensemble de la population analysée; c'est pourquoi ce résultat n'est pas repris dans la figure 3.

D'après nos estimations, la figure 4 montre que les personnes en invalidité rencontrent principalement des difficultés pour payer les assurances/impôts (50%), l'eau, l'électricité et le chauffage (44%), les soins de santé (40%), l'alimentation et les boissons (37%) ainsi que le loyer ou le remboursement de l'emprunt hypothécaire (32%).

Figure 3 : Profil des personnes en invalidité qui rencontrent significativement plus souvent des difficultés à payer certaines dépenses (Source : MC)

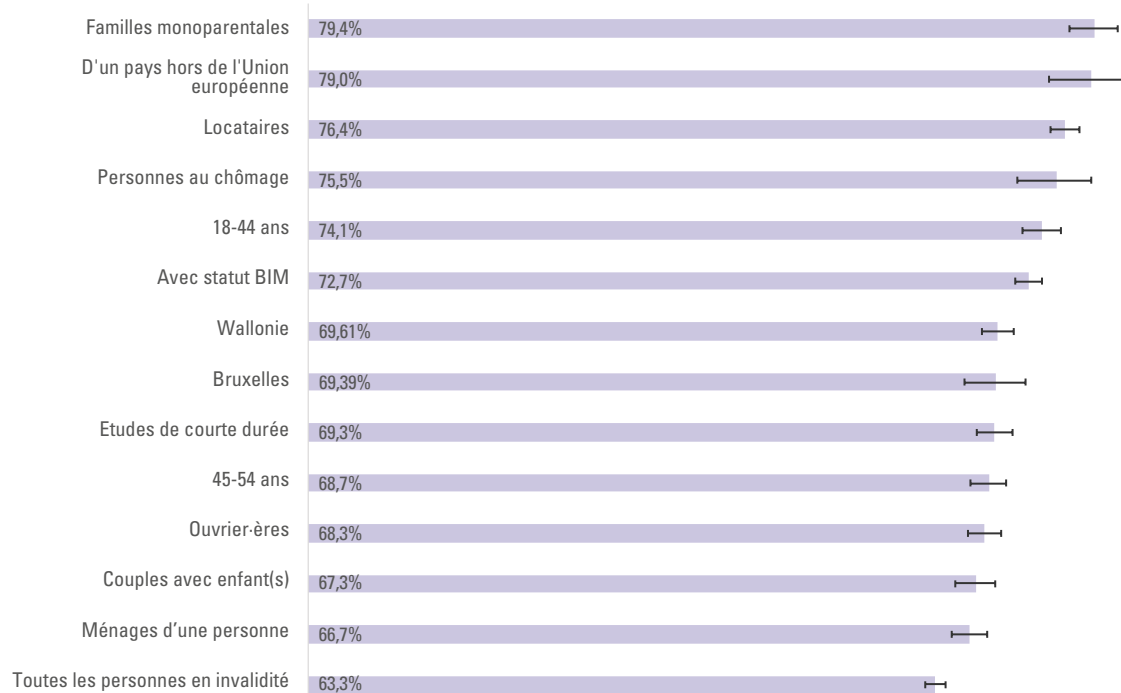
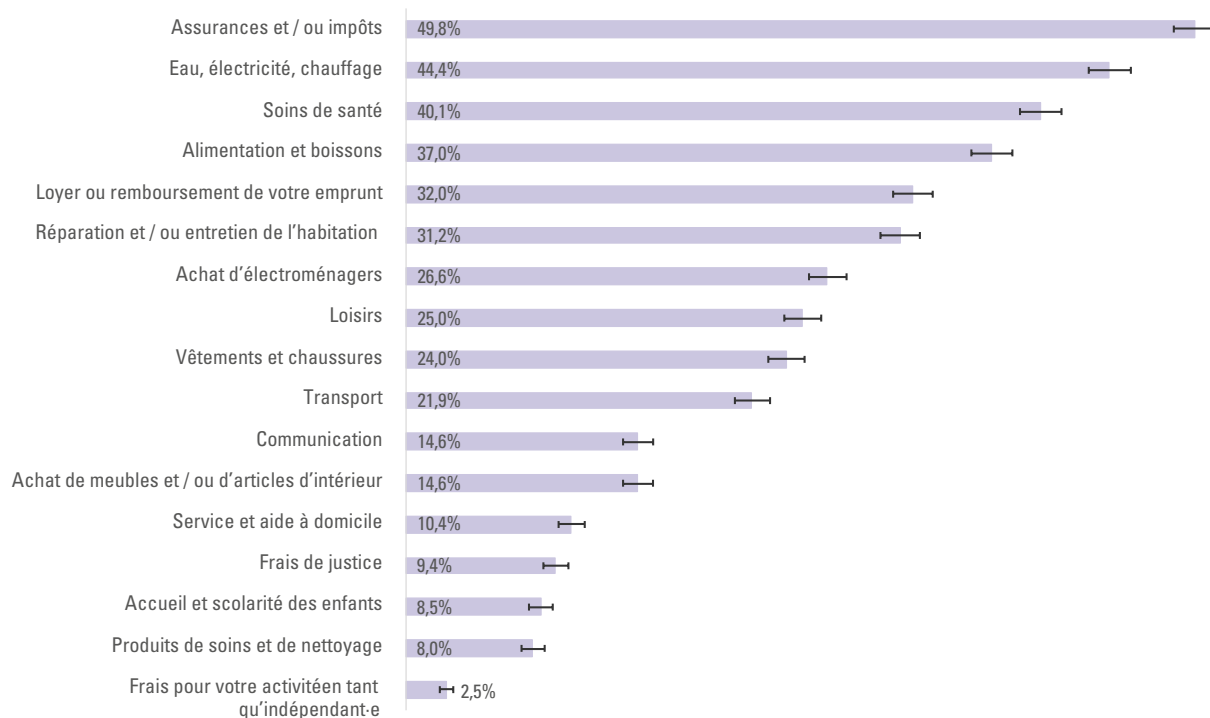


Figure 4 : Types de dépenses pour lesquelles des difficultés de paiement ont été rencontrées (Source : MC)



Dans la **question ouverte**, les répondant-es ont apporté des précisions concernant les difficultés de paiement rencontrées.

Une partie des répondant-es souligne qu'**aucun impôt n'est retenu mensuellement sur l'indemnité d'invalidité**. Ils ou elles perçoivent un montant brut et non un montant net, ce qui signifie qu'ils ou elles doivent **payer une somme parfois très importante lors du décompte fiscal final** (montants allant de 1.000 euros à 6.000 euros ou davantage). Cette situation constitue un choc important pour de nombreux-ses répondant-es qui n'y étaient pas préparé-es, parce qu'ils ou elles en avaient été insuffisamment informé-es. Mais même lorsqu'on sait qu'un décompte fiscal interviendra ultérieurement, il est impossible d'estimer à l'avance le montant exact à payer. Cette incertitude génère beaucoup de stress, car il faut espérer avoir épargné suffisamment au moment du décompte final. Beaucoup préféreraient que les impôts soient directement retenus sur l'indemnité et que celle-ci soit versée sous forme d'un montant net.

D'autres répondant-es expliquent qu'ils ou elles **parviennent à s'en sortir uniquement en gérant leur argent avec une extrême prudence et en réalisant des économies**. Ils ou elles réduisent, par exemple, leur budget vêtements en achetant exclusivement en seconde main, ou limitent leurs dépenses d'énergie en ne chauffant pas trop leur logement. Ils ou elles réduisent également les dépenses alimentaires en achetant uniquement des produits en promotion, ainsi que les dépenses de loisirs en renonçant aux voyages, aux hobbies ou aux sorties (prendre un verre ou aller au restaurant). Certain-es répondant-es indiquent **donner la priorité aux enfants** (par exemple, pour les études ou les loisirs). Les économies concernent principalement leurs propres dépenses, parfois même leurs propres dépenses de santé, afin de pouvoir offrir à leur(s) enfant(s) ce qui est considéré comme nécessaire.

Certain-es répondant-es déclarent que **ne jamais pouvoir effectuer une dépense pour soi-même et ne jamais avoir la moindre activité de détente n'est pas bénéfique pour la santé** ou pour le rétablissement. Des répondant-es indiquent également que les difficultés financières les plongent dans un **isolement social**. Rencontrer d'autres personnes implique en effet des dépenses (obligation de consommer, cadeau lors d'une fête, accueil de personnes à domicile, etc.).

3.3.3. Report des soins de santé

Nos analyses suggèrent que 48% des personnes en invalidité ont dû, au cours de l'année écoulée, **reporter des soins de santé ou n'ont pas pu y recourir pour des raisons**

financières. La figure 5 présente le profil des personnes en invalidité qui ont dû reporter des soins de santé significativement plus souvent que l'ensemble de la population analysée (toutes les personnes en invalidité). Le report des soins de santé est significativement plus fréquent en fonction de la **situation de logement** (locataire), du **statut professionnel au moment de l'incapacité de travail** (chômeur-euse ou ouvrier-ère), de la **situation familiale** (personnes isolées, familles monoparentales), de l'**âge** (18-54 ans), de l'**origine** (pays de l'UE ou hors de l'UE), du **niveau d'études** (études de courte durée), du **statut BIM** et de la **région** (Bruxelles ou Wallonie).

La proportion de ceux et celles ayant dû reporter des soins de santé augmente de 40% chez les personnes en incapacité de travail depuis un an à 50% chez celles dont l'incapacité de travail dure depuis onze ans ou plus. Aucune de ces proportions n'est toutefois significativement plus élevée que celle observée pour l'ensemble de la population analysée, raison pour laquelle ce résultat n'est pas repris dans la figure 5.

La figure 6 montre, d'après nos estimations, que les soins de santé les plus fréquemment reportés sont les soins dentaires (61%), les lunettes (47%), les consultations chez un-e spécialiste (46%), chez un-e psychologue ou psychothérapeute (42%), les séances de kinésithérapie (37%) et les médicaments (30%).

3.3.4. Besoin d'une aide supplémentaire pour joindre les deux bouts

Selon nos analyses, une personne en invalidité sur trois (34%) a été **régulièrement aidé-e financièrement ou d'une autre manière par sa famille, ses ami-es ou certaines organisations** au cours de l'année écoulée afin de joindre les deux bouts.

Le profil des personnes en invalidité avec des proportions significativement plus élevées que la moyenne observée (34%) relative à l'ensemble de la population analysée (toutes les personnes en invalidité) est le suivant :

- Les personnes originaires d'un pays hors de l'UE (52%) et d'un pays de l'UE (40%);
- Les familles monoparentales (48%) et les personnes isolées (38%);
- Les personnes âgées de 18 à 44 ans (47%) et de 45 à 54 ans (39%);
- Les personnes résidant à Bruxelles (42%) et en Wallonie (37%);

Figure 5 : Profil des personnes en invalidité qui ont reporté significativement plus souvent des soins de santé (Source : MC)

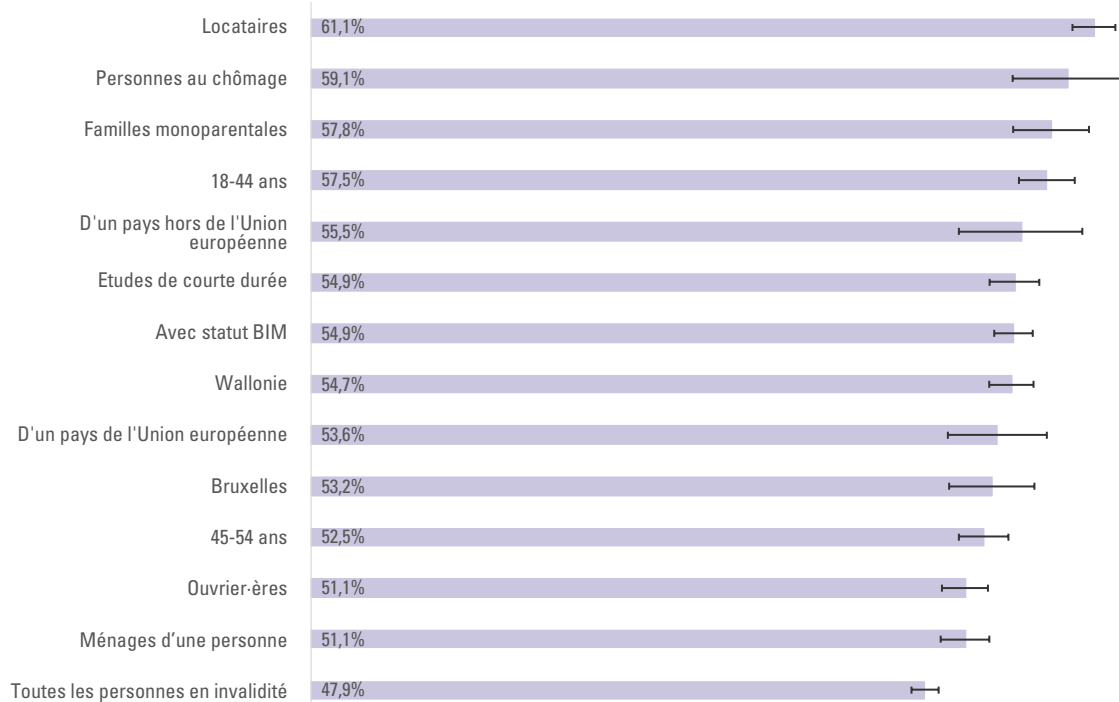
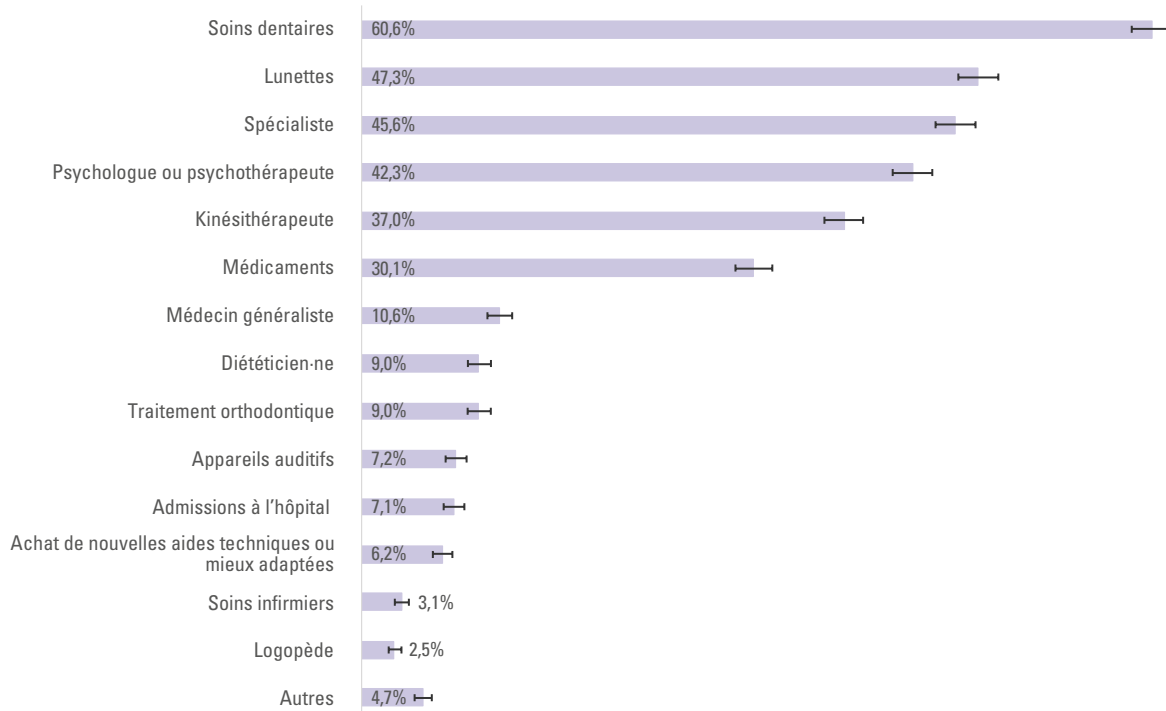


Figure 6 : Type de soins de santé que les personnes en invalidité ont dû reporter (Source : MC)



- Les locataires (42%);
- Les personnes avec le statut BIM (40%).

D'après nos estimations, une personne en invalidité sur quatre (24%) a dû **emprunter de l'argent**²³ ou contracter un emprunt²⁴ au cours de l'année écoulée **pour pouvoir payer certaines dépenses**. Ci-après, le profil des personnes en invalidité qui, significativement, ont dû plus souvent emprunter que la moyenne observée (24%) pour l'ensemble de la population analysée :

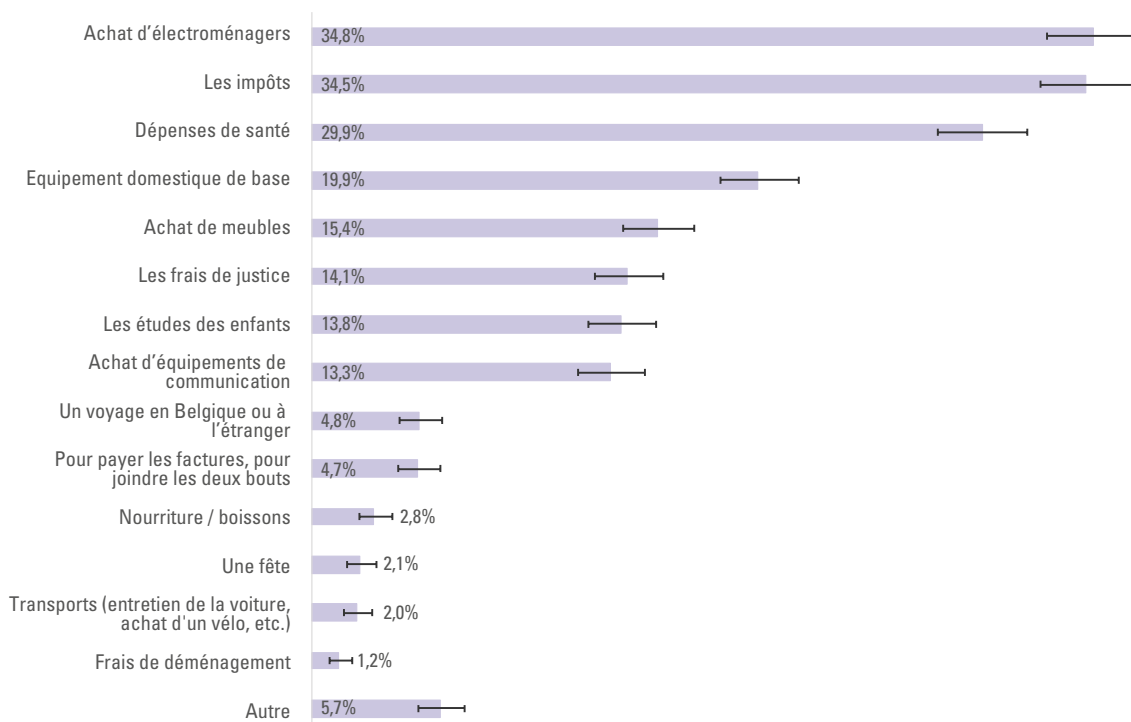
- Les personnes originaires d'un pays hors de l'UE (47%) et d'un pays de l'UE (33%);
- Les familles monoparentales (36%);
- Les locataires (35%);
- Les personnes résidant à Bruxelles (33%) ou en Wallonie (28%);
- Les personnes qui, avant leur incapacité de travail, étaient au chômage (32%), ouvrier·ères (28%) ;
- Les personnes ayant fait des études de courte durée (31%);

- Les personnes avec le statut BIM (31%);
- Les personnes âgées de 18 à 44 ans (28%) ou de 45 à 54 ans (29%).

La proportion de personnes en invalidité ayant dû emprunter passe de 18% pour ceux et celles qui ont une année d'incapacité de travail à 26% pour ceux et celles ayant une durée d'incapacité de travail de onze ans ou plus. Aucun de ces pourcentages n'est toutefois significativement plus élevé que celui observé pour l'ensemble de la population analysée.

La figure 7 suggère que les personnes en invalidité ont principalement fait un emprunt pour l'achat d'appareils électriques (35%), pour payer des impôts (35%), pour couvrir des dépenses de santé (30%) et pour financer l'équipement de base du logement (20%). Bien que le pourcentage soit limité, certaines personnes sont même contraintes d'emprunter pour se nourrir (3%) ou pour payer leurs factures courantes (électricité, loyer, etc.) afin de pouvoir joindre les deux bouts (5%).

Figure 7 : Types de dépenses pour lesquelles les personnes en invalidité ont dû emprunter (Source : MC)



23 « Emprunter de l'argent » fait référence au fait d'emprunter de l'argent à la famille ou à des ami·es. « Contracter un emprunt » fait référence à un emprunt auprès d'une banque, par exemple. Afin d'améliorer la lisibilité, le terme « emprunter » sera utilisé systématiquement par la suite.

24 Les emprunts destinés à l'achat d'une maison ou d'une voiture ne sont pas pris en compte ici, pas plus que les emprunts pour des travaux de rénovation. La question portait expressément sur les emprunts destinés à des dépenses courantes telles qu'une machine à laver, les frais de scolarité, l'achat de meubles, etc.

3.3.5. Privation matérielle et sociale

Le questionnaire comportait également des questions visant à mesurer la **privation matérielle et sociale** (voir point 2.1.2.).

Nos analyses indiquent que la moitié des personnes en invalidité (51%) vit dans une situation de privation matérielle et sociale. La figure 8 montre qu'elles rencontrent surtout des difficultés à faire face à une dépense imprévue (60%) et à partir une semaine en vacances hors du domicile (58%). Mais remplacer des meubles endommagés ou usés (52%), participer régulièrement à des activités de loisirs (51%), pouvoir consacrer chaque semaine un montant à ses besoins personnels (50%) ou retrouver sa famille ou ses ami·es au moins une fois par mois pour manger ou boire quelque chose (48%) sont également difficiles pour environ la moitié d'entre elles. Même chauffer correcte-

ment son logement (29%) ou manger de la viande, du poulet, du poisson ou une alternative végétarienne au moins tous les deux jours (23%) est financièrement impossible pour une proportion non négligeable.

Le profil de personnes en invalidité pour lesquelles la privation matérielle et sociale est plus fréquente que celle observée pour l'ensemble de la population analysée est donné à la figure 9. La privation matérielle et sociale est significativement plus élevée en fonction du **statut professionnel** (chômeur·euse ou ouvrier·ère), de la **situation de logement** (locataire), de la **situation familiale** (personnes isolées, familles monoparentales), de l'**origine** (personnes issues de l'immigration, d'un pays de l'UE ou hors de l'UE), du **statut BIM**, de la **région** (Bruxelles ou Wallonie), du **niveau d'études** (études de courte durée) et de l'**âge** (18-54 ans).

Figure 8 : Proportion de personnes en invalidité qui, pour des raisons financières, ne sont pas en mesure de... (Source : MC)

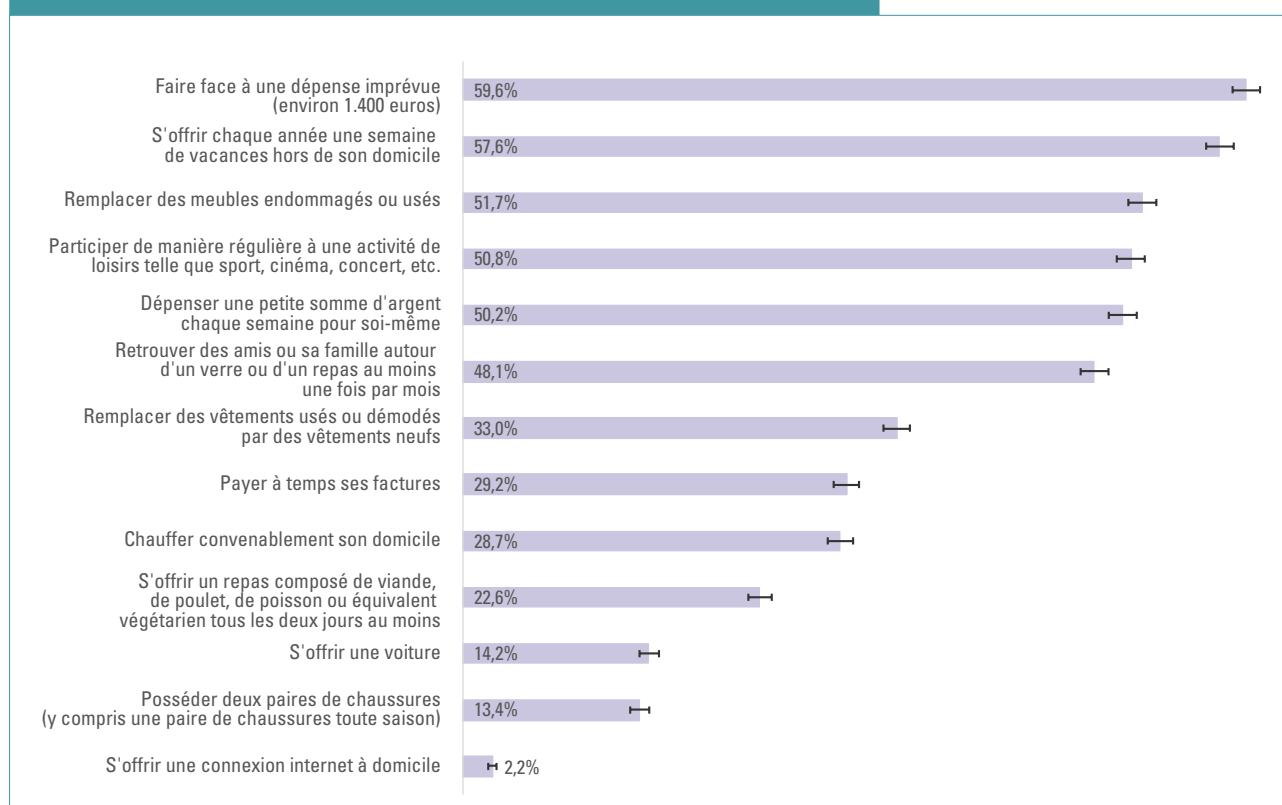
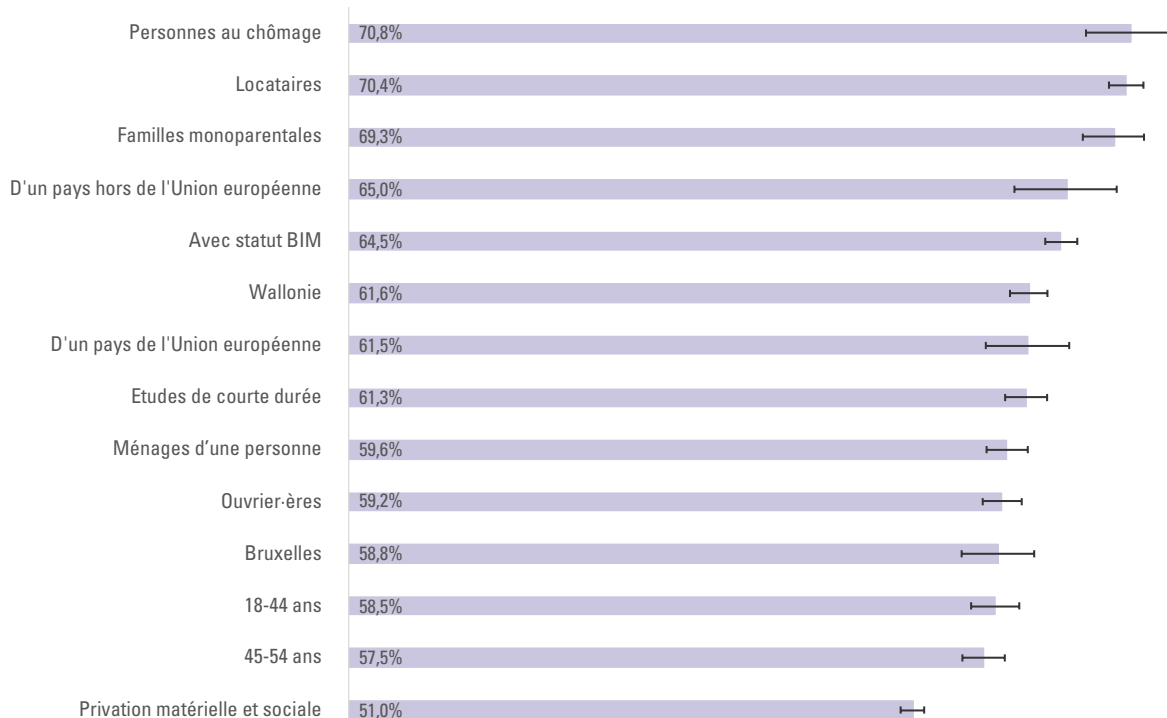


Figure 9 : Profil de personnes en invalidité pour lesquelles la privation matérielle et sociale est significativement plus fréquente (Source : MC)



3.3.6. Les indépendant-es

Dans les sections précédentes, les résultats relatifs aux personnes qui étaient indépendant-es avant leur incapacité de travail ont été peu évoqués. La raison est qu'elles n'ont jamais signalé de problèmes financiers significativement plus fréquents que ceux observés pour l'ensemble de la population analysée (toutes les personnes en invalidité). Nous souhaitons néanmoins présenter plusieurs résultats, puisqu'il s'agit de la première étude de la MC permettant également d'examiner leur situation financière.

