

& SANTÉ SOCIÉTÉ

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

04 Comprendre les inégalités face aux soins de santé

48 Espaces verts et recours aux soins de
santé mentale en Belgique

64 Quels sont les facteurs prédictifs de la sortie
de l'incapacité de travail ?

18

juillet 2026

Changer de trajectoire

Changer de trajectoire

Edito



Les inégalités d'accès aux soins, la santé mentale, l'incapacité de travail. Autant de sujets qui sont régulièrement au cœur de l'agenda politique et médiatique. Mais trop souvent, les débats qui portent sur ces questions sont rabattus sur des considérations individuelles : il faut se motiver, s'activer, il faut faire du sport, manger mieux, il faut être résilient. Comme si les difficultés que chacun-e peut rencontrer étaient avant tout la cause d'un manque de volonté ou les résultats de mauvais choix. Et donc aussi comme si chacun-e, face aux épreuves de santé, partait de la même ligne de départ, avec le même potentiel.

Dans ce numéro de *Santé & Société*, nous mettons en lumière une tout autre réalité. Sans doute plus dérangeante, parce que plus complexe. Sans doute plus politique aussi. Dans chacun des articles se laisse lire un fil rouge, selon lequel les inégalités de santé ne sont pas des situations figées, mais des trajectoires qui se construisent dans le temps. Des trajectoires qui sont le produit d'accumulations progressives d'avantages et de désavantages sociaux, économiques, ou encore environnementaux, comme le démontre notamment le Professeur Dale Dannefer. Dans son ouvrage *Age and the Reach of Sociological Imagination* (2021), il explique que l'évolution de l'état de santé de chacun-e doit se lire comme une trajectoire. Et selon lui, cette trajectoire est profondément façonnée par les institutions, les inégalités et les rapports de pouvoir. De ce fait, il appelle à politiser notre compréhension de la santé et ses états, c'est-à-dire à les voir comme le produit de la société, plutôt qu'à les naturaliser et les individualiser. Plus encore, les vul-

néralités ne s'additionnent pas selon un modèle simple : elles s'imbriquent, s'intègrent et se renforcent. Ce mécanisme explique bien pourquoi les écarts se creusent avec l'âge, pourquoi certains groupes payent plus lourdement le prix des crises sanitaires, sociales ou économiques. Parce que le temps n'efface pas les inégalités : il les renforce.

Les trois articles de ce numéro éclairent cette dynamique à partir de terrains très différents. L'étude présentée dans l'article *Comprendre les inégalités face aux soins de santé* repose sur une analyse de données représentatives de la population belge. Elle souligne que les inégalités se construisent non seulement en amont, dans les conditions de vie, mais sont aussi inscrites dans l'infrastructure même du système de soins. Elle met ainsi en évidence un mécanisme central : à mesure que le niveau socio-économique diminue, l'état de santé se dégrade et les besoins de santé augmentent, mais le recours aux soins ne suit pas – il devient au contraire de moins en moins proportionnel à ces besoins. Ce sous-recours s'inscrit dans un contexte de pression financière pour les personnes aux revenus les plus faibles, leurs contributions personnelles pouvant atteindre des niveaux disproportionnés – jusqu'à six fois plus élevés en proportion du revenu par rapport aux personnes les plus aisées. Les dispositifs de protection tels que l'intervention majorée ou le maximum à facturer sont indispensables pour éviter une exposition à des coûts excessifs. Aujourd'hui, ils semblent néanmoins largement insuffisants pour combler ces inégalités. Plusieurs angles morts sont mis en évidence : le non-recours aux droits, une protection insuffisante pour certains ménages à faibles revenus, ainsi que la situation de celles et ceux dont la consommation de soins est trop faible pour activer les mécanismes de plafonnement des tickets modérateurs. Ils ne peuvent alors empêcher un effet cumulatif des désavantages successifs subis et infléchir structurellement les trajectoires. Mais ces résultats montrent aussi que ces trajectoires ne sont pas inéluctables : ils pointent les leviers concrets à activer pour intervenir plus tôt, mieux protéger et rétablir un accès aux soins davantage proportionnel aux besoins.

L'article *Espaces verts et recours aux soins de santé mentale en Belgique*, explore les liens entre le fait de vivre à proximité d'espaces verts et l'état de santé mentale. Dans cette étude, des prestations de soins de santé mentale de plus de quatre millions de membres de la Mutualité chrétienne ont été mises en lien avec le niveau de couverture végétale par secteur statistique. Des modèles de régression ont été utilisés pour analyser dans quelle mesure une augmentation de la couverture végétale est associée à des variations relatives de l'utilisation des soins. L'analyse des résultats pointe une réalité complexe, selon laquelle nous ne sommes pas tous et toutes égaux face aux bienfaits d'un environnement naturel. Là où on observe globalement un effet positif sur la santé mentale du fait de vivre près d'espaces verts, on note que pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée – et donc étant financièrement vulnérables – cette association s'inverse : à exposition comparable, plus de verdure s'accompagne d'une consommation relative plus élevée de soins de santé mentale. Ce n'est pas que la présence d'espaces verts soit pour ce public néfaste. C'est la trajectoire qui l'est. Un même environnement n'agit pas de la même manière selon le cumul antérieur d'adversités : logement de mauvaise qualité, stress chronique, insécurité, contraintes matérielles, isolement social. Le bénéfice du vert dépend de la trajectoire.

Dans l'article *Quels sont les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail ?*, nous explorons la façon dont les fractures sociales pourraient impacter les trajectoires du retour au travail. Cette recherche se base sur trois enquêtes réalisées entre novembre 2023 et mars 2025. Durant cette période, nous avons observé l'évolution de personnes qui étaient en incapacité de travail au début de l'étude, afin d'identifier le profil de celles qui sont sorties de l'incapacité, et les facteurs associés à cette sortie, séparément pour les personnes qui ont été accompagnées – ou non – par un-e coordinateur-ice de retour au travail. Les résultats sont interpellants. Les personnes qui sortent plus rapidement de l'incapacité sont aussi celles qui cumulaient déjà des ressources : niveau d'études plus élevé, emploi intellectuel,

temps plein, confiance en leurs capacités. Comprendre ce constat sous l'angle de l'accumulation, permet de voir qu'il ne s'agit pas là d'une simple question de motivation, ou de vertu morale, mais d'une question liée à la somme des désavantages et avantages constitués bien avant l'incapacité. Lorsqu'un parcours a déjà été marqué par la pénibilité, la précarité ou les discriminations, chaque épisode de santé rend la pente plus raide. Une politique de réintégration efficace doit tenir compte de ce cumul de vulnérabilités, et moduler son action en fonction de besoins de chacun-e.

Pris ensemble, ces travaux nous invitent à politiser la santé, c'est-à-dire la réinscrire dans une compréhension collective, au croisement des institutions, des rapports de pouvoirs, de l'accumulation des richesses et des discriminations. De là, on comprend alors qu'il ne s'agit pas de stimuler ou de peser sur les comportements individuels, mais de comprendre les trajectoires, et d'agir sur les contextes de vie, sur les conditions de travail, sur l'accès réel et continu aux soins. Parce que l'enjeu est double : réduire l'exposition initiale aux désavantages et empêcher que les barrières répétées ne transforment des difficultés ponctuelles en destins sanitaires. Il faut cesser d'organiser la production de vulnérabilités par des politiques qui conditionnent les droits, fragmentent l'accès et laissent les inégalités s'accumuler. Agir contre les inégalités de santé, c'est reconnaître qu'elles ont une histoire – et décider collectivement d'en changer la trajectoire.

Nicolas Rossignol
Responsable du Service d'études MC-CM

Bibliographie

Dannefer, D. (2021). *Age and the Reach of Sociological Imagination. Power, Ideology and the Life Course*. London: Routledge.

Comprendre les inégalités face aux soins de santé

L'influence du niveau de revenus sur l'état de santé, le recours aux soins et les contributions personnelles en Belgique

Clara Noirhomme — Service d'études MC-CM

Remerciements à Sophie Cès, Hervé Avalosse, Svetlana Sholokhova, Nicolas Rossignol et Tom de Spiegeleer

Résumé

Cette étude examine la place de l'accessibilité financière des soins de santé dans les inégalités sociales de santé en Belgique et montre comment les inégalités économiques se répercutent à la fois sur l'état de santé, le recours aux soins et les coûts des soins à charge des patient·es. À partir de données représentatives de la population belge et d'un indicateur territorial de revenu, elle met d'abord en évidence un gradient socio-économique continu et marqué : plus les quartiers sont pauvres et plus la mortalité et la morbidité sont élevées, et ces inégalités se renforcent au fil du temps. L'étude montre ensuite que ces inégalités, qui s'expliquent en partie par les conditions de vie défavorables des populations précarisées, sont renforcées par le fonctionnement du système de soins de santé : le recours aux soins n'est pas proportionnel aux besoins. Dans les zones les plus défavorisées, on observe un sous-recours aux soins programmés, une fréquentation accrue des urgences, signes d'un accès entravé aux soins adéquats. Ce sous-recours s'explique par l'accumulation de barrières – financières, organisationnelles et administratives – qui freinent l'accès aux soins. Malgré l'existence de dispositifs de protection financière, les patient·es aux revenus les plus faibles consacrent, en proportion de leur revenu, jusqu'à six fois plus que les patient·es les plus aisé·es, principalement en raison des suppléments non plafonnés. Plusieurs angles morts des dispositifs de protection financière sont mis en évidence : le non-recours aux droits, une protection insuffisante pour certains ménages à faibles revenus, ainsi que la situation de ceux dont la consommation de soins est trop faible pour activer les mécanismes de plafonnement. L'étude se conclut par des recommandations opérationnelles visant à renforcer la protection financière et l'accès effectif aux soins.

Mots clés : Inégalités sociales de santé, Maximum à Facturer (MàF), Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (BIM), accessibilité financière, inégalités d'accès aux soins, étude quantitative

Table des matières

Introduction	6
1. Cadre conceptuel	7
1.1. Le gradient social de santé et ses déterminants	7
1.2. De la santé au recours : quand les besoins augmentent mais les soins ne suivent pas	7
1.3. De la santé aux contributions personnelles : protection financière et restes à charge	8
2. Méthodologie	10
2.1. Inégalités de santé et de recours aux soins	10
2.1.1. Sources de données et population d'étude	10
2.1.2. Echelle socio-économique	10
2.1.3. Mesure de l'état de santé et du recours aux soins	10
2.1.4. Précautions d'interprétation et limites	11
2.2. Coûts à charge des patient-es et mécanismes de protection financière	11
2.2.1. Population d'étude	11
2.2.2. Données de coûts incluses	11
2.2.3. Stratégie d'analyse	12
2.2.4. Limites	12
3. Résultats	13
3.1. État de santé et niveau socio-économique	13
3.2. Recours aux soins et niveau socio-économique	15
3.2.1. Soins curatifs	15
3.2.2. Soins préventifs	18
3.2.3. Soins de première ligne	29
3.3. Coûts à charge des patient-es	21
3.3.1. Le MAF comme point d'entrée pour analyser les inégalités financières	21
3.3.2. Une protection financière conditionnelle : couverture effective et limites du MAF	22
3.3.3. Fardeau financier des soins selon le revenu	26
4. Discussion	32
4.1. Un gradient d'état de santé marqué et qui s'accroît	32
4.2. Un sous-recours aux soins malgré des besoins plus importants	33
4.3. Une protection financière partielle et régressive en proportion du revenu	34
5. Recommandations	36
5.1. Faire de la réduction des inégalités de santé et de la protection financière un objectif transversal	36
5.2. Ouvrir les droits avant que les obstacles ne se cumulent	37
5.3. Un MAF réellement proportionnel au revenu et à la réalité des ménages	39
5.4. Assurer un accès effectif : réduire les obstacles financiers au moment du recours	39
Conclusion	41
Bibliographie	42
Annexes	44

Introduction

Les inégalités sociales de santé constituent l'un des phénomènes les plus persistants et les mieux documentés en Europe (EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN), 2025). Elles renvoient à des écarts de santé évitables et injustes entre groupes sociaux, liés aux conditions de vie et au statut socio-économique notamment le revenu, l'éducation et la situation professionnelle. La Belgique n'y échappe pas : l'espérance de vie, la prévalence des maladies chroniques ou encore l'accès à certains soins varient fortement selon le statut socio-économique (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022; Otavova, et al., 2024; Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Ces écarts ne reflètent pas uniquement des différences individuelles, mais se manifestent bien par un **gradient social continu** : à mesure que les ressources diminuent, **l'état de santé se dégrade**. Mais surtout, **cette dégradation de l'état de santé ne s'accompagne pas d'un recours aux soins proportionnel aux besoins**. À mesure que la position socio-économique diminue, les besoins en soins augmentent, tandis que le recours effectif tend à diminuer : on observe davantage de report de soins, de renoncement à certains traitements ou un accès plus tardif aux soins via les urgences plutôt que via la première ligne (Cès & Baeten, 2020).

Ce sous-recours s'explique par l'accumulation de barrières – financières, organisationnelles et administratives – qui entravent l'accès aux soins le long du gradient socio-économique (Cès & Baeten, 2020; Cès, 2021). En Belgique, plusieurs mécanismes de protection sont censés neutraliser ces obstacles (intervention majorée, Maximum à Facturer, tiers payant). Ces mécanismes comportent toutefois des limites : activation tardive, couverture incomplète, complexité administrative, non-recours (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020; WHO, 2023), qui font que la protection annoncée ne se traduit pas toujours par une protection réelle. **Ce décalage entretient l'idée que les inégalités financières seraient compensées, alors qu'elles restent au contraire un élément central du gradient social d'accès aux soins**. Dans ce contexte, les ménages situés en bas du gradient supportent une charge financière disproportionnée, notamment en raison des suppléments non plafonnés et des dépenses exclues des mécanismes de protection.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude, dont l'objectif est de montrer le rôle de l'accessibilité financière des soins de santé dans les inégalités sociales de santé, en mettant **en relation trois dimensions habituellement étudiées séparément** : (1) **l'état de santé**, (2) **le recours aux soins**, (3) **les coûts réellement supportés par les patient-es**, et en les analysant à travers un même **gradient socio-économique**.

En mobilisant les données de près de quatre millions de membres de la Mutualité chrétienne (MC), pondérées pour représenter la population belge, et en combinant une approche par revenu du ménage (via le MAF) et par revenu moyen du quartier, l'étude permet de :

- comparer l'ampleur des inégalités sociales de santé et de recours aux soins entre 2011 et 2023 afin d'en analyser l'évolution dans le temps ;
- examiner si les inégalités sociales se manifestent de manière cohérente à travers les trois dimensions : l'état de santé, le recours aux soins et les coûts supportés par les patient-es ;
- quantifier le fardeau financier des contributions personnelles selon le niveau de revenu ;
- identifier des ajustements proportionnés des protections financières qui pourraient améliorer l'équité du système.

Bien que la présente étude se concentre sur le **gradient socio-économique mesuré à partir du revenu**, il est important de rappeler que ce gradient n'est pas neutre du point de vue du genre et des discriminations croisées. En Belgique comme ailleurs, les femmes disposent en moyenne de revenus plus faibles, assument davantage de charges familiales, vivent plus souvent en familles monoparentales – une configuration socio-économiquement très exposée – et passent un plus grand nombre d'années en mauvaise santé (Sholokhova, 2023). Les inégalités de santé se combinent ainsi aux inégalités financières, professionnelles, familiales ou territoriales. Les dynamiques intersectionnelles – cumul des difficultés liées au genre, au statut socio-économique ou au contexte migratoire – amplifient encore les obstacles dans l'accès aux soins et la capacité à supporter les coûts (European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021).

1. Cadre conceptuel

1.1. Le gradient social de santé et ses déterminants

Les inégalités de santé suivent un **gradient social continu** : à mesure que le statut socio-économique diminue, la santé se détériore (Marmot, 2010). Ce phénomène, largement documenté, montre que chaque position sociale correspond en moyenne à un niveau différent de morbidité, de mortalité prématurée ou de santé perçue, selon une relation graduelle qui traverse l'ensemble de la hiérarchie sociale et qui dépasse largement la seule opposition entre pauvreté et non-pauvreté (Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997; Marmot, 2003; Marmot & Allen, 2014).

Les **indicateurs du statut socio-économique** sont multiples. Comme le souligne Marmot, la position d'un individu dans la hiérarchie sociale découle principalement de son niveau d'éducation, de son revenu et de sa position professionnelle (l'occupation), chacune de ces dimensions influençant la santé par des mécanismes spécifiques (Marmot, 2010). Dans cette perspective, recourir à une mesure fine du statut socio-économique, par exemple en structurant la population en déciles de revenus plutôt qu'en opposant seulement des groupes « favorisés » et « défavorisés », comme nous le proposons dans la présente étude, permet de saisir pleinement la continuité du gradient social de santé.

Ce gradient s'observe dans de multiples dimensions de la santé (espérance de vie, prévalence des maladies chroniques, santé mentale, limitations fonctionnelles) et dans de nombreux contextes nationaux, indépendamment des systèmes de soins (Marmot & Bell, 2012; Petrovic, et al., 2018; Vincens, Emmelin, & Stafström, 2017). En Belgique, il est particulièrement marqué : en 2011, l'écart d'espérance de vie en bonne santé à 25 ans atteignait 10,5 ans (hommes) et 13,4 ans (femmes) entre les personnes les moins et les plus diplômées (Renard, Devleesschauwer, Van Oyen, Gadeyne, & Deboosere, 2019). Par ailleurs, les habitant-es des zones les plus défavorisées présentent une probabilité 2 fois (hommes) et 1,8 fois (femmes) plus élevée de mourir prématurément que ceux des zones les plus favorisées (Otavova, et al., 2024).

Le gradient social reflète l'influence profonde des **déterminants sociaux de la santé** : les conditions dans lesquelles

les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent les exposent inégalement aux risques de morbidité tout en générant des inégalités structurelles en matière d'accès aux soins. Ces déterminants eux-mêmes sont structurés par des rapports de pouvoir, des politiques publiques, la répartition des ressources économiques et les inégalités matérielles (Marmot, 2017; Marmot & Bell, 2012).

Au-delà de cette relation statistique entre position sociale et état de santé, des travaux récents montrent que les inégalités sociales « s'incorporent » biologiquement au fil de la vie. L'environnement social, notamment dans les premières années, influence durablement le développement biologique par des mécanismes tels que le stress chronique, la charge allostatique¹ et des modifications épigénétiques associées à l'exposition à l'adversité (Lang, Kelly-Irving, Lamy, Lepage, & Delpierre, 2016). Ces processus traduisent littéralement dans le corps l'expérience des conditions sociales, rendant compte du fait que les comportements de santé (tabagisme, alimentation, activité physique) n'expliquent qu'une fraction des écarts de santé : le gradient reste largement déterminé par des facteurs structurels, psychosociaux et environnementaux (Petrovic, et al., 2018). L'ensemble des travaux sur les inégalités sociales de santé converge ainsi vers l'hypothèse de la causalité sociale, selon laquelle les conditions socio-économiques produisent des différences de santé (Kröger, Pakpahan, & Hoffmann, 2016).

En bref, le gradient social de santé met en évidence des écarts qui traversent l'ensemble de la hiérarchie sociale et qui appellent des interventions structurelles agissant en amont. La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé recommande d'ailleurs d'agir simultanément sur trois axes : améliorer les conditions de vie quotidiennes, agir sur la distribution du pouvoir, de l'argent et des ressources, et mesurer systématiquement les écarts et l'effet des actions menées (WHO, Commission on Social Determinants of Health, 2008).

1.2. De la santé au recours : quand les besoins augmentent mais les soins ne suivent pas

La question de l'accès aux soins et de son adéquation aux besoins s'inscrit dans une longue tradition d'analyse des inégalités sociales de santé. Dès 1971, Tudor Hart formulait la loi des soins inversés (*inverse care law*) selon laquelle

1 La charge allostatique désigne l'usure physiologique accumulée par l'organisme lorsqu'il doit s'adapter de manière répétée ou prolongée à un environnement stressant.

la disponibilité de soins de qualité varie inversement avec le besoin : plus les besoins sont élevés, moins les services sont disponibles (Tudor Hart, 1971). Dans les pays à haut niveau de revenu, ce mécanisme ne se présente plus sous sa forme « pure » mais sous une forme plus nuancée, décrite comme une « **loi des soins non proportionnés aux besoins** » (*disproportionate care law*) : les groupes socio-économiquement défavorisés accèdent aux soins, mais moins, plus tard et dans des conditions moins adéquates que leurs besoins ne le justifieraient (Cookson, Doran, Asaria, Gupta, & Mujica, 2021).

La Belgique illustre clairement ce décalage. Malgré une couverture quasi universelle, les travaux du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) montrent, à l'aide du *fairness gap* – un indicateur comparant le recours réel au recours « attendu » à besoins de santé équivalents – que les personnes à revenu ou niveau d'éducation élevé utilisent davantage de soins que leurs besoins ne le prédiraient, tandis que **les groupes vulnérables présentent un sous-recours injuste**, notamment pour les soins spécialisés ambulatoires, les soins dentaires et la première ligne (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Les mécanismes à l'origine de ce sous-recours sont multiples. Les personnes vivant dans des conditions socio-économiques vulnérables doivent naviguer dans un système de soins fragmenté, multiplier les démarches auprès de différents prestataires et surmonter des obstacles spécifiques à chaque étape, ce qui accroît la complexité d'accès aux soins. **Les barrières se cumulent** : contraintes organisationnelles (délais, disponibilité limitée en première ligne), difficultés administratives (ouverture ou maintien des droits), obstacles communicationnels (langue, compréhension du système). Cette accumulation conduit à une dépriorisation des soins, malgré des besoins souvent plus importants, et se traduit par une **prévalence plus élevée de besoins non rencontrés**, notamment pour les soins dentaires, mentaux, spécialisés et de première ligne (Op de Beeck, et al., 2025).

Ces inégalités d'accès se sont accentuées au cours de la dernière décennie, en particulier pour les personnes confrontées à une baisse soudaine de revenus, les ménages ayant des arriérés de paiement ou les locataires, qui présentent des niveaux particulièrement élevés de besoins non satisfaits et de retards de recours. Ces dynamiques reflètent le rôle déterminant des conditions de vie (difficulté à chauffer son logement, problèmes de logement, impossibi-

lité de répondre à des besoins essentiels) dans la capacité à solliciter des soins en temps utile (Cès & Baeten, 2020).

1.3. De la santé aux contributions personnelles : protection financière et restes à charge

Parmi les obstacles entravant le recours aux soins, **les contributions personnelles** occupent une place centrale. Elles désignent **les dépenses faites par les patient-es lors du recours aux soins (après déduction du montant remboursé par une assurance de santé)** : tickets modérateurs, suppléments (lors des consultations chez le-la médecin ou d'un séjour hospitalier) et les dépenses relatives aux services et produits non couverts (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Elles correspondent donc à la part des soins financée directement par les ménages, par opposition à la part financée par l'assurance obligatoire soins de santé (AO). En Belgique, les contributions personnelles représentent une part importante du financement des soins : 22% des dépenses courantes de santé en 2023, contre 15% en moyenne dans l'Union européenne. À ces contributions personnelles s'ajoutent environ 5% de dépenses liées aux primes d'assurances privées, si bien que l'effort financier total supporté par les ménages s'élève à 27% des dépenses de santé (Eurostat, 2026).

Dans une perspective d'économie de la santé, les contributions personnelles constituent un mode de financement régressif du système de soins de santé – en opposition aux modes de financement proportionnels ou progressifs – car elles pèsent proportionnellement davantage sur les ménages à faibles revenus (Wagstaff, et al., 1992). Elles participent ainsi au gradient socio-économique de recours observé dans la section précédente : lorsque le financement repose fortement sur les paiements au moment de consommer les soins, les obstacles financiers tendent à se cumuler pour les ménages les plus vulnérables.

Plusieurs mécanismes de protection financière existent pour limiter et protéger les populations vulnérables de dépenses excessives, mais ils présentent des limites. Les analyses du KCE et de l'OMS montrent en effet qu'en Belgique, les **dépenses catastrophiques**² figurent parmi les plus élevées d'Europe occidentale et sont fortement concentrées dans le premier quintile de revenus (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020; WHO, 2023).

2 Une dépense est dite catastrophique lorsqu'elle dépasse 40% de la capacité de paiement du ménage – soit le revenu disponible après satisfaction des besoins essentiels (WHO, 2026).

Le **statut BIM** (bénéficiaire de l'intervention majorée) ouvre le droit à un remboursement accru en réduisant le ticket modérateur pour les personnes disposant de faibles revenus. Il peut être octroyé automatiquement (via un droit social existant) ou après une enquête sur les revenus. L'avantage BIM va au-delà de la seule réduction du ticket modérateur : il ouvre un accès élargi au tiers payant, applique un plafonnement des tickets modérateurs plus protecteur et, depuis 2026, protège contre les suppléments d'honoraires, renforçant ainsi la sécurité tarifaire des ménages les plus vulnérables³ (INAMI, 2024).

Des évolutions récentes témoignent d'une **volonté de réduction du non-recours au statut BIM**. Depuis le 1^{er} octobre 2024, des procédures d'attribution d'office ont été mises en place pour certains groupes vulnérables – notamment les personnes isolées ou les familles monoparentales en chômage de longue durée ou en incapacité de travail prolongée – sur la base de croisements de données administratives, ne nécessitant pas de démarches administratives de la part de l'assuré-e. Cette automatisation constitue une avancée importante, mais ne couvre toutefois pas l'ensemble des situations de vulnérabilité, et son impact reste encore partiellement observable dans les données disponibles.

Le dispositif demeure par ailleurs **binaire** : on est BIM ou on ne l'est pas. Cette logique exclut de fait les personnes dont les revenus se situent juste au-dessus des seuils d'éligibilité, mais dont la capacité financière reste limitée. Malgré les flux proactifs mis en place par les mutualités pour identifier les ayants droit potentiels, le non-recours persiste, notamment en raison de la complexité administrative, de l'instabilité des situations socio-professionnelles et des difficultés d'identification des personnes éligibles (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023; Lefevere, Goedemé, De Wilde, & De Spiegeleer, 2019). Dans ce contexte, toute évolution des critères d'attribution reposant sur des informations qui ne sont pas disponibles automatiquement dans les données administratives risque d'accroître significativement le sous-recours.

Le **Maximum à Facturer (MAF)** complète cette protection en plafonnant, au cours d'une année civile, le montant accumulé des tickets modérateurs (TM) à l'échelle du ménage⁴, entendu comme l'ensemble des personnes domiciliées à la même adresse, quel que soit leur lien. Le pla-

fond appliqué dépend du revenu fiscal du ménage perçu deux ans plus tôt selon le principe suivant : plus le revenu est faible, plus le plafond est bas. L'objectif est d'éviter qu'un ménage ne consacre un montant de TM supérieur à un niveau jugé financièrement supportable au regard de ses revenus, de façon à ne compromettre ni la situation socio-économique du ménage ni sa capacité à recourir aux soins (Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, 2026; INAMI, 2026).

Ce mécanisme présente toutefois plusieurs limites structurelles :

- Le plafond ne tient pas compte de la **taille du ménage**, alors même que les besoins en soins et la capacité financière diffèrent fortement entre un ménage unipersonnel et une famille nombreuse ayant le même niveau de revenu ;
- La protection offerte par le MAF s'active **a posteriori** : le compte se constitue progressivement au fil des remboursements transmis par les prestataires ou par les patient-es, ce qui peut entraîner des délais importants, en particulier pour les soins hospitaliers. Par ailleurs, la composition du ménage n'est définitivement connue qu'après stabilisation administrative en début d'année, ce qui peut encore retarder l'activation effective de la protection. Dans la pratique, cela signifie que les patient-es doivent souvent continuer à avancer les frais même après avoir atteint le plafond du MAF, avec une régularisation ultérieure par la mutualité. Seules certaines situations de facturation électronique avec consultation de *MyCareNet*⁵ permettent une vérification immédiate. Le mécanisme n'apporte donc qu'une protection limitée face au report de soins pour raisons financières, particulièrement en début d'année.
- Le MAF n'inclut pas certaines composantes majeures des contributions personnelles, dont les **suppléments d'honoraires** et de chambre, les soins non remboursés, ou les frais hospitaliers en psychiatrie au-delà d'un an⁶.

Vu ce constat, cette étude a pour ambition d'examiner la place de l'accessibilité financière des soins de santé dans les inégalités sociales de santé en Belgique et d'explorer comment les inégalités économiques se répercutent à la fois sur l'état de santé, le recours aux soins et les coûts des soins à charge des patient-es.

3 Les effets de cette mesure ne sont toutefois pas encore observables dans cette étude.

4 Protection qui peut également être individualisées dans les situations de dépendance.

5 *MyCareNet* est une plateforme électronique sécurisée qui permet aux prestataires de soins de consulter en temps réel certains droits des patient-es auprès des organismes assureurs.

6 Cette exception prend toutefois fin à partir du 1^{er} janvier 2026.

2. Méthodologie

2.1. Inégalités de santé et de recours aux soins

2.1.1. Sources de données et population d'étude

L'analyse repose sur les données administratives et de facturation de la Mutualité chrétienne (MC) pour les années 2011, 2016 et 2023. L'ensemble des membres affiliés au cours de ces années est inclus dans l'analyse, à l'exception des situations pour lesquelles les informations nécessaires à l'analyse sont manquantes.

Afin de garantir la représentativité des résultats à l'échelle nationale, **les données sont pondérées** selon l'âge, le sexe, la province et le statut BIM, **de manière à aligner la structure de la population MC sur celle de la population belge**, et ce pour chaque année concernée. Cette pondération permet d'éviter que les caractéristiques propres à la MC n'influencent les estimations nationales.

2.1.2. Échelle socio-économique

Faute de disposer de données individuelles sur le revenu pour l'ensemble des membres de la MC, le statut socio-économique est approché via le revenu fiscal des secteurs statistiques (plus petite subdivision officielle des communes, soit un découpage en quartiers ou sous-quartiers), utilisé comme **proxy** du niveau de ressources (données issues de STATBEL⁷). Chaque membre de la MC est rattaché à son secteur de résidence via son adresse.

Le revenu moyen par habitant est calculé à partir du revenu net imposable total du secteur et du nombre de résident-es. Ce choix permet d'obtenir une estimation plus pertinente du **niveau de ressources disponibles par personne** que les indicateurs basés sur le revenu par déclaration fiscale, qui sont fortement influencés par la structure des ménages⁸ et le type de déclaration (commune ou individuelle).

Les secteurs statistiques sont ensuite classés selon ce revenu moyen par habitant en **déciles socio-économiques**,

chacun regroupant environ 10% de la population belge (voir Annexe 1). Deux tranches supplémentaires (P5 et P95) permettent d'affiner l'analyse. Cette approche permet de corriger la légère sous-représentation des quartiers très défavorisés dans les données MC et d'affiner ainsi l'étude des situations de grande pauvreté. Les seuils de revenu par habitant qui définissent les déciles sont présentés dans l'annexe 1.

Pour les **analyses régionales**⁹, les déciles sont recalculés séparément par région afin de tenir compte des écarts de revenus entre la Wallonie, Bruxelles et la Flandre, et d'assurer des comparaisons internes cohérentes au sein de chaque territoire.

2.1.3. Mesure de l'état de santé et du recours aux soins

Pour chaque tranche socio-économique, nous calculons la proportion pondérée de **personnes concernées par l'événement de santé** afin d'en comparer la fréquence le long du gradient social. Ces proportions sont ensuite **standardisées** selon l'âge et le sexe (population de référence : Belgique 2023), afin de permettre des comparaisons homogènes entre groupes et dans le temps.

Les données administratives de la MC ne contiennent pas d'informations cliniques exhaustives, mais permettent d'identifier de nombreux événements pertinents liés à l'état de santé et à l'utilisation des soins. Ces événements peuvent être directement observés (décès, hospitalisations) ou construits à partir de codes de prestations et de consommation de médicaments remboursés. L'analyse distingue deux grandes catégories d'événements de santé (définitions opérationnelles en Annexe 2) :

- **L'état de santé** est appréhendé au moyen de deux dimensions :
 - La mortalité, qui constitue une mesure exhaustive et non ambiguë, fondée sur l'enregistrement administratif de l'ensemble des décès survenus dans la population étudiée au cours de l'année d'observation, indépendamment de leur cause ;
 - La morbidité est approchée par le recours à des soins ou médicaments suffisamment spécifiques pour iden-

7 Les données fiscales utilisées correspondent à l'année des événements étudiés (état de santé, recours aux soins) : 2011, 2016 et 2023.

8 On observe que plus le quartier est pauvre, moins il y a de déclarations fiscales pour un même nombre d'habitants (voir Annexe 1). Dans ce contexte, raisonner par déclaration accroît le risque de caractériser le niveau de richesse locale à partir d'un échantillon de foyers fiscaux moins grand et donc potentiellement moins représentatif.

9 La Région bruxelloise constitue un cas particulier sur le plan statistique : il s'agit d'une entité administrative entièrement urbanisée qui n'a pas de réalité géographique comparable aux autres régions et avec une population nettement moindre (1,2 million d'habitant-es) par rapport à la Wallonie (3,7 millions) et la Flandre (6,8 millions).

tifier certaines pathologies chroniques, à partir de proxys définis par l'Agence Intermutualiste (AIM).

- Le **recours aux soins** est analysé à travers trois dimensions :
 - Les soins curatifs incluent l'octroi du statut d'affection chronique, les admissions hospitalières (classiques et de jour) et les passages aux urgences ;
 - La prévention est évaluée via la participation au dépistage du cancer du sein, en distinguant programme organisé (gratuit) et mammographies opportunistes (avec contributions personnelles) ;
 - Les soins de première ligne sont mesurés par les contacts avec les médecins généralistes, en différenciant les soins à l'acte et les soins au forfait en maisons médicales.

En complément des niveaux observés, l'analyse porte également sur les **écarts relatifs exprimés en pourcentage** entre les différentes tranches socio-économiques, ce qui permet d'apprécier l'ampleur des gradients et leurs évolutions indépendamment des niveaux absolus¹⁰.

2.1.4. Précautions d'interprétation et limites

Le revenu moyen par habitant au niveau du secteur statistique constitue un **indicateur contextuel** du statut socio-économique du quartier de résidence. Il ne vise pas à mesurer le revenu individuel, mais à analyser si les événements étudiés suivent un **gradient socio-économique cohérent** à l'échelle territoriale.

Ce choix permet de saisir les inégalités socio-économiques géographiques liées aux disparités de ressources matérielles, de la qualité des logements, de l'environnement, la disponibilité des services sanitaires et, plus largement, les conditions de vie du quartier. Il présente toutefois certaines limites. Le revenu par habitant est une mesure fiscale, dépendante des conditions d'imposition, et inclut les enfants au dénominateur, ce qui peut abaisser mécaniquement le niveau moyen dans les secteurs comptant une forte proportion de mineurs. Ces limites sont assumées, dans la mesure où l'objectif est de comparer des contextes socio-économiques et de refléter au mieux la capacité financière liée à ces derniers.

L'utilisation d'un proxy territorial implique enfin que les **inégalités observées tendent à être atténuées** par rapport

à des analyses fondées sur des données individuelles de revenu ; les gradients mesurés doivent dès lors être interprétés comme des ordres de grandeur minimaux.

2.2. Coûts à charge des patient-es et mécanismes de protection financière

2.2.1. Population d'étude

L'analyse porte sur l'ensemble des membres de la MC, tels qu'enregistrés dans l'extrait administratif de décembre 2024. Afin de garantir la cohérence des analyses financières, seuls les ménages monomutualistes (dont tous les membres sont affiliés à la MC) sont retenus (88% de la population initiale). La population finale comprend **3,98 millions de personnes**, répartis au sein de 1,92 million de ménages. Les résultats sont pondérés sur la structure de la population belge 2024, selon la même méthodologie utilisée pour les indicateurs d'inégalités de santé.

Dans le cadre de l'exécution du MAF, un revenu fiscal de référence (appelé ici *revenu MAF*) est transmis à la mutualité lorsque le ménage atteint le premier plafond, soit un cumul annuel de 250 euros de tickets modérateurs (réduit de 100 euros en cas de dépenses chroniques), montant indexé à 254,99 euros en 2024 (INAMI, 2026). Cette caractéristique conditionnera la manière dont le revenu est exploité dans les analyses (voir ci-dessous).

Les variables socio-démographiques incluent l'âge, la région, le statut BIM et la qualité d'assurabilité (au 31/12/2024) et des statuts spécifiques (RIS, incapacité de travail, chômage), définis dès qu'au moins un jour indemnisé est observé en 2024.

2.2.2. Données de coûts incluses

L'analyse repose sur l'ensemble des prestations de soins enregistrées par la MC en 2024 dans le cadre de l'AO fédérale, qu'elles soient remboursées ou non¹¹, issues des bases de facturation ambulatoire, hospitalière et pharmaceutique. Pour chaque prestation, la base de données distingue : le ticket modérateur réellement payé par la personne, la part neutralisée par le MAF et les suppléments et prestations non remboursables connues. Cette struc-

¹⁰ Les calculs sont réalisés à partir des valeurs non arrondies ; les éventuelles différences pouvant apparaître lors de la reconstitution des écarts à partir des valeurs affichées dans les figures sont imputables aux arrondis effectués à des fins de lisibilité.

¹¹ Les prestations non remboursables incluses dans l'analyse concernent principalement les prestations et médicaments non remboursables enregistrés en milieu hospitalier ainsi que les anti-douleurs désormais intégrés dans la facturation des pharmacies publiques.

turation permet d'isoler d'une part la charge résiduelle (TM net + suppléments/montants non-remboursables) et, d'autre part, le niveau de protection mobilisé via le MAF. Dans l'analyse, l'ensemble des suppléments et des montants non-remboursables sont repris dans la catégorie « suppléments ».

2.2.3. Stratégie d'analyse

L'**analyse des contributions personnelles** est menée en plusieurs étapes :

- Analyse au niveau du ménage :
 - Structure des contributions personnelles au niveau du ménage, selon la tranche de revenu et en distinguant les ménages atteignant ou non le MAF ;
 - Charge financière moyenne supportée par les ménages, indépendamment de l'intervention éventuelle du MAF, afin d'en observer la distribution sur l'ensemble du gradient socio-économique.
- Analyse au niveau individuel :
 - Calcul des coûts moyens par personne, permettant l'application de pondérations et d'effectuer une standardisation directe (âge et sexe, population de référence : Belgique 2024) garantissant des comparaisons homogènes entre groupes, ce qui n'est pas possible au niveau du ménage, faute de disposer d'informations exhaustives sur la structure des ménages dans la population générale.

Pour estimer **la charge financière que représentent les soins de santé relativement au revenu**, le revenu des ménages est ensuite individualisé. Les données disponibles étant les tranches de revenu utilisées dans l'exécution du MAF, un revenu unique est attribué à chaque ménage comme la moyenne des bornes inférieure et supérieure de sa tranche ; une borne supérieure est estimée pour la tranche la plus élevée (facteur 1,33). Ce revenu est ensuite divisé par la racine carrée de la taille du ménage, méthode qui repose sur l'idée que les besoins d'un ménage augmentent avec chaque membre supplémentaire mais moins que proportionnellement, en raison des économies d'échelle, et qui permet de fournir une estimation plus réaliste de la capacité financière des ménages en fonction de leur composition (OECD, 2011).