D'après nos analyses, il n'existe pas de différence significative entre la proportion d'indépendant-es (46%) ayant des difficultés à joindre les deux bouts avec le revenu de leur ménage et celle observée pour l'ensemble de la population analysée (47%). Aucun écart significatif n'a non plus été constaté en ce qui concerne les difficultés à payer certaines dépenses (59%), la nécessité de recourir à l'aide de la famille ou des ami-es (35%) ou celle d'emprunter (21%). Les indépendant-es indiquent toutefois significativement moins souvent avoir dû reporter des soins de santé (41% contre 48% pour l'ensemble de la population analysée). Ils et elles vivent également significativement moins souvent

dans une situation de privation matérielle et sociale (39% contre 51% pour l'ensemble de la population analysée).

Les indépendant-es indiquent aussi significativement plus souvent disposer, en plus de leur indemnité d'incapacité de travail, d'une assurance revenu garanti (11,6% contre 3,7% pour l'ensemble de la population analysée) et d'autres revenus (loyers, intérêts, dividendes, etc.) (8,4% contre 2,5%).

3.4. Recours aux soins de santé

Dans le tableau 5, le recours aux soins de santé et les dépenses restantes à charge du-de la patient-e en 2025 sont comparés entre des personnes en invalidité (groupe d'étude) et des personnes ne se trouvant pas en invalidité (groupe de contrôle).

Pour chaque type de soins de santé, la proportion de personnes y ayant eu recours au moins une fois en 2025 est d'abord présentée, tant pour le groupe d'étude que pour le groupe de contrôle. Ensuite, pour les personnes ayant effectivement eu recours à ce type de soins, le volume du

recours est indiqué (voir Tableau 1 pour l'unité de volume). Enfin, les dépenses restant à charge du-de la patient-e pour l'année 2025 sont présentées pour les personnes qui ont utilisé ce type de soins de santé.

Les résultats montrent que le groupe d'étude recourt plus fréquemment à chaque type de soins de santé que le groupe de contrôle. Parmi les personnes du groupe d'étude, 91% ont eu au moins un contact avec un-e médecin généraliste et 88% avec un-e spécialiste, contre respectivement 85% et 73% dans le groupe de contrôle. De même, la proportion de personnes ayant eu au moins une hospitalisation de jour est nettement plus élevée dans le groupe d'étude (32%) que dans le groupe de contrôle (19%). La seule exception concerne les contacts avec les dentistes pour lesquels les résultats observés dans la population d'étude (59%) et le groupe de contrôle (61%) sont quasi identiques.

Le volume de recours est également plus élevé dans le groupe d'étude. Par exemple, le nombre médian de contacts avec un-e kinésithérapeute est plus élevé dans ce groupe que dans le groupe de contrôle (18 contre 12 contacts par an). Parmi toutes les personnes ayant recours à des médicaments ambulatoires, le volume médian pour le groupe d'étude est supérieur à celui du groupe de contrôle (875 DDD contre 392 DDD).

Ce recours plus important aux soins se traduit par des **dépenses** plus élevées (tickets modérateurs et suppléments) pour les patient-es. Ainsi, la dépense médiane annuelle (par patient-e) chez les spécialistes est plus élevée dans le groupe d'étude (62 euros) que dans le groupe de contrôle (37 euros). De même, le montant médian payé annuellement pour les médicaments ambulatoires remboursables (70 euros) est supérieur à celui observé dans le groupe de contrôle (31 euros)²⁵. Enfin, on observe la même tendance pour les dépenses médianes annuelles en kinésithérapie (97 euros contre 71 euros dans le groupe de contrôle). Les résultats montrent également que les dépenses sont concentrées sur une partie des patient-es. Ainsi, 25% des personnes du groupe d'étude ayant été hospitalisées (P75) ont payé au moins 1.063 euros. Parmi les personnes en invalidité ayant eu recours à un-e kinésithérapeute en 2025, 25% (P75) ont payé au moins 217 euros.

Le tableau 5 fournit des informations sur les dépenses restantes à charge du-de la patient-e pour les personnes ayant recours à un type de soins de santé. Ces informations sont utiles pour identifier les types de soins pour lesquels les dépenses sont les plus élevées. Il est toutefois également important d'avoir une idée du montant total des dépenses restant à charge du-de la patient-e sur une année. À cette fin, les dépenses ont été calculées pour toutes les personnes faisant partie du groupe d'étude d'une part et du groupe de contrôle d'autre part (qu'elles aient ou non eu recours à un type de soins de santé). Le tableau 6 présente les dépenses totales, avant et après intervention du maximum à facturer (MAF).

Le tableau 6 montre que la dépense totale médiane à charge du-de la patient-e est plus élevée dans le groupe d'étude (382 euros) que dans le groupe de contrôle (173 euros). 16% des personnes en invalidité et 9% des personnes du groupe de contrôle bénéficient d'une intervention du MAF permettant le remboursement d'une partie des tickets modérateurs. Après intervention du MAF, la dépense totale médiane au sein du groupe d'étude (372 euros) reste supérieure à celle du groupe de contrôle (168 euros). Ce tableau illustre également que les dépenses sont concentrées sur un groupe limité de personnes. Après intervention du MAF, 25% des personnes en invalidité (P75) doivent encore payer au moins 748 euros de leur poche. Pour 10% des personnes en invalidité (P90), ce montant dépasse même 1.524 euros (montant repris dans le tableau).

Les analyses des données de facturation montrent clairement que les personnes en invalidité ont un recours plus élevé à diverses formes de soins de santé que celui observé dans le groupe de contrôle. En conséquence de ce recours accru aux soins, les dépenses restant à charge du-de la patient-e sont également plus élevées chez les personnes en invalidité.

25 Il s'agit ici uniquement des médicaments ambulatoires remboursables délivrés par les pharmacies publiques (circuit de facturation Pharmanet). Les médicaments non remboursables ne sont pas pris en compte, car les mutuelles ne disposent d'aucune donnée à ce sujet. Le montant annuel réel consacré aux médicaments est donc bien supérieur à celui indiqué dans le tableau.

Tableau 5 : Comparaison du recours et des dépenses de soins de santé entre des personnes en situation d'invalidité et celles qui ne le sont pas pour l'année 2025 (Source : MC)

Type de soins de santé		En situation d'invalidité (n=153.558)							Pas en invalidité (n=153.558)								
		Proportion d'utilisateur-rices	Volume*			Dépenses* (en euros) à charge du-de la patient-e				Proportion d'utilisateur-rices	Volume*			Dépenses* (en euros) à charge du-de la patient-e			
P25	P50		P75	P25	P50	P75	P25	P50	P75		Moyenne	P25	P50	P75	P25	P50	P75
Soins ambulatoires	Médecin généraliste	91%	4	8	12	4	10	24	21	85%	3	5	9	3	8	18	15
	Médecin spécialiste	88%	3	6	10	24	61	135	106	73%	2	3	6	14	37	85	70
	Soins infirmiers	15%	7	22	113	0	0	0	9	8%	7	23	200	0	0	0	6
	Dentiste	59%	1	2	3	4	26	79	152	61%	1	2	3	4	25	73	155
	Kinésithérapeute	36%	9	18	40	40	97	217	178	25%	7	12	22	31	71	156	124
	Médicaments	95%	367	875	1.651	31	70	133	101	84%	101	392	937	11	31	68	52
	Psychologue	36%	2	5	8	8	22	44	33	25%	2	4	7	4	16	33	24
Soins hospitaliers	Imagerie médicale	73%	1	3	4	3	10	30	23	60%	1	2	3	3	7	22	18
	Urgences	17%	1	1	1	15	27	45	36	12%	1	1	1	14	26	41	33
	Biologie clinique	81%	1	2	4	7	13	26	20	69%	1	2	3	4	13	17	15
	Hôpital de jour	32%	1	1	3	19	44	129	163	19%	1	1	2	17	36	108	159
Revalidation	Hospitalisation (classique)	22%	2	5	22	119	325	1.063	1.051	11%	2	4	9	103	274	923	946
		12%	11	314	365	0	0	40	34	6%	6	324	365	0	0	30	27

* uniquement pour les personnes qui y ont recours

Tableau 6 : Dépenses totales de santé en 2025 à la charge du-de la patient-e (Source : MC)

Dépenses totales à la charge du-de la patient-e, en euros	En situation d'invalidité				Pas en invalidité			
	P25	P50	P75	Moyenne	P25	P50	P75	Moyenne
Avant MAF	174	382	813	814	64	173	404	453
Après MAF	170	372	748	752	63	168	386	431

4. Discussion

4.1. Vulnérabilité financière

Environ la moitié des personnes (47%) en invalidité peuvent difficilement joindre les deux bouts avec le revenu du ménage. Ce résultat est inférieur à celui observé dans l'IALC (*Infra Annual Living Conditions*), où 70% des personnes en incapacité de travail de longue durée déclaraient en 2025 avoir plutôt à très difficilement la capacité de joindre les deux bouts avec le revenu disponible total du ménage, contre 38% dans l'ensemble de la population belge (STATBEL, 2026a). Cette différence s'explique par le fait que l'IALC ne propose que deux catégories de réponse : joindre les deux bouts (très) facilement ou (très) difficilement. Une catégorie intermédiaire, telle que celle utilisée dans notre enquête MC (« pas facilement, mais pas trop difficilement non plus »), dans laquelle se situent 42% des personnes en invalidité, n'existe pas. Néanmoins, l'IALC confirme également que les personnes en incapacité de travail de longue durée connaissent des difficultés financières.

Une comparaison entre le revenu du ménage autodéclaré dans l'enquête MC (voir Tableau 4) et le seuil de pauvreté de 2025 (revenu en dessous duquel une personne est considérée comme pauvre) (STATBEL, 2026d) illustre que les personnes en invalidité et leur ménage disposent de revenus très faibles. Pour les personnes isolées, par exemple, le seuil de pauvreté s'élève à 1.565 euros par mois en 2025. Selon nos analyses, pas moins de 62% des personnes isolées en invalidité doivent vivre avec un revenu juste inférieur (23%) ou juste supérieur (38%) à ce seuil de pauvreté. Si cette comparaison est effectuée pour

les autres situations familiales, on constate que 69% des familles monoparentales²⁶, 22% des couples²⁷ et 47% des couples avec enfants²⁸ disposent de revenus très faibles (juste en dessous ou au-dessus du seuil de pauvreté).

Les données objectives concernant les indemnités d'invalidité vont dans le même sens. Pour cela, nous avons comparé les indemnités minimales d'invalidité publiées sur le site de l'INAMI avec le seuil de pauvreté²⁹. En 2026, certaines indemnités minimales d'invalidité restent inférieures au seuil de pauvreté. C'est particulièrement le cas des indemnités minimales accordées aux travailleur-euses non régulier-ères³⁰. Par exemple, le minimum accordé à un-e travailleur-euse non régulier-ère avec charge de famille reste largement inférieur au seuil de pauvreté lorsqu'il s'agit d'un ménage composé d'un adulte avec un enfant (294 euros sous le seuil de pauvreté) ou avec plusieurs enfants (763 euros sous le seuil de pauvreté). Le minimum accordé à un-e travailleur-euse non régulier-ère sans charge de famille reste également inférieur au seuil de pauvreté pour une personne isolée (276 euros sous le seuil de pauvreté). Même parmi les travailleur-euses régulières, toutes les indemnités minimales ne dépassent pas le seuil de pauvreté. Par exemple, l'indemnité minimale accordée à un-e travailleur-euse régulier-ère avec charge de famille reste largement inférieure au seuil de pauvreté lorsqu'il s'agit d'un ménage composé d'un adulte et de deux enfants ou plus (477 euros).

Les difficultés à joindre les deux bouts avec le revenu du ménage se traduisent par des difficultés financières. Les personnes en invalidité ont des difficultés à payer leurs dépenses, doivent faire appel à l'aide de leur famille ou de leurs ami-es pour joindre les deux bouts ou doivent emprunter pour y parvenir.

26 Le seuil de pauvreté pour les familles monoparentales est de 2.035 euros pour un enfant et de 2.504 euros pour deux enfants.

27 Le seuil de pauvreté pour les couples est de 2.348 euros.

28 Le seuil de pauvreté pour les couples avec enfants est de 2.817 euros pour un enfant et de 3.287 euros pour deux enfants.

29 Pour ce faire, nous comparons les indemnités minimales au 1er janvier 2025 avec le seuil de pauvreté EU-SILC pour 2025.

30 Pour être considéré-e comme un-e « salarié-e régulier-ère », la personne en incapacité de travail doit remplir un certain nombre de conditions, dont un minimum de 120 jours de travail effectifs sur l'ensemble de sa carrière professionnelle. Toute personne ne remplissant pas toutes ces conditions est considérée comme un-e salarié-e non régulier-ère (INAMI, 2022).

Selon nos estimations, une personne en invalidité sur quatre (24%) a dû emprunter au cours de l'année écoulée afin de pouvoir payer certaines dépenses (les emprunts pour l'achat et les travaux de rénovation d'un logement ainsi que pour l'achat d'une voiture sont explicitement exclus). À première vue, ce pourcentage est proche des 25,8% de Belges qui, dans l'enquête SILC 2020, déclaraient avoir un emprunt en cours, à l'exception de l'emprunt contracté pour l'achat de la résidence principale (STATBEL, 2021). Dans l'enquête SILC, il apparaît toutefois que, parmi les personnes ayant un emprunt, dans 57,4% des cas, celui-ci concerne une voiture, possibilité que nous avons explicitement exclue dans notre enquête MC. En réalité, la proportion de personnes ayant contracté un emprunt qui ne concerne pas une voiture est donc beaucoup plus faible dans l'enquête SILC. Dans cette enquête, seul 1,4% de l'ensemble des emprunteur-euses déclare emprunter pour des soins de santé, alors que, dans notre enquête MC portant spécifiquement sur les personnes en invalidité, c'est le cas dans 30% des situations. La comparaison montre clairement que la proportion de personnes en invalidité devant emprunter pour joindre les deux bouts est plus élevée que dans la population belge, et que cet emprunt est beaucoup plus souvent nécessaire pour des dépenses de santé.

Les résultats de l'enquête MC montrent que la proportion de personnes en invalidité ayant des difficultés à joindre les deux bouts et rencontrant des difficultés financières est significativement plus élevée parmi les familles monoparentales, les ménages d'une personne, les 18-54 ans, les locataires, les personnes issues de l'immigration, les personnes ayant fait des études de courte durée, les personnes qui étaient au chômage ou ouvrier-ères avant leur incapacité de travail et les personnes avec le statut BIM. Ces résultats (aperçu des groupes les plus vulnérables) correspondent aux données de Statbel, selon lesquelles, dans la population générale, les personnes isolées, les familles monoparentales, les locataires, les personnes avec une scolarité courte, les personnes nées dans un pays hors de l'UE-27 et les personnes au chômage présentent un risque plus élevé de pauvreté et sont donc également plus vulnérables sur le plan financier (STATBEL, 2026c).

4.2. Des ressources financières limitées entraînent une déprivation

Certain-es personnes en invalidité parviennent à joindre les deux bouts parce qu'ils ou elles disposent, en plus de l'indemnité, d'autres ressources (épargne, héritage ou donation, bon revenu du/de la partenaire, aide de la famille et des ami-es) ou parce qu'ils ou elles combinent l'indemnité avec un revenu provenant d'une reprise partielle du travail. D'autres ne parviennent à joindre les deux bouts qu'en économisant sur les vêtements, l'alimentation, les frais d'eau, d'électricité et de chauffage, les loisirs et la santé. D'autres encore ne parviennent pas à joindre les deux bouts avec l'indemnité et doivent faire des choix, par exemple entre l'alimentation et les dépenses de santé.

Selon nos analyses, on peut estimer que pas moins de six personnes en invalidité sur dix rencontrent, au cours de l'année écoulée, des difficultés pour payer certaines dépenses. Les impôts/assurances (50%), l'eau, l'électricité et le chauffage (44%), les soins de santé (40%), l'alimentation et les boissons (37%) ainsi que le loyer ou le remboursement de l'emprunt hypothécaire (32%) sont les postes qui posent le plus souvent problème.

Les résultats relatifs à la **privation matérielle et sociale** suggèrent qu'une indemnité d'invalidité ne permet pas à environ la moitié des personnes en invalidité de se permettre des éléments que la plupart des personnes considèrent comme nécessaires pour mener une vie adéquate. Partir une semaine par an en vacances hors du domicile (58%) ou pouvoir faire face à une dépense imprévue (60%) constituent les difficultés les plus importantes. L'enquête SILC 2025 montre que 9,4% de la population belge vit en situation de privation matérielle et sociale. Elle fournit également des chiffres pour des groupes plus vulnérables, tels que les personnes au chômage (30,4%) et les autres inactif-ves (dont les personnes en incapacité de travail) (18,7%). Dans la population belge également, partir une semaine en vacances hors du domicile (19,5%) et être en mesure de faire face à une dépense imprévue (22,1%) constituent les difficultés les plus importantes (STATBEL, 2026b). La comparaison entre notre enquête MC et les données issues des enquêtes SILC montre que les personnes en invalidité se trouvent beaucoup plus souvent dans une situation de privation matérielle et sociale.

4.3. Obstacles financiers à l'accès aux soins de santé

Il ressort de nos analyses que les personnes en invalidité – donc confrontées à des problèmes de santé – ont **des difficultés à payer leurs soins de santé** (ou ceux de leur ménage). Selon nos estimations, pas moins de 48% ont dû, au cours de l'année écoulée, reporter des soins de santé ou ne pas y avoir eu recours en raison de difficultés financières. Par rapport à la population belge, ce report est très élevé. Nous pouvons le déduire des résultats de l'enquête de santé 2023-2024, selon lesquels « 11,9% des ménages indiquent qu'en raison de problèmes financiers, ils ont dû reporter des soins médicaux, des soins dentaires, achat de médicaments (prescrits), achat de lunettes et/ou des soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois » (Demarest, Maetens, & Charafeddine, 2025, p. 11). « Dans le premier quintile, correspondant aux 20% des ménages disposant des revenus équivalents les plus faibles, 28,5% déclarent avoir dû reporter des soins médicaux » (Demarest, Maetens, & Charafeddine, 2025, p. 14).

Les analyses de données de facturation relatives au recours aux soins de santé (voir point 3.4.) ont montré que la population d'étude (personnes en invalidité) a un recours aux soins de santé plus élevé que le groupe de contrôle (personnes qui ne sont pas en invalidité) (voir Tableau 5). Compte tenu de leur état de santé, cela est logique. Pourtant, il ressort de notre enquête MC que les personnes en invalidité reportent des soins de santé ou ne peuvent pas y recourir en raison de difficultés financières. Les analyses de données de facturation montrent que les dépenses de santé des personnes en invalidité sont effectivement élevées (et il ne s'agit ici que des dépenses liées aux soins remboursables) (voir Tableau 6). Cela laisse supposer que le recours aux soins serait encore plus élevé s'il n'existait pas de difficultés financières pour les payer. Les personnes en invalidité doivent parfois emprunter afin de payer des soins de santé. La proportion de personnes devant emprunter pour payer des soins de santé est, dans notre enquête MC (composée uniquement de personnes en invalidité), beaucoup plus élevée que dans la population belge. En effet, dans l'enquête SILC 2020, parmi toutes les personnes ayant déclaré avoir un emprunt en cours, seul 1,4% indiquait qu'il concernait des soins de santé (STATBEL, 2021), contre 30% dans notre enquête MC.

4.4. Le cercle vicieux de l'invalidité

Une part considérable des personnes en invalidité éprouve des difficultés à payer les soins de santé nécessaires, doit les reporter, y renoncer pour des raisons financières, voire emprunter pour les financer. Ce constat soulève des questions fondamentales quant à l'adéquation de la protection du revenu pendant une incapacité de travail de longue durée. Il s'agit en effet de personnes qui, en raison de graves problèmes de santé, ne sont pas en mesure de travailler.

La période d'invalidité devrait avant tout être une phase de rétablissement, au cours de laquelle les personnes reçoivent les soins et le soutien nécessaires pour améliorer leur état de santé et, lorsque cela est possible, préparer une reprise du travail. Lorsque l'accès aux soins de santé est toutefois entravé par des obstacles financiers, un cercle vicieux risque de s'installer. La vulnérabilité financière peut entraîner le report ou le renoncement aux soins de santé, ce qui peut ralentir, voire compromettre, le rétablissement. Une perspective de rétablissement moins favorable réduit ensuite les chances de reprise du travail, ce qui prolonge la période d'incapacité de travail et accentue encore la pression sur la situation financière.

Cela soulève la question de savoir dans quelle mesure l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée est également liée aux obstacles financiers auxquels elles sont confrontées dans l'accès aux soins de santé nécessaires. Bien que des recherches complémentaires soient nécessaires à ce sujet, il semble plausible que les difficultés financières ne soient pas seulement une conséquence de l'invalidité, mais puissent aussi constituer un facteur qui en prolonge la durée.

Du point de vue politique et sociétal, l'accès aux soins de santé nécessaires pour les personnes en invalidité devrait toujours être garanti. Cela peut être réalisé à la fois au moyen de l'indemnité d'invalidité et au moyen de mécanismes de protection complémentaires garantissant l'accessibilité financière des soins de santé. Il est crucial qu'il n'existe plus d'obstacles financiers dans l'accès aux soins de santé nécessaires pour soutenir le processus de rétablissement. À défaut, un cercle vicieux de problèmes de santé, de vulnérabilité financière et d'incapacité de travail de longue durée risque de s'installer. Garantir l'accès aux soins de santé doit dès lors être considéré comme une condition fondamentale du rétablissement, de la participation sociale et d'un retour durable au travail.

5. Recommandations

Ce dont les personnes en invalidité ont besoin, c'est d'une indemnité suffisamment élevée afin de joindre les deux bouts et pour payer tant les factures quotidiennes que les soins de santé, mais qui leur permet également de participer pleinement à la société. Nous formulons ci-dessous un certain nombre de recommandations susceptibles de contribuer à la réalisation de cet objectif.

5.1. Augmenter les indemnités minimales

Une première recommandation importante à cet effet consiste à **relever les indemnités minimales au moins jusqu'au montant du seuil de pauvreté et de préférence jusqu'à 10% au-dessus de ce seuil** (MC, 2023, p. 8). Comme l'indique l'annuaire *'Armoede en ongelijkheid'* (Pauvreté et inégalité) : « Les personnes qui [...] perçoivent des prestations sociales supérieures à 60% du revenu médian peuvent non seulement sortir plus rapidement de la pauvreté, mais sont également, à long terme, moins exposées au risque de retomber dans la pauvreté » (Coene, et al., 2024, p. 102, notre traduction)³¹.

Une première étape possible consiste à supprimer la différence entre les indemnités minimales des travailleur-euses régulier-ères et non régulier-ères en relevant le montant applicable aux travailleur-euses non régulier-ères au niveau de celui des travailleur-euses régulier-ères. Cette distinction repose sur le marché du travail d'il y a 60 ans et n'est plus pertinente aujourd'hui. Le minimum applicable aux travailleur-euses non régulier-ères est en outre basé sur le revenu d'intégration, ce qui n'est pas logique puisque les indemnités d'invalidité relèvent du secteur des revenus de remplacement et non de l'aide sociale.