Le revenu MAF n'étant connu que pour les ménages ayant atteint le premier plafond, il reste inconnu pour les ménages ayant un plus faible recours aux soins. Pour **disposer de données de revenu pour l'ensemble de la population**, deux proxys de revenu complémentaires sont utilisés :

- **Le revenu moyen du quartier** (voir section 2.1.2.), disponible pour tous ;
- **La part du revenu médian du quartier consacrée aux soins**, calculée en rapportant les contributions personnelles de chaque personne au seuil médian du revenu moyen de sa tranche territoriale (p. ex. P5 = 11.992 euros, P95 = 34.853 euros).

Ce dernier indicateur permet d'observer simultanément les personnes sans contribution personnelle, la distribution des niveaux de contribution personnelle parmi celles et ceux qui en ont, et la manière dont cette distribution varie le long du gradient de richesse territoriale.

2.2.4. Limites

Plusieurs limites doivent être prises en compte. Tout d'abord, l'analyse ne tient pas compte de l'intervention éventuelle d'assurances facultatives : ni les primes payées pour y souscrire, ni les remboursements qu'elles peuvent octroyer ne sont observables. Ensuite, les soins entièrement hors AO, et donc non enregistrés dans les données mutualistes, échappent à l'analyse, entraînant une sous-estimation potentielle du coût réel pour certains individus.

3. Résultats

3.1. État de santé et niveau socio-économique

En Belgique, les inégalités sociales de santé ne présentent pas sous la forme d'une fracture nette entre des « quartiers pauvres » et des « quartiers riches », mais comme un gradient, un **continuum régulier entre les tranches socio-économiques** : à mesure que le niveau de revenu moyen des quartiers diminue, l'espérance de vie se raccourcit progressivement, les maladies chroniques sont plus prévalentes et l'accès aux soins est moindre. Les **écarts** entre chaque catégorie adjacente sont modestes, mais cumulés sur l'ensemble du gradient, ils représentent des **inégalités de santé importantes et persistantes dans le temps**.

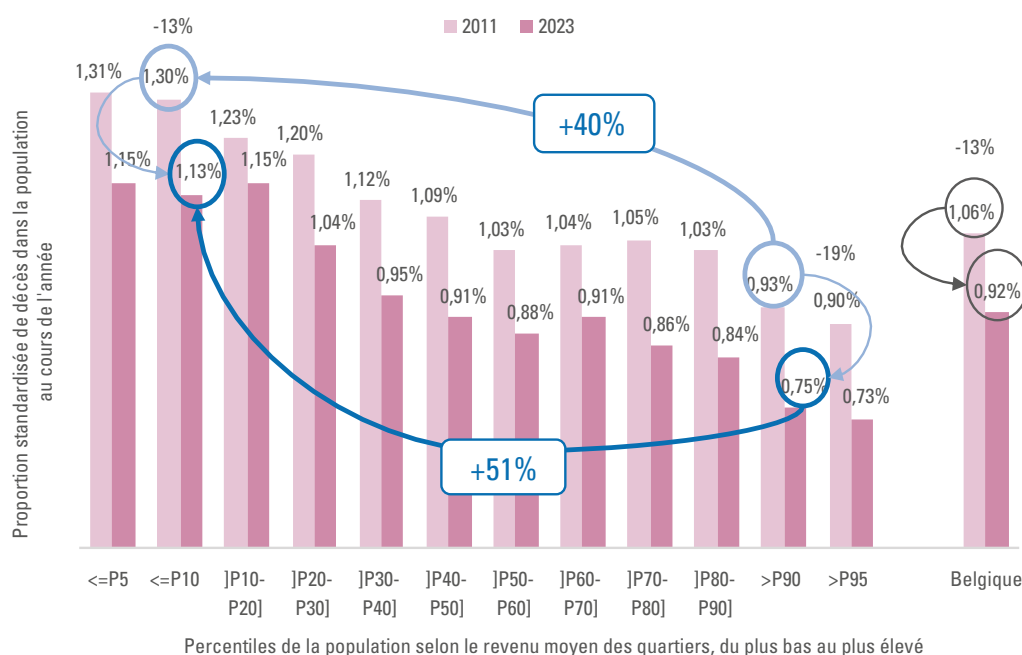
Même lorsque les indicateurs de santé nationaux s'améliorent, ces progrès bénéficient davantage aux groupes les plus favorisés. Ainsi, entre 2011 et 2023, la **mortalité** nationale diminue de 13%¹² (de 1,06% à 0,92%, voir Figure 1) mais cette baisse est plus marquée pour les 10% de la po-

pulation vivant dans les quartiers les plus riches (de 0,93% à 0,75% dans le P90, soit -19%) que pour les 10% vivant dans les plus pauvres (de 1,30% à 1,13% dans le P10, soit -13%). En conséquence, **le gradient social s'accroît** : l'écart entre ces deux groupes passe de 40% à 51% sur la période, soit 151 décès dans le P10 pour seulement 100 décès dans le P90 (taux standardisés par âge et sexe).

En matière de **morbidity**, toutes les pathologies ne sont pas observées avec la même fiabilité dans les données mutualistes, car elles reposent uniquement sur le recours aux soins. Les affections nécessitant un suivi régulier ou des examens spécifiques risquent d'être sous-diagnostiquées dans les populations qui consultent moins, de sorte que les écarts de santé selon le niveau socio-économique observés sont en réalité sous-estimés en raison de difficultés d'accès aux soins et donc au dépistage.

Le **diabète** constitue un indicateur de référence : le diagnostic repose sur des examens simples, le traitement est a priori accessible et remboursé, ce qui en fait un indicateur fréquemment utilisé pour étudier les inégalités sociales de santé (voir notamment Gerkens, et al., 2024).

Figure 1 : Évolution de la mortalité entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)



12 Le taux de variation dans le temps est calculé comme suit : $(0,92\% - 1,06\%) / 1,06\% = -13\%$.

En 2023, la **prévalence du diabète (diagnostiqué) est deux fois plus élevée dans les quartiers les plus pauvres que dans les plus riches (10,8% vs 5,4%)**, un écart relatif de 98%, stable par rapport à 2011 (8,4% vs 4,3%, voir Figure 2). À l'échelle nationale, la prévalence augmente fortement, avec une augmentation de 30% entre 2011 et 2023 (de 5,5% à 7,2%). Cette progression est massive et touche toutes les tranches socio-économiques, mais reste plus forte dans les déciles défavorisés intermédiaires (par exemple P20-P30 : +35%) que dans les extrêmes (+27% dans le P10 et le P90). Le fait que la progression soit moindre dans P10 alors que le risque y est plus élevé suggère un **sous-dépistage croissant**, ce qui rend le gradient observé probablement sous-estimé.

Les **différences régionales** accentuent encore ce constat. En 2023, la prévalence du diabète atteint 8% à Bruxelles, 8,6% en Wallonie et 6,3% en Flandre. L'amplitude du gradient varie fortement : l'écart relatif entre le P10 et le P90 est de 149% à Bruxelles, contre 80% en Wallonie et 75% en Flandre. À Bruxelles, le contraste est maximal : les quar-

tiers les plus riches présentent une prévalence plus basse que dans n'importe quelle autre région (4,9%), tandis que les quartiers les plus pauvres atteignent 12,3%, soit le niveau le plus élevé observé. Ce gradient particulièrement marqué reflète l'hétérogénéité socio-économique plus importante de la région de Bruxelles.

À l'échelle de la Belgique, la prévalence des **maladies obstructives des voies respiratoires** augmente également nettement entre 2011 et 2023, passant de 4,5% à 5,6% (+26%, voir Figure 3). Cette progression touche l'ensemble de la population, mais elle est plus marquée dans les déciles défavorisés (P10-P30 : +24% à +33%), tandis qu'elle reste plus limitée dans les quartiers favorisés (+19%). En conséquence, les inégalités sociales se renforcent : l'écart relatif entre les quartiers pauvres (P10) et les quartiers riches (P90) passe de 20% à 25%. Le gradient social reste bien présent et reflète une inégalité réelle, même s'il est moins linéaire qu'en 2011 : les quartiers les plus pauvres présentent en 2023 des taux légèrement inférieurs à ceux des tranches adjacentes.

Figure 2 : Évolution de la prévalence du diabète (diagnostiqué) entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)

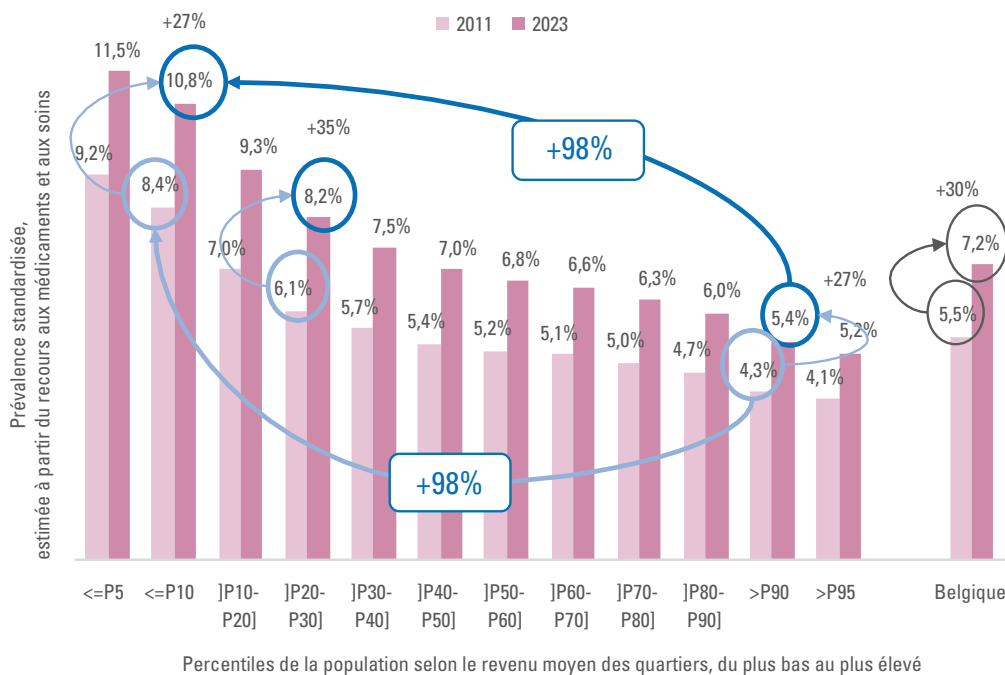
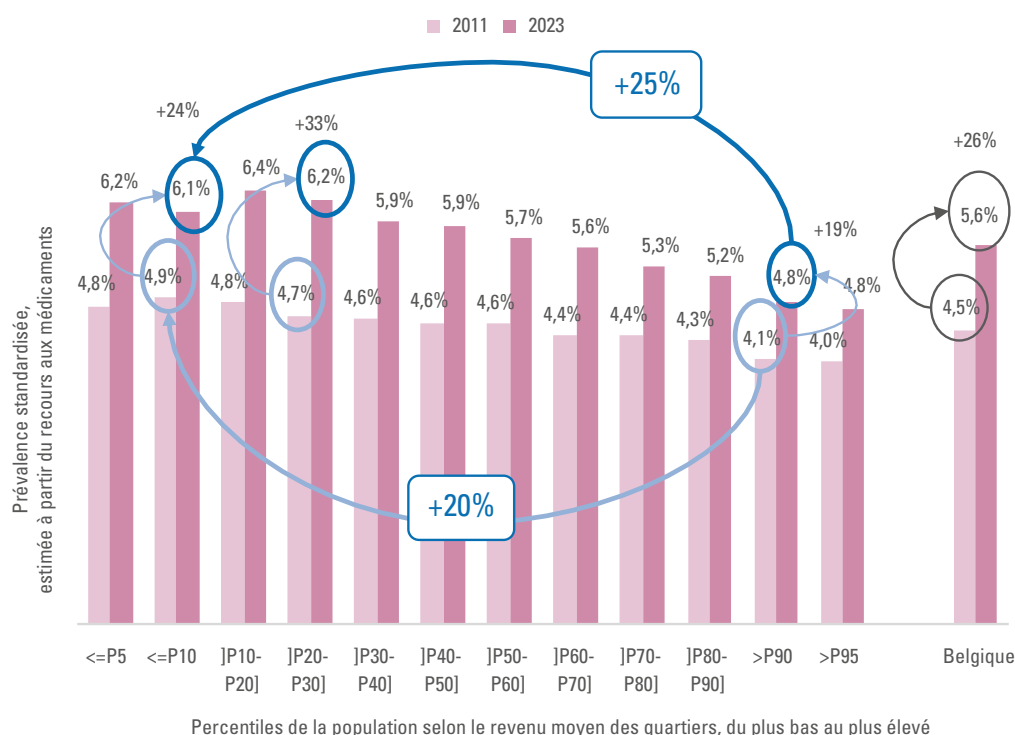


Figure 3 : Évolution de la prévalence des maladies obstructives des voies respiratoires (diagnostiquées) entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)



3.2. Recours aux soins et niveau socio-économique

3.2.1. Soins curatifs

La suite logique du gradient social de santé, c'est la question du recours aux soins : se soigner maintenant ou plus tard ? Avoir recours à des soins préventifs, aller chez le généraliste ou « attendre de voir » ? Se faire hospitaliser ou repousser parce qu'on ne sait pas qui gardera les enfants ou parce qu'on craint les coûts associés ? Ces choix contraints donnent forme au gradient social du recours aux soins : plus les besoins sont grands et plus les obstacles sont nombreux, le parcours de soins curatifs, préventifs ou de première ligne tend ainsi à être une succession de renoncements et de reports.

Cette dynamique apparaît clairement à travers trois indicateurs de soins curatifs. Le premier est le **statut « affection chronique »**, attribué en cas de dépenses de santé élevées pendant deux années consécutives. L'octroi de ce statut, qui signale à la fois un état de santé dégradé et la capaci-

té à accéder aux traitements lourds qu'il implique, a augmenté fortement : 11,0% de la population en bénéficie en 2016, contre 17,3% en 2023 (+57%, voir Figure 4). La hausse concerne tous les quartiers, mais elle est proportionnellement plus importante dans les zones favorisées (+60% dans le P90). Autrement dit, le recours aux soins augmente partout, mais davantage dans les quartiers favorisés. En 2023, 19,4% des habitants des quartiers les plus pauvres (P10) disposent de ce statut, contre 14,9% dans les quartiers les plus riches (P90), soit un écart relatif de 30%, en baisse par rapport à 2016 (42%). Ce resserrement pourrait sembler positif ; mais mis en regard de la dégradation du gradient d'état de santé, il suggère plutôt que les personnes des quartiers défavorisés, bien qu'étant **plus malades**, ne parviennent pas à accéder pleinement aux soins chroniques qui permettent d'obtenir ce statut. L'inégalité d'accès progresse là où les besoins sont les plus grands.

Cette logique apparaît encore plus nettement dans l'évolution des **hospitalisations en hôpitaux généraux** (de jour et classiques confondues). Entre 2011 et 2023, la proportion de personnes hospitalisées au moins une fois diminue

au niveau national, passant de 10,3% à 9,2% (-11 %, voir Figure 5). Mais la baisse n'est pas uniforme : elle est nettement plus forte dans les quartiers les plus pauvres (-15% à -16% pour P10/P5) que dans les quartiers les plus riches (-9% pour P90/P95). En 2011, plus le quartier était favorisé, moins le recours à l'hospitalisation était fréquent (écart relatif P10-P90 : 26%). En 2023, cet écart se réduit à 18%, non parce que les plus défavorisés seraient en meilleure santé, mais parce que leur recours chute plus vite qu'ailleurs. La courbe devient bombée : les quartiers intermédiaires (P20-P30) présentent désormais les taux de recours les plus élevés (9,8%), tandis que les quartiers les plus pauvres passent en dessous. Là où les besoins devraient être les plus importants, on observe désormais moins d'hospitalisations. C'est le signal le plus clair d'un **sous-recours hospitalier croissant dans les zones défavorisées**.

Dans ce contexte de recul du recours aux hospitalisations, l'évolution du **recours aux urgences** joue un rôle révélateur. Entre 2011 et 2023, la proportion globale de personnes passées par les urgences augmente, de 14,6% à 17,9% (+23%, voir Figure 6). Elle atteint 23,8% dans les quartiers les plus pauvres (P10) contre 14,9% dans les plus riches (>P90), un écart relatif de 60%, légèrement inférieur à celui de 2011 (+66%). Mais là encore, la réduction du gradient ne provient pas d'une baisse du recours dans les quartiers

pauvres (où le recours augmente de 18% et reste élevé) mais d'une hausse proportionnellement plus forte dans les quartiers favorisés (+23%). Les urgences restent donc la porte vers laquelle on se tourne quand les autres portes des soins ne s'ouvrent ni rapidement ni facilement. On y va parce qu'on n'a pas pu faire autrement, parce qu'on a attendu trop longtemps, parce que la prise en charge ordinaire n'a pas été possible.

Les trois indicateurs, mis ensemble, dessinent une même trajectoire : le recours aux soins progresse surtout dans les quartiers favorisés (statut chronique), tandis qu'il recule dans les quartiers défavorisés dès qu'il s'agit de soins programmés ou lourds (hospitalisations). Dans ce contexte, les urgences restent très utilisées par les populations des quartiers pauvres, même si leur hausse relative y est moins marquée qu'ailleurs. Autrement dit, l'usage des urgences ne compense pas la diminution du recours hospitalier : il traduit plutôt une situation où l'on arrive tard, faute d'avoir pu être pris en charge plus tôt. Le gradient social du recours devient ainsi un gradient des **arbitrages forcés** : on se fait moins hospitaliser quand on en aurait le plus besoin, et l'on finit aux urgences, non pas parce qu'on y va davantage, mais parce que les autres portes se sont refermées.

Figure 4 : Évolution de la proportion de la population ayant le statut « affection chronique » entre 2016 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier
(Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)

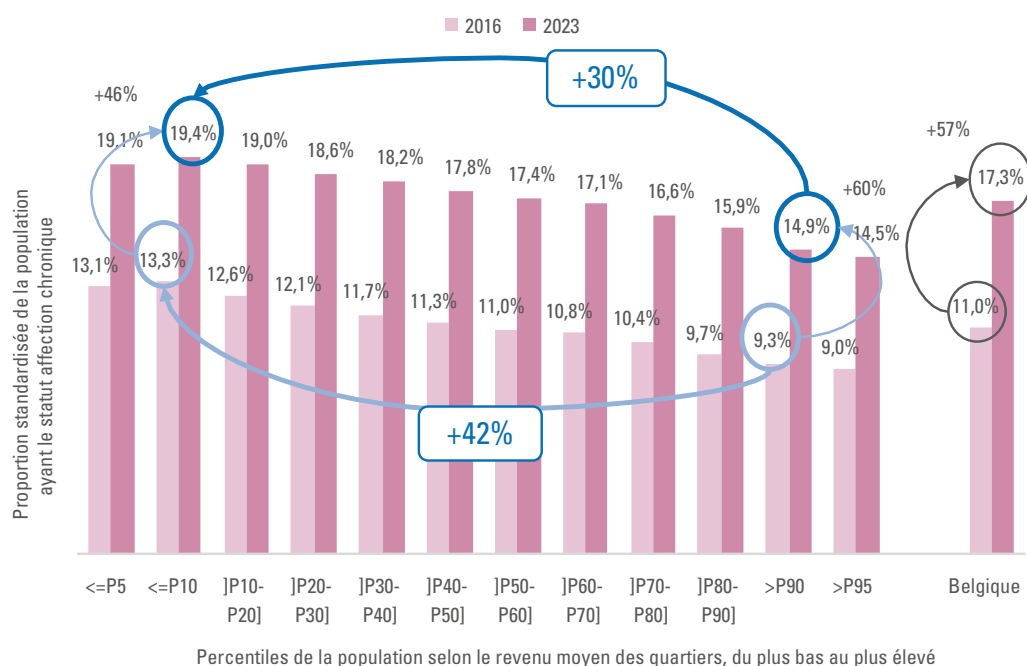


Figure 5 : Évolution de la proportion de la population ayant été hospitalisée entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier
(Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)

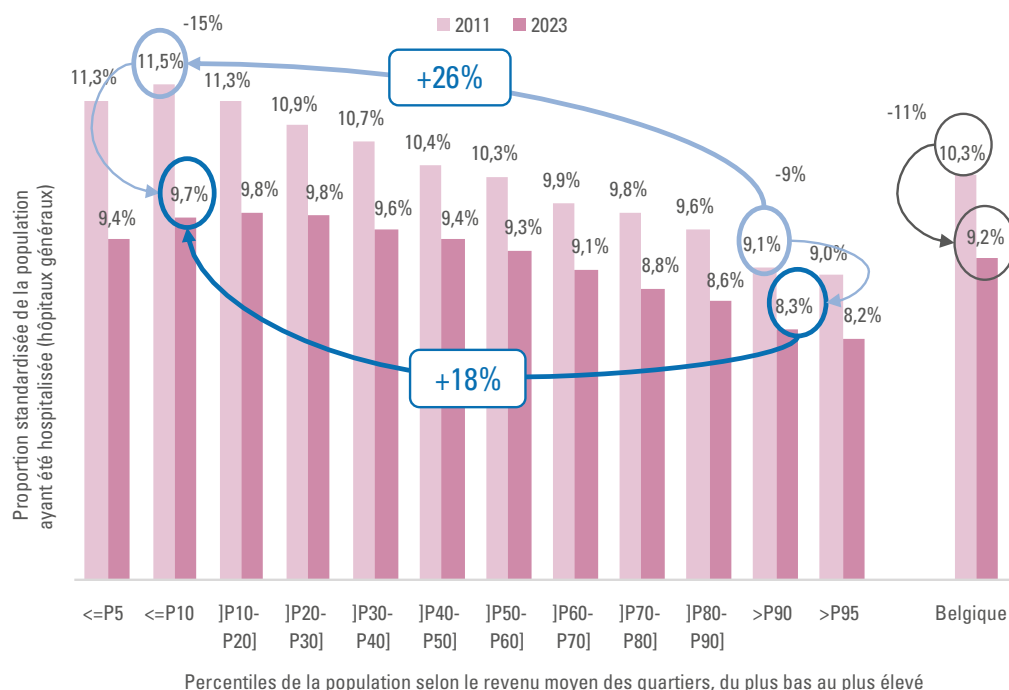
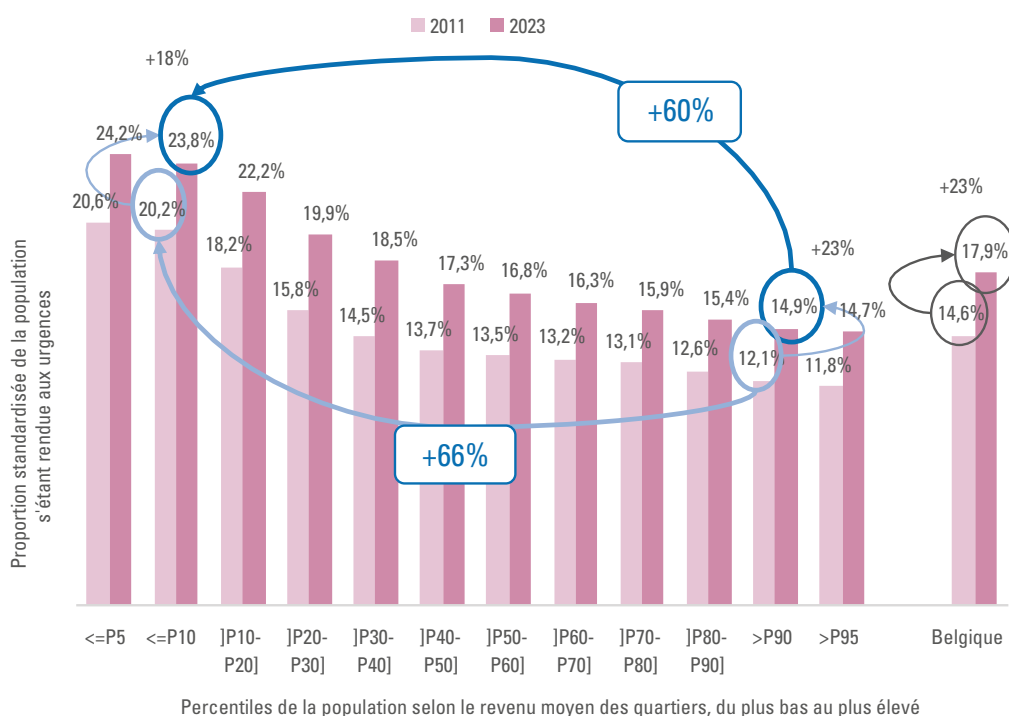


Figure 6 : Évolution de la proportion de la population s'étant rendue aux urgences entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier
(Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)



3.2.2. Soins préventifs

Contrairement aux soins curatifs, le recours aux soins préventifs suit un **gradient inversé** : plus le revenu moyen du quartier de résidence augmente, plus le recours est élevé. Le recours au **dépistage du cancer du sein** (dépistage organisé par les communautés et examens diagnostiques confondus) en est une illustration. En Belgique, la part des femmes de 50 à 69 ans ayant eu une mammographie reste globalement stable (63% en 2011-2012 et 2023-2024), mais cette stabilité masque des évolutions divergentes selon le niveau socio-économique (voir Figure 7).

En 2023-2024, 71% des femmes résidant dans les quartiers les plus favorisés (P90) ont eu un dépistage, contre 45% dans les quartiers les moins favorisés (P10), soit un écart relatif de -38%, plus marqué qu'en 2011-2012 (-29%). Le gradient s'accroît : la légère hausse observée dans les quartiers favorisés (+4%) contraste avec la baisse enregistrée dans les quartiers défavorisés (-8%). Autrement dit, la stabilité globale du dépistage masque en réalité un **creusement des inégalités sociales**.

Les **différences régionales**, intimement liées au recours au programme de dépistage gratuit organisé par les entités fédérées, apportent un éclairage supplémentaire (voir

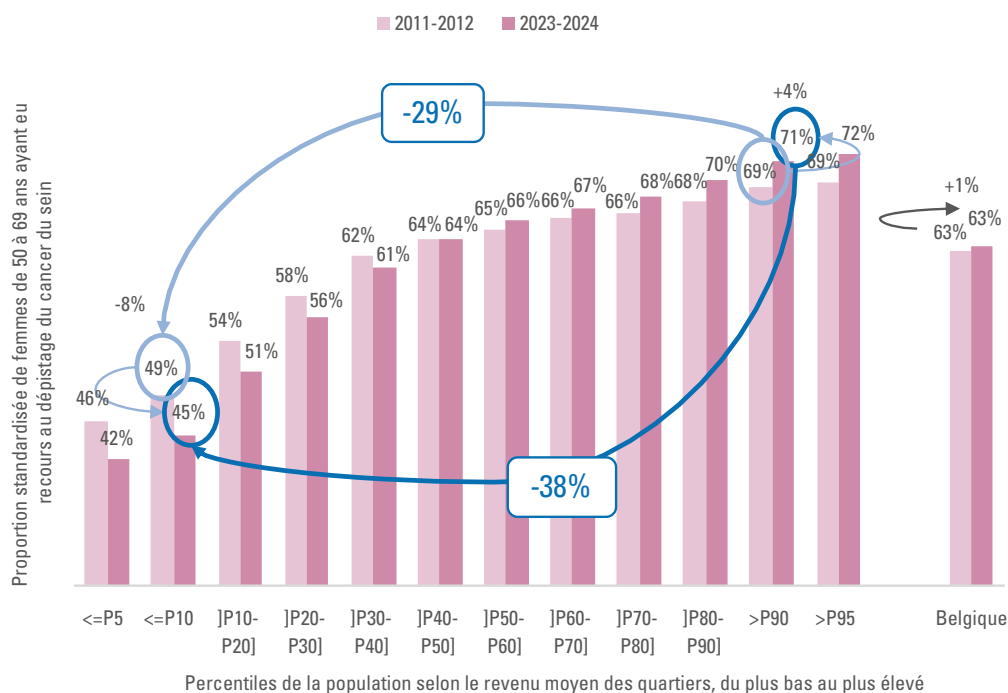
Tableau 1). En Flandre, la participation au programme gratuit est élevée et en légère progression (50% des femmes y ont eu recours en 2011-2012 contre 52% en 2023-2024), alors qu'elle reste très faible et diminue même à Bruxelles (12% contre 11%) et en Wallonie (8% contre 5%). En matière de programme gratuit, le gradient social est faible en Wallonie (voire légèrement en faveur des quartiers défavorisés) et similaire à Bruxelles (écart de 17% en faveur des quartiers pauvres entre P10 et P90 en 2023). À l'inverse, en Flandre, malgré un haut niveau global de recours, le gradient se détériore : pas de gradient en 2011, mais un gradient négatif en 2023 parce que la participation baisse dans les quartiers pauvres et augmente dans les quartiers riches (écart d'environ -18%).

Du côté des mammographies diagnostiques payantes, les inégalités sont beaucoup plus marquées – ce qui est attendu compte tenu du reste à charge. En 2023, le gradient est fortement défavorable aux quartiers pauvres (écarts relatifs entre le P90 et le P10 de -39% en Flandre, -36% en Wallonie, -38% à Bruxelles). Autrement dit, le type de voie d'accès au dépistage (gratuit vs payant) conditionne la forme du gradient : là où le programme gratuit est peu mobilisé (Wallonie, Bruxelles), le niveau de dépistage global est bas et s'appuie davantage sur le payant, qui amplifie les écarts sociaux. Au total (gratuit + payant confondus),

Tableau 1 : Proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant eu un dépistage du cancer du sein en 2011-2012 et 2023-2024 selon le revenu moyen du quartier dans lequel les personnes résident (Source : Données de la MC pondérées)

		Bruxelles		Wallonie		Flandre	
		2011-2012	2023-2024	2011-2012	2023-2024	2011-2012	2023-2024
Tous les programmes	Taux de recours régional	53%	52%	55%	55%	68%	69%
	P10	43%	41%	47%	43%	62%	55%
	P90	62%	59%	63%	64%	71%	74%
	Écart relatif P10-P90	-29%	-30%	-25%	-32%	-13%	-25%
Programme gratuit	Taux de recours régional	12%	11%	8%	5%	50%	52%
	P10	14%	11%	8%	5%	48%	41%
	P90	11%	9%	8%	5%	46%	50%
	Écart relatif P10-P90	20%	17%	8%	6%	3%	-18%
Programme payant	Taux de recours régional	41%	41%	49%	50%	19%	19%
	P10	31%	32%	40%	38%	15%	16%
	P90	52%	51%	57%	59%	26%	25%
	Écart relatif P10-P90	-41%	-38%	-29%	-36%	-40%	-39%

Figure 7 : Évolution de la proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant eu un dépistage du cancer du sein entre 2011-2012 et 2023-2024 en Belgique selon le revenu moyen du quartier (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)



c'est en Wallonie que le gradient est le plus fort (écart relatif de -32% en défaveur des quartiers pauvres), puis à Bruxelles (-30%) et en Flandre (-25%), ce dernier étant inquiétant car il n'était que de -13% en 2011. À l'inverse, là où le dépistage gratuit est utilisé (Flandre), le niveau global est meilleur, mais le gradient réapparaît avec une diminution du recours dans les quartiers les plus défavorisés ces dernières années.

3.2.3. Soins de première ligne

Les soins de première ligne constituent la porte d'entrée du système de santé. Deux modalités de financement coexistent : d'un côté, les **soins financés l'acte**, où chaque consultation est facturée de manière individuelle ; de l'autre, le **modèle forfaitaire**, via les maisons médicales, où les patient-es s'inscrivent auprès d'une équipe pluridisciplinaire et dont le financement est assuré par le biais d'un forfait mensuel payé directement par les mutualités (pas de contributions personnelles pour les patient-es). Ces deux voies ne dessinent pas le même gradient social, et c'est précisément leur combinaison qui éclaire l'évolution récente des inégalités d'accès.

Entre 2011 et 2023, le recours aux consultations à l'acte (au moins un contact avec un médecin généraliste facturant à l'acte au cours de l'année) présente une structure stable (voir Figure 8) :

- Les taux de recours aux médecins généralistes payés à l'acte les plus élevés se situent dans les quartiers intermédiaires (84% dans les P50-P90 en 2023) ;
- Le recours légèrement plus faible dans les quartiers les plus favorisés (82% dans le P95) est à mettre en lien avec un niveau de besoins plus faibles en santé ;
- À l'opposé, les quartiers défavorisés affichent un taux beaucoup plus bas (60% dans le P5), alors même que les besoins de santé y sont plus importants.

Il s'agit d'un sous-recours aux soins de première ligne à l'acte, qui constitue un marqueur clair d'inégalités sociales. L'évolution dans le temps confirme cet écart : le recours à la médecine générale à l'acte augmente au niveau national (de 78% à 81%), une progression portée par les quartiers les plus favorisés (+6% dans le P90), tandis que les quartiers les plus pauvres enregistrent une légère diminution du recours (-1% dans le P10). En 2011, l'écart entre

les personnes résidant dans les quartiers les plus pauvres (P10) et celles des quartiers les plus favorisés (P90) était d'environ -16%. L'écart relatif entre le P10 et P90 s'élargit ainsi de -16% à -21% en douze ans.

Dans le même temps, le **modèle forfaitaire** progresse nettement : la part de la population inscrite en maison médicale passe de 2% en 2011 à 5% en 2023. Cette croissance est particulièrement marquée dans les quartiers les plus pauvres, où ces structures ont été historiquement implantées pour répondre aux besoins d'accessibilité financière, de suivi et de continuité. Les quartiers très défavorisés (P5 et P10), sous-représentés dans l'acte, enregistrent les plus fortes hausses d'inscriptions : dans le P5, la proportion d'habitants inscrits passe de 13% à 24%, et dans le P10 de 10% à 19%, quand les quartiers plus favorisés (P70-P95) n'augmentent que de 1% à 2%.

Lorsque l'on **regroupe les deux modalités de recours (acte et forfait)**, la dynamique observée change sensiblement (voir Figure 9) :

- Au niveau national, la proportion totale de la population ayant eu recours à un-e médecin généraliste, toutes modalités confondues, augmente 80% à 86% entre 2011 et 2023 (+8%), signe d'une amélioration globale de la couverture en soins de première ligne.
- L'intégration des maisons médicales dans le calcul atténue fortement les inégalités visibles sur les contacts à l'acte seuls : en 2011, l'écart entre le P10 et le P90 était de -4% ; en 2023, il tombe à -1%, soit une **quasi-disparition du gradient social**. Les chiffres confirment ce rééquilibrage : dans le P10, le recours passe de 76% en 2011 à 84% en 2023 (+11%), tandis que dans le P90, il passe de 79% à 85% (+7%).

En somme, les maisons médicales compensent un sous-recours persistant à l'acte dans les territoires les plus défavorisés. Leur essor dans ces zones élargit l'accès : en offrant un mode d'entrée sans barrière financière immédiate, avec continuité et coordination, le forfait reconnecte une partie des ménages à la première ligne. Ce constat doit toutefois être nuancé : dans les zones pauvres, où les besoins de santé sont plus importants, une proportion plus élevée serait attendue. L'égalité apparente masque donc une inéquité persistante.

Figure 8 : Évolution de la proportion de la population ayant eu des contacts avec un-e médecin généraliste à l'acte entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)

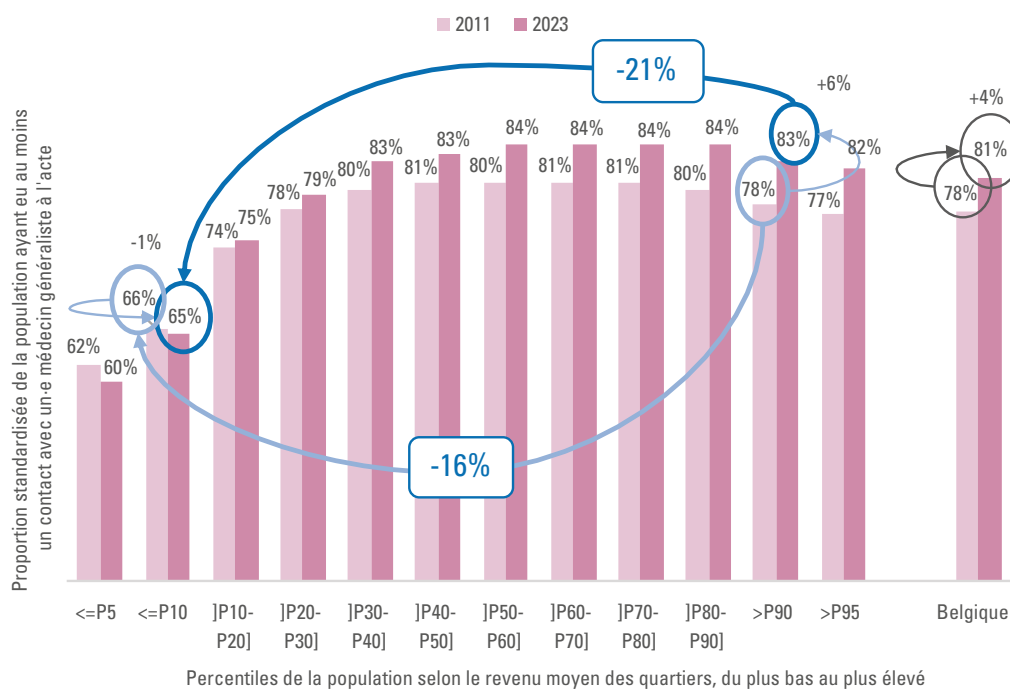
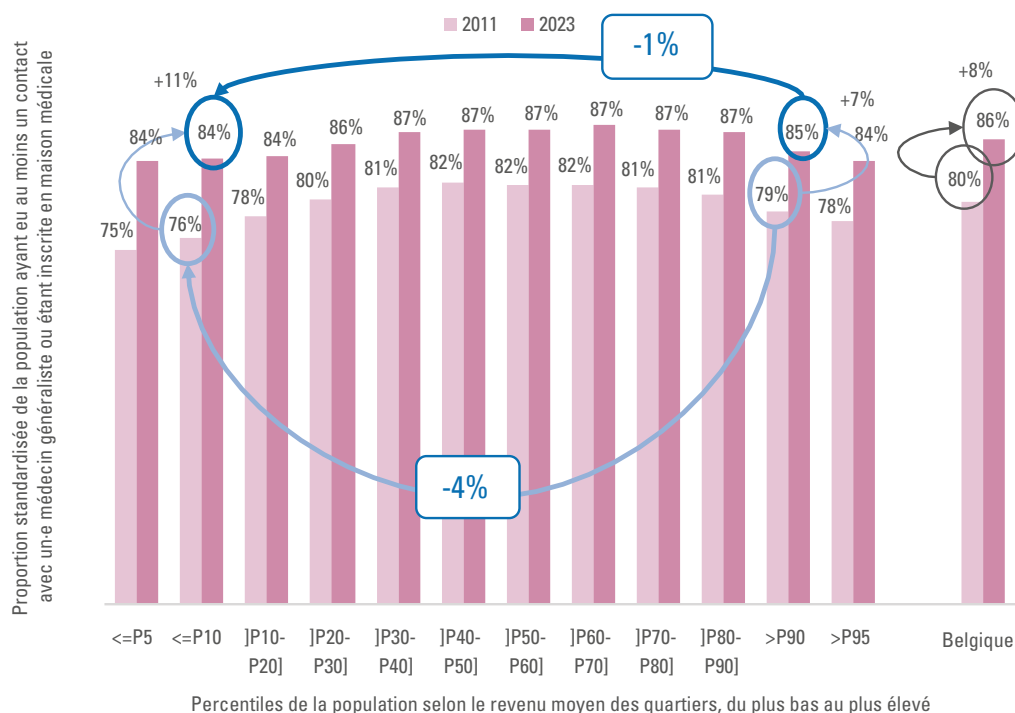


Figure 9 : Évolution de la proportion de la population ayant eu des contacts avec un-e médecin généraliste à l'acte ou inscrite en maison médicale entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)



3.3. Coûts à charge des patient-es

3.3.1. Le MAF comme point d'entrée pour analyser les inégalités financières

Pour appréhender les inégalités d'accès financier et leur contribution au gradient social de recours mis en évidence précédemment, il est indispensable d'analyser les **dépenses effectivement supportées par les patient-es**, après intervention des dispositifs visant à limiter les contributions personnelles.