5.2. Précompte professionnel sur l'indemnité d'invalidité

Une deuxième recommandation consiste à **prélever un précompte professionnel sur l'indemnité d'invalidité** (comme c'est déjà le cas pour les indemnités d'incapacité de travail primaire), afin d'éviter de recevoir un décompte fiscal final élevé l'année suivante. L'entrée en vigueur de cette mesure est actuellement prévue pour le 1er janvier

2027, après plusieurs années de report. Au moment de la rédaction du présent article, les modalités concrètes de cette mesure ne sont toutefois pas encore connues. Il convient en tout cas de veiller à **ne retenir des impôts que pour les groupes dont on peut s'attendre à ce qu'ils soient effectivement imposables**. Certaines personnes en invalidité perçoivent une indemnité tellement faible qu'elles ne sont pas soumises à l'impôt. **Il faut éviter que des retenues fiscales mensuelles ne soient opérées dans leur cas, ce qui réduirait encore davantage leur indemnité.**

5.3. Pas de statut de cohabitant pour les enfants domiciliés et le cohousing

Les chef-fes de famille monoparentale qui vivent avec leur(s) enfant(s) et perçoivent une indemnité d'invalidité au taux « avec charge de famille » voient soudainement leur indemnité diminuer et passent au statut de cohabitant-e dès que leur enfant dispose d'un revenu propre (si celui-ci dépasse un montant légalement fixé). Cette situation place la personne en invalidité dans une situation financière difficile, car son indemnité diminue fortement alors que son enfant ne contribue pas ou très peu aux dépenses quotidiennes. Dans ces situations, il conviendrait de **prévoir, pour la détermination du statut avec charge de famille, un plafond de revenus plus élevé pour les enfants vivant avec leur(s) parent(s) ou ancien tuteur**. Cette mesure ne concernerait donc pas uniquement les enfants et leurs parents biologiques, mais également les relations enfant-tuteur, enfant-famille d'accueil, enfant-parent adoptif, etc.

Le même problème se pose dans les situations de *cohousing* : vivre ensemble sans partager les dépenses, mais percevoir malgré tout une indemnité réduite parce qu'on est considéré comme cohabitant-e. Il existe certains codes que les communes peuvent utiliser afin que des personnes vivant sous le même toit ne soient pas enregistrées comme cohabitantes. Leur interprétation varie toutefois fortement d'une commune à l'autre, ce qui conduit à des statuts différents selon le lieu de résidence. Il est nécessaire d'établir des directives claires et uniformes ainsi qu'une reconnaissance spécifique des nouvelles formes de cohabitation dans le Registre national.

En outre, les personnes cohabitantes qui ne partagent pas leurs dépenses ont la possibilité de démontrer qu'elles ne forment pas un ménage commun et qu'elles assument

31 Le seuil de pauvreté est fixé à 60% du revenu médian.

seules la majeure partie de leurs dépenses. Toutefois, la procédure est lourde pour les demandeur-euses. C'est pourquoi nous proposons d'**automatiser la charge de la preuve que la personne concernée doit apporter pour démontrer qu'elle ne répond pas au critère du ménage commun**. Les mutualités pourraient demander ces informations directement auprès de bases de données centralisées. Enfin, une liste des éléments à prouver pourrait être mise à disposition, offrant davantage de sécurité juridique aux personnes concernées.

5.4. Indexations et maintien du bien-être

Jusqu'en 2025, l'enveloppe bien-être permettait d'augmenter les indemnités au-delà de l'indexation et d'assurer leur adaptation au bien-être par le biais de négociations bisannuelles. Pour la période 2025-2029, elle est toutefois remplacée par une enveloppe limitée. Cette économie s'ajoute au mécanisme de l'indexation partielle « par centimes » (*centenindex*), selon lequel, en 2026 et 2028, les salaires mensuels bruts supérieurs à 4.000 euros et les indemnités supérieures à 2.000 euros ne bénéficieront plus d'une indexation complète. Ces deux mesures d'économie risquent de compromettre le pouvoir d'achat des bénéficiaires d'indemnités. Notre recommandation est de **maintenir une indexation complète des indemnités et de continuer à garantir leur adaptation au bien-être au moyen d'une révision (bi)annuelle des indemnités d'invalidité**.

5.5. Augmenter la prime de rattrapage

Nous recommandons également d'**harmoniser la prime de rattrapage accordée aux personnes en incapacité de travail depuis plus d'un an avec le pécule de vacances des pensionné-es** (MC, 2023, p. 18). Les personnes en invalidité perçoivent déjà actuellement une prime de rattrapage, mais celle-ci est d'un montant inférieur. Son relèvement au niveau du pécule de vacances des pensionné-es permettrait aux personnes en invalidité de disposer de revenus supplémentaires et de vivre temporairement un peu plus confortablement (dans l'attente que toutes les indemnités dépassent le seuil de pauvreté), ou de disposer d'une marge financière pour les loisirs (et pouvoir partir en vacances de temps à autre).

5.6. Rendre les dépenses de logement et d'énergie plus accessibles

Les dépenses liées à l'eau, l'électricité et le chauffage pèsent lourdement sur le budget des personnes en invalidité et de leur ménage. Il pourrait être **envisagé d'étendre le tarif social pour l'énergie aux personnes en invalidité les plus vulnérables**.

Une partie des personnes en invalidité et leur ménage doivent se tourner vers le marché locatif privé, ce qui est très difficile à concilier avec leur budget familial. Un logement social pourrait constituer une solution, mais les listes d'attente sont longues. En 2026, 215.337 ménages étaient inscrits sur une liste d'attente en Flandre (VRT, 2026). Début 2025, 55.572 candidat-es locataires figuraient sur la liste d'attente pour un logement social à Bruxelles (IBSA, 2026). En Wallonie, il s'agit de près de 50.000 ménages (Le soir, 2025). **Des investissements publics supplémentaires et soutenus dans la construction de nouveaux logements sociaux et dans la rénovation (écoénergétique) du parc existant sont dès lors urgents et nécessaires**.

5.7. Rendre les soins de santé plus abordables

Afin de rendre les soins de santé plus accessibles financièrement pour les personnes en invalidité, la lutte contre les suppléments est importante. **Le conventionnement doit être mieux garanti**, afin que les patient-es disposent d'une sécurité tarifaire et que les consultations auprès des prescripteurs de soins soient financièrement abordables.

Les personnes en invalidité sont confrontées à un revenu faible et peuvent avoir droit au statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM), ce qui leur permet d'obtenir un remboursement plus élevé des soins de santé. Il reste important d'informer les personnes en invalidité de cette possibilité et de les encourager à vérifier si elles remplissent les conditions pour en bénéficier. De nombreuses initiatives positives ont été développées ces dernières années dans ce domaine. Depuis le 1er octobre 2024, l'attribution automatique du statut BIM est entrée en vigueur pour les personnes isolées qui sont en incapacité de travail ou au chômage depuis plus de trois mois. **Nous demandons de poursuivre le développement d'une attribution proactive et d'élargir encore l'attribution (semi-) automatique du statut BIM**.

Conclusion

Les personnes en invalidité sont en incapacité de travail depuis au moins un an en raison de problèmes de santé et perçoivent dès lors une indemnité d'invalidité. Celle-ci devrait leur permettre, ainsi qu'à leur ménage, de joindre les deux bouts, de payer leurs soins de santé et de participer à la société.

Les résultats de cette étude montrent que vivre avec une indemnité d'invalidité constitue un défi considérable. Selon nos estimations, près de la moitié des personnes en invalidité (47%) éprouve des difficultés à joindre les deux bouts avec le revenu de leur ménage, ce qui se traduit par de multiples problèmes financiers. 63% rencontrent des difficultés pour payer certaines dépenses, 48% reportent des soins de santé ou y renoncent pour des raisons financières et 34% dépendent du soutien de leur famille ou de leurs ami-es. En outre, un ménage sur quatre doit emprunter pour faire face à des dépenses essentielles et environ la moitié vit dans une situation de privation matérielle et sociale. Les personnes isolées, les familles monoparentales, les locataires, les personnes issues de l'immigration, les personnes ayant eu une scolarité de courte durée, les personnes qui étaient ouvrier-ères ou au chômage avant leur incapacité de travail ainsi que les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) apparaissent particulièrement vulnérables. Dans le même temps, les analyses des données de facturation de la MC montrent que les personnes en invalidité recourent davantage aux soins de santé et supportent des dépenses plus élevées que les personnes qui ne sont pas en invalidité. Paradoxalement, pour une part importante d'entre elles, l'indemnité ne suffit pas à couvrir financièrement ces besoins accrus en soins de santé.

L'invalidité ne peut être comprise uniquement comme une problématique médicale ou individuelle, mais aussi comme une question sociale dans laquelle la santé, le revenu, l'accès aux soins de santé et la participation à la société sont étroitement liés. Les résultats mettent en évidence une vulnérabilité structurelle des personnes en invalidité : nombre d'entre elles disposent de ressources financières insuffisantes pour mener une existence digne, vivent une situation de privation matérielle et sociale et sont confrontées à des obstacles financiers dans l'accès aux soins de santé nécessaires. Cette situation est d'autant plus problématique qu'il s'agit précisément de personnes présentant des besoins de soins accrus et souvent de longue durée, pour lesquelles l'accès aux soins constitue une condition essentielle de stabilisation, de rétablissement et d'éventuelle réintégration. Lorsque la protection des revenus est insuffisante et que les coûts liés aux soins de santé ne sont pas suffisamment pris en charge, l'invalidité risque de se traduire par un processus cumulatif de précarisation, de report des soins, de détérioration de la santé et d'exclusion durable du marché du travail.

Cette étude ouvre dès lors un débat sociétal plus large sur les objectifs de notre sécurité sociale. Si celle-ci ne vise pas uniquement à compenser une perte de revenus, mais également à garantir des possibilités réelles de rétablissement, d'autonomie et de participation sociale, alors la protection financière des personnes en invalidité doit être fondamentalement renforcée. Cela suppose une vision politique qui dépasse une conception étroite de l'activation et reconnaît qu'une réintégration durable n'est possible que lorsque les personnes disposent d'abord de moyens d'existence suffisants, de soins de santé accessibles et d'un soutien social adéquat. Cela implique que l'invalidité ne doit pas conduire à la pauvreté ou à l'exclusion, mais être abordée comme une responsabilité collective. Une société qui prend au sérieux le rétablissement et la participation doit garantir que la maladie ne débouche pas sur une vulnérabilité financière et que chacun-e, indépendamment de son état de santé ou de sa position sur le marché du travail, conserve l'accès aux conditions nécessaires à une vie digne.

Bibliographie

- Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, R. (2016). La situation financière et sociale des invalides. *MC-Information*, 266, 3-15.
- Avalosse, H., Verniest, R., & Van Winckel, H. (2002). Situation financière et sociale des invalides. *MC-Information*, Édition spéciale 1.
- Coene, J., Degerickx, H., Dewilde, C., Ghys, T., Hubeau, B., Marchal, S., . . . Vandenhoe, W. (2024). *Armoede en ongelijkheid: jaarboek 2024*. Leuven : Acco.
- Conseil supérieur de l'emploi. (2024). *Incapacité de travail et réintégration des salariés sur le marché de l'emploi*. Bruxelles : Conseil supérieur de l'emploi.
- De Brouwer, O., & Tojerow, I. (2018). Quels sont les déterminants des disparités géographiques de taux d'invalidité en Belgique ? *Revue belge de sécurité sociale*, 1, 5-63.
- Demarest, S., Maetens, A., & Charafeddine, R. (2025). *Enquête de santé 2023-2024. Accessibilité financière aux soins de santé*. Bruxelles : Sciensano.
- Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., & Dedonder, J. (2022). *Baromètre de l'inclusion numérique 2022*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Gelade, W., & Saks, Y. (2024). Rising number of sick pay recipients in Belgium : causes and results of reintegration policies. *NBB Economic Review*, 3.
- Ghesquiere, F. (2023). Emploi, non emploi et niveau de vie : les chiffres du débat. *Regards statistiques N°10*.
- Ghosh, B. (1979). A comparison of some approximate confidence intervals for the binomial parameter. *Journal of the American Statistical Association*, 74(368), 894-900.
- Henry, H. (2026). Quels sont les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail ? *Santé & Société*, 18, 64-90.
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). Comment les membres de la MC perçoivent-ils l'accompagnement vers le retour au travail ? *Santé & Société*, 11, 42-70.
- IBSA. (2026). *Logement*. Consulté le 13 août 2026, sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnitees/statistiques-2025>.
- INAMI. (2019). *Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides : travailleurs salariés - Période 2008-2017. Note CI 2019/13*. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2022). Qualité de travailleur régulier dans le régime des travailleurs salariés. *Bulletin d'Information*, 2021(3), 65-79.
- INAMI. (2026a). *Aperçu de la situation de l'invalidité pour la période 2020-2025. Note CI 2026/35*. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2026b). *Statistiques portant sur les indemnités d'invalidité en 2025*. Consulté le 7 juillet 2026, sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnitees/statistiques-2025>.
- Jacobs, K. (2025). *De impact van verzuim ? Bereken je directe en indirecte kosten*. Consulté le 27 février 2026, sur <https://www.sdworx.be/nl-be/nieuws-inspiratie/afwezigheden/blog-verzuimkosten>.
- Le soir. (2025). *Le logement social parent pauvre du marché locatif*. Récupéré sur <https://www.lesoir.be/699720/article/2025-09-18/le-logement-social-parent-pauvre-du-marche-locatif>.
- Marique, C. (2022). *Les personnes en arrêt de travail pour dépression ou burnout, quelle réinsertion professionnelle ?* Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain.
- MC. (2023). *Fondements pour un meilleur Produit de Bien-être Brut - Mémoire MC-CM pour les élections 2024*. Bruxelles : MC.
- Netwerk tegen armoede. (2025). *Dossier Ziekte en Werk : Mensen in armoede aan het woord*. Brussel: Netwerk tegen armoede.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, 24(188), 457-458.
- STATBEL. (2021). *Plus de 4,5 millions de Belges sont dans l'incapacité d'épargner*. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/plus-de-45-millions-de-belges-sont-dans-lincapacite-depargner>.
- STATBEL. (2026a). *Suivi des conditions de vie*. Consulté le 15 juin 2026, sur https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.3%20Bien%20C3%AAtre/IALC_FR_ANNUAL_2025.xlsx.
- STATBEL. (2026b). *Privation matérielle et sociale*. Consulté le 27 février 2026, sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/privation-materielle-et-sociale#documents>.
- STATBEL. (2026c). *Indicateurs SILC 2019-2025*. Consulté le 11 mars 2026, sur https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.1%20Armoederisico/Publication_Silc_STATBEL_FR.xlsx.

- STATBEL. (2026d). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Consulté le 4 mars 2026, sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale#news>.
- Van Mechelen, N., & Buysse, L. (2019). *De re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt: stand van zaken en knelpunten*. In K. Hermans, J-M. Dubois, & A. Vanroose (Red.) *Armoede en handicap in België* (pp. 109-147). Brussel: FOD Sociale Zekerheid en POD Maatschappelijke Integratie.
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert, L. (2021). Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité. *MC-Information*, 284, 33-40.
- VRT. (2026). *Vlaanderen wil tegen 2024 zo'n 56.000 sociale woningen bouwen*. Récupéré sur <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2026/04/07/vlaanderen-wil-tegen-2024-tot-56-000-extra-sociale-woningen-bijb/>.
- Wilson, E. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, 22(158), 209-212.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, 1(2), 217-235.



L'interdiction des suppléments d'honoraires en ambulatoire pour les bénéficiaires de l'intervention majorée

Effets sur les pratiques tarifaires des médecins et les coûts à charge des patient-es

Clara Noirhomme — Service d'études MC-CM

Remerciements à Hervé Avalosse et Benoît Rousseau

Résumé

Depuis le 1er janvier 2025, les médecins ne peuvent plus facturer de suppléments d'honoraires en ambulatoire aux bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) octroyée automatiquement. Cette réforme vise à améliorer l'accessibilité financière des soins pour les publics les plus vulnérabilisés. À partir des données de facturation de la Mutualité chrétienne, pondérées pour être représentatives de la population belge, cette étude analyse les effets de cette mesure sur les pratiques tarifaires des médecins et sur les coûts des soins à charge des patient-es. Les résultats montrent une forte diminution des suppléments chez les BIM concernés, mais également une augmentation chez les non-BIM, suggérant un effet de déplacement. Parallèlement, les prestations 'non remboursables' déclarées via les codes de transparence prennent une place croissante parmi les montants facturés aux patient-es. Au total, les montants facturés sous forme de suppléments ou de prestations non remboursables augmentent entre 2024 et 2025. Enfin, cette évolution se traduit par une hausse globale des coûts totaux restant à charge des patient-es (tickets modérateurs, suppléments et frais non remboursables), malgré la réduction de certains suppléments. L'analyse souligne ainsi les limites d'une protection ciblée sur les seuls BIM dans un contexte où les inégalités de santé sont marquées par un gradient socio-économique continu.

Mots-clés : Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (BIM), suppléments d'honoraires, contributions personnelles, prestations non remboursées, accessibilité financière, étude quantitative

Table des matières

Introduction	40
1. Contexte	42
1.1. Le statut BIM et ses sources	42
1.2. L'interdiction de facturation des suppléments pour les BIM	43
1.3. Mise en œuvre et champ d'application	43
2. Méthodologie	44
2.1. Sources de données et champ de l'étude	44
2.2. Construction des indicateurs et variables d'analyse	44
2.3. Enregistrement des données de facturation	45
2.4. Limites	46
3. Résultats	46
3.1. Bénéficiaires du statut BIM et source du droit	46
3.2. Évolution de la facturation de frais additionnels sur la dernière décennie	48
3.3. Effet différencié de l'interdiction de facturation des suppléments selon le statut	50
3.4. Évolution des frais additionnels après prise en compte des codes de transparence	52
3.4.1. Part des prestations non remboursables dans les frais additionnels selon le statut BIM	53
3.4.2. Nature des codes utilisés	53
3.5. Frais additionnels selon le type de prestation	53
3.6. Frais additionnels selon la spécialité	54
3.7. Conséquences pour les patient-es	56
3.7.1. Évolution des contributions personnelles selon le statut BIM	56
3.7.2. Évolution des contributions personnelles selon le revenu	56
4. Discussion	59
4.1. Profils des BIM	59
4.2. Un effet de déplacement plutôt qu'une réduction globale	59
4.3. Les limites d'une protection ciblée et binaire	60
4.4. Des marges d'adaptation variables selon les spécialités	61
4.5. Implications pour l'extension de la mesure en 2026	62
5. Recommandations	62
Conclusion	64
Bibliographie	65
Annexes	66

Introduction

L'accessibilité financière des soins ambulatoires constitue un enjeu central des politiques de santé, en particulier pour les populations socio-économiquement vulnérabilisées. En Belgique, si des mécanismes comme l'« intervention majorée » limitent les tickets modérateurs, les suppléments d'honoraires restaient jusqu'à récemment peu encadrés en ambulatoire, laissant subsister des marges importantes de variation des coûts à charge des patient-es.

Dans ce contexte, la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé introduit une évolution importante visant à renforcer la protection des publics les plus fragilisés, en interdisant la facturation de suppléments d'honoraires par les médecins pour certaines catégories de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Depuis le 1er janvier 2025, cette interdiction s'applique aux BIM, lorsque ce statut est octroyé au-

tomatiquement, avant une extension prévue en 2026 à l'ensemble des bénéficiaires du statut. Cette mesure marque une évolution notable du mode de régulation tarifaire, en déplaçant le centre de gravité d'un système fondé principalement sur le conventionnement des médecins vers une protection ciblée de certains groupes de patient-es.

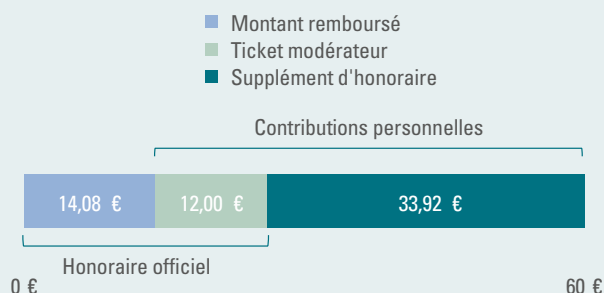
Si cette réforme vise explicitement à améliorer l'accessibilité financière des soins, il importe d'en évaluer l'application pour en observer les effets réels. Par ailleurs, l'introduction concomitante de nouveaux dispositifs de facturation des prestations non remboursables tels que les codes de transparence, renforce encore la nécessité d'analyser finement les mécanismes à l'œuvre et leurs interactions.

Cette étude vise à **analyser les effets de cette interdiction de facturation de suppléments d'honoraires sur les pratiques de facturation en soins ambulatoires des médecins**. Quatre questions de recherche principales structurent l'analyse. Premièrement, comment la réforme a-t-

✕ Les différentes composantes d'une facture ambulatoire

Le coût d'une prestation repose d'abord sur un honoraire officiel fixé dans la nomenclature des soins de santé, qui est composé du remboursement par l'assurance obligatoire (AO) et du ticket modérateur, qui est la partie de l'honoraire à charge des patient-es. Lorsque le-la prestataire est conventionné-e, il-elle s'engage à respecter cet honoraire et à ne pas facturer de suppléments. En revanche, les prestataires partiellement ou non conventionnés peuvent s'en écarter et facturer des suppléments d'honoraires. Le coût total d'une prestation se compose ainsi d'une part prise en charge par l'AO, correspondant au montant remboursé, et d'une part à charge du patient, les « contributions personnelles ». Ces dernières comprennent le ticket modérateur, fixé règlementairement, ainsi que, le cas échéant, des suppléments d'honoraires et des prestations non remboursables, librement déterminés par le prestataire. Parmi ces derniers figurent notamment certaines prestations entièrement hors nomenclature, qui ne donnent lieu à aucun remboursement et sont donc intégralement à charge du-de la patient-e.

L'exemple ci-dessous illustre la décomposition des coûts d'une consultation ambulatoire facturée 60 euros par un médecin spécialiste en 2025, en distinguant la part remboursée, le ticket modérateur et les suppléments d'honoraires.



Montant indicatif non-BIM, prestation 102012

elle affecté la répartition des suppléments d'honoraires entre les différentes catégories de patient-es, en particulier entre bénéficiaires et non-bénéficiaires de l'intervention majorée, ainsi qu'au sein même des bénéficiaires selon le mode d'octroi du droit ? Deuxièmement, comment ont évolué les différents frais additionnels à charge des patient-es, en distinguant les suppléments d'honoraires et les prestations non remboursables, notamment ceux liés aux codes de transparence ? Troisièmement, ces évolutions varient-elles selon les spécialités médicales et le type de prestations réalisées ? Enfin, quelles sont les conséquences pour les patient-es en termes de contributions personnelles et de charge financière des soins par rapport à leur revenu ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à ces questions, la présente étude mobilise des données de facturation de la Mutualité chrétienne (MC), permettant d'observer finement les montants effectivement à charge des patient-es pour des soins ambulatoires prestés par des médecins, et de les replacer ensuite dans l'ensemble des contributions personnelles pour les soins de santé, au-delà des seuls soins ambulatoires. Ces données sont en outre pondérées afin de produire des estimations représentatives au niveau de la population belge. L'analyse distingue explicitement

les BIM selon la source de leur droit (octroi automatique ou sur base d'une enquête sur les revenus), une dimension encore peu explorée dans la littérature. Elle intègre également l'analyse des montants déclarés via les codes de transparence, afin de mieux appréhender les formes de facturation situées en dehors des suppléments d'honoraires au sens strict.

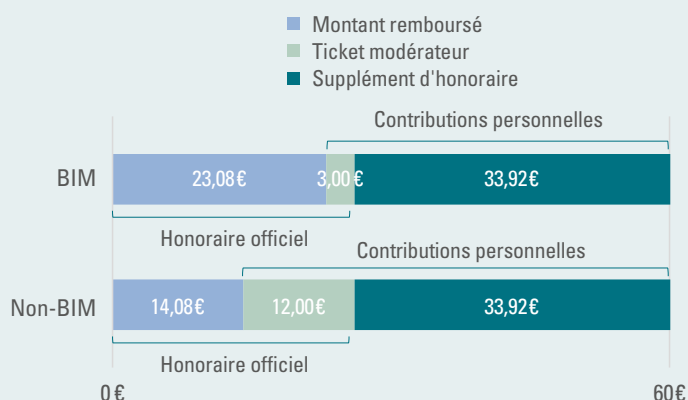
Les « frais additionnels à charge des patient-es » désignent ici l'ensemble des montants facturés en dehors des honoraires prévus par l'assurance obligatoire, incluant les suppléments d'honoraires ainsi que les prestations non remboursables, notamment ceux enregistrés via les codes de transparence. Cette définition exclut explicitement les tickets modérateurs, qui relèvent d'un autre mécanisme de contribution financière. Les contributions personnelles, quant à elles, désignent l'ensemble des montants à charge des patient-es après remboursement de l'assurance obligatoire. Elles incluent les tickets modérateurs ainsi que les frais additionnels.

L'étude est structurée comme suit. La section 1 présente le contexte institutionnel et les éléments de la réforme. La section 2 décrit les données et la méthodologie mobilisées. La section 3 expose successivement les résultats relatifs

✕ Principe de réduction du ticket modérateur dans le cadre du statut BIM

Pour une même prestation de soins, l'honoraire légal est identique quel que soit le statut du-de la patient-e. En revanche, sa décomposition entre la part remboursée par l'assurance obligatoire et le ticket modérateur (part à charge du-de la patient-e) varie selon que la personne bénéficie ou non du statut BIM. Le statut BIM donne droit à un taux de remboursement plus élevé et, par conséquent, à un ticket modérateur réduit. Dans l'exemple de la consultation chez un-e médecin spécialiste présenté dans la figure ci-dessous, le ticket modérateur passe ainsi de 12 euros pour un-e patient-e non-BIM à 3 euros pour un-e patient-e BIM.

Les éventuels suppléments d'honoraires ne sont toutefois pas concernés par ce mécanisme et restent entièrement à charge du-de la patient-e. C'est précisément cette composante de la facture qui est visée par la réforme analysée dans cette étude.



au profil des bénéficiaires, à l'évolution des suppléments et prestations non remboursables, aux effets différenciés de la réforme selon le statut BIM, aux interactions entre les différentes formes de frais additionnels, ainsi qu'aux variations selon les spécialités et les types de prestations. La section 4 en discute les implications, avant de formuler des recommandations en section 5.