Dans ce cadre, le Maximum à Facturer (MAF) constitue un point d'entrée central. D'une part, il s'agit d'un mécanisme explicite de plafonnement des tickets modérateurs, dont les effets peuvent être observés directement dans les données. D'autre part, **le MAF constitue le seul canal par lequel une information sur le revenu des ménages est partiellement disponible dans les données mutualistes, ce qui en fait un levier essentiel pour l'étude des inégalités financières.**

En 2024 (revenus de référence 2022), les plafonds annuels de ticket modérateur dans le cadre du MAF s'échelonnent de 254,99 euros à 2.067,66 euros, selon la tranche de revenus du ménage, avec une réduction de 114,87 euros en cas de dépenses chroniques (voir Tableau 2). À côté du MAF « revenus », coexistent un MAF social (plafond de 516,92 euros pour les ménages BIM) et un MAF -19 ans (plafond de 746,66 euros par enfant).

Si les montants nominaux des plafonds augmentent avec le niveau de revenu, l'effort relatif demandé aux ménages reste proportionnellement plus élevé pour les revenus les plus faibles. Dans la deuxième tranche de revenu la plus basse, le plafond peut représenter jusqu'à 4,1% du revenu annuel, contre un maximum de 3,5% dans la tranche de revenu la plus élevée (voir Tableau 2). **Le MAF présente ainsi une structure progressive, avec des niveaux de plafond qui augmentent avec le niveau de revenu, mais ses effets relatifs sont régressifs.**

Tableau 2 : Montants de référence -
année MAF 2024

Revenus annuels nets du ménage (2022)	Ménage sans membre avec dépenses de soins de santé chroniques		Ménage avec au moins 1 membre avec dépenses de soins de santé chroniques	
	Plafond tickets modérateurs	% théorique du revenu alloué aux soins	Plafond tickets modérateurs	% théorique du revenu alloué aux soins
De 0 à 12.681,18 €	254,99 €	Min. 2%	140,12 €	Min. 1,1%
De 12.681,19 à 22.687,05 €	516,92 €	2,3 - 4,1%	402,05 €	1,8 - 3,2%
De 22.687,06 à 34.877,09 €	746,66 €	2,1 - 3,3%	631,79 €	1,8 - 2,8%
De 34.877,10 à 47.067,18 €	1.148,70 €	2,4 - 3,3%	1.033,83 €	2,2 - 3,0%
De 47.067,19 à 58.749,33 €	1.608,18 €	2,7 - 3,4%	1.493,31 €	2,5 - 3,2%
À partir de 58.749,34 €	2.067,66 €	Max. 3,5%	1.952,79 €	Max. 3,3%

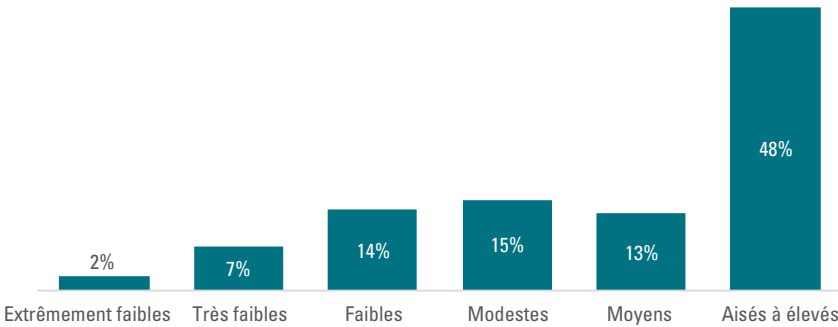
3.3.2. Une protection financière conditionnelle : couverture effective et limites du MAF

Pour rappel, l'échange d'information avec l'INAMI concernant le revenu du ménage ne se fait qu'une fois le premier plafond atteint. L'accès à la protection financière offerte par le MAF est donc indissociable de la consommation de soins : **seule une consommation suffisante permet à la fois l'identification du revenu du ménage et, potentiellement, l'activation du plafonnement des tickets modérateurs**. Ce fonctionnement conditionne fortement la composition sociale des personnes effectivement couvertes par le dispositif.

Une distribution socialement asymétrique des revenus identifiés

Selon nos analyses, parmi les personnes pour lesquelles la tranche de revenu est connue (64% de la population belge¹³), la distribution entre les tranches de revenus est fortement asymétrique : les catégories de revenus « extrêmement faibles » et « très faibles » ne représentent que 10% des individus identifiés, tandis que près de la moitié (48%) appartient à la catégorie « aisés à élevés » (voir Figure 10). La médiane se situe donc à la frontière entre les « revenus moyens » et les « aisés/élevés ». En pratique, cela signifie que **la progressivité effective du MAF se limite aux revenus inférieurs au revenu médian**, alors qu'au-delà, un plafond unique rassemble des niveaux de vie très hétérogènes. Pour les ménages les plus riches, le

Figure 10 : Répartition de la population dont la tranche de revenu est connue (exécution MAF 2024) (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)



13 Données estimées à partir de la population MC pondérée.

poids des contributions personnelles par rapport au niveau de revenu tend donc à être très faible.

Portée sociale des tranches de revenu MAF au regard des seuils de pauvreté

Pour interpréter ce que recouvrent socialement les tranches de revenu MAF, il est utile de les comparer aux seuils de pauvreté établis par Statbel. Pour l'année de référence des revenus MAF 2024 (revenus 2022), ils sont les suivants :

- 1.367 euros nets/mois pour une personne isolée ;
- 2.187 euros nets/mois pour un ménage composé d'un adulte et de deux enfants ;
- 2.870 euros nets/mois pour un ménage de deux adultes et deux enfants.

À la lumière de ces repères, les tranches de revenu MAF correspondent à des niveaux de revenu très inférieurs à ces seuils pour la majorité des configurations familiales :

- La première tranche (< 12.681 euros/an, soit < 1.057 euros/mois) correspond à des revenus largement inférieurs au seuil de pauvreté, même pour une personne seule ;
- La deuxième tranche (1.057-1.890 euros/mois) est inférieure au seuil de pauvreté pour tout ménage avec enfants ;
- La troisième tranche (1.890-2.906 euros/mois) reste insuffisante pour un ménage de taille moyenne (deux adultes, deux enfants).

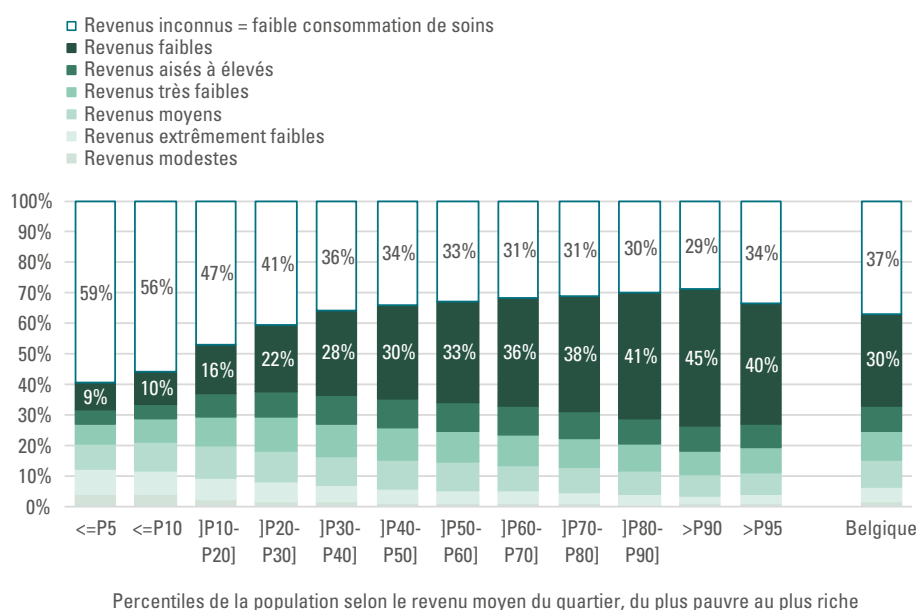
Ainsi, **pour tout ménage de plus d'une personne, les trois premières tranches de revenu MAF renvoient en réalité à des niveaux de vie très précaires**. La catégorisation MAF reposant sur des montants absolus non équivalisés selon la taille des ménages tend dès lors à sous-estimer la faible capacité financière vécue par certaines familles en situation de pauvreté, en particulier celles avec enfants. C'est sur cette base que les tranches de revenu MAF sont libellées dans l'analyse selon une typologie allant des « revenus extrêmement faibles » aux « revenus aisés à élevés », cette dernière catégorie correspondant à des niveaux de capacité financière très hétérogènes.

Différences territoriales d'identification du revenu MAF et profil socio-économique des personnes identifiées

Lorsqu'on croise la catégorie de revenu MAF avec le revenu moyen des secteurs statistiques (voir Figure 11), on observe que dans les quartiers les plus pauvres (P5), **59% des personnes ne disposent pas d'un revenu MAF connu**, contre 34% dans les quartiers les plus riches (P95). Ainsi, plus le niveau de richesse du quartier est faible, moins les ménages ont de chance d'être identifiés via le MAF, ce qui indique une plus faible consommation de soins dans les quartiers défavorisés (inférieure à 254,99 euros).

Une forte homogénéité socio-économique est également observée au niveau territorial : dans les quartiers les plus pauvres, la majorité des personnes identifiées appar-

Figure 11 : Répartition de la population selon la tranche de revenu MAF (exécution MAF 2024), selon le revenu moyen du quartier en 2023 (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)



tiennent aux catégories « revenus extrêmement faibles » ou « revenus très faibles », tandis que dans les quartiers les plus riches, les catégories « revenus moyens » et « revenus aisés/élevés » dominent très largement (voir Figure 11).

Le profil socio-démographique des tranches MAF confirme ces observations (voir Tableau 3). Les « revenus extrêmement faibles » correspondent à des situations de grande vulnérabilité sociale, avec une forte présence de jeunes (35% des personnes qui se situent dans cette catégorie ont entre zéro et 24 ans), de personnes en situation de handicap (17%), de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS) (15%), de personnes résidant en Belgique¹⁴ et une majorité de BIM (70%).

La catégorie des « revenus inconnus » se caractérise quant à elle par une sur-représentation de jeunes adultes (25-39 ans), de personnes au chômage, de bruxellois-es et de BIM (33%) par rapport à la moyenne belge (21%). Le fait que ces personnes consomment peu – au point de ne pas atteindre le premier plafond MAF – malgré un profil socio-économique fragile suggère donc bien une sous-consommation de soins structurelle plutôt qu'une absence de besoins.

Les **failles de la protection financière** apparaissent alors clairement. Les personnes dont le revenu n'est pas identifié (« revenu inconnu »), très présentes dans les quartiers défavorisés, n'ont accès à aucun plafonnement via le MAF. Une proportion importante d'entre elles ne bénéficie en

Tableau 3 : Profil socio-démographique selon la tranche de revenu MAF
(Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)

		Extrême- ment faibles	Très faibles	Faibles	Modestes	Moyens	Aisés à élevés	Inconnus	Belgique
Âge	0-24 ans	35%	19%	18%	21%	27%	33%	28%	28%
	25-39 ans	19%	10%	11%	13%	18%	18%	25%	19%
	40-59 ans	23%	19%	16%	18%	23%	31%	27%	26%
	60 ans +	23%	53%	56%	48%	32%	18%	20%	28%
Région	Flandre	43%	49%	58%	60%	62%	67%	54%	59%
	Wallonie	38%	39%	34%	33%	32%	28%	31%	31%
	Bruxelles	19%	12%	9%	7%	6%	5%	15%	10%
Qualité (assurabilité)	Ouvrier-es	8%	17%	13%	16%	20%	14%	20%	17%
	Employé-es	7%	9%	9%	12%	17%	26%	21%	19%
	Indépendant-es	6%	3%	4%	4%	6%	7%	6%	6%
	Personnes résidant en Belgique	11%	1%	1%	0%	0%	0%	4%	2%
	Personnes en situation de handicap	17%	2%	1%	0%	0%	0%	1%	1%
	Pensionné-es et veuf-ves	12%	44%	41%	40%	26%	13%	15%	21%
	Enfants	31%	17%	16%	20%	25%	30%	24%	25%
	Personnes à charge	6%	5%	14%	5%	3%	1%	4%	4%
Statut spécifique	BIM	70%	67%	27%	12%	7%	3%	33%	21%
	Bénéficiaires RIS	15%	2%	1%	0%	0%	0%	5%	2%
	Incapacité de travail	5%	18%	11%	11%	11%	7%	6%	8%
	Chômage	4%	7%	5%	6%	7%	4%	9%	7%

14 Le code d'assurabilité 161 correspond à la catégorie « résidant en Belgique » utilisée par les organismes assureurs pour des personnes vivant en Belgique sans statut socio-professionnel identifiable (ni travailleur-euse, ni indépendant-e, ni pensionné-e, etc.). Il s'agit de profils précaires, souvent avec des revenus faibles ou irréguliers. Dans nos données, on observe que 50% d'entre elles bénéficient du RIS, qu'elles sont surreprésentées dans les quartiers pauvres (26% vivent dans le P10), 88% bénéficient du statut BIM, 43% ont entre 25 et 39 ans, 55% sont des femmes, 29% vivent à Bruxelles et 75% ont des revenus inconnus (faible consommation de soins).

outre pas du statut BIM. Dans les quartiers du P10, 39% des personnes à « revenu inconnu » ne sont pas BIM, cumulant ainsi absence de plafonnement, non-accès à un statut protecteur¹⁵ et faible consommation de soins.

Par ailleurs, même **parmi les ménages identifiés dans les tranches de revenus MAF les plus faibles, une part non négligeable ne bénéficie pas du statut BIM**. Dans les deux premières tranches, si 70% des personnes appartenant à la tranche des revenus « extrêmement faibles » et 67% de celles de la tranche des revenus « très faibles » sont BIM, cela signifie que 30% et 33% des individus au sein de ces tranches ne sont pas BIM, malgré des revenus MAF situés sous ou proches des seuils théoriques d'accès¹⁶. Pour ces ménages, l'absence de réduction des tickets modérateurs (via le BIM) se combine à l'atteinte incertaine des plafonds MAF, ce qui les expose à des contributions personnelles proportionnellement élevées, notamment en cas de suppléments.

Qui accède effectivement au plafonnement ?

En 2024, 10,7% de la population ouvre un droit au MAF. Autrement dit, **une personne sur dix présente une consommation de soins considérée comme élevée au regard de sa tranche de revenu**.

Dans la tranche des « revenus extrêmement faibles », toutes les personnes identifiées atteignent le premier plafond et la quasi-totalité ouvrent ainsi un droit au MAF (99,6%¹⁷, données standardisées). Ensuite, respectivement 39,1% et 32,6% des personnes à revenus très faibles et faibles atteignent leur plafond MAF, pour 18,1% des personnes à revenus modestes et 8,2% des personnes à revenus moyens. À l'autre extrême, seuls 3,9% des personnes appartenant à la catégorie « aisés à élevés » atteignent leur plafond MAF de 2.067,66 euros nécessitant une consommation de soins beaucoup plus élevée.

Au-delà du revenu MAF, **la couverture effective varie fortement selon le niveau de richesse des quartiers**. Après standardisation pour l'âge et le sexe, 14,4% des personnes résidant dans les quartiers du P10 atteignent le MAF, contre 7,7% dans le P90, soit un écart relatif de 80%. Le gradient observé reflète à la fois la structure du mécanisme (les ménages à bas revenus atteignent plus rapidement leurs plafonds) et des besoins de santé plus importants dans les quartiers défavorisés.

Enfin, certaines catégories socio-démographiques atteignent davantage le MAF, telles que les personnes en situation de handicap (42% d'entre elles l'atteignent), les personnes de plus de 60 ans, les BIM, les personnes en incapacité de travail et les bénéficiaires du RIS (voir Tableau 4).

Tableau 4 : Proportion de personnes ayant atteint le plafond du MAF en 2024 selon le profil socio-démographique (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)

		Plafond atteint
Âge	0-24 ans	8%
	25-39 ans	6%
	40-59 ans	7%
	60 ans et plus	20%
Région	Flandre	10%
	Wallonie	12%
	Bruxelles	10%
Statut spécifique	BIM	19%
	Bénéficiaires RIS	16%
	Incapacité de travail	17%
	Chômage	7%
	Personnes en situation de handicap	42%

15 Les personnes classées comme « revenu inconnu » résidant dans les quartiers les plus pauvres peuvent se situer au-dessus des seuils d'accès au statut BIM. En l'absence d'information sur leur revenu fiscal, il n'est toutefois pas possible de distinguer ces situations dans les données.

16 Cette situation ne peut toutefois être interprétée uniquement comme un défaut de couverture ou un non-recours. Elle reflète également des écarts structurels entre les dispositifs, liés tant aux différences de périodes de référence qu'aux concepts de revenu mobilisés. Les revenus pris en compte pour le calcul du MAF reposent principalement sur des données fiscales, qui tendent à sous-estimer certains types de revenus, tandis que l'examen du droit au BIM intègre des ressources non nécessairement fiscalisées (p.ex. revenus étrangers ou faiblement imposés).

17 La proportion est légèrement inférieure à 100% en raison d'exceptions prévues par la réglementation du MAF (notamment les séjours psychiatriques de longue durée).