1. Contexte

1.1. Le statut BIM et ses sources

Le statut BIM constitue un dispositif central de protection financière dans le système belge d'assurance obligatoire soins de santé. Il vise à améliorer l'accessibilité aux soins pour les personnes disposant de ressources limitées, principalement en réduisant le montant des tickets modérateurs grâce à un taux de remboursement plus élevé. Il s'accompagne également d'autres mécanismes, tels que l'application du tiers payant pour les consultations chez le ou la médecin généraliste, limitant l'avance de frais par les patient-es, ainsi qu'un plafond spécifique dans le cadre du maximum à facturer (MAF social), qui réduit le montant total des tickets modérateurs restant à charge des ménages (INAMI, 2026a).

Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée peut être obtenu selon **deux modalités principales** (INAMI, 2026b) :

1. **Octroi sur la base d'une enquête sur les revenus (BIM 'revenus')** : le statut peut être obtenu à la suite d'une vérification des revenus par la mutualité. Il est accordé lorsque les ressources du ménage ne dépassent pas les plafonds définis, appréciés sur une base annuelle ou, dans certaines situations, sur une base mensuelle lorsque les revenus ont récemment diminué. Ce mode d'octroi implique des démarches de la part des personnes concernées.
2. **Octroi automatique (BIM 'droit social')** :
 - a. Le statut est **accordé automatiquement à certains bénéficiaires de droits sociaux**, notamment les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS), de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou encore d'allocations pour personnes en situation de handicap. Dans ces situations, le droit est octroyé sur base des informations transmises par les administrations compétentes, une enquête sur les revenus ayant déjà été réalisée dans le cadre de l'octroi de ces droits ;
 - b. Il peut également être **accordé sur la base d'une vérification automatisée des revenus** (depuis octobre 2024) pour les personnes isolées (avec ou sans enfant à charge) en chômage ou en incapacité de travail primaire depuis au moins trois mois ou en invalidité. Dans ces cas, les revenus sont vérifiés automatiquement sur base de données administratives, sans démarche de la part des personnes elles-mêmes. Lorsque les revenus sont inférieurs aux plafonds applicables, le statut est accordé.



Plafonds de revenus pour obtenir le statut BIM

Pour obtenir le statut BIM, le revenu annuel brut imposable doit être inférieur à 28.054,93 euros, soit environ 2.340 euros brut par mois pour une personne isolée, majoré d'environ 430 euros brut par mois par personne supplémentaire (montants au 1er janvier 2026). Dans certaines situations indiquant une baisse récente des revenus, une évaluation plus flexible est appliquée sur base des revenus mensuels, avec un plafond légèrement plus élevé (environ 2.390 euros brut par mois pour un isolé) (INAMI, 2026c).

À titre illustratif, le seuil de risque de pauvreté s'élève en 2026 à 3.287 euros nets pour un ménage de deux adultes avec deux enfants (STATBEL, 2026). Le plafond d'accès au statut BIM s'élève quant à lui à environ 3.600 euros brut par mois. Il convient de souligner que ces montants correspondent à des revenus bruts, et donc à des niveaux de revenus nets effectivement disponibles plus faibles. Dans ce contexte, les plafonds d'accès au statut BIM apparaissent proches de ces seuils, confirmant que le dispositif cible principalement des ménages aux ressources limitées.

1.2. L'interdiction de facturation des suppléments pour les BIM

L'interdiction de facturation de suppléments d'honoraires aux BIM s'inscrit dans le cadre de la **loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé**, dont l'article 22 introduit ce principe afin de renforcer l'accessibilité financière des soins ambulatoires.

Cette réforme intervient dans un contexte où, jusqu'alors, la sécurité tarifaire pour les soins ambulatoires¹ reposait principalement sur le **conventionnement des prestataires** (voir encadré *Les différentes composantes d'une facture ambulatoire*). Toutefois, bien que le taux de conventionnement des médecins apparaisse globalement élevé, il ne garantit pas nécessairement une protection tarifaire effective pour l'ensemble des patient-es.

En effet, comme le montre une analyse récente de l'Agence Intermutualiste, alors que les chiffres officiels indiquent qu'environ 90,7% des médecins généralistes et 75,3% des spécialistes sont totalement conventionnés, ces proportions sont plus faibles lorsqu'on se limite aux médecins effectivement actifs en soins ambulatoires (respectivement 87,6% et 58%). L'écart se creuse encore lorsque l'on considère le volume de consultations : seuls 48,6% des consultations de spécialistes sont effectuées par des médecins totalement conventionnés (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023). Cette situation masque par ailleurs d'importantes disparités entre spécialités. La part d'activité totalement conventionnée est particulièrement faible en dermatologie (15,7%), en ophtalmologie (18,7%) et en gynécologie (26,1%), tandis qu'elle est particulièrement élevée chez les généralistes (89,2%), les oncologues (91,9%) et les spécialistes en médecine interne (92,1%).

Cette limite apparaît également pour les bénéficiaires de l'intervention majorée : en 2022, 57% des consultations des patient-es BIM sont attestées par des médecins totalement conventionnés, contre 46% pour les patient-es non-BIM. Si cette proportion est plus élevée, elle implique néanmoins que 43% des consultations des BIM sont réalisées auprès de médecins partiellement ou non conventionnés, ce qui souligne les limites de leur protection tarifaire effective (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023).

Dans ce contexte, la question des **contributions personnelles à charge des patient-es**, et en particulier des sup-

pléments d'honoraires, constitue un enjeu central d'accessibilité financière. Le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) sur l'équité dans les soins de santé met en évidence le poids important de ces contributions pour les ménages les plus vulnérables, en soulignant notamment que les montants des tickets modérateurs et des suppléments peuvent représenter une charge financière significative, en particulier pour les bas revenus (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Jusqu'à l'introduction de l'interdiction des suppléments pour les BIM, la protection tarifaire en ambulatoire reposait donc principalement sur le conventionnement : les prestataires conventionnés s'engagent à respecter les tarifs officiels de l'INAMI, tandis que les prestataires non conventionnés disposent d'une liberté tarifaire. Malgré l'existence de mécanismes de protection financière tels que l'intervention majorée (BIM) et le maximum à facturer (MAF), qui limitent les tickets modérateurs, **aucun encadrement généralisé des suppléments d'honoraires n'existait donc pour les soins ambulatoires**.

Dans ces conditions, le système assurait une protection partielle et inégale selon les parcours de soins, en particulier pour les patient-es en situation de vulnérabilité socio-économique. Dès lors, le législateur a souhaité garantir aux patient-es BIM un accès aux soins ambulatoires aux tarifs de l'assurance obligatoire, indépendamment du statut de conventionnement des médecins (AR du 17 mars 2024).

Cette mesure marque une évolution du modèle de régulation tarifaire, en passant d'un système reposant principalement sur le conventionnement des médecins à une protection ciblée de certains patient-es, indépendamment du statut de conventionnement des médecins.

1.3. Mise en œuvre et champ d'application

Cette disposition est mise en œuvre par l'**arrêté royal du 12 mars 2024**, qui en précise le champ d'application. Son entrée en vigueur est organisée en **deux phases** :

- 1er janvier 2025 : application aux bénéficiaires de l'intervention majorée, lorsque ce statut est attribué automatiquement ;

¹ En matière hospitalière, des mécanismes de régulation des suppléments d'honoraires existent déjà, notamment l'interdiction de facturer des suppléments en chambre commune ou double.

- 1er janvier 2026 : extension à l'ensemble des bénéficiaires BIM, y compris ceux et celles bénéficiant du statut après enquête sur leurs revenus.

L'interdiction vise uniquement les **suppléments d'honoraires liés à des prestations remboursées** et facturées par des médecins (généralistes ou spécialistes). Elle ne couvre donc pas l'ensemble des frais pouvant être facturés aux patient-es, notamment certains coûts spécifiques ou prestations non remboursables. Elle concerne exclusivement les **soins ambulatoires** et ne s'applique pas aux soins réalisés dans le cadre d'une hospitalisation classique, ni aux hospitalisations de jour (AR du 12 mars 2024).

Dans certains cas, des suppléments peuvent toutefois être facturés sans être couverts par l'interdiction. L'arrêté royal précise en effet que l'interdiction vise uniquement les honoraires liés à des prestations remboursées et ne remet pas en cause les dispositions des accords et conventions médico-mutualistes, qui peuvent autoriser certains suppléments, notamment pour des prestations spécifiques (par exemple liées à des dispositifs médicaux) ou à condition que le-la patient-e en soit informé-e au préalable.

2. Méthodologie

2.1. Sources de données et champ de l'étude

Cette étude repose sur les **données de facturation des prestations ambulatoires** des membres de la Mutualité chrétienne (MC), issues de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale. L'analyse principale porte sur les prestations ambulatoires au sens strict dispensées par les médecins (consultations, visites et avis et actes techniques), à l'exclusion des prestations liées à une hospitalisation de jour. Ce périmètre correspond à celui de l'interdiction de facturation des suppléments d'honoraires en soins ambulatoires prévue dans la loi du 29 novembre 2022.

Les données analysées permettent également d'observer, au-delà de ces prestations ambulatoires, l'ensemble des montants effectivement à charge des patient-es. L'étude distingue dès lors deux niveaux d'analyse.

Le premier concerne les **frais additionnels** liés aux prestations ambulatoires des médecins, qui comprennent :

- Les **suppléments d'honoraires**, correspondant aux montants facturés au-delà de l'honoraire officiel pour des prestations remboursables ;
- Les **prestations non remboursables**, c'est-à-dire pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire n'est prévue.

Le second concerne les **contributions personnelles**, qui correspondent à l'ensemble des montants restant à charge des patient-es observables dans les données mutualistes. Elles comprennent :

- Tous les tickets modérateurs nets après intervention du maximum à facturer (MAF) ;
- Tous les suppléments d'honoraires, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation (classique ou de jour) ;
- Toutes les prestations non remboursables enregistrées dans les données mutualistes.

Les contributions personnelles permettent ainsi d'appréhender la charge financière globale supportée par les patient-es pour les soins et médicaments connus dans le cadre de l'exécution de l'assurance obligatoire.

En ce qui concerne **la période d'observation**, l'analyse principale compare le premier semestre 2024 (S1 2024) au premier semestre 2025 (S1 2025). Ce choix vise à garantir une comparabilité temporelle tout en assurant une complétude suffisante des données les plus récentes – les données du second semestre 2025 pouvant être encore partiellement manquantes au moment de l'extraction (juin 2026).

En complément, une analyse longitudinale de l'évolution des suppléments d'honoraires est réalisée sur une période plus longue, couvrant les années 2016 à 2025, afin de replacer les évolutions observées dans une dynamique de plus long terme. Enfin, les analyses portant sur les contributions personnelles reposent sur les données annuelles complètes pour les années 2024 et 2025. Ce choix est nécessaire afin de pouvoir calculer les tickets modérateurs nets après intervention du maximum à facturer (MAF), qui s'apprécie sur une base annuelle.

2.2. Construction des indicateurs et variables d'analyse

Afin de garantir la **représentativité des résultats par rapport à la population belge**, les données MC ont été pondérées à l'aide des fichiers de population de l'Agence Intermutualiste. La pondération corrige les différences de

structure entre la population MC et la population belge selon l'année, l'âge, le sexe, le statut BIM et la province de résidence, permettant d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population couverte par l'assurance obligatoire. Par souci de transparence, l'annexe 1 présente les dépenses observées au sein de la population des membres MC (montants bruts non pondérés), contrairement aux résultats présentés dans l'article, qui sont pondérés afin de produire des estimations pour l'ensemble de la population belge.

Les **variables socio-démographiques** mobilisées dans cette étude incluent l'âge, le sexe, le statut BIM et sa modalité d'octroi, ainsi qu'un statut socio-professionnel construit à partir du statut social de l'assurance maladie (titulaires) et de la distinction entre titulaires et personnes à charge². Les allocations et revenus de remplacement (allocations pour personnes âgées ou situation de handicap, revenu d'intégration sociale (RIS) ou revenu garanti pour personnes âgées (GRAPA), incapacité de travail³, chômage) ont également été pris en compte lorsqu'au moins un jour indemnisé est observé en 2024.

Afin de catégoriser les membres de la MC selon une **échelle de revenus**, et en l'absence de données individuelles précises sur les revenus dans les données mutualistes, les informations issues du MAF sont utilisées. Dans le cadre de son exécution, la tranche de revenus fiscaux dans laquelle le ménage se situe (appelé ici *revenu MAF*) est transmise à la mutualité lorsque le ménage atteint le plafond de tickets modérateurs le plus bas, soit un cumul annuel de 250 euros (réduit de 100 euros si au moins un membre du ménage bénéficie du statut 'affection chronique'), montant indexé à 254,99 euros en 2024 et à 260,10 euros en 2025 (INAMI, 2026d). Dans les analyses des contributions personnelles selon le niveau socio-économique, ces tranches de revenus sont utilisées comme proxy du revenu du ménage.

Les analyses des contributions personnelles selon le statut BIM et le revenu reposent sur des montants moyens standardisés (selon l'âge et le sexe, la population de référence étant la population belge de 2024). Cette standardisation vise à neutraliser les différences de structure démographique entre groupes et permet ainsi une comparaison directe des niveaux de contributions personnelles.

2.3. Enregistrement des données de facturation

L'interprétation des montants facturés nécessite de tenir compte des **modalités d'enregistrement des suppléments et des prestations non remboursables**, qui ont évolué au fil du temps. La législation impose en théorie la **déclaration des suppléments** tant pour la facturation électronique que pour les attestations papier (article 53, §1er de la loi relative à l'assurance soins de santé). En pratique, la **transmission est quasi exhaustive en facturation électronique**, tandis que les attestations papier peuvent présenter des mentions incomplètes ou des répartitions imprécises des suppléments entre les diverses prestations figurant sur l'attestation. Toutefois, la part des prestations facturées électroniquement étant devenue largement majoritaire chez les médecins au cours de la période étudiée⁴, l'analyse de l'évolution des suppléments moyens par patient-e ou par prestation facturés électroniquement permet de capter l'évolution réelle des suppléments, indépendamment de l'augmentation du volume de facturation électronique.

Concernant les **prestations non remboursables**, leur enregistrement est historiquement plus hétérogène en ambulatoire. De ce fait, **les suppléments observés avant 2025 agrègent à la fois des suppléments d'honoraires et des prestations non remboursables**. Par ailleurs, certaines prestations non remboursables n'étaient peut-être pas communiquées aux organismes assureurs, de sorte que leur enregistrement avant 2025 était probablement incomplet.

Le règlement du 7 août 2024 de l'INAMI introduit des **codes de transparence**, visant à améliorer la ventilation des coûts supplémentaires facturés aux patient-es lors de la facturation électronique. Ces codes, utilisables à partir d'octobre 2024, permettent de distinguer plus finement :

- Catégorie 1 : les **suppléments liés à des prestations remboursables** (effort intellectuel supplémentaire [384075], coûts directs [384090] ou indirects [384112], autres suppléments [384134]) ;

2 Les catégories socio-professionnelles actives (employé-e, ouvrier-e, fonctionnaire, indépendant-e) sont définies sur la base du statut social du titulaire. Elles peuvent inclure des personnes temporairement en incapacité de travail ou au chômage. Les personnes à charge sont présentées dans des catégories distinctes selon leur lien avec le titulaire (descendant, conjoint ou ascendant).

3 Qu'il s'agisse d'indemnités pour une incapacité de travail primaire (inférieure à un an) ou pour invalidité (incapacité supérieure à un an).

4 Depuis le 1er septembre 2025, la facturation électronique des prestations ambulatoires est devenue obligatoire pour l'ensemble des médecins, indépendamment de leur statut de conventionnement, sauf dans un nombre limité de situations (notamment en cas d'impossibilité technique, de force majeure ou pour certain-es praticien-nes bénéficiant d'une exemption liée à l'âge). Cette évolution contribue à améliorer l'exhaustivité de l'enregistrement des montants facturés dans les données.

- Catégorie 2 : les **prestations remboursables dont les conditions ne sont pas remplies** [384215] ;
- Catégorie 3 : les **prestations non remboursables hors nomenclature** [384230] ;
- Catégorie 4 : certains **coûts spécifiques**, tels que le matériel [384156], l'anesthésie [384171] ou le traitement administratif des prestations [384193].

2.4. Limites

Plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Premièrement, les données de facturation ne garantissent pas une exhaustivité parfaite des montants réellement facturés aux patient-es. Si la transmission des suppléments est quasi complète en facturation électronique, les attestations papier peuvent contenir des informations partielles ou imprécises, ce qui peut conduire à une sous-estimation des suppléments observés. Bien que la facturation électronique soit devenue largement majoritaire sur la période étudiée, ce biais ne peut être totalement exclu.

Deuxièmement, la distinction entre suppléments d'honoraires et prestations non remboursables est imparfaite, en particulier pour les périodes antérieures à 2025. En raison de modalités d'enregistrement hétérogènes, certaines prestations non remboursables ont pu être intégrées dans les données sous la forme de suppléments associés à des prestations remboursables. Dès lors, les suppléments observés avant l'introduction des codes de transparence peuvent refléter un agrégat de différents types de frais additionnels.

Troisièmement, le périmètre des données ne permet pas d'isoler parfaitement les montants relevant strictement du champ de l'interdiction des suppléments d'honoraires. Certains coûts spécifiques (par exemple, liés à du matériel, des dispositifs techniques ou à des exigences particulières) peuvent être enregistrés comme suppléments d'honoraires dans les données tout en restant autorisés par la réglementation. Les résultats doivent dès lors être interprétés à la lumière de ce périmètre partiellement hétérogène.

Enfin, les analyses reposent sur les montants observés dans les données mutualistes et ne couvrent pas l'ensemble des dépenses de santé potentiellement supportées par les patient-es en dehors du circuit de facturation de l'assurance obligatoire. De ce fait, les contributions personnelles estimées dans cette étude reflètent une approximation des coûts réels à charge des patient-es.

3. Résultats

3.1. Bénéficiaires du statut BIM et source du droit

Au cours des dernières années, la part des BIM parmi l'ensemble des personnes couvertes par l'AO a connu une augmentation notable : entre 2010 et 2024, elle est passée de 16,3% à 21,2% (Agence InterMutualiste, 2026), soit une hausse de près de 5 points de pourcentage. Cette évolution s'explique en partie par des changements institutionnels ayant facilité l'accès au statut, en particulier via le renforcement des mécanismes d'octroi automatique.

L'analyse de la **source du droit** permet de mieux caractériser le profil des bénéficiaires (voir Tableau 1). Une part importante d'entre eux accède au statut BIM sur la base d'un **droit social** ouvrant automatiquement l'accès à l'intervention majorée : cette proportion atteint 46,6% en 2026, contre 43,3% en 2016, soit une légère progression. Parmi ces bénéficiaires, on en observe 23,2% bénéficiant d'allocations d'aide aux personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap, 13,4% du RIS et 4,2% de la GRAPA.

Par ailleurs, l'introduction récente de l'octroi automatique sur base d'une incapacité de travail ou d'un chômage de longue durée chez les personnes isolées contribue de manière croissante à l'accès au statut BIM (4,2% en 2026).

Tableau 1 : Structure de la population des bénéficiaires de l'intervention majorée selon la source du droit (Source : Données MC non pondérées)

Sources du droit		2016	2024	2025	2026
Enquête sur les revenus	Période de référence 1 mois	40,3%	38,2%	37,1%	36,3%
	Période de référence 1 an	16,4%	17,1%	17,0%	17,1%
	Ensemble =	56,7%	55,4%	54,0%	53,4%
Ouverture automatique	Allocation d'aide aux personnes âgées ⁵ ou Allocations pour personnes en situation de handicap	24,1%	24,6%	23,9%	23,2%
	Revenu d'intégration sociale (RIS)	10,8%	13,4%	13,2%	13,4%
	Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)	6,8%	4,9%	4,5%	4,2%
	Enfant en situation de handicap	1,5%	1,7%	1,7%	1,7%
	Mineur étranger non accompagné (MENA), Orphelin	0,06%	0,04%	0,03%	0,03%
	Incapacité primaire ou chômage > 3 mois ou invalidité	/	/	2,6%	4,2%
	Ensemble =	43,3%	44,6%	46,0%	46,6%
Total		100%	100%	100%	100%

Globalement, ces évolutions soulignent un renforcement du rôle des mécanismes automatiques dans l'accès au statut BIM, parallèlement à un recul relatif du système basé sur l'enquête sur les revenus (53,4% en 2026 contre 56,7% en 2016).

L'examen du pourcentage de bénéficiaires du BIM selon les caractéristiques socio-démographiques confirme cette concentration (voir Tableau 2) : le statut BIM est quasi universel parmi les bénéficiaires d'une allocation pour personnes âgées ou en situation de handicap (100%) et très largement répandu parmi ceux du RIS ou de la GRAPA (95%), principalement **via le canal du droit social**. À l'inverse, parmi les bénéficiaires dont le droit repose sur une **enquête sur les revenus**, la population apparaît plus diversifiée, incluant notamment des personnes en incapacité de travail ou en chômage, mais aussi certains travailleur-euses disposant de revenus modestes.

Plus généralement, la proportion de bénéficiaires BIM est plus élevée chez les femmes (23% contre 18% des hommes), les personnes âgées de 65 ans et plus (27%), les jeunes de moins de 25 ans (23%), ainsi que parmi les personnes en incapacité de travail (32%) ou au chômage (25%).

Selon le statut socio-professionnel, la présence du BIM est nettement plus marquée parmi les populations plus davantage vulnérabilisées sur le marché du travail. Ainsi 20% des ouvrier-es bénéficient du statut BIM. À l'inverse, le statut BIM est nettement moins fréquent parmi les employé-es (8%) et les indépendant-es (5%), ces derniers ne représentant qu'une part très marginale de l'ensemble des bénéficiaires du BIM (1,5%).

5 L'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) en Wallonie et à Bruxelles ou le 'budget de soins' pour personnes âgées nécessitant des soins en Flandre. NB : Pour l'APA germanophone, il n'y a plus d'ouverture automatique. Une personne bénéficiaire de l'APA germanophone peut introduire sa demande auprès de la mutualité (octroi sur base d'une enquête sur les revenus, période de référence 1 mois).

Tableau 2 : Répartition de la population en fonction des caractéristiques socio-démographiques et du statut BIM en 2024 - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

		BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM	Belgique
Belgique		1.130.751 (10%)	1.233.103 (11%)	9.130.802 (79%)	11.494.656 (100%)
Âge	0-24	354.645 (11%)	374.837 (12%)	2.437.030 (77%)	3.166.512 (100%)
	25-44	221.186 (8%)	235.410 (8%)	2.456.077 (84%)	2.912.673 (100%)
	45-64	241.219 (8%)	280.380 (9%)	2.436.291 (82%)	2.957.890 (100%)
	65+	313.701 (13%)	342.476 (14%)	1.801.404 (73%)	2.457.581 (100%)
Sexe	Femmes	619.346 (11%)	701.934 (12%)	4.527.911 (77%)	5.849.191 (100%)
	Hommes	511.406 (9%)	531.169 (9%)	4.602.891 (82%)	5.645.466 (100%)
Statut socio-professionnel	Employé-e actif-ve	62.142 (3%)	115.497 (5%)	2.158.900 (92%)	2.336.539 (100%)
	Fonctionnaire actif-ve	3.434 (1%)	1.102 (0%)	312.105 (99%)	316.641 (100%)
	Ouvrier-e actif-ve	152.068 (8%)	239.763 (12%)	1.580.355 (80%)	1.972.186 (100%)
	Indépendant-e actif-ve ou conjoint-e aidant-e	12.091 (2%)	21.175 (3%)	646.707 (95%)	679.973 (100%)
	Pensionné-e, veuf-ve et orphelin-e	251.184 (11%)	304.822 (13%)	1.813.713 (77%)	2.369.719 (100%)
	Personne à charge (descendant)	322.131 (11%)	356.986 (12%)	2.184.148 (76%)	2.863.265 (100%)
	Personne à charge (conjoint)	77.535 (17%)	99.094 (22%)	275.650 (61%)	452.279 (100%)
	Personne à charge (ascendant)	3.044 (37%)	1.062 (13%)	4.190 (51%)	8.296 (100%)
	Personne en situation de handicap	100.620 (99%)	332 (0%)	543 (1%)	101.495 (100%)
	Autres	146.501 (37%)	93.271 (24%)	154.242 (39%)	394.014 (100%)
Revenu de remplacement	Incapacité de travail	112.074 (12%)	188.404 (20%)	639.024 (68%)	939.502 (100%)
	Chômage	59.064 (8%)	135.937 (18%)	579.396 (75%)	774.397 (100%)
	RIS/GRAPA	241.475 (91%)	10.165 (4%)	13.917 (5%)	265.557 (100%)
	Allocations pour personnes âgées / en situation de handicap	499.280 (99%)	3.192 (1%)	2.127 (0%)	504.599 (100%)

3.2. Évolution de la facturation de frais additionnels sur la dernière décennie

Entre 2016 et 2025, les suppléments et prestations non remboursables facturés à l'ensemble de la population présentent une évolution nettement à la hausse, passant d'en-

viron 239 à 427 millions d'euros pour les seuls suppléments⁶ (hors prestations non remboursables identifiées via codes de transparence), soit une augmentation de l'ordre de 79% sur la période. Lorsque les prestations non remboursables facturées via les codes de transparence sont prises en compte, ce montant atteint 540 millions d'euros en 2025, une augmentation de 126% par rapport à 2016. Cette dyna-

⁶ Rappel méthodologique : avant 2025, les « suppléments » incluent également certaines prestations non remboursables qui ne peuvent pas être identifiées séparément dans les données. À partir de 2025, les prestations non remboursables peuvent être partiellement isolées via les codes de transparence.

mique s'accompagne d'un basculement progressif vers les circuits de facturation électronique, dont le poids devient largement majoritaire en fin de période (voir Figure 1).