3.3.3. Fardeau financier des soins selon le revenu

Contributions personnelles moyennes par ménage, selon l'ouverture du droit au MAF

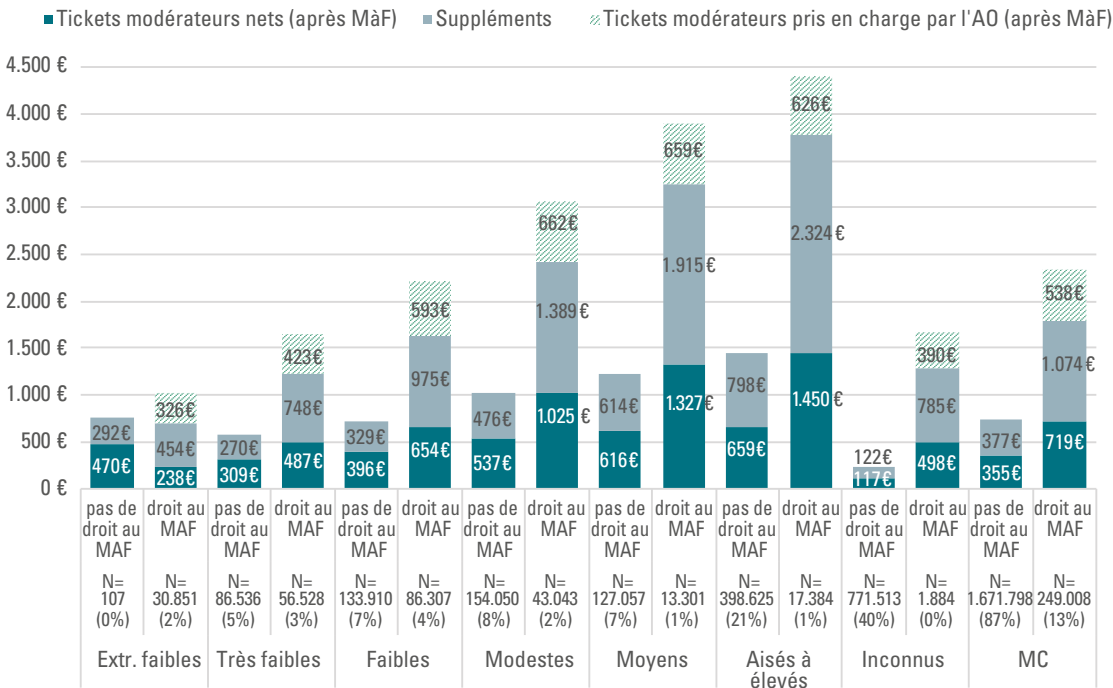
La figure 12 ventile les contributions personnelles, selon les tranches de revenu MAF, en trois composantes : (1) les tickets modérateurs nets (à charge du ménage), (2) les suppléments (non couverts par le MAF), (3) les tickets modérateurs neutralisés par l'AO lorsque le plafond MAF est atteint.

Lorsqu'on distingue les ménages « avec » et « sans » ouverture de droit au MAF, une régularité nette apparaît : plus le niveau de revenu MAF est élevé, plus les contributions personnelles moyennes sont importantes, et plus les montants neutralisés par l'AO augmentent. Cela tient à la mécanique du dispositif : dans les tranches de revenus plus élevées, seuls les ménages présentant des dépenses très importantes atteignent des plafonds qui sont eux-mêmes plus élevés.

À l'inverse, parmi les ménages à revenus extrêmement faibles qui ouvrent leur droit au MAF, les contributions personnelles moyennes restent plus basses, mais elles sont loin d'être nulles : 692 euros par ménage en moyenne, dont 238 euros de TM nets et 454 euros de suppléments. Ce constat met en évidence une limite de la protection offerte par le MAF : le plafonnement ne s'applique pas aux suppléments, qui constituent pourtant une part substantielle des contributions personnelles, d'où une protection seulement partielle même lorsque le plafond est atteint.

La figure 12 montre également que le fait de ne pas atteindre le MAF n'équivaut pas nécessairement à des contributions personnelles faibles. Dans la tranche « revenus très faibles », les 86.536 ménages qui n'atteignent pas le MAF (soit 61% des ménages dans cette tranche) supportent en moyenne 579 euros de frais, dont 309 euros de TM nets et 270 euros de suppléments. Des ménages à bas revenus peuvent ainsi rester confrontés à des contributions personnelles importantes sans bénéficier du pla-

Figure 12 : Contributions personnelles moyennes des ménages en 2024, selon la tranche de revenu MAF et l'ouverture du droit au MAF¹⁸
(Source : Données MC non-pondérées)



Note : Le nombre de ménages (N) et la proportion rapportée à l'ensemble des ménages de la population étudiée sont indiqués sous chaque catégorie

18 Les tickets modérateurs moyens des ménages ayant atteint le MAF apparaissent légèrement inférieurs aux plafonds théoriques associés à leur tranche de revenu. Cette différence s'explique par l'application de plafonds spécifiques, indépendants du revenu, tels que la réduction pour les affections chroniques, le MAF social ou le MAF pour les moins de 19 ans, qui abaissent le plafond effectivement applicable à certains ménages.

fonnement des tickets modérateurs, pourtant prévu pour limiter l'exposition financière des ménages les plus vulnérables.

De manière plus marginale, certains ménages à revenus extrêmement faibles supportent également des montants élevés de tickets modérateurs sans ouvrir le droit au MAF (470 euros en moyenne). Bien que ces situations concernent un nombre limité de ménages (107 au total), elles mettent en évidence que, dans le cadre de dérogations prévues par la réglementation, des tickets modérateurs effectivement payés par les ménages ne sont pas comptabilisés dans les compteurs de TM permettant l'ouverture du droit au MAF.

Contributions personnelles moyennes par ménage, toutes situations confondues

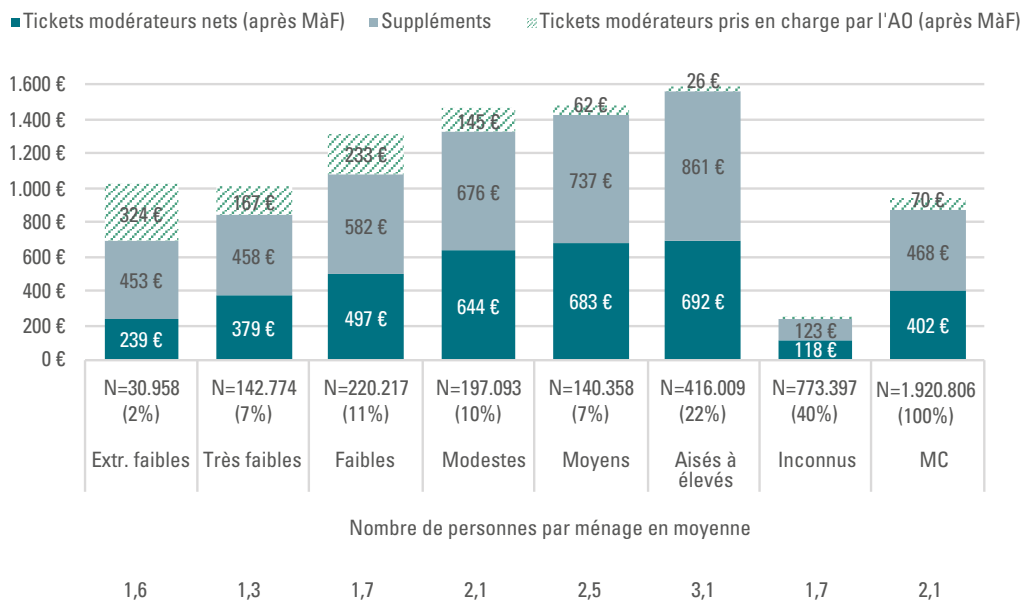
La figure 13 présente les contributions personnelles des ménages, toutes situations confondues, c'est-à-dire **qu'ils aient ouvert ou non leur droit au MAF**, et selon la tranche de revenu. Cette approche permet de rendre compte des montants effectivement supportés en moyenne par l'en-

semble des ménages, en neutralisant l'« effet loupe » induit par l'observation exclusive des ménages ayant atteint leur plafond, qui concentre mécaniquement les niveaux de dépenses les plus élevés (par exemple, avec plus de 3.750 euros en moyenne chez les ménages aisés atteignant le MAF, voir Figure 12).

Globalement, les contributions personnelles augmentent avec le niveau de revenu, mais les écarts entre les tranches se resserrent nettement lorsqu'on considère tous les ménages : les ménages aux revenus extrêmement faibles supportent en moyenne 692 euros de coûts annuels liés aux soins de santé, dont une part importante sous forme de suppléments (453 euros). Les ménages à revenus très faibles supportent en moyenne 837 euros sur l'année, ceux à revenus faibles 1.079 euros et les ménages aisés à élevés 1.553 euros.

Ce résultat met en évidence un point central : le MAF ne porte, pour le calcul du plafonnement, que sur les **tickets modérateurs compris dans son périmètre réglementaire**. L'ensemble des montants supportés par les ménages ne

Figure 13 : Contributions personnelles moyennes des ménages en 2024, selon la tranche de revenu MAF (Source : Données MC non pondérées)



Note : Le nombre de ménages (N) et la proportion rapportée à l'ensemble des ménages de la population étudiée sont indiqués sous chaque catégorie, ainsi que le nombre de personnes par ménage en moyenne

contribue donc pas nécessairement à l'activation ni au calcul du plafond. Les **suppléments**, en particulier, restent entièrement à charge quel que soit le revenu et constituent une composante majeure des contributions personnelles¹⁹ dans toutes les catégories observées.

Un second élément déterminant dans la lecture de ces coûts est la **taille des ménages**. Les ménages aux revenus les plus faibles comptent en moyenne entre 1,3 et 1,6 personne (voir Figure 13), ce qui limite mécaniquement la consommation cumulée de soins et, par conséquent, les coûts totaux observés au niveau du ménage. À l'inverse, les ménages aisés comptent en moyenne 3,1 personnes, ce qui contribue à des montants plus élevés en termes absolus au niveau du ménage.

Cette dimension de composition familiale explique en partie pourquoi, au niveau du ménage, les coûts apparaissent plus élevés dans les tranches de revenu aisées en termes absolus. Pour cette raison, la section suivante propose une analyse **individualisée** des contributions person-

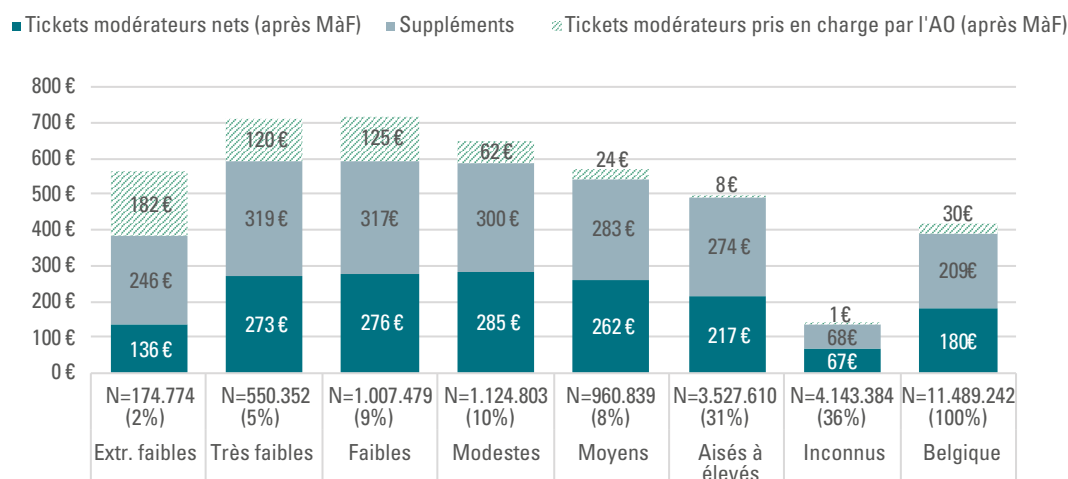
nelles, afin de neutraliser l'effet de la taille du ménage et de mesurer plus finement la pression financière à laquelle les personnes sont exposées.

Individualiser les dépenses pour mesurer la pression financière réelle

L'analyse individualisée des contributions personnelles (voir Figure 14) permet de dépasser les biais liés à la taille des ménages. En rapportant les restes à charge au niveau individuel, elle autorise des comparaisons plus homogènes entre catégories de revenus et fournit une mesure plus fidèle de la pression financière effectivement supportée par les personnes lors du recours aux soins.

À partir de la catégorie « revenus très faibles », on observe un gradient marqué : **plus le revenu est faible, plus le reste à charge moyen par individu est élevé**. Cette tendance ne s'inverse que pour la première catégorie de revenus (« revenus extrêmement faibles »), où les montants observés sont plus bas. Ce résultat peut s'expliquer par la combinaison de mécanismes de protection plus fréquents, notam-

Figure 14 : Contributions personnelles moyennes individualisées en 2024, selon la tranche de revenu (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)



Note : Le nombre de personnes (N) et la proportion rapportée à l'ensemble de la population étudiée sont indiqués sous chaque catégorie

19 À noter que ces montants ne tiennent pas compte de l'éventuelle présence d'assurances facultatives, qui viendraient absorber certains coûts, ni des soins non remboursés hors facture mutualiste.

ment le statut BIM (dont bénéficient 71% des personnes de cette catégorie), par la structure d'âge de cette catégorie (davantage de moins de 24 ans que dans les autres catégories), mais également par le report de soins auquel cette catégorie est davantage exposée. On observe également que les suppléments (246 euros en moyenne) représentent 64% du total des contributions personnelles dans cette catégorie (contre 56% dans la catégorie la plus élevée de revenus).

Les personnes aux revenus très faibles supportent en moyenne 592 euros de contributions personnelles, 319 euros en suppléments et prestations non-remboursables (54% du montant total). Il s'agit, de loin, du montant de suppléments le plus élevé observé parmi toutes les catégories de revenus, un montant particulièrement élevé au regard de leur capacité financière. À titre de comparaison, les personnes aux revenus « aisés à élevés » supportent en moyenne 274 euros de suppléments.

Lorsque ces montants sont standardisés pour neutraliser les effets de structure d'âge et de sexe (voir Figure 15), le gradient observé se modifie sensiblement. Avant intervention du MAF, le reste à charge standardisé demeure plus élevé pour les revenus les plus faibles. Après activation du MAF, il devient légèrement plus élevé chez les revenus plus élevés, bien que **les écarts restent limités au**

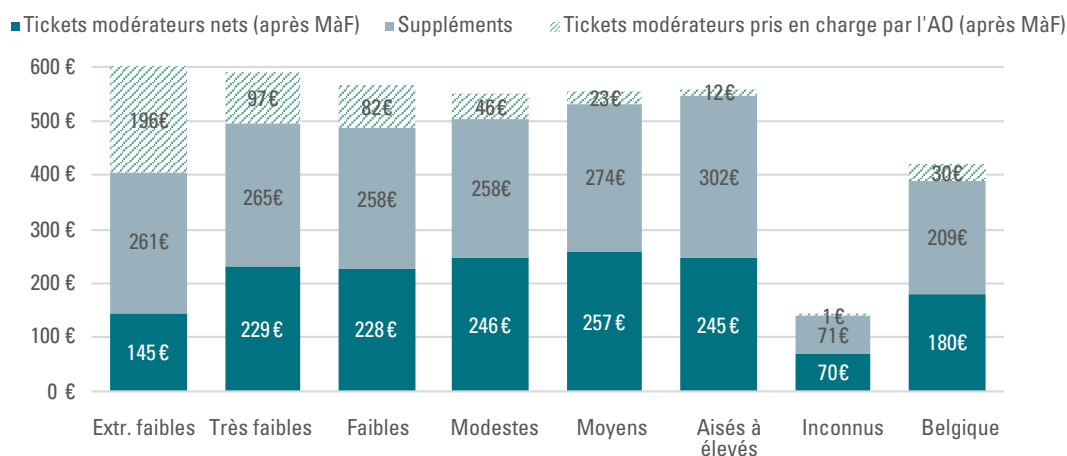
regard des différences de revenus. À titre d'illustration, les contributions personnelles standardisées s'élèvent en moyenne à 494 euros chez les personnes à revenus très faibles, contre 547 euros chez les personnes à revenus aisés à élevés, soit un écart d'environ 11%. Ce différentiel demeure très faible au regard de l'écart de capacité financière entre ces groupes.

Ces résultats soulignent que, si le MAF atténue partiellement les écarts de contributions personnelles associés à des besoins de santé plus importants, il n'annule pas les inégalités de pression financière entre groupes socio-économiques. C'est pourquoi la section suivante examine la **part du revenu** allouée aux soins, qui constitue l'indicateur le plus pertinent pour mesurer le fardeau financier des contributions personnelles.

Un fardeau financier disproportionné pour les plus bas revenus

La figure 16 présente la part moyenne standardisée du revenu individuel estimé²⁰ consacrée aux contributions personnelles, en tenant compte à la fois des tickets modérateurs et des suppléments. L'analyse réalisée au niveau individuel permet de pondérer les données afin de les rendre représentatives de la population belge et de les standardiser selon l'âge et le sexe.

Figure 15 : Contributions personnelles moyennes individualisées et standardisées (âge et sexe) en 2024, selon la tranche de revenu (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)



20 Revenu du ménage individualisé en divisant le revenu de milieu de tranche par la racine carrée du nombre de membres du ménage.

Les résultats mettent en évidence des écarts marqués selon le niveau de revenu. **Les personnes aux revenus extrêmement faibles consacrent en moyenne 8% de leur revenu aux soins, soit une proportion près de six fois supérieure à celle des personnes aux revenus aisés (1,4%).** Lorsque l'on considère uniquement les tickets modérateurs, la même différence apparaît : 2,8% du revenu pour les revenus les plus faibles, contre 0,6% pour les plus aisés.

La figure 16 permet également d'illustrer l'**effet du MAF**. En l'absence de plafonnement, les personnes aux revenus les plus faibles consacraient près de 12% de leur revenu aux contributions personnelles. Le MAF réduit substantiellement cette charge, mais agit seulement sur la composante des tickets modérateurs. Les suppléments restant entièrement à charge, la part du revenu consacrée aux soins demeure élevée dans les catégories de revenus les plus faibles.

La figure 17 examine la distribution de la part du revenu consacrée aux soins, toujours au niveau individuel. Les résultats révèlent une forte dispersion dans les catégories à faibles revenus : **parmi les personnes aux revenus extrêmement faibles, 5% consacrent plus de 26,6% de leur revenu aux soins (P95)**, contre 4,9% parmi les personnes aux revenus aisés à élevés. Ces niveaux relatifs de contributions personnelles sont particulièrement élevés compte tenu de la faible capacité financière des catégories les plus modestes.

Cette forte régressivité – la part du revenu consacrée aux soins diminuant à mesure que le niveau de revenu augmente – ne s'explique pas uniquement par une activation plus fréquente du MAF dans les tranches de revenus les plus faibles. Même lorsque l'analyse est restreinte aux seules personnes ayant atteint le plafond du MAF, les écarts persistent : les personnes aux revenus extrêmement faibles consacrent en moyenne 8% de leur revenu aux soins, contre 4,9% pour les revenus très faibles et 3,6 à 4% dans les deux catégories de revenus les plus élevées.

Approche territoriale : une analyse populationnelle des contributions personnelles

Afin de dépasser les limites des analyses fondées sur le revenu MAF, une approche territoriale est également menée. Elle repose sur le revenu disponible moyen par habitant du secteur statistique, utilisé comme proxy du niveau socio-économique des quartiers, et permet d'inclure l'ensemble des personnes qui y résident, y compris celles dont le revenu MAF n'est pas identifié en raison d'une faible consommation de soins (inférieure à 254,99 euros en 2024). Cette approche permet d'analyser la **part du revenu territorial moyen (proxy fiscal) consacrée aux contributions personnelles** ainsi que la proportion de personnes sans contribution personnelle.