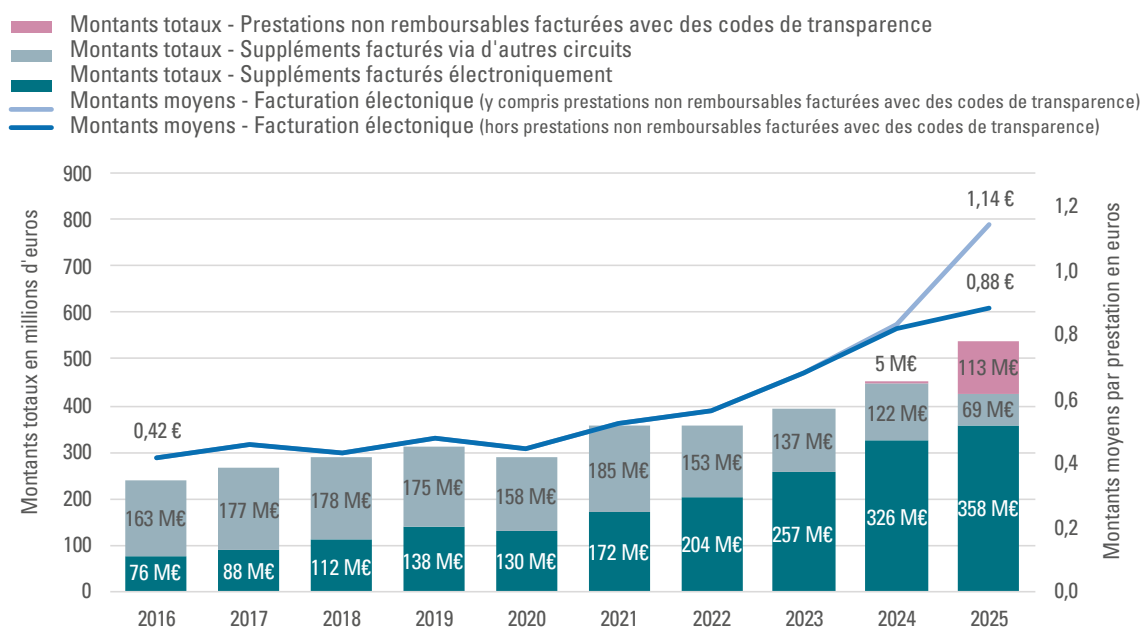
Cette tendance doit toutefois être interprétée avec prudence, dans la mesure où **l'enregistrement des suppléments dans les données administratives s'est amélioré au fil du temps**. En outre, la distinction entre suppléments et prestations non remboursables n'est possible qu'à partir de 2025, ce qui crée une rupture de comparabilité en fin de période. Une partie de l'augmentation observée reflète ainsi le meilleur enregistrement des montants facturés.

Afin de mieux appréhender cette évolution, l'indicateur de **montants totaux** – qui reflète l'évolution globale des suppléments en combinant effets de volume et de tarification – est présenté conjointement avec un indicateur de **montant moyen par prestation attestée électroniquement**, moins sensible aux évolutions de l'enregistrement (voir Figure 1) car il permet de neutraliser l'effet de l'augmentation du volume de prestations au fil du temps et de s'appuyer sur un circuit de facturation où l'enregistrement des suppléments est historiquement plus complet.

Ainsi, le montant moyen de frais additionnels par prestation attestée électroniquement évolue de manière marquée. En se limitant aux suppléments (et en incluant les prestations pour lesquelles les suppléments sont nuls), il passe de 0,42 euro en 2016 à 0,88 euro en 2025. Lorsqu'on inclut les prestations non remboursables identifiées par les codes de transparence, il atteint 1,14 euro en 2025. L'écart observé en 2025 entre les deux mesures souligne le poids croissant des prestations non remboursables dans les frais additionnels facturés aux patient-es.

La comparaison de ces deux indicateurs suggère **une augmentation effective des frais additionnels facturés par prestation**, au-delà des seuls effets d'amélioration de l'enregistrement ou d'évolution des volumes. En effet, la hausse des montants moyens par prestation attestée électroniquement, particulièrement marquée sur la seconde moitié de la période, indique que les frais additionnels facturés ont augmenté en moyenne, et pas uniquement en raison de leur meilleur enregistrement dans les données.

Figure 1 : Évolution des montants totaux de frais additionnels et du montant moyen facturé par prestation attestée électroniquement entre 2016 et 2025 par des médecins - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)



Enfin, les résultats pour 2025 doivent être interprétés avec prudence en raison du caractère potentiellement incomplet des données. C'est pourquoi la suite de l'analyse se concentre sur des périodes récentes comparables : les premiers semestres de 2024 et 2025.

3.3. Effet différencié de l'interdiction de facturation des suppléments selon le statut

La figure 2 présente l'évolution du volume total de frais additionnels facturés en ambulatoire par des médecins entre le premier semestre 2024 (S1 2024) et le premier semestre 2025 (S1 2025), selon le statut BIM, le circuit de facturation et le type de frais additionnels, à l'échelle de la Belgique.

Pour les **BIM 'droit social'**, directement concernés par l'interdiction de facturation des suppléments d'honoraires en 2025, les résultats montrent une **diminution très importante des suppléments facturés** (tous circuits de facturation confondus) : ils passent de 13,4 millions au S1 2024 à 5,5 millions d'euros au S1 2025, soit une baisse de 59%. Cette diminution est particulièrement prononcée pour les suppléments facturés via les circuits électroniques, qui chutent de 10,1 à 3,7 millions d'euros (-64%, voir Tableau 3). À l'inverse, la réduction est plus modérée dans les autres circuits de facturation (-46%), alors que la facturation de suppléments d'honoraires est pourtant interdite pour ce public en 2025.

Pour les **BIM 'revenus'**, qui ne sont pas encore concernés par l'interdiction en 2025, on observe également une diminution des suppléments, bien que **plus modérée**. Le volume total de suppléments facturés passe de 15,9 à 13,8 millions d'euros (-13%). Cette baisse est essentiellement imputable à la diminution des suppléments facturés via des circuits non électroniques (-40%, voir Tableau 3).

Figure 2 : Évolution du volume total de frais additionnels entre les premiers semestres (S1) de 2024 et de 2025 selon le statut BIM et le circuit de facturation - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

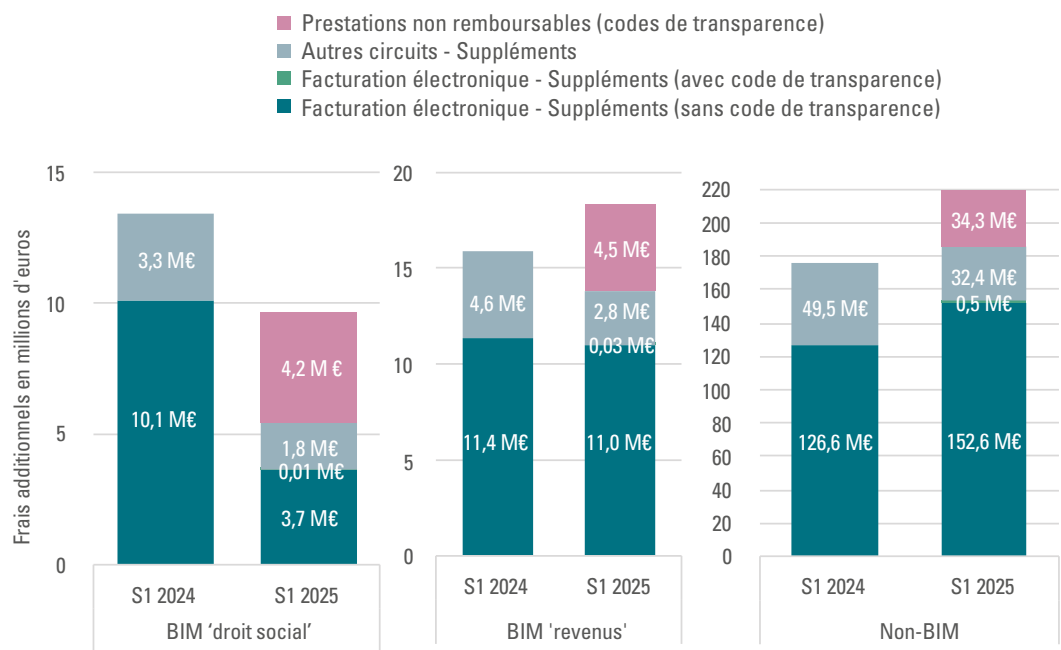


Tableau 3 : Évolution du volume total de frais additionnels entre les premiers semestres (S1) de 2024 et de 2025 selon le statut BIM et le circuit de facturation - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

Statut	Circuit de facturation et type de frais additionnels	En millions d'euros		Répartition des montants 2025	Évolution 2024-2025
		S1 2024	S1 2025		
BIM 'droit social'	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	10,1	3,7	38%	-64%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,0	0%	
	Autres circuits - Suppléments	3,3	1,8	19%	-46%
	Tous les suppléments	13,4	5,5	56%	-59%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	4,2	44%	
	Tous les frais additionnels	13,4	9,7	100%	-28%
BIM 'revenus'	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	11,4	11,0	60%	-3%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,0	0%	
	Autres circuits - Suppléments	4,6	2,8	15%	-40%
	Tous les suppléments	15,9	13,8	75%	-13%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		4,5	25%	
	Tous les frais additionnels	15,9	18,3	100%	15%
Non-BIM	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	126,6	152,6	69%	21%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,5	0%	
	Autres circuits - Suppléments	49,5	32,4	15%	-35%
	Tous les suppléments	176,0	185,4	84%	5%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		34,3	16%	
	Tous les frais additionnels	176,0	219,7	100%	25%
TOTAL	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	148,0	167,2	68%	13%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,5	0%	
	Autres circuits - Suppléments	57,3	36,9	15%	-36%
	Tous les suppléments	205,3	204,7	83%	0%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	43,0	17%	
	Tous les frais additionnels	205,3	247,7	100%	21%

À l'inverse, pour les **personnes ne bénéficiant pas du statut BIM**, on observe une **augmentation du volume de suppléments facturés**, qui passe de 176,0 à 185,4 millions d'euros (+5%). Cette hausse est principalement portée par la facturation électronique, où les suppléments augmentent de 21%.

Cette augmentation ne peut toutefois pas être expliquée par une intensification du recours à la facturation électronique. En effet, les données indiquent également une hausse du montant moyen de supplément par prestation attestée électroniquement pour les non-BIM (de 0,88 à 1,05 euro en moyenne, soit +19%, voir Annexe 2). Cela traduit donc une augmentation des montants facturés à prestation donnée, et non seulement un effet de volume.

Au total, ces évolutions différenciées se traduisent par une **quasi-stabilité du montant total de suppléments facturés**, qui passent de 205,3 à 204,7 millions d'euros. Autrement dit, la diminution substantielle des suppléments facturés aux patient-es protégé-es est compensée par une augmentation pour les patient-es non protégé-es, ce qui se traduit par une **absence de diminution globale des revenus liés aux suppléments pour les médecins**.

Lorsqu'on rapporte ces montants au nombre de patient-es concerné-es (voir Annexe 2), les suppléments moyens facturés évoluent comme suit :

- Pour les BIM 'droit social' : une diminution de 13,1 à 5,3 euros (-59%) ;
- Pour les BIM 'revenus' : une diminution de 14,4 à 12,3 euros (-15%) ;
- Pour les non-BIM : une augmentation de 20,8 à 22 euros (+6%) ;
- Pour l'ensemble des patient-es : une diminution de 19,4 à 19,3 euros (0%).

Du côté des médecins, le montant moyen de suppléments facturés diminue légèrement, passant de 5.385 à 5.286 euros par médecin et par semestre. Cette quasi-stabilité masque toutefois des différences importantes selon la discipline. Les médecins généralistes enregistrent une hausse de 4% des suppléments facturés, mais pour des montants relativement modestes, avec une moyenne de 1.170 euros par médecin au premier semestre 2025. Les médecins spécialistes, quant à eux et elles, connaissent une légère diminution des suppléments moyens (-3%), mais facturent des montants nettement plus élevés, atteignant en moyenne 7.773 euros par médecin (voir Annexe 3).

Ces résultats portent toutefois uniquement sur les suppléments d'honoraires. Ils ne tiennent pas compte des prestations non remboursables enregistrées via les nouveaux codes de transparence, dont l'intégration modifie sensiblement les constats observés.

3.4. Évolution des frais additionnels après prise en compte des codes de transparence

L'intégration des codes de transparence dans l'analyse nuance fortement le constat de diminution des suppléments. En effet, lorsque l'on considère l'ensemble des frais additionnels à charge des patient-es – c'est-à-dire les suppléments et les prestations non remboursables enregistrés via les codes de transparence – la baisse observée est nettement moins marquée, voire inversée selon les groupes.

Chez les BIM 'droit social', on observe qu'aux 5,5 millions d'euros de suppléments facturés s'ajoutent 4,2 millions de prestations non remboursables, portant la facture à 9,7 millions au total, soit une baisse des frais additionnels facturés aux patient-es limitée à -28% par rapport à 2024 (voir Tableau 3).

Un phénomène similaire est observé chez les BIM 'revenus' : alors que les suppléments diminuent lorsqu'ils sont considérés isolément, l'ajout des prestations non remboursables conduit à une augmentation globale des frais à charge des patient-es (+15%, contre -13% si on ne considère que les suppléments).

Chez les personnes non-BIM, la dynamique est également à la hausse : les frais additionnels augmentent de 25% (contre 5% si on ne considère que les suppléments). Au total, pour l'ensemble des patient-es, on observe ainsi une augmentation de 21% des frais additionnels enregistrés à charge des patient-es entre le S1 2024 et le S1 2025.

Cette évolution se reflète également du côté des médecins. Alors que le montant moyen de suppléments facturés par médecin diminue légèrement entre le S1 2024 et le S1 2025 (-2%), **le montant moyen de l'ensemble des frais additionnels augmente de 19%, passant de 5.385 à 6.395 euros par médecin** (voir Annexe 2). Cette hausse s'observe tant chez les médecins généralistes (+17%) que chez les spécialistes (+18%, voir Annexe 3).

3.4.1. Part des prestations non remboursables dans les frais additionnels selon le statut BIM

L'un des résultats les plus marquants concerne la répartition des frais additionnels facturés aux patient-es selon le statut BIM (voir Tableau 3). Les prestations non remboursables facturées via des codes de transparence représentent une part nettement plus importante des frais additionnels là où l'interdiction des suppléments s'applique :

- Chez les BIM 'droit social', les prestations non remboursables représentent 44% des frais additionnels ;
- Chez les BIM 'revenus', cette part s'élève à 25% ;
- Chez les non-BIM, elle est limitée à 16%.

Autrement dit, **plus les suppléments sont restreints, plus le recours aux codes de transparence pour déclarer des prestations non remboursables occupe une place importante dans les frais additionnels facturés aux patient-es**, ce qui constitue un signal particulièrement interpellant du point de vue de l'accessibilité financière.

3.4.2. Nature des codes utilisés

L'analyse détaillée des codes de transparence (voir Tableau 4 et Annexe 4) montre que les codes utilisés pour renseigner explicitement des suppléments (catégorie 1) représentent une part marginale des montants (1%). À l'inverse, 99% des montants correspondent à des prestations non remboursables (catégories 2, 3 et 4).

Au sein de ces catégories, la catégorie 3 (« prestations hors nomenclature ») est largement dominante, représentant environ les **deux tiers des montants observés**. Cette catégorie se caractérise par une définition particulièrement large : elle regroupe des prestations effectuées par un-e dispensateur-riche de soins qui ne correspondent à aucun code de nomenclature et ne donnent lieu à aucune intervention de l'assurance obligatoire, même partielle. Cette définition, particulièrement englobante, n'apporte que peu

d'information sur la nature effective des prestations facturées, ce qui limite les possibilités d'analyse détaillée.

3.5. Frais additionnels selon le type de prestation

L'évolution des frais additionnels entre le premier semestre 2024 et le premier semestre 2025 met en évidence des dynamiques contrastées selon le statut BIM et le type de prestation (voir Tableau 5).

- Chez les **BIM 'droit social'**, la diminution des suppléments est particulièrement marquée pour les consultations, visites et avis de médecins (-65%), alors qu'elle est plus modérée pour les autres prestations (-50%). Cette baisse différenciée modifie sensiblement la structure des frais additionnels facturés aux patient-es : la part des suppléments facturés lors des consultations passe de 59% à 28%, au profit des prestations non remboursables.
- Pour les **BIM 'revenus'**, la tendance est différente. La diminution des suppléments est moins marquée pour les consultations (-10%) que pour les autres prestations (-19%). La structure des dépenses évolue également, avec une diminution du poids relatif des suppléments facturés lors de consultations (de 63% à 49%).
- Chez les **non-BIM**, l'augmentation des suppléments est principalement portée par les consultations, qui progressent de 11%, tandis que les suppléments facturés lors d'autres prestations diminuent légèrement (-2%).

Au total, tous statuts confondus, les suppléments facturés pour les consultations augmentent de 4%, alors que les suppléments facturés pour d'autres types de prestations diminuent (-7%). Cette évolution globale est donc largement tirée par les patient-es non-BIM. Il convient toutefois de nuancer cette tendance : au niveau des médecins, l'augmentation moyenne des suppléments facturés pour

Tableau 4 : Volume total de frais additionnels facturés avec des codes de transparence au premier semestre de 2025 selon le statut BIM - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

	BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM	Tou-tes les patient-es
	En euros			
Catégorie 1	6.663	30.588	485.751	523.003
Catégorie 2	1.089.070	1.124.348	8.092.985	10.306.402
Catégorie 3	2.771.186	2.991.311	22.638.110	28.400.608
Catégorie 4	355.311	390.730	3.575.721	4.321.761
Tous les codes de transparence	4.222.230	4.536.977	34.792.567	43.551.774

Tableau 5 : Évolution du volume total de frais additionnels facturés entre les premiers semestres (S1) de 2024 et de 2025 selon le statut BIM et le type de prestation - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

Statut	Type de prestation	S1 2024	S1 2025	Répartition des montants 2024	Répartition des montants 2025	Évolution 2024-2025
		En millions d'euros				
BIM 'droit social'	Consultations, visites et avis	7,9	2,8	59%	28%	-65%
	Autres prestations (actes techniques, etc.)	5,5	2,7	41%	28%	-50%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		4,2	0%	44%	
	Tous les frais additionnels	13,4	9,7	100%	100%	-28%
BIM 'revenus'	Consultations, visites et avis	10,0	9,0	63%	49%	-10%
	Autres prestations (actes techniques, etc.)	5,9	4,8	37%	26%	-19%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		4,5	0%	25%	
	Tous les frais additionnels	15,9	18,3	100%	100%	15%
Non-BIM	Consultations, visites et avis	105,0	116,0	60%	53%	11%
	Autres prestations (actes techniques, etc.)	71,0	69,4	40%	32%	-2%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		34,3	0%	16%	
	Tous les frais additionnels	176,0	219,7	100%	100%	25%
Total	Consultations, visites et avis	122,9	127,8	60%	52%	4%
	Autres prestations (actes techniques, etc.)	82,4	76,9	40%	31%	-7%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		43,0	0%	17%	
	Tous les frais additionnels	205,3	247,7	100%	100%	21%

des consultations reste limitée à +2% (passant de 3.642 à 3.708 euros par médecin).

3.6. Frais additionnels selon la spécialité

L'analyse par spécialité met en évidence des évolutions contrastées, tant en ce qui concerne les suppléments que l'ensemble des frais additionnels à charge des patient-es, avec trois configurations principales qui se dégagent (voir Tableau 6).

Premièrement, certaines spécialités se caractérisent par une **diminution des suppléments accompagnée d'un important recours aux prestations non remboursables**, qui compense, voire dépasse, la baisse des suppléments initiale. En ophtalmologie, par exemple, les suppléments diminuent fortement entre le S1 2024 et 2025 (-28%), tan-

dis que les frais additionnels totaux augmentent de 21%. Une dynamique comparable est observée dans d'autres disciplines telles que la biologie clinique (-14% pour les suppléments, mais +43% au total) et la médecine physique (-6% pour les consultations et -35% pour les autres prestations, mais +14% au total).

Deuxièmement, **plusieurs spécialités enregistrent une augmentation des suppléments**, notamment la dermatologie (+26% pour les consultations, +46% pour les autres prestations), la gynécologie (+13% et +20%) et l'ORL (+11% et +14%). Dans ces disciplines, la progression est encore plus marquée lorsque l'on tient compte des prestations non remboursables (+41% en dermatologie, +24% en gynécologie et +16% en ORL), reflétant un renforcement global de la charge financière enregistrée pour les patient-es.

Tableau 6 : Évolution des suppléments et des prestations non remboursables facturées en ambulatoire par spécialité entre les premiers semestres (S1) de 2024 et de 2025 - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

	Suppléments en millions d'euros									
	Consultations, visites et avis			Autres prestations			Prestations non remboursables en millions d'euros	Tous les frais additionnels en millions d'euros		
	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025
Médecins généralistes	16,2	16,8	4%	0,2	0,3	25%	2,2	16,4	19,2	18%
Médecins spécialistes	106,8	111,0	4%	82,2	76,6	-7%	40,8	189,0	228,5	21%
Ophthalmologie	15,3	10,9	-29%	14,4	10,4	-28%	14,7	29,8	36,0	21%
Gynécologie obstétrique	17,6	19,9	13%	4,7	5,6	20%	2,2	22,3	27,7	24%
Dermatologie	15,5	19,5	26%	2,1	3,0	46%	2,2	17,5	24,6	41%
Radiodiagnostic	0,0	0,0	99%	21,7	23,4	8%	1,5	21,7	25,0	15%
Biologie clinique	0,0	0,0	-98%	16,7	14,4	-14%	9,6	16,7	24,0	43%
Orthopédie	19,2	20,0	5%	1,7	1,3	-24%	1,9	20,9	23,3	11%
Cardiologie	4,9	5,1	5%	2,9	2,7	-7%	0,5	7,7	8,3	7%
Stomatologie	2,2	2,1	-4%	3,3	3,4	2%	1,3	5,5	6,8	24%
Urologie	4,6	5,1	12%	1,1	1,2	3%	0,2	5,7	6,5	14%
Médecine physique	3,1	2,9	-6%	2,0	1,3	-35%	1,6	5,1	5,8	14%
ORL	4,0	4,5	11%	0,8	0,9	14%	0,2	4,8	5,6	16%
Chirurgie	4,0	4,3	6%	0,8	0,9	15%	0,3	4,8	5,5	14%
Anatomie pathologique	0,0	0,0	173%	4,6	4,7	2%	0,6	4,6	5,3	15%
Pédiatrie	2,7	3,0	12%	0,2	0,1	-34%	0,3	2,9	3,5	20%
Chirurgie plastique	2,3	2,3	2%	0,9	0,7	-24%	0,4	3,2	3,4	6%
Gastro-entérologie	2,1	2,0	-2%	0,7	0,5	-20%	0,4	2,7	2,9	8%
Psychiatrie	2,5	2,7	8%	0,1	0,0	-30%	0,1	2,6	2,8	11%
Neurochirurgie	2,2	2,1	-7%	0,0	0,0	-32%	0,1	2,3	2,1	-5%
Anesthésie-réanimation	1,0	0,9	-8%	0,4	0,3	-25%	0,5	1,3	1,6	26%
Rhumatologie	0,9	0,9	0%	0,3	0,1	-62%	0,4	1,3	1,5	17%
Neurologie	0,9	0,9	0%	0,2	0,3	8%	0,2	1,2	1,4	16%
Pneumologie	0,5	0,4	-2%	0,5	0,3	-37%	0,6	0,9	1,3	45%
Médecine nucléaire	0,1	0,1	36%	0,4	0,1	-72%	0,6	0,5	0,8	75%
Radiothérapie	0,1	0,1	-31%	1,3	0,7	-44%	0,0	1,4	0,8	-43%
Médecine interne	0,4	0,4	-4%	0,3	0,1	-52%	0,3	0,7	0,8	15%
Endocrinologie	0,4	0,3	-3%	0,1	0,1	-34%	0,0	0,5	0,4	0%
Oncologie médicale	0,2	0,2	-15%	0,0	0,0	-89%	0,0	0,2	0,2	-15%
Neuropsychiatrie	0,1	0,1	-25%	0,0	0,0	35%	0,0	0,1	0,1	-22%

Champ : spécialités avec suppléments > 0,1 million d'euros

Troisièmement, certaines disciplines présentent des **évolutions plus limitées** ou restent relativement stables, comme la cardiologie (stabilité des suppléments) ou l'oncologie (légère diminution tant des suppléments que des frais additionnels, dans un contexte où les suppléments en ambulatoire sont marginaux).

La médecine générale occupe une position intermédiaire : les suppléments y augmentent légèrement (de 16,4 à 17,1 millions, soit +4%), mais les frais additionnels progressent davantage (+18%), sous l'effet de la facturation de prestations non remboursables.

L'analyse des montants moyens par prestation confirme cette forte hétérogénéité entre spécialités (voir Annexe 5). Au premier semestre de 2025, les suppléments moyens pour les consultations atteignent 14 euros en dermatologie, 12,3 euros en orthopédie et 10,3 euros en gynécologie, contre 0,4 euro en médecine générale, reflétant des logiques de tarification très différenciées selon les disciplines.

En ce qui concerne les montants moyens facturés par médecin (voir Annexe 3), les écarts sont particulièrement marqués entre les différentes spécialités : les suppléments moyens atteignent 27.695 euros par médecin en dermatologie au premier semestre 2025, contre 1.917 euros en pédiatrie. Les évolutions sont également contrastées, allant d'une hausse de 25% en dermatologie et de 13% en gynécologie à une diminution de 53% en médecine nucléaire.

Enfin, l'analyse selon le statut BIM met en évidence une dynamique largement transversale aux spécialités (voir Annexe 6). Les suppléments diminuent nettement pour les BIM, en particulier les BIM 'droit social', directement protégés par l'interdiction des suppléments d'honoraires, tandis qu'ils augmentent pour les patient-es non-BIM. Chez les médecins généralistes, les suppléments facturés aux BIM diminuent de 47%, mais la baisse n'est plus que de 34% lorsque les prestations non remboursables sont prises en compte. Chez les spécialistes, la diminution atteint 67% pour les consultations, 50% pour les autres prestations et seulement 27% lorsqu'on considère l'ensemble des frais additionnels. Une partie de la réduction des suppléments est donc compensée par une augmentation d'autres types de frais.

3.7. Conséquences pour les patient-es

Afin d'appréhender les conséquences des évolutions observées en matière de suppléments, cette section replace les montants facturés en ambulatoire dans l'ensemble des **contributions personnelles supportées par les patient-es** – incluant les tickets modérateurs nets (après intervention du MAF), les suppléments (ambulatoires et hospitaliers), ainsi que les prestations non remboursables – c'est-à-dire tous les soins et médicaments connus dans le cadre de l'exécution de l'AO. Cette approche permet d'évaluer l'évolution de la **charge financière globale des soins**, en lien avec le statut socio-économique.