Figure 16 : Part moyenne standardisée du revenu individualisé allouée aux contributions personnelles en 2024 (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)

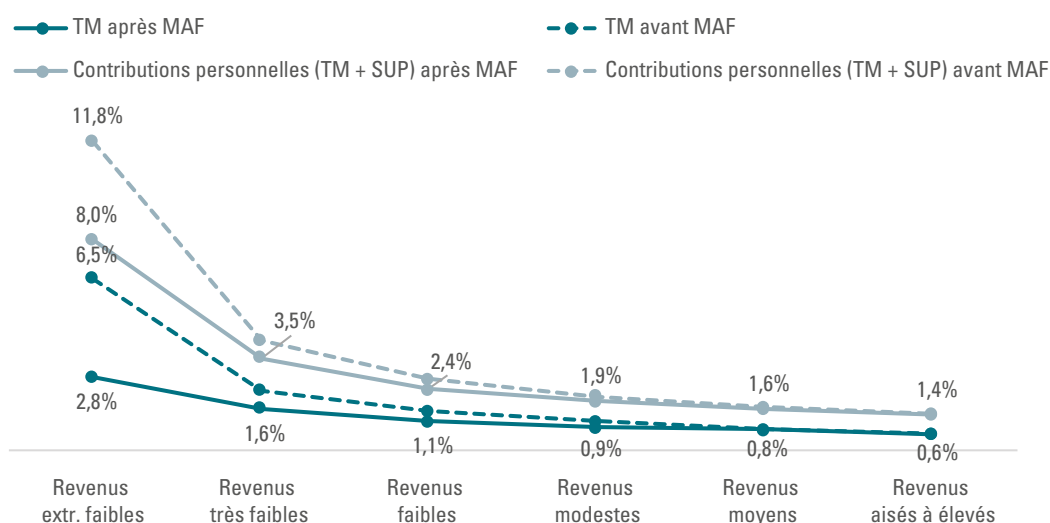
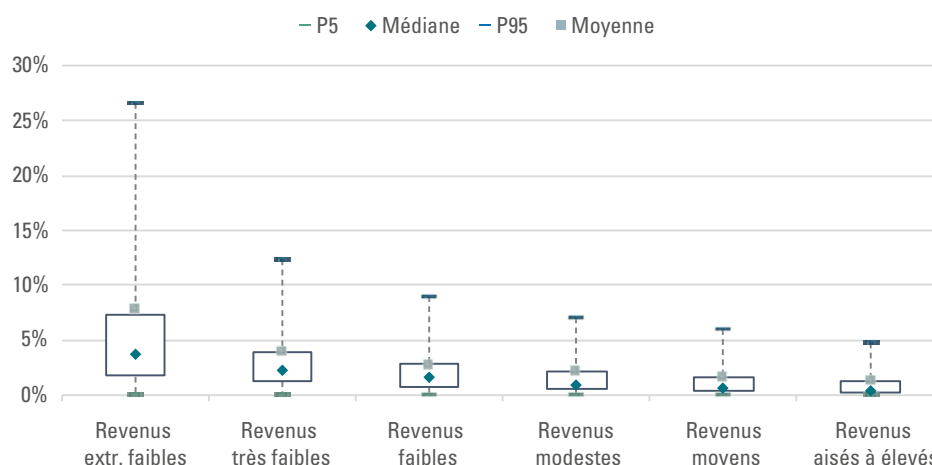


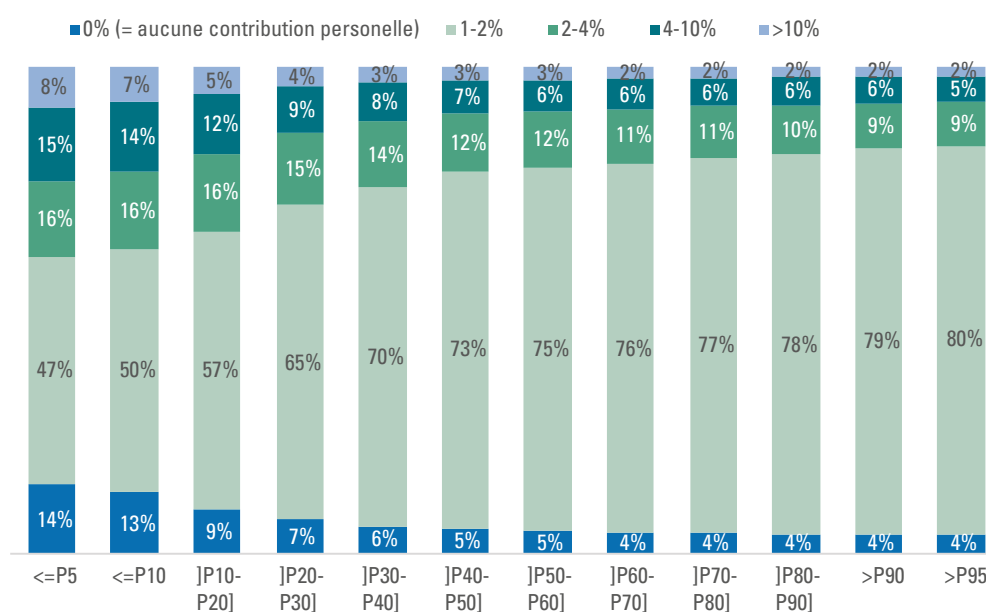
Figure 17 : Distribution de la part du revenu individualisé allouée aux contributions personnelles en 2024 (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)



La figure 18 met en évidence un gradient socio-territorial marqué. À mesure que le revenu moyen des quartiers diminue, la proportion de personnes sans contribution personnelle augmente. Cette situation peut traduire une absence de recours ou un recours à des modalités de prise en

charge sans paiement direct, telles que les soins dispensés en maisons médicales. Parallèlement, la proportion de personnes consacrant une part élevée de revenu aux soins est nettement plus importante dans les quartiers à faible revenu.

Figure 18 : Pourcentage du revenu disponible moyen (proxy) alloué aux contributions personnelles en 2024 (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)



Dans les quartiers appartenant au premier décile de revenu (P5), 14% ont des contributions nulles, tandis que 15% consacrent entre 4% et 10% du revenu moyen du quartier aux soins et 8% plus de 10%. À titre de comparaison, dans les quartiers les plus favorisés, ces proportions s'élèvent respectivement à 4%, 5% et 2%. Par ailleurs, le pourcentage moyen de contribution personnelle (non présenté sur la figure), présente également un gradient social : il s'élève à 1,7% dans le P5, contre 1,4% dans le P95. Ces résultats montrent que, même lorsque l'analyse inclut l'ensemble des personnes, y compris celles ne supportant aucune contribution personnelle, la part du revenu consacrée aux soins demeure plus élevée et plus dispersée dans les quartiers défavorisés que dans les quartiers favorisés.

Cette lecture territoriale complète l'analyse individualisée en réintégrant les populations partiellement invisibles dans les données issues du MAF et en documentant la fréquence des contributions financières élevées dans les quartiers défavorisés. Elle offre également un cadre pertinent pour le suivi de réformes récentes – telles que l'interdiction des suppléments en ambulatoire pour les bénéficiaires du statut BIM – dont les effets distributifs territoriaux pourraient être évalués dans des analyses ultérieures.

4. Discussion

Les résultats de cette étude confirment que les inégalités s'organisent selon un **gradient socio-économique continu**. À chaque diminution du niveau socio-économique correspond une dégradation progressive de l'état de santé, un recours aux soins proportionnellement plus faible au regard des besoins, et une charge financière relative plus lourde.

Pris séparément, ces gradients illustrent l'existence d'inégalités structurelles persistantes. Considérés conjointement, ils révèlent un **mécanisme systémique** dans lequel les besoins de soins sont les plus importants précisément là où les ressources financières permettant d'y répondre sont les plus limitées. La discussion qui suit met en lumière le caractère cumulatif des désavantages sociaux et les limites des mécanismes actuels à prévenir à la fois le sous-recours aux soins et l'exposition à un fardeau financier disproportionné pour les populations les plus vulnérables.

4.1. Un gradient d'état de santé marqué et qui s'accroît

Les résultats ne se contentent pas de confirmer l'existence d'un gradient socio-économique de santé en Belgique ; ils en précisent **la dynamique temporelle** ainsi que **certaines limites liées à la mesure à partir de données de recours aux soins**. Le gradient observé est continu et régulier, sans rupture nette, et traverse l'ensemble de la hiérarchie sociale, indiquant que les inégalités de santé ne se limitent pas aux situations les plus extrêmes, mais concernent l'ensemble de la population.

Un premier enseignement central concerne le **creusement des inégalités de santé**. Entre 2011 et 2023, la mortalité diminue globalement de 13% en Belgique, mais cette amélioration profite davantage aux quartiers favorisés. En conséquence, l'écart relatif de mortalité entre les quartiers les plus pauvres et les plus riches s'accroît et passe de 40% en 2011 à plus de 50% en 2023. Ces résultats revêtent une importance particulière dans la mesure où la mortalité constitue un indicateur objectif de l'état de santé, indépendant des comportements de recours aux soins et des phénomènes de sous-dépistage. Cette dynamique est également observée dans les comparaisons européennes : la Belgique se caractérise par une **augmentation particulièrement marquée des inégalités sociales de santé** re-

lativement aux autres pays européens (European Social Survey 2014-2024) : une dégradation globale de l'état de santé est observée, avec une aggravation plus rapide dans les groupes à faible niveau de scolarité (EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN), 2025).

Ces constats sont particulièrement interpellants dans la mesure où les écarts de mortalité reflètent des inégalités structurelles d'exposition différenciée et cumulative aux déterminants de la santé tout au long du parcours de vie. Facteurs environnementaux, conditions sociales et économiques, ainsi qu'accès effectif aux soins s'articulent pour produire des différences durables d'état de santé. Dans cette perspective, l'amélioration des conditions de vie constitue un levier central pour prévenir une part importante des décès précoces et de la morbidité évitable, au-delà des seules interventions du système de soins.

Les pathologies chroniques confirment l'ampleur de ce gradient socio-économique. En 2023, la prévalence du diabète est environ **deux fois plus élevée** dans les quartiers les plus défavorisés (11,5%) que dans les quartiers les plus favorisés (5,2%), illustrant des inégalités marquées d'exposition aux facteurs de risque et de développement des maladies chroniques.

Un second apport majeur tient au **caractère partiellement sous-estimé** des inégalités lorsqu'elles sont mesurées à partir des données administratives de consommation de soins de santé, qui reflètent le diagnostic et le recours aux soins plutôt que la prévalence réelle des pathologies. Entre 2011 et 2023, la progression de la prévalence du diabète (et d'autres maladies chroniques telles que les maladies obstructives des voies respiratoires) est plus faible dans les quartiers les plus pauvres que dans les tranches socio-économiques adjacentes, alors même que le risque y est plus élevé. Ce constat suggère un problème de **sous-dépistage** systématique dans les quartiers défavorisés, qui tend à atténuer artificiellement l'ampleur des écarts de santé pour les maladies chroniques. Cette hypothèse est confortée par les résultats de l'enquête de santé de Sciensano (2018), qui estiment la prévalence totale du diabète à 10%, dont plus d'un tiers (37%) non diagnostiqué, avec un sous-dépistage plus marqué chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction (Sciensano, 2025). Nos résultats – une prévalence diagnostiquée de 7,2 % en 2023 – s'inscrivent dans cette perspective, suggérant qu'une part substantielle du diabète reste non détectée, en particulier dans les milieux défavorisés.

Ce caractère sous-estimé du gradient est confirmé lorsqu'on effectue une comparaison avec des indicateurs construits à partir des données individuelles de revenu. En Belgique, une étude montre que chez les 40-64 ans, le risque de décès est cinq fois plus élevé chez les hommes et quatre fois plus élevé chez les femmes appartenant au décile de revenu le plus bas par rapport au décile le plus élevé (Decoster, Minten, & Spinnewijn, 2021). Ces résultats soulignent que nos résultats fondés sur des proxys territoriaux constituent donc un **ordre de grandeur minimal** des inégalités réelles de santé.

Pris ensemble, ces éléments montrent que les populations les plus défavorisées cumulent **un état de santé plus dégradé et une exposition accrue aux obstacles d'accès aux soins**, ce qui constitue le point de départ des gradients de recours et de protection financière analysés dans les sections suivantes. Les inégalités de santé observées ne sont donc ni ponctuelles ni résiduelles : elles sont structurelles, cumulatives et dynamiques.

4.2. Un sous-recours aux soins malgré des besoins plus importants

Les résultats mettent en évidence un **décalage systématique entre les besoins de santé et le recours effectif aux soins** : là où l'état de santé est le plus dégradé, le recours aux soins est proportionnellement plus faible au regard des besoins observés.

Dans les soins curatifs, la **diminution du recours hospitalier** dans les quartiers défavorisés contraste fortement avec la progression de la morbidité. Cette baisse traduit bien un **sous-recours aux soins programmés**, lié à des barrières financières, organisationnelles ou informationnelles. Le statut d'affection chronique progresse lui aussi moins vite dans les quartiers les plus défavorisés, alors que les problèmes de santé y sont plus fréquents, ce qui suggère une difficulté à accéder à un suivi régulier ou à des traitements spécialisés. À l'inverse, le recours plus fréquent aux urgences dans les quartiers pauvres témoigne d'une **prise en charge tardive et contrainte**, typique de contextes où les autres portes d'entrée du système ne sont pas accessibles au moment où les problèmes apparaissent (Cès & Baeten, 2020).

Les soins préventifs présentent une dynamique encore plus marquée : le recours au dépistage du cancer du sein augmente dans les quartiers favorisés alors qu'il diminue dans les quartiers pauvres, malgré l'existence de pro-

grammes sans contribution personnelle. Ce résultat montre que **la gratuité ne suffit pas à garantir l'accès effectif à la prévention** lorsque l'offre est peu visible, peu disponible ou insuffisamment accompagnée sur le terrain, comme le soulignent également des travaux récents mettant en évidence l'importance des relais de proximité, de l'accompagnement et des relations de confiance pour atteindre les populations socialement défavorisées (Jacobs, Vanden Bossche, Willems, & Vanthomme, 2025). Dans les situations où la prévention repose partiellement sur des examens payants, les inégalités de recours reflètent encore plus directement les inégalités de capacité financière.

Au-delà des montants cumulés, des **coûts indirects ou apparemment marginaux** – contraintes organisationnelles liées au temps, à la disponibilité et au transport ou tickets modérateurs et dispositifs médicaux courants – peuvent suffire à freiner ou retarder le recours aux soins, en particulier pour les ménages à ressources très limitées. Ces obstacles contribuent à transformer le parcours de soins en une succession d'arbitrages, où certains soins sont reportés, interrompus ou évités (Cès & Baeten, 2020; Levesque, Harris, & Russell, 2013).

Les résultats montrent toutefois que **l'organisation de l'offre peut partiellement amortir ce gradient**. En effet, le modèle forfaitaire des maisons médicales réduit significativement les inégalités d'accès à la première ligne en offrant une entrée sans avance de frais et un suivi continu. Là où ce modèle est présent, les écarts de recours se resserrent, en particulier dans les territoires les plus défavorisés. Cela confirme que le sous-recours n'est pas une fatalité liée aux besoins, mais qu'il dépend étroitement des conditions d'accès financières et organisationnelles. L'effet reste néanmoins partiel : il atténue les écarts sans les éliminer et ne neutralise pas les difficultés d'accès aux soins spécialisés ou préventifs.

Ce schéma suggère une **tension structurelle** : plus la situation socio-économique est défavorisée, plus le parcours de soins se transforme en succession de renoncements. La combinaison d'un état de santé plus fragile, d'un accès plus difficile et de restes à charge proportionnellement plus lourds crée un cercle vicieux où les soins sont mobilisés tardivement et souvent dans les contextes les moins favorables, sous l'effet d'obstacles rencontrés dans plusieurs dimensions de l'accès aux soins (sensibilité, disponibilité, acceptabilité et accessibilité financière ; Cès, 2021). Ce mécanisme constitue un maillon central entre le gradient d'état de santé et le gradient de protection financière analysés dans la section suivante.

4.3. Une protection financière partielle et régressive en proportion du revenu

Un fardeau financier fortement régressif

Les résultats montrent que les **contributions personnelles sont fortement régressives** : la part du revenu consacrée aux soins diminue à mesure que le niveau de revenu augmente. Les personnes aux revenus extrêmement faibles consacrent en moyenne près de 8% de leur revenu aux soins, cette part s'élève à 3,5% pour les revenus très faibles, à 2,4% pour les revenus faibles, puis décroît progressivement pour atteindre 1,4% dans les revenus les plus élevés. La pression sur les revenus très faibles persiste même lorsque le MAF est activé : **si le dispositif est progressif dans sa structure** – les plafonds de tickets modérateurs augmentant avec le revenu – **il ne neutralise pas les différences de capacité financière entre les ménages**. Ainsi, même parmi les personnes atteignant le plafond, les ménages à faibles revenus supportent un effort financier proportionnellement bien plus important que les ménages aisés, en raison de ressources beaucoup plus limitées pour absorber les dépenses de soins.

Dans le cadre méthodologique de l'OMS, une dépense de santé est qualifiée de catastrophique lorsqu'elle dépasse **40% de la capacité de paiement du ménage**, définie comme le revenu disponible après couverture des besoins essentiels. Cette approche repose sur le constat que, pour les ménages pauvres, la capacité financière peut être très faible, voire nulle, de sorte qu'une part relativement modeste du revenu total consacrée aux soins peut déjà devenir insoutenable. Cette définition marque une évolution par rapport aux approches antérieures fondées sur la part des dépenses ou du revenu total consacrée aux soins de santé – notamment le seuil de 10% ou 25% – qui ne permettent ni de tenir compte de la part réellement disponible du revenu une fois les dépenses essentielles couvertes, ni de saisir les situations où les dépenses de santé excèdent le revenu du ménage (Social Health Protection Network, 2025). À cet égard, bien que nos estimations reposent sur une mesure du fardeau financier rapportée au revenu total, les niveaux observés dans nos données se situent d'ores et déjà dans une zone considérée comme financièrement insoutenable pour les ménages à faibles revenus.

Cette lecture est renforcée par les travaux récents sur les **budgets de référence en Belgique**, qui définissent le niveau minimal de ressources nécessaires pour permettre une participation sociale adéquate, en supposant des personnes en bonne santé et un accès standard aux soins (REMI - REDI, 2026). Pour les ménages à faibles re-

venus, les montants observés dans cette étude excèdent largement la marge financière disponible dans ces budgets. Par exemple, pour les personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 1.057 euros (première tranche de revenus MAF), les dépenses de santé entrent directement en concurrence avec des postes de dépenses incompressibles tels que le logement, l'alimentation ou l'énergie, rendant impossible la couverture simultanée des besoins essentiels et des coûts de soins, ce qui porte atteinte directement à la santé. D'autre part, l'insécurité financière impacte également de façon significative la santé mentale (stress chronique, contraintes psychosociales, isolement social) (Guan, Guariglia, Moore, Xu, & Al-Janabi, 2022). Cette situation financière catastrophique qui est susceptible de toucher plus largement les ménages aux revenus modestes risque de les enfermer dans un cercle vicieux où la détérioration de l'état de santé déstabilise le budget, empêche de répondre aux besoins essentiels et conduit à une aggravation simultanée des difficultés économiques et des problèmes de santé.

Ces constats soulignent que, **même en deçà des seuils internationaux de dépenses catastrophiques, la charge financière des soins peut être socialement insoutenable pour les ménages avec des revenus modestes**, non parce qu'elle est exceptionnellement élevée en valeur absolue, mais avant tout parce qu'elle s'exerce dans un contexte de ressources déjà insuffisantes pour couvrir les besoins de base.

Les suppléments : angle mort de la protection

Le caractère partiel de la protection financière s'explique largement par le rôle central des suppléments d'honoraires, qui restent totalement hors du périmètre du MAF. Ceux-ci constituent aujourd'hui la composante principale des restes à charge dans les catégories de revenus les plus faibles, où ils représentent 64% des contributions personnelles, contre 56% chez les personnes aux revenus aisés à élevés. Cette différence souligne le poids structurant des suppléments dans la formation des inégalités financières liées aux soins.