Les résultats présentés sont des **montants moyens standardisés** selon l'âge et le sexe (population de référence : population belge 2024), qui permettent d'observer les différences entre les catégories de revenus et selon le statut BIM en gommant les différences d'âge et de sexe entre les différentes catégories, et estimés à l'échelle de la population belge.

3.7.1. Évolution des contributions personnelles selon le statut BIM

Entre 2024 et 2025, les contributions personnelles moyennes augmentent de manière importante, passant de 389 euros à 456 euros par individu (+17%, voir Figure 3). Cette hausse reflète une progression conjointe de plusieurs composantes de ces contributions personnelles. Les tickets modérateurs nets⁷ augmentent modérément (+7%), traduisant une pression accrue liée aux soins remboursés. Les suppléments facturés en ambulatoire restent globalement stables (ils passent de 35 à 36 euros en moyenne, soit +3%), mais cette apparente stabilité masque une transformation plus profonde de la structure des coûts. En effet, deux postes connaissent une progression particulièrement marquée : les autres suppléments et prestations non remboursables (facturés lors d'hospitalisations ou en ambulatoire par d'autres prestataires que des médecins), qui augmentent fortement (+25%) et les prestations non remboursables facturées en ambulatoire par les médecins nouvellement introduites dans la facturation via les codes de transparence.

7 Les montants présentés doivent être interprétés avec prudence, dans la mesure où le mécanisme du MAF fonctionne de manière rétroactive. Une partie des tickets modérateurs observés en 2025 pourrait faire l'objet de remboursements ultérieurs. Par ailleurs, certaines prestations pourraient également ne pas avoir encore été facturées.

L'analyse selon le statut BIM met en évidence des écarts persistants en matière de charge financière (voir Figure 3). Les BIM présentent des contributions personnelles globalement plus faibles (300 euros vs. 507 euros pour les non-BIM en 2025), mais l'évolution entre 2024 et 2025 révèle plusieurs tendances notables :

- Une **augmentation des tickets modérateurs nets moyens** comparable à celle observée chez les non-BIM (+8% contre +7%) ;
- Une **diminution des suppléments d'honoraires moyens (ambulatoire)** chez les BIM (-27%), reflet de l'interdiction partielle (concerne les BIM 'droit social' en 2025, mais pas encore les BIM 'revenus'), contrastant avec leur augmentation chez les non-BIM (+9%);
- Des **montants moyens de prestations non remboursables quasiment identiques** dans les deux groupes (10 euros chez les BIM contre 11 euros chez les non-BIM), qui représentent toutefois une part plus importante des contributions personnelles totales des BIM, compte tenu du niveau globalement plus faible de celles-ci ;
- Une **augmentation des autres suppléments moyens**

dans les deux groupes, avec une progression particulièrement marquée chez les non-BIM (+27% contre +15% chez les BIM) ;

- Dans l'ensemble, les contributions personnelles moyennes des BIM augmentent ainsi de 11% entre 2024 et 2025 (de 269 à 300 euros) et celles des non-BIM de 19% (de 427 à 507 euros).

3.7.2. Évolution des contributions personnelles selon le revenu

L'analyse par catégories de revenus (tranches de revenus connues dans le cadre de l'exécution du MAF) met en évidence un **gradient social structurant au sein des contributions personnelles**. En niveau, les dépenses restent plus élevées dans les catégories de revenus supérieurs, notamment en raison de montants plus importants de suppléments et d'autres frais additionnels. Toutefois, les évolutions entre 2024 et 2025 montrent que la hausse des contributions personnelles concerne l'ensemble de la distribution des revenus.

Figure 3 : Contributions personnelles moyennes standardisées (âge et sexe) en 2024 et 2025, selon le statut BIM - Estimation pour la Belgique
(Source : Données MC pondérées)

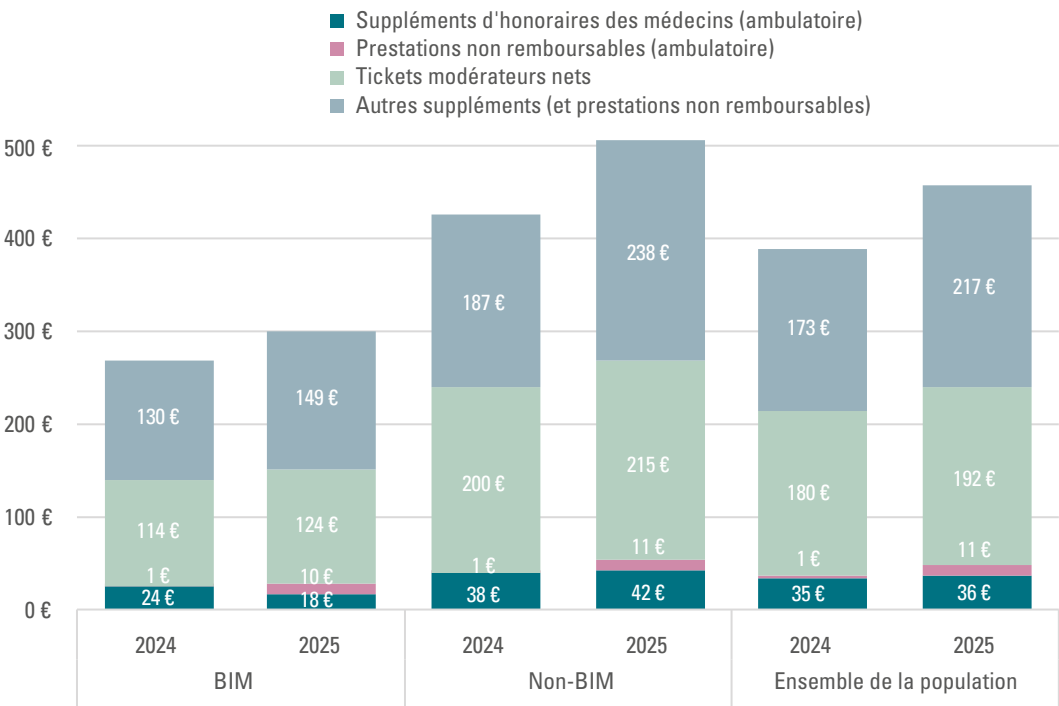


Figure 4 : Contributions personnelles moyennes standardisées (âge et sexe) en 2024 et 2025, selon la tranche de revenu MAF - Estimation pour la Belgique
(Source : Données MC pondérées)

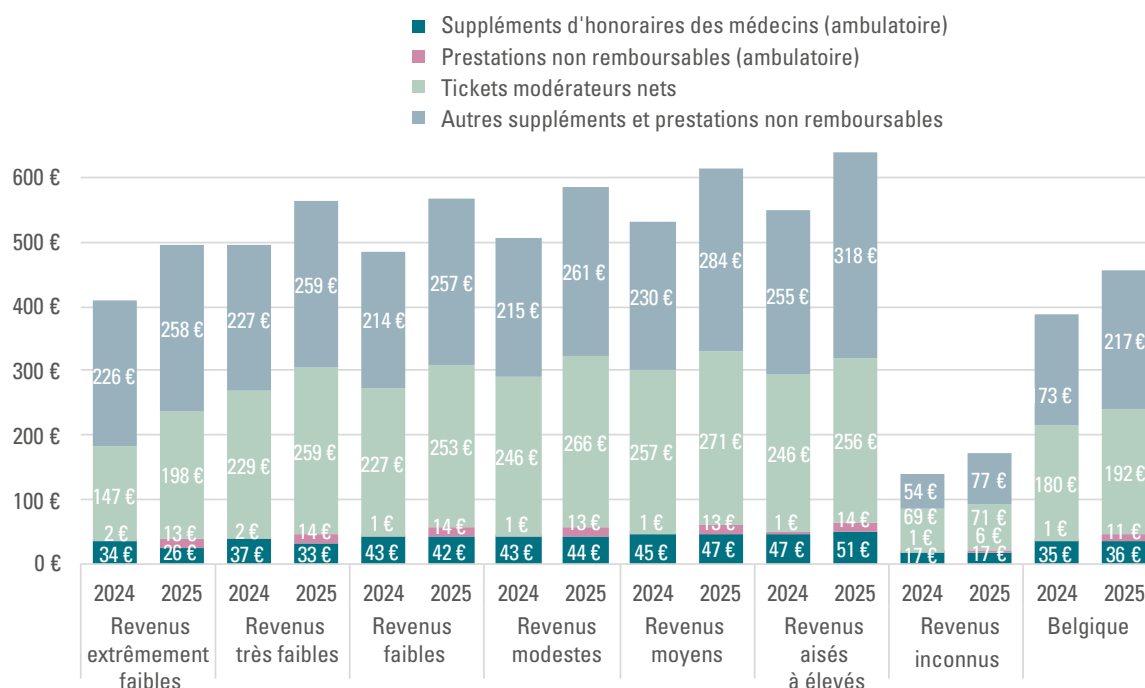
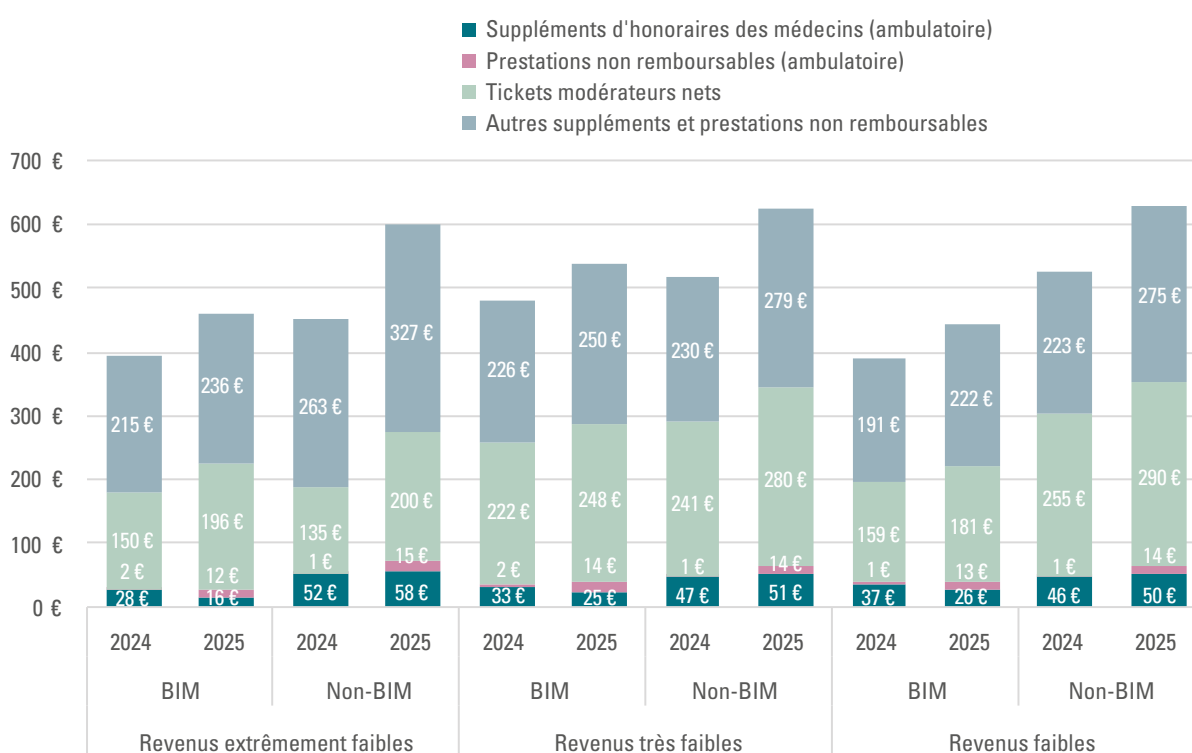


Figure 5 : Contributions personnelles moyennes standardisées (âge et sexe) en 2024 et 2025, selon le statut BIM et la tranche de revenu MAF - Estimation pour la Belgique
(Source : Données MC pondérées)



Plusieurs constats émergent (voir Figure 4) :

- Une augmentation généralisée des tickets modérateurs, y compris dans les catégories où le revenu est le plus faible ;
- Une hausse importante et transversale des autres suppléments et des prestations non remboursables, dans toutes les catégories de revenus.

Ces résultats suggèrent que la transformation des pratiques de facturation dépasse les seuls publics les plus aisés et affecte, à des degrés divers, l'ensemble des patient-es.

Le croisement du statut BIM et des catégories de revenus permet d'identifier des situations particulièrement sensibles. Au sein des catégories de revenus les plus faibles, les personnes non-BIM présentent des niveaux de contributions personnelles sensiblement plus élevés et ce dans toutes leurs composantes (voir Figure 5).

Par ailleurs, même parmi les BIM, **la diminution des suppléments ambulatoires est partiellement compensée par l'augmentation d'autres postes, ce qui limite l'effet protecteur attendu de l'interdiction des suppléments d'honoraires.**

4. Discussion

4.1. Profils des BIM

Les résultats montrent que **le statut BIM est concentré sur des publics en situation de vulnérabilité socio-économique**. Près de la moitié des personnes BIM se voient octroyer ce statut automatiquement au regard de critères objectifs (allocations pour personnes en situation de handicap, RIS ou GRAPA, personnes en incapacité de travail ou au chômage, etc.). L'autre moitié des personnes BIM se voient octroyer ce statut après une enquête détaillée de leurs revenus. Dans les deux cas, l'octroi du statut repose sur une vérification effective de la situation socio-économique, ce qui confirme le rôle central des mécanismes d'octroi dans le ciblage des populations les plus fragilisées. À titre d'illustration, les indépendant-es ne représentent que 1,5% de l'ensemble des bénéficiaires du statut BIM. Cette distribution nuance certaines perceptions selon lesquelles le statut bénéficierait largement à des populations disposant de ressources élevées.

Ces éléments sont centraux pour l'interprétation des résultats qui suivent : dans la mesure où le dispositif cible effectivement les populations les plus vulnérabilisées, les effets observés de la réforme concernent en priorité ces dernières et doivent être analysés sous l'angle de leur impact sur les inégalités d'accès aux soins.

4.2. Un effet de déplacement plutôt qu'une réduction globale

Le principal enseignement de cette étude est que l'interdiction ciblée des suppléments ne s'accompagne pas d'une diminution globale des frais additionnels à charge des patient-es. Les résultats suggèrent que deux mécanismes d'adaptation distincts contribuent à ce résultat.

Le premier mécanisme est un **effet de déplacement des suppléments entre patient-es**. La réduction importante observée chez les BIM 'droit social' est, en effet, largement compensée par une augmentation chez les patient-es non protégé-es par la mesure en 2025. Ce résultat est compatible avec l'hypothèse que les médecins adaptent leurs pratiques tarifaires en fonction du statut du/de la patient-e lorsque celui-ci est observable, notamment via la facturation électronique.

Par ailleurs, les suppléments ne disparaissent pas totalement pour les BIM 'droit social', concernés par l'interdiction. Cela peut s'expliquer par l'absence de consultation du statut BIM en temps réel, notamment pour la facturation papier. La diminution observée chez les BIM 'revenus', pourtant non concernés par la mesure en 2025, va dans ce sens : elle suggère que les prestataires ne disposent pas toujours d'une information immédiate sur le type de statut du/de la patient-e. Pour les suppléments qui subsisteraient pour les BIM 'droit social' en facturation électronique, il semblerait qu'il s'agisse d'une **application encore incomplète de la mesure**, surtout en ce qui concerne les consultations (pour les autres prestations, elles pourraient contenir des exceptions).

Le second mécanisme pouvant contribuer à ce résultat est une **recomposition des frais additionnels, marquée par une place croissante des prestations non remboursables**. Si les suppléments diminuent pour les BIM concernés par la mesure, cette baisse est en partie compensée par une augmentation de la part des prestations non remboursables dans les frais additionnels qui leur sont facturées. L'analyse réalisée suggère que cet effet puisse être dû à plusieurs mécanismes potentiellement concomitants : un meilleur enregistrement des prestations non remboursables, une requalification de certains montants (prestations non remboursables autrefois enregistrés en tant que suppléments) ou une substitution partielle des suppléments par des prestations non remboursables.

À cet égard, il convient de noter que, parmi les codes de transparence, la catégorie 3 (« prestations hors nomenclature ») est largement dominante. Celle-ci offre une **souplesse importante dans l'utilisation du code**, permettant d'y rattacher des prestations très diverses situées en dehors du champ de la nomenclature officielle des soins de santé, ce qui peut faciliter le recours à ce type de facturation, sans pour autant apporter de la transparence pour les patient-es quant à la nature de ces prestations.

Pris ensemble, ces éléments suggèrent que le recours accru aux codes de transparence ne correspond pas uniquement à un changement dans les modalités d'enregistrement, mais reflète l'existence de **mécanismes d'adaptation à la nouvelle réglementation**, permettant de maintenir des niveaux élevés de facturation à charge des patient-es tout en respectant formellement le cadre légal.

Ces deux mécanismes convergent vers un même constat : la réforme n'entraîne pas une réduction structurelle des frais supportés par les patient-es, mais une reconfiguration

de leur composition. Ces résultats mettent en évidence les limites d'une régulation centrée uniquement sur les suppléments d'honoraires, dans un contexte où les frais additionnels peuvent être enregistrés de différentes manières, et où la protection d'une catégorie de patient-es peut se faire au détriment d'autres.

4.3. Les limites d'une protection ciblée et binaire

Plus largement, les résultats soulignent les limites d'une approche strictement ciblée de la protection financière. La logique binaire introduite par la réforme – distinguer des patient-es protégé-es et non protégé-es – s'accompagne d'effets de déplacement au détriment des seconds. L'augmentation des suppléments chez les non-BIM, mais aussi dans une moindre mesure chez les BIM 'revenus', suggère un **risque d'accentuation des inégalités entre groupes sociaux proches du point de vue de leur situation socio-économique**.

Or, de nombreux travaux montrent que **les inégalités de santé et d'accès aux soins suivent un gradient socio-économique continu**, et non une logique de seuil. En effet, chaque position socio-économique inférieure est associée à un état de santé plus dégradé, à un recours aux soins de moins en moins en adéquation avec les besoins, et à des contributions personnelles plus élevées en proportion du revenu disponible (Noirhomme, 2026).

Cette dynamique de déplacement est donc d'autant plus problématique que le statut BIM ne couvre pas l'ensemble du gradient social. Il en résulte l'existence de zones intermédiaires où certains ménages, bien que relativement précarisés, ne remplissent pas les conditions d'accès au statut BIM et restent dès lors insuffisamment protégés face à l'évolution des pratiques de facturation. Dans un système reposant largement sur un critère binaire d'accès à la protection renforcée, ces ménages sont davantage exposés à une augmentation de leurs dépenses de santé, avec un risque accru de report ou de renoncement aux soins. Cette situation est potentiellement renforcée par le non-recours au statut BIM parmi certaines personnes éligibles (Noirhomme, 2026; Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023).

Du point de vue des patient-es, les résultats mettent en évidence que les évolutions observées dans les pratiques de facturation ne se traduisent pas par une diminution des contributions personnelles des patient-es, mais plu-

tôt par une reconfiguration de leur composition. Ainsi, si certaines formes de suppléments reculent, leur poids est en partie compensé par d'autres types de coûts, notamment non remboursables, ce qui conduit à une **hausse globale de la charge financière des soins**. Cette dynamique concerne l'ensemble de la population, tout en soulevant des enjeux particuliers pour les groupes les plus vulnérabilisés, en particulier les personnes à faibles revenus ne bénéficiant pas des mécanismes de protection existants, qui présentent des niveaux de contributions personnelles sensiblement plus élevés. Cette situation met donc en évidence l'existence de **failles dans la protection financière**, où certains ménages cumulent faibles ressources et exposition importante aux contributions personnelles.

Ainsi, si les dispositifs de protection associés au statut BIM semblent limiter certains types de suppléments, ils n'empêchent pas une **augmentation globale des contributions personnelles**, liée à d'autres formes de facturation.

4.4. Des marges d'adaptation variables selon les spécialités

Les différences observées entre spécialités suggèrent des **dynamiques contrastées face à l'interdiction des suppléments d'honoraires**, que plusieurs facteurs peuvent contribuer à éclairer.

Les disciplines se distinguent d'abord par des pratiques de facturation historiquement différenciées, avec par exemple, des suppléments par consultation beaucoup plus bas chez les généralistes que les spécialistes, ainsi que par des **niveaux d'honoraires très variables** dans la nomenclature. Dans les disciplines où les honoraires officiels sont plus faibles⁸, les suppléments représentent vraisemblablement une part plus importante des revenus, ce qui peut accentuer l'exposition à la réforme. Les marges d'adaptation peuvent également différer selon le poids relatif de l'activité ambulatoire dans la spécialité. Les disciplines dont l'activité repose davantage sur les consultations et actes ambulatoires, comme l'ophtalmologie ou la dermatologie, sont davantage concernées par l'interdiction introduite en 2025 que des spécialités dont l'activité est principalement réalisée dans d'autres contextes de soins (telles que l'anesthésie-réanimation, l'oncologie, etc.).

Ces ajustements prennent des formes distinctes selon les spécialités. Dans certaines disciplines, comme l'ophtalmologie, la diminution des suppléments s'accompagne d'un recours important aux prestations non remboursables et, au final, d'une augmentation des frais additionnels totaux supportés par les patient-es. Cette évolution suggère un mécanisme de **substitution entre différentes formes de facturation** restant à charge, pouvant prendre la forme d'une requalification des montants autrefois enregistrés en suppléments en prestations non remboursables, et conduisant à neutraliser, voire à dépasser, les effets attendus de la restriction des suppléments d'honoraires. Dans d'autres, comme la dermatologie ou la gynécologie, les suppléments ne diminuent pas, mais augmentent, principalement pour les patient-es non-BIM, traduisant un **déplacement de la charge financière vers les groupes non protégés** par la mesure.

Les résultats illustrent que les deux mécanismes d'adaptation identifiés ne s'excluent pas mutuellement, mais se combinent différemment selon les spécialités, en fonction de leur structure tarifaire et de leur pratique. Ils plaident pour une attention particulière aux dynamiques propres à chaque discipline, au-delà d'une analyse agrégée.

Par ailleurs, des modifications récentes des honoraires officiels, qui interviennent en parallèle de la réforme étudiée, pourraient également influencer les évolutions futures. Les nouveaux honoraires fixés en 2026 se caractérisent par une évolution différenciée selon le statut d'accréditation : les honoraires des consultations diminuent de 3 euros pour les médecins non accrédité-es, tandis qu'ils augmentent légèrement pour les médecins accrédité-es.

Dans un système où les suppléments correspondent à la différence entre le tarif librement fixé par le-la prestataire et l'honoraire officiel, une diminution de ce dernier entraîne mécaniquement, à tarif inchangé, une augmentation du supplément. À titre illustratif, pour une consultation facturée 60 euros, le supplément passerait ainsi de 33,92 euros à 36,92 euros, soit une augmentation mécanique de 3 euros (+8,8%), à comportement inchangé du-de la prestataire.

Ce mécanisme n'est pas directement observé dans les données analysées ici, qui portent sur l'année 2025, mais il constitue un élément important à prendre en compte pour l'interprétation des évolutions futures. Il suggère que, dès

8 Les honoraires officiels des consultations varient sensiblement selon les spécialités et le statut d'accréditation. En 2026, la majorité des disciplines se situent à 23,08 euros pour les médecins non accrédités (et 33,74 euros pour les médecins accrédité-es), tandis que certaines disciplines présentent des niveaux plus élevés, allant jusqu'à 67,79 euros pour certaines spécialités comme l'oncologie (et 79,22 euros pour les oncologues accrédité-es).

2026, une partie des variations des suppléments pourrait résulter d'effets mécaniques liés aux ajustements des honoraires, indépendamment de toute modification des pratiques.

Dans ce contexte, la réduction des honoraires appliquée uniquement aux médecins non accrédité-es interroge également quant à son efficacité incitative : dans un système où les suppléments sont (partiellement) autorisés, cette diminution peut être compensée par une augmentation mécanique des suppléments à tarif inchangé, de sorte qu'elle ne modifie pas nécessairement le revenu perçu par le-la prestataire, mais se traduit plutôt par un report de la charge financière vers les patient-es, en particulier ceux et celles qui ne bénéficient pas des mécanismes de protection.

4.5. Implications pour l'extension de la mesure en 2026

Tous les éléments discutés apportent des enseignements importants dans la perspective de l'extension de la mesure à l'ensemble des bénéficiaires du statut BIM à partir de 2026.

D'une part, le mécanisme de déplacement observé suggère qu'une extension de la mesure pourrait **accentuer la pression sur les patient-es non-BIM**, qui pourraient supporter une part encore plus importante des suppléments. Ce risque mérite une attention particulière dans la mesure où la catégorie des non-BIM recouvre des situations socio-économiques très diverses. En raison du caractère binaire de l'accès au statut BIM, cette catégorie comprend non seulement des ménages aux revenus relativement élevés, mais aussi des ménages modestes situés à proximité du seuil d'éligibilité, ainsi que certaines personnes potentiellement éligibles qui ne bénéficient pas effectivement du statut en raison de phénomènes de non-recours. Pour ces groupes, qui présentent souvent des besoins de santé plus importants, une augmentation des contributions personnelles pourrait renforcer les risques de report ou de renoncement aux soins et, plus largement, contribuer au maintien des inégalités sociales de santé.

Ces dynamiques peuvent également soulever des enjeux liés à l'acceptabilité du système entre les personnes bénéficiant des mécanismes de protection renforcée et celles qui, malgré des ressources limitées, n'y ont pas accès. Dans un contexte où la protection est ciblée sur une partie de la population, une augmentation de la charge finan-

cière pour les patient-es non protégé-es peut être perçue comme inéquitable et contribuer à fragiliser l'adhésion aux mécanismes de solidarité qui sous-tendent le système de santé.

D'autre part, la **recomposition des frais additionnels** observée en 2025, marquée par une part croissante des prestations non remboursables, pourrait également se poursuivre. À cet égard, les « codes de transparence » apparaissent à l'heure actuelle comme un outil imparfaitement transparent : leur contenu hétérogène rend difficile l'interprétation précise des montants facturés, tout en offrant une marge de flexibilité dans leur utilisation.

Ces éléments suggèrent que, sans adaptation du cadre réglementaire, l'extension de la mesure pourrait renforcer certaines dynamiques déjà observées, limitant son efficacité quant au renforcement de l'accessibilité financière des soins.

5. Recommandations

Les résultats de cette étude mettent en évidence des déplacements des suppléments qui limitent l'impact de l'interdiction des suppléments d'honoraires sur l'accessibilité financière des soins. Afin de renforcer l'efficacité de la mesure et que les futures réformes prennent en compte ces mécanismes d'adaptation, plusieurs pistes d'action peuvent être envisagées.

(1) Encadrer plus strictement les prestations non remboursables et codes de transparence

Le recours aux prestations non remboursables, via les codes de transparence, constitue l'une des principales évolutions observées. Dans ce contexte, une première priorité consiste à renforcer l'encadrement de ces prestations et à améliorer leur transparence. Cela pourrait passer par :

- Une clarification du périmètre des prestations pouvant être facturées en dehors de la nomenclature, en particulier pour les catégories de codes de transparence les plus larges telles que les « prestations non remboursables hors nomenclature » ;
- Un encadrement plus strict de certains codes de transparence, notamment ceux liés aux prestations hors nomenclature, par une définition plus précise de leur contenu ;

- Une harmonisation et une systématisation de leur utilisation, afin de faciliter le suivi des pratiques.

L'objectif est de garantir que l'interdiction des suppléments d'honoraires ne puisse être contournée par une simple requalification des montants facturés, tout en améliorant la transparence pour les patient-es.

Dans la perspective de l'extension de l'interdiction des suppléments à l'ensemble des bénéficiaires du statut BIM en 2026, cet encadrement apparaît d'autant plus crucial. En l'absence d'adaptation du cadre réglementaire, les prestations non remboursables pourraient constituer une source de plus en plus importante de frais additionnels, limitant l'effet attendu de la mesure sur l'accessibilité financière des soins.

(2) Renforcer les mécanismes de suivi et de contrôle ciblés

Les résultats montrent que les pratiques de facturation s'adaptent rapidement aux évolutions réglementaires. Dans ce contexte, l'effectivité de l'interdiction dépend non seulement de l'existence de règles, mais également de la capacité à détecter, suivre et traiter les situations potentiellement non conformes. Cela implique notamment :

- Un suivi régulier des évolutions des suppléments et des prestations non remboursables, différencié par spécialité, afin de tenir compte de l'hétérogénéité des pratiques de facturation ;
- Des analyses différenciées selon le statut social des patient-es, afin d'identifier d'éventuels déplacements des frais additionnels entre groupes de patient-es ou une augmentation des prestations non remboursables ;
- La mise en place de contrôles ciblés sur certaines pratiques de facturation atypiques (par exemple : recours élevé aux codes de transparence, profils de facturation divergents par rapport aux pratiques observées dans la spécialité concernée).

Le renforcement du monitoring devrait s'accompagner d'une réflexion sur les leviers d'action disponibles après détection. À l'heure actuelle, les organismes assureurs peuvent contribuer à l'identification de situations potentiellement contraires à l'interdiction des suppléments d'honoraires, mais disposent de possibilités limitées pour intervenir. En particulier, il n'existe pas de base légale leur permettant de refuser le remboursement d'une prestation au motif qu'un supplément aurait été facturé de manière irrégulière. Une telle pratique risquerait par ailleurs de pé-

naliser davantage le-la patient-e, qui supporterait à la fois le supplément indu et la perte du remboursement auquel il-elle a droit. Les mutualités ne disposent pas non plus de moyens directs pour sanctionner les prestataires concernés. Une clarification du cadre légal et des mécanismes de suivi pourrait dès lors contribuer à améliorer l'effectivité de la mesure, notamment en renforçant les possibilités de signalement, de suivi et de correction des situations problématiques.

(3) Prendre en compte le gradient socio-économique au-delà du statut BIM

La réforme repose sur une logique binaire de protection, qui contraste avec la réalité d'un gradient socio-économique continu. Les résultats suggèrent que cette approche peut entraîner un report de la charge financière vers des patient-es situé-es juste au-dessus des seuils d'accès au statut BIM. Dans cette perspective, plusieurs pistes peuvent être explorées :

- Le développement de mécanismes de protection progressive, évitant les effets de seuil ;
- Une meilleure articulation entre les dispositifs existants (BIM, MAF, autres protections financières).

Ces évolutions permettraient de mieux couvrir les populations intermédiaires et de limiter les effets de déplacement observés.

(4) Intégrer systématiquement l'impact pour les patient-es dans l'évaluation des politiques

Enfin, les résultats soulignent l'importance d'évaluer les réformes non seulement à partir des volumes de facturation, mais aussi au regard de l'impact concret sur les patient-es. À cet égard, il est recommandé de :

- Produire régulièrement des indicateurs mesurant les contributions personnelles et le fardeau financier, en lien avec les revenus ;
- Suivre l'évolution du non-recours aux soins et report de soins pour raisons financières ;
- Analyser la répartition des contributions personnelles entre groupes de population.

Une telle approche permettrait de mieux appréhender les effets réels des politiques sur l'équité et l'accessibilité des soins.

Conclusion

Cette étude met en évidence que l'interdiction ciblée des suppléments d'honoraires en soins ambulatoires s'accompagne d'importantes adaptations des pratiques de facturation. Si la mesure entraîne une diminution significative des suppléments pour les bénéficiaires concerné-es par cette dernière, elle ne se traduit pas par une réduction globale des frais additionnels à charge des patient-es, en raison à la fois d'un déplacement vers les patient-es non protégé-es par la mesure et d'une recomposition des frais additionnels, marquée par une place croissante des prestations non remboursables. Par ailleurs, on observe que les contributions personnelles globales – tous soins confondus et pas uniquement en ambulatoire – ne diminuent pour aucune catégorie de patient-es entre 2024 et 2025.

Ces dynamiques soulignent les limites d'une régulation centrée sur un seul levier, en l'occurrence les suppléments d'honoraires, ainsi que celles d'une protection financière strictement ciblée, dans un contexte marqué par un gradient socio-économique continu. La distinction binaire entre les personnes bénéficiant du statut BIM et celles qui n'en bénéficient pas ne rend en effet qu'imparfaitement compte de la diversité des situations financières. Parmi les personnes n'ayant pas le statut BIM, on retrouve en effet aussi bien des ménages aisés que des ménages aux revenus modestes ou intermédiaires, dont certains se situent à proximité du seuil d'accès au statut BIM. On y retrouve également des personnes qui, bien que potentiellement éligibles au statut BIM, n'en bénéficient pas en raison de phénomènes de non-recours liés notamment à la méconnaissance des droits ou à la complexité des démarches administratives.

Les résultats interrogent l'utilité concrète des nouveaux codes de facturation introduits pour distinguer les suppléments interdits des autres frais additionnels. Si ces codes améliorent potentiellement le suivi administratif et l'évaluation des politiques publiques, ils n'apportent pas davantage de visibilité aux patient-es quant au coût réel des soins qui leur sera facturé. Ces dernier-es continuent, dans de nombreux cas, à ne pas pouvoir anticiper clairement le coût total des soins avant la prestation, en particulier lorsqu'ils-elles consultent des prestataires non conventionné-es.

Dans cette perspective, les résultats suggèrent que les politiques visant à améliorer l'accessibilité financière des soins doivent tenir compte non seulement des montants facturés, mais aussi des effets d'adaptation des pratiques. Une approche plus globale concernant les contributions person-

nelles, intégrant l'ensemble des frais additionnels susceptibles d'être supportés par les patient-es, apparaît nécessaire pour apprécier pleinement l'impact des réformes.

Plusieurs pistes de recherche complémentaires peuvent être envisagées. L'analyse des effets de l'extension de la mesure à l'ensemble des bénéficiaires du statut BIM à partir de 2026 constituera un enjeu important. Par ailleurs, certains effets potentiels – notamment par rapport à l'accès aux soins, la sélection des patient-es ou le refus de prise en charge de patient-es en raison du statut BIM – n'ont pas pu être documentés dans le cadre de cette étude et mériteraient une attention spécifique.

Enfin, plus largement, il nous faudra nous pencher sur la contradiction structurelle au sein du système de soins qui est mise en évidence dans cette étude : alors que certains dispositifs ont été conçus pour protéger financièrement les patient-es les plus vulnérabilisés, leur portée se trouve limitée par l'existence de mécanismes laissant aux prestataires une large liberté dans la fixation des tarifs. Cette coexistence entre instruments de solidarité collective et liberté tarifaire réduit l'effectivité de la protection financière offerte par le système et tend à fragiliser ses objectifs d'équité. Les résultats suggèrent ainsi que les mesures protectrices des plus vulnérables risquent de demeurer partiellement inefficaces tant que subsistent, en parallèle, des mécanismes susceptibles de générer ces mêmes inégalités.

Cela nous invite à interroger les limites de l'action solidaire lorsqu'elle intervient dans un environnement structuré par des mécanismes de marché. Cette question dépasse en effet le seul champ des soins de santé et renvoie à un débat fondamental sur la capacité des dispositifs de solidarité à corriger les inégalités produites par les marchés. Lorsque les mécanismes de redistribution et de correction interviennent principalement a posteriori, sans agir sur les facteurs qui génèrent les écarts de prix ou d'accès, leur efficacité risque d'être partiellement neutralisée. Dans ce contexte, la solidarité peut être amenée à compenser en permanence les effets d'un système dont certaines règles contribuent simultanément à produire les inégalités qu'elle cherche à réduire. Les résultats de cette étude suggèrent ainsi qu'au-delà du niveau et du ciblage des protections accordées aux populations vulnérabilisées, la question centrale réside également dans la compatibilité entre les objectifs de solidarité collective et les mécanismes institutionnels qui organisent le fonctionnement du marché des soins. Une protection effective suppose en effet non seulement des dispositifs correcteurs robustes, mais aussi un cadre suffisamment redistributif pour éviter que les inégalités ne soient continuellement reproduites en amont.



Bibliographie

Agence InterMutualiste. (2026). *Atlas AIM*. Récupéré sur <https://atlas.ima-aim.be/>

Arrêté royal du 12 mars 2024 portant exécution du Chapitre 2 de la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé, relatif à l'application de l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les soins de santé effectués par des médecins aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (2024). *Moniteur belge*, 35197.

Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2023). Davantage de personnes avec le statut bénéficiaire de l'intervention majorée: Interprétation des grandes tendances des dernières années en Belgique. *Santé & Société*, 5, 6-33.

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. Health Services Research (HSR). Brussels: KCE Reports 334.

De Wolf, F., Willaert, D., & Landtmeters, B. (2023). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement du médecin prestataire - Actualisation données 2022*. Bruxelles: AIM Agence Intermutualiste.

INAMI. (2026a). *Facilités financières pour payer vos soins de santé*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres>.

INAMI. (2026b). *Intervention majorée : meilleur remboursement de frais médicaux*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/intervention-majoree>.

INAMI. (2026c). *Intervention majorée : plafonds des revenus*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/intervention-majoree-plafonds-des-revenus>.

INAMI. (2026d). *Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/maximum-a-factorer-maf>.

MC. (2026). *L'intervention majorée et le statut BIM*. Récupéré sur <https://www.mc.be/fr/avantages-remboursements/statut-bim-intervention-majoree>.

Noirhomme, C. (2026). Comprendre les inégalités face aux soins de santé. *Santé & Société*, 18, 4-47.

Règlement du 7 août 2024 du Service public fédéral Sécurité sociale, établissant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre aux organismes assureurs par les médecins. *Moniteur belge*, 18 septembre 2024, 108464-108466

STATBEL. (2026). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Récupéré sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale>.

Annexes

Annexe 1 : Évolution du volume total de frais additionnels facturés entre le SI 2024 et le SI 2025 selon le statut BIM et le circuit de facturation – Données observées pour les membres de la MC (Source : Données MC brutes)

Statut	Circuit de facturation et type de frais additionnels	En millions d'euros		Répartition montants 2025	Évolution 2024-2025
			SI 2025		
BIM 'droit social'	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	3,8	1,4	39%	-65%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,0	0%	
	Autres circuits - Suppléments	1,2	0,6	18%	-51%
	Tous les suppléments	5,1	2,0	57%	-61%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	1,5	43%	
	Tous les frais additionnels	5,1	3,5	100%	-32%
BIM 'revenus'	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	4,4	4,3	62%	-2%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,0	0%	
	Autres circuits - Suppléments	1,7	0,9	14%	-45%
	Tous les suppléments	6,1	5,2	76%	-14%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	1,7	24%	
	Tous les frais additionnels	6,1	6,9	100%	14%
Non-BIM	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	55,0	67,5	71%	23%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,2	0%	
	Autres circuits - Suppléments	20,4	12,8	13%	-37%
	Tous les suppléments	75,5	80,5	84%	7%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		15,0	16%	
	Tous les frais additionnels	75,5	95,5	100%	27%
TOTAL	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	63,3	73,1	69%	16%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,2	0%	
	Autres circuits - Suppléments	23,4	14,3	14%	-39%
	Tous les suppléments	86,6	87,7	83%	1%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	18,2	17%	
	Tous les frais additionnels	86,6	105,9	100%	22%

Annexe 2 : Évolution des frais additionnels moyens facturés entre le S1 2024 et le S1 2025 selon le statut BIM et le circuit de facturation - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

		Montant moyen / patient-e en euros			Montant moyen / prestation en euros			Montant moyen / médecin en euros		
		S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025
BIM 'droit social'	Facturation électronique - Suppléments*	10,5	3,8	-64%	0,39	0,14	-64%	312	110	-65%
	Autres circuits - Suppléments	4,5	2,4	-47%	1,67	0,90	-46%	131	85	-35%
	Tous les suppléments	13,1	5,3	-59%	0,48	0,20	-58%	379	152	-60%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	25,4		/	13,14		/	852	
	Tous les frais additionnels	13,1	9,4	-28%	0,48	0,35	-27%	379	269	-29%
BIM 'revenus'	Facturation électronique - Suppléments*	11,0	10,6	-4%	0,50	0,48	-4%	352	330	-6%
	Autres circuits - Suppléments	5,6	3,3	-41%	2,37	1,58	-33%	177	136	-23%
	Tous les suppléments	14,4	12,3	-15%	0,65	0,56	-14%	452	385	-15%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	26,6		/	14,10		/	938	
	Tous les frais additionnels	14,4	16,3	13%	0,65	0,73	12%	452	510	13%
Non-BIM	Facturation électronique - Suppléments*	16,4	20,0	21%	0,88	1,05	19%	3.692	4.311	17%
	Autres circuits - Suppléments	7,9	5,1	-36%	3,61	2,70	-25%	1.854	1.289	-30%
	Tous les suppléments	20,8	22,0	6%	1,12	1,17	4%	4.666	4.832	4%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	30,6		/	16,58		/	4.719	
	Tous les frais additionnels	20,8	26,1	25%	1,12	1,37	22%	4.666	5.723	23%
TOTAL	Facturation électronique - Suppléments*	15,3	17,3	13%	0,77	0,86	12%	4.285	4.691	9%
	Autres circuits - Suppléments	7,3	4,6	-37%	3,26	2,34	-28%	1.799	1.308	-27%
	Tous les suppléments	19,4	19,3	0%	0,98	0,97	-1%	5.385	5.286	-2%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	29,5		/	15,88		/	5.485	
	Tous les frais additionnels	19,4	23,4	21%	0,98	1,16	18%	5.385	6.395	19%

*y compris suppléments enregistrés avec codes de transparence (code de transparence de catégorie 1)

Note : le calcul des moyennes se fait en utilisant le nombre de personnes ayant bénéficié des prestations concernées, du nombre de prestations totales (y compris celles où les frais additionnels sont nuls) et du nombre de médecins ayant presté les prestations concernées.

Annexe 3 : Évolution des frais additionnels moyens facturés par médecin entre le S1 2024 et le S1 2025 selon la spécialité médicale – Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

	Suppléments en euros			Tous les frais additionnels en euros		
	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025
Médecins généralistes	1.125	1.170	4%	1.125	1.319	17%
Médecins spécialistes	8.011	7.773	-3%	8.011	9.461	18%
Ophtalmologie	26.036	18.252	-30%	26.036	30.810	18%
Gynécologie obstétrique	14.114	15.962	13%	14.114	17.322	23%
Dermatologie	22.128	27.695	25%	22.128	30.345	37%
Radiodiagnostic	13.528	14.484	7%	13.528	15.430	14%
Biologie clinique	36.920	33.501	-9%	36.920	55.328	50%
Orthopédie	17.453	17.635	1%	17.453	19.228	10%
Cardiologie	6.439	6.359	-1%	6.439	6.775	5%
Stomatologie	16.197	16.044	-1%	16.197	19.896	23%
Urologie	12.610	13.593	8%	12.610	14.043	11%
Médecine physique	9.454	7.712	-18%	9.454	10.636	13%
ORL	7.246	7.790	8%	7.246	8.141	12%
Chirurgie	3.906	4.193	7%	3.906	4.436	14%
Anatomie pathologique	13.798	13.735	0%	13.798	15.468	12%
Pédiatrie	1.789	1.917	7%	1.789	2.106	18%
Chirurgie plastique	11.271	10.671	-5%	11.271	11.982	6%
Gastro-entérologie	3.473	3.163	-9%	3.473	3.652	5%
Psychiatrie	1.274	1.328	4%	1.274	1.374	8%
Neurochirurgie	10.098	9.327	-8%	10.098	9.581	-5%
Anesthésie-réanimation	645	544	-16%	645	779	21%
Rhumatologie	4.911	3.961	-19%	4.911	5.594	14%
Neurologie	1.704	1.695	-1%	1.704	1.925	13%
Pneumologie	1.477	1.154	-22%	1.477	2.089	42%
Médecine nucléaire	1.925	906	-53%	1.925	3.341	74%
Radiothérapie	7.115	4.181	-41%	7.115	4.210	-41%
Médecine interne	632	459	-27%	632	692	10%
Endocrinologie	1.109	998	-10%	1.109	1.104	0%
Oncologie médicale	620	489	-21%	620	492	-21%
Neuropsychiatrie	3.177	2.756	-13%	3.177	2.761	-13%

Annexe 4 : Frais additionnels moyens facturés avec des codes de transparence au SI 2025 selon le statut BIM - Estimation pour la Belgique
(Source : Données MC pondérées)

	Montant moyen / patient-e en euros			Montant moyen / prestation en euros			Montant moyen / médecin en euros		
	BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM	BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM	BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM
Catégorie 1	13	28	31	9	19	21	159	413	2.808
Catégorie 2	15	16	18	9	9	11	829	858	3.743
Catégorie 3	26	27	30	16	17	19	678	754	3.771
Catégorie 4	32	35	43	18	19	23	563	658	3.544

Annexe 5 : Évolution des frais additionnels moyens facturés par prestation entre le S1 2024 et le S1 2025 selon la spécialité médicale – Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

	Suppléments moyens en euros						Prestations non remboursables en euros	Frais additionnels moyens en euros		
	Consultations, visites et avis			Autres prestations						
	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025		S1 2025	S1 2024	S1 2025
Médecins généralistes	0,4	0,4	8%	0,1	0,1	-18%	22,3	0,4	0,4	17%
Médecins spécialistes	6,1	6,4	5%	0,6	0,5	-7%	15,6	1,2	1,4	17%
Ophtalmologie	6,8	4,8	-29%	2,7	1,9	-30%	18,6	3,9	4,2	7%
Gynécologie obstétrique	8,9	10,3	16%	2,3	2,8	24%	24,0	5,5	6,9	26%
Dermatologie	11,0	14,0	27%	2,5	3,8	51%	18,5	7,9	10,7	36%
Radiodiagnostic	1,2	2,3	91%	1,7	1,8	8%	19,7	1,7	1,9	15%
Biologie clinique	0,6	0,0	-98%	0,2	0,2	-14%	8,5	0,2	0,3	45%
Orthopédie	11,9	12,3	3%	5,0	4,2	-16%	23,1	10,7	11,5	8%
Cardiologie	4,8	5,0	3%	1,3	1,2	-8%	14,5	2,4	2,5	4%
Stomatologie	9,4	9,2	-2%	4,9	3,6	-26%	247,9	6,1	5,9	-3%
Urologie	8,4	9,4	11%	2,4	2,5	4%	11,1	5,7	6,3	11%
Médecine physique	5,8	5,5	-5%	1,2	0,8	-34%	34,6	2,3	2,6	14%
ORL	4,3	4,8	12%	0,4	0,5	15%	15,9	1,6	1,9	16%
Chirurgie	5,9	6,3	7%	1,5	1,9	28%	21,9	4,0	4,7	18%
Anatomie pathologique	11,3	19,7	75%	1,9	2,2	14%	33,6	1,9	2,4	27%
Pédiatrie	2,2	2,6	19%	0,5	0,4	-33%	24,4	1,8	2,2	25%
Chirurgie plastique	14,0	14,3	2%	24,5	22,7	-7%	130,5	15,9	17,2	8%
Gastro-entérologie	3,5	3,4	-3%	2,0	1,8	-13%	17,1	3,0	3,2	8%
Psychiatrie	2,5	2,8	12%	0,2	0,3	74%	33,6	1,9	2,6	34%
Neurochirurgie	12,3	11,7	-5%	0,9	0,7	-30%	20,8	11,5	11,0	-4%
Anesthésie-réanimation	2,8	2,6	-6%	0,9	0,7	-20%	48,4	1,8	2,3	30%
Rhumatologie	3,1	3,1	-1%	2,8	1,0	-65%	31,6	3,0	3,3	10%
Neurologie	1,8	1,8	0%	0,1	0,1	-8%	27,5	0,5	0,5	6%
Pneumologie	0,9	0,9	-3%	0,0	0,0	0%	10,3	0,0	0,0	33%
Médecine nucléaire	0,9	1,1	30%	0,5	0,1	-72%	32,3	0,5	0,9	71%
Radiothérapie	1,4	1,0	-31%	2,4	1,4	-42%	23,5	2,3	1,3	-41%
Médecine interne	0,8	0,8	-5%	0,2	0,1	-47%	23,4	0,3	0,4	21%
Endocrinologie	0,7	0,7	-5%	2,8	2,0	-27%	37,5	0,9	0,9	-1%
Oncologie médicale	1,2	1,0	-13%	0,0	0,0	-100%	12,1	0,6	0,6	-7%
Neuropsychiatrie	5,9	5,3	-9%	1,1	2,7	157%	11,1	4,8	4,9	3%

Annexe 6 : Évolution du volume total de frais additionnels facturés entre le S1 2024 et le S1 2025 selon la spécialité médicale et le statut BIM – Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

		Suppléments en millions d'euros						Prestations			
		Consultations, visites et avis			Autres prestations			non remboursables en millions d'euros	Tous les frais additionnels en millions d'euros		
		S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025
Médecins généralistes	BIM 'droit social'	0,80	0,42	-47%	0,02	0,01	-45%	0,11	0,81	0,54	-34%
	BIM 'revenu'	1,06	1,03	-3%	0,02	0,01	-7%	0,13	1,07	1,18	10%
	Non-BIM	14,30	15,35	7%	0,18	0,24	33%	1,95	14,48	17,53	21%
Médecins spécialistes	BIM 'droit social'	7,13	2,33	-67%	5,45	2,71	-50%	4,11	12,57	9,14	-27%
	BIM 'revenu'	8,98	8,01	-11%	5,89	4,75	-19%	4,37	14,87	17,14	15%
	Non-BIM	90,66	100,67	11%	70,86	69,14	-2%	32,36	161,53	202,18	25%
Ophtalmologie	BIM 'droit social'	1,27	0,34	-73%	0,97	0,19	-80%	1,23	2,23	1,77	-21%
	BIM 'revenu'	1,73	1,01	-42%	1,28	0,78	-39%	1,55	3,01	3,34	11%
	Non-BIM	12,35	9,58	-22%	12,17	9,39	-23%	11,87	24,52	30,85	26%
Gynécologie obstétrique	BIM 'droit social'	0,86	0,27	-68%	0,19	0,09	-53%	0,12	1,05	0,48	-54%
	BIM 'revenu'	1,16	1,19	2%	0,23	0,30	31%	0,16	1,39	1,65	19%
	Non-BIM	15,55	18,45	19%	4,29	5,24	22%	1,89	19,85	25,58	29%
Dermatologie	BIM 'droit social'	0,66	0,19	-71%	0,11	0,04	-60%	0,14	0,77	0,38	-51%
	BIM 'revenu'	1,00	1,17	16%	0,16	0,20	29%	0,16	1,16	1,53	32%
	Non-BIM	13,79	18,13	31%	1,78	2,75	55%	1,85	15,57	22,73	46%
Radiodiagnostic	BIM 'droit social'	0,00	0,00	-68%	0,93	0,29	-69%	0,18	0,93	0,47	-49%
	BIM 'revenu'	0,00	0,00	96%	1,12	0,85	-24%	0,19	1,12	1,04	-7%
	Non-BIM	0,01	0,02	114%	19,65	22,27	13%	1,16	19,66	23,45	19%
Biologie clinique	BIM 'droit social'	0,00	0,00	-100%	1,67	1,24	-26%	1,29	1,67	2,53	52%
	BIM 'revenu'	0,00	0,00		1,52	1,29	-15%	1,15	1,52	2,44	60%
	Non-BIM	0,00	0,00	-98%	13,53	11,88	-12%	7,11	13,54	18,99	40%
Orthopédie	BIM 'droit social'	1,41	0,49	-65%	0,15	0,08	-47%	0,20	1,56	0,77	-51%
	BIM 'revenu'	1,66	1,52	-8%	0,17	0,12	-29%	0,22	1,83	1,86	2%
	Non-BIM	16,09	18,01	12%	1,40	1,11	-20%	1,51	17,48	20,64	18%
Cardiologie	BIM 'droit social'	0,35	0,08	-79%	0,20	0,06	-72%	0,05	0,56	0,18	-67%
	BIM 'revenu'	0,44	0,37	-16%	0,24	0,21	-13%	0,06	0,68	0,64	-6%
	Non-BIM	4,08	4,66	14%	2,43	2,40	-1%	0,40	6,51	7,46	15%
Stomatologie	BIM 'droit social'	0,10	0,05	-48%	0,17	0,18	8%	0,05	0,27	0,29	7%
	BIM 'revenu'	0,17	0,17	-1%	0,20	0,20	1%	0,07	0,36	0,44	20%
	Non-BIM	1,92	1,89	-1%	2,94	3,00	2%	1,19	4,86	6,08	25%
Urologie	BIM 'droit social'	0,35	0,10	-71%	0,08	0,03	-67%	0,05	0,43	0,18	-59%
	BIM 'revenu'	0,38	0,38	1%	0,08	0,08	-1%	0,02	0,46	0,49	5%
	Non-BIM	3,86	4,65	20%	0,96	1,05	10%	0,14	4,82	5,84	21%
Médecine physique	BIM 'droit social'	0,26	0,09	-65%	0,15	0,07	-56%	0,14	0,41	0,30	-27%
	BIM 'revenu'	0,27	0,21	-21%	0,15	0,10	-34%	0,16	0,42	0,47	12%
	Non-BIM	2,55	2,59	2%	1,72	1,15	-33%	1,31	4,27	5,06	18%
ORL	BIM 'droit social'	0,24	0,08	-66%	0,06	0,02	-59%	0,04	0,30	0,14	-52%
	BIM 'revenu'	0,30	0,29	-4%	0,06	0,07	16%	0,03	0,36	0,39	7%
	Non-BIM	3,49	4,09	17%	0,67	0,80	20%	0,18	4,16	5,07	22%
Chirurgie	BIM 'droit social'	0,34	0,14	-60%	0,04	0,02	-45%	0,03	0,38	0,19	-50%
	BIM 'revenu'	0,39	0,40	0%	0,04	0,06	43%	0,02	0,44	0,48	10%
	Non-BIM	3,27	3,72	14%	0,71	0,83	17%	0,25	3,98	4,79	21%

Annexe 6 : Évolution du volume total de frais additionnels facturés entre le SI 2024 et le SI 2025 selon la spécialité médicale et le statut BIM – Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

Anatomie pathologique	BIM 'droit social'	0,00	0,00	5%	0,20	0,18	-10%	0,04	0,20	0,22	11%
	BIM 'revenu'	0,00	0,00	288%	0,21	0,24	13%	0,06	0,21	0,30	41%
	Non-BIM	0,00	0,01	174%	4,19	4,26	2%	0,49	4,19	4,77	14%
Pédiatrie	BIM 'droit social'	0,11	0,07	-33%	0,02	0,02	-36%	0,05	0,13	0,14	7%
	BIM 'revenu'	0,13	0,14	8%	0,02	0,01	-34%	0,04	0,15	0,20	31%
	Non-BIM	2,47	2,83	15%	0,16	0,11	-33%	0,22	2,63	3,16	20%
Chirurgie plastique	BIM 'droit social'	0,15	0,06	-58%	0,05	0,03	-47%	0,02	0,21	0,12	-44%
	BIM 'revenu'	0,19	0,17	-12%	0,05	0,03	-25%	0,04	0,23	0,24	1%
	Non-BIM	1,96	2,11	8%	0,77	0,60	-22%	0,31	2,72	3,01	11%
Gastro-entérologie	BIM 'droit social'	0,13	0,05	-64%	0,04	0,02	-59%	0,05	0,17	0,11	-37%
	BIM 'revenu'	0,15	0,14	-7%	0,05	0,03	-28%	0,06	0,20	0,23	17%
	Non-BIM	1,77	1,82	3%	0,57	0,48	-16%	0,29	2,34	2,59	11%
Psychiatrie	BIM 'droit social'	0,18	0,08	-55%	0,01	0,01	5%	0,03	0,19	0,12	-36%
	BIM 'revenu'	0,34	0,30	-11%	0,01	0,01	-52%	0,01	0,35	0,32	-8%
	Non-BIM	1,97	2,31	17%	0,04	0,03	-35%	0,05	2,01	2,39	19%
Neurochirurgie	BIM 'droit social'	0,24	0,09	-64%	0,00	0,00	-36%	0,01	0,25	0,10	-59%
	BIM 'revenu'	0,25	0,21	-18%	0,00	0,00	16%	0,01	0,25	0,22	-15%
	Non-BIM	1,74	1,78	2%	0,01	0,00	-42%	0,04	1,75	1,82	4%
Anesthésie-réanimation	BIM 'droit social'	0,10	0,03	-71%	0,05	0,03	-48%	0,09	0,15	0,15	-2%
	BIM 'revenu'	0,09	0,07	-28%	0,03	0,03	0%	0,08	0,13	0,18	42%
	Non-BIM	0,76	0,79	3%	0,27	0,20	-24%	0,33	1,03	1,32	28%
Rhumatologie	BIM 'droit social'	0,09	0,03	-67%	0,04	0,01	-83%	0,05	0,13	0,09	-32%
	BIM 'revenu'	0,09	0,09	-1%	0,03	0,01	-59%	0,06	0,12	0,16	31%
	Non-BIM	0,75	0,81	8%	0,27	0,11	-60%	0,33	1,03	1,25	22%
Neurologie	BIM 'droit social'	0,14	0,03	-79%	0,04	0,03	-40%	0,04	0,19	0,10	-47%
	BIM 'revenu'	0,09	0,08	-15%	0,03	0,03	-17%	0,02	0,13	0,13	4%
	Non-BIM	0,69	0,82	18%	0,17	0,21	25%	0,10	0,86	1,14	31%
Pneumologie	BIM 'droit social'	0,03	0,01	-71%	0,05	0,02	-71%	0,07	0,08	0,10	18%
	BIM 'revenu'	0,03	0,02	-10%	0,05	0,03	-37%	0,08	0,08	0,14	74%
	Non-BIM	0,40	0,41	3%	0,35	0,24	-33%	0,44	0,75	1,09	45%
Médecine nucléaire	BIM 'droit social'	0,00	0,00	-55%	0,05	0,01	-80%	0,08	0,05	0,09	66%
	BIM 'revenu'	0,00	0,00	56%	0,05	0,01	-83%	0,07	0,06	0,09	50%
	Non-BIM	0,08	0,11	38%	0,28	0,09	-69%	0,45	0,36	0,65	80%
Radiothérapie	BIM 'droit social'	0,01	0,00	-46%	0,09	0,00	-98%	0,00	0,10	0,01	-94%
	BIM 'revenu'	0,01	0,00	-52%	0,05	0,00	-94%	0,00	0,05	0,01	-85%
	Non-BIM	0,10	0,07	-28%	1,18	0,73	-38%	0,00	1,28	0,81	-37%
Médecine interne	BIM 'droit social'	0,03	0,01	-49%	0,02	0,02	-36%	0,02	0,05	0,05	1%
	BIM 'revenu'	0,04	0,03	-18%	0,02	0,01	-40%	0,02	0,06	0,06	8%
	Non-BIM	0,36	0,36	0%	0,23	0,10	-55%	0,23	0,59	0,69	17%
Endocrinologie	BIM 'droit social'	0,03	0,01	-64%	0,02	0,01	-30%	0,01	0,06	0,03	-38%
	BIM 'revenu'	0,03	0,03	-9%	0,01	0,01	10%	0,01	0,04	0,05	8%
	Non-BIM	0,29	0,30	5%	0,06	0,04	-42%	0,03	0,35	0,37	5%
Oncologie	BIM 'droit social'	0,02	0,01	-68%	0,00	0,00	-100%	0,00	0,02	0,01	-68%
	BIM 'revenu'	0,02	0,01	-47%	0,00	0,00		0,00	0,02	0,01	-46%
	Non-BIM	0,16	0,16	-4%	0,00	0,00	-90%	0,00	0,17	0,16	-5%
Neuro-psychiatrie	BIM 'droit social'	0,01	0,00	-69%	0,00	0,00		0,00	0,01	0,00	-65%
	BIM 'revenu'	0,01	0,01	-30%	0,00	0,00	-32%	0,00	0,01	0,01	-30%
	Non-BIM	0,10	0,08	-18%	0,01	0,01	36%	0,00	0,10	0,09	-15%



Travailler et vivre en précarité, pauvreté en Région bruxelloise

Aperçu du rapport 2025 de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale
par L. Noël

Constance Vandendorpe — Service d'études MC-CM

Résumé

Dans cet article, nous donnons un aperçu des grandes lignes du rapport thématique de 2025 « Travailler et vivre en précarité, pauvreté en Région bruxelloise » publié par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. L'objectif et la plus-value de ce rapport sont de décrire les réalités concrètes des travailleur-ses pauvres et précaires (TPP) à partir de l'examen de leur situation, de leur discours et du suivi de leur parcours afin de saisir ce qui est non quantifiable et difficilement mesurable via les normes statistiques institutionnelles.

Les TPP constituent un groupe hétérogène mais malgré cela, des tendances récurrentes se dressent, permettant de définir ce groupe : obligation de multiplier et diversifier les régimes d'emplois, menant à des cumuls de statuts fréquents, sentiment d'absence de choix régissant leur vie, de ne pas être aidé-e et de se sentir personnellement responsable et coupable de sa précarité. Toutes les dimensions de la vie des TPP sont largement impactées par la précarité : revenus, endettement, alimentation, logement, familles, santé, numérique, loisirs et culture. Leur accès et maintien à l'emploi sont structurés par des rapports sociaux de genre, ethnoraciaux, d'âge et entre générations, d'état de santé physique ou psychique et les inégalités numériques. Plusieurs propositions de changement prenant en compte tous ces aspects clôturent le rapport. Enfin, dans une perspective propre à la mutualité, une attention particulière est portée aux enjeux de santé liés à la pauvreté et à la précarité.

Mots-clés : Pauvreté, précarité, travail, lu pour vous

Introduction

Bien que contre-intuitif, le travail n'est plus une garantie aujourd'hui, pour un certain nombre de citoyen·nes, de joindre les deux bouts et d'arriver à vivre dignement. Selon les indicateurs nationaux, en Belgique, 4,7% des travailleur·ses sont des travailleur·ses pauvres - c'est-à-dire faisant partie de la population de 18 ans ou plus, déclarant travailler, en tant que salarié·e ou indépendant·e, et exposé·es au risque de pauvreté (Statbel, 2026). Être exposé·e au risque de pauvreté est défini par le Statbel comme le fait de disposer d'un revenu disponible équivalent inférieur à 60% du revenu disponible équivalent médian national. **En Région bruxelloise, ce taux est le plus élevé du pays, avec 9,6% de travailleur·ses pauvres**, contre 5% en Région wallonne et 3,7% en Région flamande.

Néanmoins, bien qu'utile, ce type d'indicateur standard normatif masque un ensemble de situations, de statuts et de formes d'activités qui ne rentrent pas dans cette norme, étant donnée l'hétérogénéité caractérisant le groupe des « travailleur·ses pauvres ». Une part non négligeable de ces travailleur·ses se situe en même temps dans des régimes d'emploi classiques (salarié·es, indépendant·es) et des activités dites « atypiques » (travail étudiant, intérimaire, de plateforme, flexi-jobs, dispositifs d'aide à l'emploi (ALE) et à la formation, etc.) ou encore dans des formes de travail invisibles, comme les travailleur·ses informel·les (travail « au noir »).

Le rapport de l'Observatoire de la Santé et du Social (service d'étude et d'Information de VIVALIS) tente d'aller au-delà des indicateurs quantitatifs classiques en fournissant une **description des réalités concrètes des travailleur·ses pauvres et précaires (TPP) à partir de l'examen de leur situation, de leur discours subjectif et du suivi de leur parcours** (Noël, 2025b). Considérer la subjectivité des TPP permet d'accéder à une vision plus précise de leurs conditions et de rendre visibles des facteurs de précarisation non quantifiables. Ce rapport a été élaboré à partir d'une série de 117 entretiens¹ avec des professionnel·les et des TPP bruxellois·es sélectionné·es sur base d'une définition élargie de l'exposition au risque de pauvreté. Cette définition élargie a été formalisée par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sous la forme d'une Résolution

pour une modification des statistiques et mise à l'épreuve pour la construction du rapport². Un·e travailleur·se précaire ou pauvre est donc défini·e dans ce rapport comme un·e travailleur·se (1) qui déclare avoir travaillé plus de la moitié du temps sur une année, (2) estime « ne pas arriver à joindre les deux bouts » pour faire face au coût de la vie et (3) dont le revenu disponible équivalent est inférieur à 60% du revenu disponible équivalent médian (travailleur·se pauvre) ou légèrement supérieur au revenu minimum mensuel moyen garanti (travailleur·se précaire). Il en ressort des données sur la thématique, ainsi qu'un **portrait complexe du travail précaire en Région bruxelloise, qui s'étend au-delà de la binarité emploi/non-emploi et qui prend en compte l'aspect dynamique et instable des situations des concerné·es**.

Nous résumons ci-après les aspects les plus importants de ce rapport : qu'est-ce qui caractérise les travailleur·ses pauvres et précaires en Région bruxelloise ? Quelles sont leurs conditions d'existence, notamment en matière de santé ? Quelles inégalités structurelles amplifient leur précarité ? Et enfin, quelles sont les perspectives pour faire face à cette problématique ?

1. Qui sont les travailleur·ses pauvres et précaires ?

1.1. Une définition par les premiers et premières concerné·es

La plus-value de ce rapport se situe dans l'inclusion de la subjectivité des premiers et premières concerné·es par la problématique, à savoir les TPP et les intervenant·es professionnel·les qui les côtoient au quotidien. Les travailleur·ses bruxellois·es interrogé·es mettent principalement en avant une **absence de choix qui régit leur vie** : une obligation de cumuler plusieurs activités dont les modalités sont imposées (et parfois illégales) les plongeant parfois dans l'inéligibilité aux droits sociaux, des revenus n'étant pas à la hauteur de l'effort de l'activité (souvent pénible et usante) et qui ne permettent pas de se loger et de vivre

1 24 entretiens exploratoires (universitaires, juristes, fonctionnaires, acteur·ices associatif·ves, avocat·es et travailleur·ses précaires) ; 59 entretiens avec des TPP bruxellois·es ; 34 entretiens avec des professionnel·les intervenant·es : expert·es du vécu, juristes, magistrat·es, assistant·es sociaux·ales, syndicalistes, agent·es public·ques régionaux·ales et fédéraux·ales. Les entretiens ont été réalisés entre mars 2020 et décembre 2021.

2 Pour en savoir plus : <https://ilostat.ilo.org/fr/about/standards/icls/icls-documents/#20e-icls-10-19-octobre-2018>.

décemment, une instabilité très forte et des rapports de pouvoir/dépendance dans les relations au travail. Un autre sentiment très présent est celui de **ne pas être aidé-e et de se sentir personnellement responsable et coupable de sa précarité alors que ces situations sont les résultats de dynamiques structurelles**. Les intervenant-es professionnel·les partagent ces précédents aspects et ajoutent que les TPP manquent parfois d'informations sur leurs propres droits, ne recourant donc pas à la justice ou aux plaintes administratives dans des situations où ils et elles subissent des mécanismes d'exploitation ou de non-respect du droit du travail. Des pratiques abusives ont été pointées du côté des employeur·ses : externalisation, sous-traitance en chaîne, imposition d'une flexibilité extrême, impositions de conditions contractuelles précarisantes, travail au noir, pression, absence de considération, etc.

1.2. Trois faces du précarariat bruxellois

À la suite de l'analyse de leur situation et statut, les TPP peuvent être différencié·es en **trois groupes et situations** (« faces ») caractérisant le précarariat dans lequel ils et elles évoluent. Certain·es s'inscrivent dans une **face visible et formelle**, traitant en majorité de statuts d'emploi déclarés et pourtant caractérisée par des situations de précarité durables. Cette face couvre des situations très diverses, allant du salarié en contrat à durée indéterminée (CDI) à temps plein dans le secteur public au travailleur·se de plateforme déclaré·e ou au travailleur·se étudiant·e à horaires variables. Une autre grande partie se retrouve dans une **face floue et hybride**, traitant de statuts « mixtes », en majorité déclarés et formels et parfois en partie informels et non déclarés. Ces situations d'hybridité sont fréquentes chez les travailleur·ses pauvres bruxellois·es, obligé·es de combiner plusieurs formes d'activité pour faire face à la précarité. Rentrent dans cette catégorie les travailleur·ses contraint·es de combiner des allocations sociales avec des activités informelles pour pouvoir s'en sortir, risquant la perte de leurs droits. Enfin, un groupe non négligeable se retrouve dans une **face invisible** caractérisant des situations où les travailleur·ses effectuent la majorité de leurs heures dans des régimes non déclarés (« au noir »), les exposant à des degrés d'exploitation variables allant de la « sous-traitance inter-individuelle » à la traite des êtres humains.

Au travers de tous ces groupes, on assiste à **une tendance générale pour les TPP à devoir multiplier et diversifier les régimes d'emplois**, menant à des cumuls de statuts fréquents. Des situations floues basées sur une diversité

de régimes peu contributifs à la Sécurité sociale (travail temporaire, étudiant, flexi-jobs, associatif ou volontaire) et invisibles aux statistiques institutionnelles se développent de plus en plus, **posant des problèmes majeurs de protection sociale pour ces travailleur·ses**. Celles et ceux combinant des activités professionnelles avec un complément d'allocations sociales se voient soumis à des injonctions contradictoires entre contrôle et discours culpabilisant en cas d'inactivité et risque de sanction et de perte de droits en cas d'activité trop importante. L'on voit dès lors le cercle vicieux de la précarité se dessiner où l'obligation d'accepter n'importe quelle forme d'emploi peut rendre inéligible à des droits protecteurs contre la précarité elle-même.

2. Dans quelles conditions vivent les TPP ?

2.1. En général

Au-delà de l'emploi, **toutes les dimensions de la vie des TPP sont touchées par la précarité**. Leurs revenus, qu'ils soient stables ou instables, demeurent insuffisants pour couvrir les besoins essentiels, installant une insécurité financière durable, une quasi-impossibilité d'épargner et un risque d'endettement. Comme explicité précédemment, la multiplication des sources de revenus est parfois une condition pour survivre, d'autant plus s'il y a des enfants dans le ménage. Le recours à l'aide alimentaire, aux réseaux d'entraide ou au soutien familial est courant. Le soutien de l'entourage, surtout en matière de logement, est un facteur diminuant considérablement le niveau de précarité et d'insécurité des TPP qui en bénéficient. En dehors de ces situations d'entraide, **le logement est un facteur central de précarité** : à Bruxelles, les loyers absorbent une part disproportionnée du budget pour des logements souvent exigus, de mauvaise qualité, parfois insalubres, et marqués par une forte instabilité résidentielle (cohabitations contraintes, déménagements fréquents, expulsions). Les dépenses contraintes liées à la mobilité grèvent également le budget, tandis que le temps de déplacement réduit encore le temps disponible pour la vie privée et familiale. Enfin, la précarité limite fortement l'accès aux loisirs, aux vacances, au sport et à la culture, ces dimensions étant reléguées au second plan face à l'urgence des besoins matériels.

2.2. Impact sur la santé

La précarité impacte largement l'état de santé des TPP, à de multiples niveaux. **L'accessibilité financière aux soins, aux traitements et aux indemnités est souvent compromise** : la couverture obligatoire est parfois perdue et la souscription à une assurance complémentaire ou hospitalisation est rare. Pour celles et ceux qui sont couvert-es, le fait de devoir avancer l'argent et d'attendre d'être remboursé-e est souvent impossible. **Les reports de soins et le non-soin sont fréquents** à cause d'un manque de moyens financiers, de temps ou d'absence de couverture. Beaucoup de ménages établissent un arbitrage et n'ont recours aux soins ou traitements que pour les enfants. La plupart des TPP occupant des positions défavorables à la santé avec des conditions souvent pénibles et stressantes (horaires décalés, tâches physiquement usantes, répétitives, surcontrôle, management déshumanisé, place dans la hiérarchie, etc.) et une forte charge psycho-sociale, **le travail devient un véritable facteur aggravant pour la santé**, en plus de l'exposition prolongée à la précarité. Un nombre réduit de contacts sociaux, un environnement défavorable (bruit, odeur, froid, chaleur extrême), de longs temps de déplacements, les excès liés au « *lean management* »³ (augmentation du nombre de tâches, de la flexibilité, diminution du temps, des temps de pause et du nombre de travailleur-ses) et les modalités de travail liées aux nouvelles technologies sont des facteurs supplémentaires ayant des conséquences sur la santé des travailleur-ses. **Une double pénalité caractérise les TPP, puisque par leurs conditions de travail, ils et elles ont plus de chance de tomber en incapacité de travail ou invalidité**, détériorant d'autant plus leur situation socio-économique. **L'anxiété fait partie du quotidien**, d'autant plus pour les TPP qui oscillent régulièrement entre emploi et chômage : ils et elles peuvent être confronté-es au stress de ne pas retrouver rapidement un contrat, de pouvoir payer ou non le loyer, les factures, les frais scolaires et à l'anxiété liée au maintien des droits (d'être sanctionné-e, de ne pas recevoir une allocation pendant un stage, de manquer une convocation ou une obligation dans les procédures d'activation ou de ne pas percevoir sa rémunération complète).

Les témoignages recueillis mettent en évidence une **grande diversité de problèmes de santé**. Les TPP bruxellois-es interrogé-es rapportent aussi bien des troubles physiques – problèmes dentaires, de dos, d'articulations, de rhumatismes, des troubles musculaires et musculosquelettiques, des maladies de la thyroïde ou le diabète – que des difficultés liées à la santé mentale, telles que du stress, de l'anxiété, de la dépression ou de fortes charge mentale et psychosociale. Certaines personnes vivent également avec des maladies incurables comme la polyarthrite ou le VIH. Enfin, plusieurs TPP ont aussi évoqué de graves atteintes à leur intégrité physique ou psychique et/ou à celle de leurs proches (menaces) dans le cadre de rapports d'exploitation extrême ou de traite des êtres humains.

3. Un amplificateur de la pauvreté et la précarité : les inégalités

Les inégalités influencent l'accès, le maintien, les conditions d'emploi ainsi que les positions occupées par les travailleur-ses. Elles ne sont pas le seul facteur explicatif des situations de précarité ou de pauvreté vécues par les TPP mais – surtout si cumulées – elles ont le pouvoir d'amplifier une position sociale déjà défavorable. **Des inégalités à l'emploi sont présentes à de multiples niveaux : les inégalités entre les sexes et identités de genre, ethnoraciales⁴, sur base de l'âge et entre générations, sur base de l'accès au numérique et enfin sur base de l'état de santé physique ou psychique**. Comme explicité dans le résumé du rapport de l'Observatoire : « Être une femme, être Bruxellois-e d'origine subsaharienne, être de nationalité étrangère, détenir un titre de séjour en attente de renouvellement, être jeune, être âgé-e, être une personne handicapé-e, être malade, ne pas posséder de smartphone, être perdu face à l'usage et à l'imposition du numérique par défaut, occuper déjà un statut précaire, ... sont autant de situations qui freinent l'accès et le maintien dans l'emploi et l'activité et qui exposent au risque de moins bonnes conditions d'emploi et d'activités » (Noël, 2025a)

3 Méthode de gestion et d'organisation du travail visant à maximiser les performances (qualité et rentabilité) d'une entreprise.

4 Défini comme « sur base de l'origine étrangère assignée, sur base de la nationalité ou sur base du statut migratoire » (Noël, Travailler et vivre en précarité, pauvreté en région bruxelloise, 2025).

En parallèle de ces situations sociales et des caractéristiques individuelles, interviennent un certain nombre de facteurs plus structurels : nature des offres d'emploi, choix d'organisation interne (flux tendu ou à la demande), contournement des législations du droit du travail ou de la Sécurité sociale, logiques macroéconomiques (« crises », inflations, marchés en concurrence, coûts, profits, etc.) et sociales (individualisation, concurrence entre individus, accélération, etc.). C'est l'ensemble des facteurs sociaux, individuels et structurels qu'il faut prendre en compte pour pouvoir comprendre et analyser les parcours des TPP.

4. Perspectives

Les TPP interrogé-es pointent différents aspects qui pourraient permettre d'endiguer les mécanismes de pauvreté et de précarité : rémunération juste et suffisante, amélioration des conditions de travail, nombre d'emplois suffisants, compréhension approfondie des situations de précarité par l'expérience et le vécu pour mieux décider et agir (comme élaboré dans le rapport de l'Observatoire), plus grande stabilité dans les contrats, amélioration des dispositifs ALE pour rendre les contrats plus durables, renforcement des connaissances des intervenant-es so-

ciaux - en particulier concernant les situations hybrides (cumul et succession de périodes de travail et d'allocations), sécurisation financière des situations d'hybridités non choisies, stabilisation du maintien des droits sociaux avec une situation d'emploi pour éviter la dynamique d'appauvrissement (ne pas opposer activité et protection sociale), assouplissement des seuils de revenus, renforcement des services d'inspection du travail et prise de mesures sur des groupes de travailleur-ses pauvres plus exposé-es.

Les intervenant-es professionnel-les de première ligne ajoutent aux aspects précédents les besoins de renforcer les administrations publiques et les services d'inspection pour lutter contre les fraudes au droit du travail et au droit de la Sécurité sociale, mieux informer les citoyen-nes sur leurs droits sociaux, simplifier les canaux d'informations vers les droits et juridictions, revoir et renforcer les formes de travail favorables et le système de Sécurité sociale et enrayer la pratique de recours à la sous-traitance (« en chaîne ») par les employeur-ses.

Finalement, l'Observatoire met également en avant le besoin d'améliorer les statistiques institutionnelles et de visibiliser par les données des groupes de travailleur-ses moins visibles (en utilisant – comme pour le rapport – la nomenclature utilisée par l'OIT), notamment en produisant des données sur les situations d'hybridité et d'informalité.

Bibliographie

- Noël, L. (2025a). *Résumé du Rapport thématique : Travailler et vivre en précarité, pauvreté en Région bruxelloise*. Bruxelles : Commission communautaire commune - Vivalis: Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.
- Noël, L. (2025b). *Travailler et vivre en précarité, pauvreté en région bruxelloise*. Bruxelles : Commission communautaire commune - Vivalis: Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.
- Statbel. (2026). *Revenu disponible administratif*. Récupéré sur STATBEL - La Belgique en chiffres: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/revenu-disponible-administratif>.



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

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

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

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

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

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

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

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

Sommaire

Édito :	Protéger durablement · 02
Étude :	La situation financière des personnes en invalidité · 06
	Revue de la littérature · 10
	Méthode · 11
	Résultats · 15
	Discussion · 29
	Recommandations · 32
Étude :	L'interdiction des suppléments d'honoraires en ambulatoire pour les bénéficiaires de l'intervention majorée · 38
	Contexte · 42
	Méthodologie · 44
	Résultats · 46
	Discussion · 59
	Recommandations · 62
Lu pour vous :	Travailler et vivre en précarité, pauvreté en Région bruxelloise · 74

Colophon

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