La capacité à se prémunir contre ces coûts supplémentaires est, en outre, socialement différenciée. Les ménages disposant de conditions d'emploi plus stables et de revenus plus élevés ont davantage recours à des assurances facultatives ou à des couvertures complémentaires, ce qui permet d'amortir l'impact financier des suppléments (Schokkaert, Van Ourti, De Graeve, Lecluyse, & Van de Voorde, 2010). À l'inverse, les ménages à faibles ressources restent exposés à ces coûts, renforçant ainsi la stratification financière du système et la régressivité globale de la charge des soins.

Les limites structurelles du MAF

Cette régressivité tient également au **niveau même des plafonds MAF**. Dans les tranches de revenus les plus faibles, les plafonds actuels sont trop élevés par rapport aux ressources réellement disponibles, avec des pourcentages théoriques maximaux de tickets modérateurs cumulés, rapportés au revenu, plus élevés que dans toutes les autres tranches. Dans les tranches supérieures, les situations sont hétérogènes : certains ménages disposent effectivement d'un revenu confortable, mais d'autres – notamment les familles nombreuses – présentent une capacité contributive par personne nettement plus faible et un plafond insuffisamment protecteur.

La **taille du ménage** constitue ainsi un facteur transversal que le MAF ne prend pas en compte. Aujourd'hui, un ménage composé d'un adulte seul et un ménage monoparental avec plusieurs enfants se voient appliquer exactement le même plafond pour un même revenu fiscal, alors que leur capacité financière réelle diffère profondément. Ne pas tenir compte de la dilution du revenu au sein du ménage conduit mécaniquement à sous-protéger les familles nombreuses ou les ménages monoparentaux.

Non-take-up du BIM

Dans nos données, environ **30% des personnes situées dans les tranches de revenus MAF les plus basses ne bénéficient pas du statut BIM**. Ce chiffre doit toutefois être interprété avec prudence, dans la mesure où le MAF et le BIM reposent sur des périodes de référence et des concepts de revenu distincts. Il s'inscrit néanmoins dans un ordre de grandeur cohérent avec les estimations disponibles dans la littérature belge, selon lesquelles une part substantielle des personnes éligibles ne recourent pas effectivement au statut BIM. Ainsi, le KCE estimait qu'en 2016, un tiers des personnes exposées au risque de pauvreté ne profitent pas de cet avantage (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020), tandis que des travaux plus récents menés dans le cadre du projet TAKE estiment le non-take-up du BIM à environ 45% parmi les personnes éligibles âgées de 18 à 64 ans et à 24% parmi les 65 ans et plus (Goedemé, et al., 2022).

Invisibilisation statistique et sous-recours contraint

À ces limites s'ajoute un mécanisme plus silencieux : la **non-identification d'une partie substantielle des ménages pauvres par le MAF**. La tranche de revenu n'étant connue qu'à partir d'un seuil minimal de consommation de soins, de nombreuses personnes vulnérables restent invisibles au dispositif. Cette invisibilisation touche principalement des personnes dont la consommation de soins est faible en raison de contraintes financières. Faute de consomma-

tion suffisante pour activer les protections, ces personnes échappent au plafonnement du MAF et parfois également au statut BIM, cumulant ainsi les obstacles dans un système pourtant conçu pour les protéger. Le dispositif tend dès lors à connaître et à protéger prioritairement les personnes qui consomment déjà « suffisamment », au risque de laisser de côté celles dont les besoins ne se traduisent pas (ou trop tardivement) en recours. Ce mécanisme renvoie plus fondamentalement au caractère *ex post* du MAF : le dispositif n'offre aucune visibilité anticipée aux ménages sur leur compteur MAF et ne permet donc pas de prévenir le report ou le renoncement aux soins pour raisons financières.

Les analyses fondées sur les revenus MAF décrivent donc principalement la charge financière parmi les consommateurs-rices de soins et laissent hors champ une part non négligeable de la population. L'**approche territoriale**, fondée sur le revenu fiscal des quartiers utilisé comme proxy, permet de réintégrer ces personnes et montre que, même en tenant compte des situations de contribution personnelle nulle, la part du revenu consacrée aux soins demeure plus élevée et plus polarisée dans les quartiers défavorisés : on y observe simultanément une proportion plus importante de personnes sans contributions personnelles (c'est le cas de 14% des personnes qui vivent dans les quartiers les plus pauvres vs 4% seulement dans les quartiers les plus riches), suggérant un non-recours, et de personnes sujettes à une exposition accrue à des charges financières élevées rapportées au revenu.

Ce résultat est cohérent avec la littérature montrant que, dans les systèmes où la protection financière s'active principalement a posteriori et repose sur l'avance de frais, **les ménages à faibles ressources tendent à limiter leur recours aux soins malgré des besoins élevés** (Cès & Baeten, 2020; Levesque, Harris, & Russell, 2013; Cès, 2021). En conditionnant l'accès au plafonnement à une consommation préalable, le MAF contribue ainsi à une forme de **sous-recours structurel financièrement contraint**, dans laquelle les ménages les plus vulnérables sont précisément ceux qui rencontrent le plus de difficultés à accéder à la protection destinée à les couvrir.

En somme, la structure actuelle protège surtout celles et ceux qui consomment déjà beaucoup de soins, mais atteint mal celles et ceux dont les besoins sont importants et dont le recours aux soins reste contraint par leur faible capacité financière. Le gradient des contributions personnelles reproduit et amplifie ainsi le gradient de santé initial.

5. Recommandations

Les résultats de cette étude montrent que les inégalités observées ne relèvent pas de défaillances ponctuelles du système de soins, mais d'un enchaînement structurel : là où l'état de santé est plus fragile et les besoins sont plus importants, le recours aux soins est plus tardif ou plus limité, en particulier en raison d'une charge financière pour les soins plus élevée proportionnellement aux revenus, que les mécanismes de protection financière ne parviennent pas à neutraliser.

Pour infléchir ces gradients, il ne suffit pas d'ajuster un mécanisme isolé ou de modifier un seuil. Sans prétendre couvrir à elles seules l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, les recommandations qui suivent s'inscrivent dans une approche transversale visant à réduire durablement les inégalités mises en évidence par cette analyse (5.1.). Elles se concentrent ensuite sur les leviers du système de soins en renforçant l'efficacité des mécanismes de protection financière existants : ouverture précoce des droits (5.2.), adéquation des mécanismes de protection financière à la capacité financière réelle des ménages (5.3.) afin qu'ils permettent réellement aux populations les plus vulnérables d'avoir accès aux soins (5.4.).

5.1. Faire de la réduction des inégalités de santé et de la protection financière un objectif transversal

Les inégalités de santé s'inscrivent dans un ensemble plus large de déterminants sociaux de la santé – revenus, emploi, logement, environnement – sur lesquels le système de soins n'agit que partiellement, mais dont il peut renforcer les effets lorsque la protection financière est insuffisante. Dans ce contexte, la réduction des inégalités sociales de santé ne peut reposer uniquement sur des ajustements techniques des mécanismes de financement ou d'organisation des soins, bien que ceux-ci soient nécessaires. Elle suppose que **l'objectif d'équité en santé et en protection financière soit explicitement intégré dans l'ensemble des politiques publiques concernées**, conformément aux principes d'universalisme proportionné – selon lesquels des mesures proportionnées sont nécessaires pour permettre à tou·tes d'atteindre un niveau comparable de santé (Marmot, 2010) – et de *Health in All Policies* (WHO, 2023).

Appliquée au système de soins, cette approche implique que toute réforme affectant le marché du travail, les droits

sociaux ou l'organisation des soins soit évaluée au regard de ses **effets distributifs sur l'accès aux soins et la capacité financière des ménages**. Les recommandations opérationnelles qui suivent s'inscrivent dans cette logique : sans ce cadrage transversal, les corrections apportées aux dispositifs existants risqueraient de réduire marginalement les écarts observés sans enrayer durablement les dynamiques de reproduction des inégalités mises en évidence par cette étude.

Dans cette perspective, il est également essentiel de mieux structurer la gouvernance des politiques de soins de santé autour d'objectifs explicites de performance et de couverture des besoins, en s'appuyant sur des indicateurs partagés et des cycles d'évaluation continue, afin de rendre visibles les lacunes du système et d'orienter plus efficacement les réformes en faveur de la réduction des inégalités de santé (Cès & Noirhomme, 2025).

5.2. Ouvrir les droits avant que les obstacles ne se cumulent

Les résultats de cette étude montrent que l'accès tardif ou incomplet aux mécanismes de protection financière constitue un facteur central de la pression financière supportée par les ménages à faibles revenus. Dans ce contexte, l'ouverture effective et précoce du statut BIM apparaît comme un levier prioritaire pour limiter l'exposition aux tickets modérateurs et éviter l'accumulation des obstacles financiers. Il est donc nécessaire de :

1. Attribuer automatiquement le statut BIM chaque fois que possible.

L'ouverture du statut BIM devrait, dans la mesure du possible, être **entièrement automatique** pour tout ménage remplissant les conditions, sur la base d'informations fiables déjà disponibles dans les différentes bases de données administratives. Cette approche permet d'éviter des démarches inutiles pour les assurés et de placer résolument leurs intérêts au centre du dispositif. L'exploitation coordonnée des données doit permettre d'identifier tant les personnes qui remplissent les conditions que celles qui n'y répondent pas, afin de sécuriser l'attribution du droit et de prévenir les ruptures de protection.

2. Compléter l'automatisme par des démarches proactives ciblées.

Lorsque l'attribution automatique n'est pas possible, des **démarches proactives ciblées** restent indispensables,

en particulier pour les ménages identifiés comme disposant de revenus très faibles dans les données mutualistes, mais ne bénéficiant pas du BIM. Un contact direct et un accompagnement simplifié peuvent permettre de lever des barrières liées à la méconnaissance des droits ou à la complexité administrative. Dans cette perspective, les mutualités disposent de leviers importants et peuvent renforcer encore leurs processus d'identification, d'information et de contact proactif des membres.

3. Ces démarches sont particulièrement importantes dans le contexte des récentes évolutions des politiques de l'emploi, qui prévoient la sortie d'un nombre important de personnes du régime d'assurance-chômage. Si le statut BIM n'est pas automatiquement lié à une situation de chômage, mais repose sur l'évaluation du revenu du ménage, la perte d'allocations peut entraîner une dégradation rapide de la situation financière et, partant, des droits sociaux. Ces transitions administratives accroissent le risque de rupture de protection pour des personnes disposant pourtant de ressources très limitées. Des **mécanismes d'accompagnement anticipé et de continuité des droits** sont indispensables pour éviter que certains ménages ne « sortent du radar » administratif à un moment de vulnérabilité financière accrue.

5.3. Un MAF réellement proportionnel au revenu et à la réalité des ménages

Le MAF constitue l'instrument central de protection contre les dépenses de santé excessives en Belgique. Toutefois, les résultats de cette étude montrent que son fonctionnement actuel ne permet pas de refléter adéquatement la capacité financière réelle des ménages. Plusieurs ajustements structurels sont nécessaires pour en restaurer la progressivité et l'équité :

1. Passer du ménage administratif au ménage réel.

Le calcul du plafonnement devrait être aligné sur le ménage réel, tel que défini dans le cadre du statut BIM, plutôt que sur un ménage administratif fondé sur la domiciliation à une même adresse. L'approche actuelle conduit à surestimer la capacité financière de certains ménages – notamment en cas de colocation – en supposant à tort une solidarité financière entre les membres du « ménage ».

2. Adapter les plafonds de tickets modérateurs de base selon le revenu.

Les plafonds applicables aux tranches de revenus les

plus faibles devraient être abaissés afin de réduire un effort financier proportionnellement plus élevé que dans les autres tranches. À l'inverse, une augmentation modérée des plafonds dans les tranches supérieures renforcerait la progressivité globale du dispositif.

3. Introduire la taille du ménage dans le calcul du plafonnement.

La taille du ménage doit être intégrée de manière systématique. À revenu égal, la dilution des ressources entre plusieurs personnes réduit fortement la capacité financière réelle, en particulier pour les familles nombreuses et les ménages monoparentaux, qui sont aujourd'hui sous-protégés par le mécanisme.

4. Affiner les tranches de revenus.

La catégorie supérieure du MAF regroupe actuellement la moitié de la population dont on connaît le revenu, couvrant des situations très hétérogènes, du confortable au très élevée. Cette agrégation empêche toute progressivité effective dans la partie haute de la distribution. L'introduction de tranches supplémentaires permettrait d'améliorer l'équité verticale du dispositif.

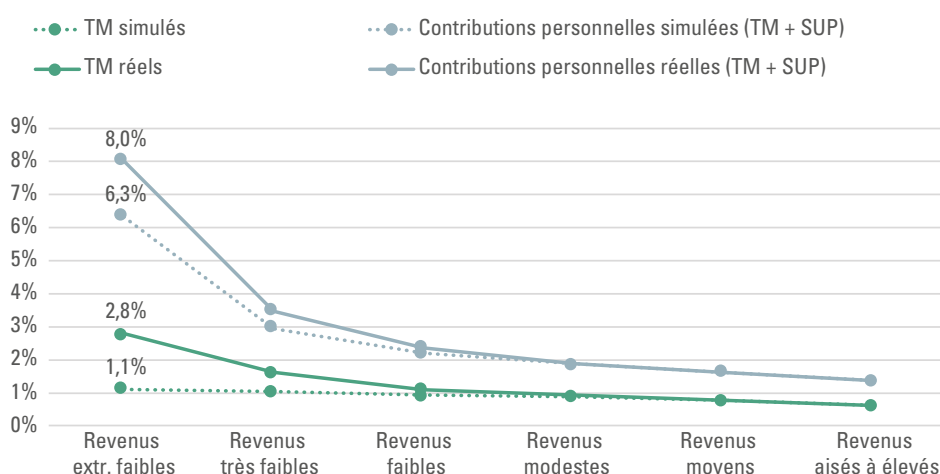
Exemple de nouveaux plafonds MAF

Nous avons simulé un exemple de scénario d'adaptation des plafonds MAF, permettant de **réduire significativement la charge financière des ménages les plus vulnérables**, tout en améliorant la progressivité du dispositif (voir Annexe 3 pour la méthodologie détaillée). Pour les ménages à très faibles revenus, les tickets modérateurs exprimés en part du revenu diminueraient de 2,8% à 1,1%, ce qui entraînerait une réduction des contributions personnelles totales de 8% à 6,3% du revenu (voir Figure 19). À l'inverse, l'effet serait quasi nul pour les ménages aisés, dont une faible proportion atteint aujourd'hui les plafonds existants.

Cet exemple démontre qu'une réforme ciblée des plafonds du MAF, sans modification de l'architecture générale du dispositif, permettrait de **renforcer efficacement la protection financière des ménages précarisés**, tout en restant soutenable pour l'assurance obligatoire.

Il est également important de rappeler que la **récente interdiction de facturation de suppléments d'honoraires en ambulatoire pour les patient-es BIM** modifiera probablement la structure réelle des restes à charge dans les années à venir, en réduisant une composante qui pèse de manière disproportionnée sur les ménages pauvres. Cet effet n'apparaît pas encore dans notre simulation, mais constituera un élément central d'une étude ultérieure.

Figure 19 : Part moyenne standardisée du revenu individualisé allouée aux contributions personnelles en 2024, après simulation de plafonds MAF alternatifs (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)



5.4. Assurer un accès effectif : réduire les obstacles financiers au moment du recours

La réduction des inégalités financières ne peut produire ses effets que si les mécanismes de protection sont mobilisables au moment où les personnes en ont besoin. Une part importante des renoncements aux soins ne résulte pas d'un défaut de couverture, mais d'**obstacles concrets à l'accès aux soins** : avance de frais trop élevée, activation tardive du MAF ou méconnaissance des droits. Ces obstacles se concentrent dans les quartiers défavorisés et agissent avant même que les mécanismes structurels de protection financière ne puissent jouer leur rôle (Cès & Baeten, 2020).

1. Limiter au maximum les contributions personnelles, notamment pour les moins de 18 ans.

Les contributions personnelles constituent un obstacle immédiat à l'accès effectif aux soins pour les ménages à faibles revenus. Dans un système d'assurance sociale, la part des coûts supportée directement par les patient-es ne devrait pas s'accroître dans le temps au risque d'éroder l'accessibilité financière au moment du recours. Le maintien de la non-indexation des tickets modérateurs contribue à contenir cette érosion et à préserver l'effet redistributif de l'assurance soins de santé obligatoire.

Dans cette logique, la gratuité effective des soins pour les enfants constitue une priorité spécifique. La Belgique figure en effet parmi les rares pays européens où des tickets modérateurs subsistent pour les soins chez le généraliste et les spécialistes pour les enfants issus de ménages à bas revenus (Baptista, Guio, Marlier, & Perista, 2023). Or les inégalités sociales de santé se construisent dès l'enfance, et l'existence de contributions personnelles, même modestes, peut freiner l'accès aux soins pédiatriques et préventifs dans les ménages les plus vulnérables.

2. Étendre le tiers payant pour les soins ambulatoires et dépistages essentiels.

Un premier levier prioritaire consiste à limiter l'avance de frais, en particulier pour les soins ambulatoires et les examens diagnostiques essentiels. Pour les personnes à faibles revenus, même des montants modestes peuvent constituer une barrière immédiate au recours. L'extension du tiers payant pour ces prestations permettrait de lever un obstacle central à l'accès aux soins de première ligne et aux diagnostics précoces.

3. Réduire l'exposition financière avant l'activation complète du MAF.

Le MAF intervient aujourd'hui uniquement après le franchissement de seuils déjà conséquents et parfois avec un certain retard – en partie en raison de délais administratifs et de contraintes légales inhérentes à l'échange et à la consolidation des données nécessaires à son activation (composition du ménage, revenus, statuts sociaux) – ce qui maintient une exposition financière importante pour les ménages vulnérables en début de parcours. Dans ce contexte, il est nécessaire d'examiner, en concertation avec les acteurs concernés (INAMI, Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, mutualités), dans quelle mesure des mécanismes de pré-identification – tels que des seuils intermédiaires, des alertes automatiques ou des vérifications proactives pour les ménages à très faibles revenus – permettraient de réduire l'avance de frais et de limiter l'insaisissabilité de personnes dont le recours soins reste contraint financièrement malgré des besoins élevés.

4. Consolider les maisons médicales comme portes d'entrée dans les territoires défavorisés.

Les maisons médicales jouent un rôle essentiel en tant que dispositifs d'accès sans contribution personnelle et de suivi continu dans les quartiers où les besoins sont les plus importants. Leur présence contribue à atténuer le gradient social de recours observé dans les soins de première ligne à l'acte. La répartition inégale des besoins en soins sur le territoire appelle dès lors une réflexion explicite sur la répartition géographique de l'offre de première ligne. Assurer l'accessibilité, la capacité d'accueil et l'implantation suffisante des maisons médicales dans les territoires les plus fragilisés – et soutenir le financement forfaitaire qui en constitue le socle – constitue un levier structurel central pour améliorer durablement l'accès effectif aux soins là où les obstacles financiers et organisationnels sont les plus marqués.

Au-delà de ces leviers financiers immédiats, l'accès effectif aux soins dépend également de facteurs organisationnels et informationnels. Les résultats montrent que la gratuité d'un service, notamment en matière de prévention ou de dépistage, ne suffit pas à réduire les inégalités lorsque l'offre est peu visible, peu disponible ou insuffisamment accompagnée au niveau local. De même, une **compréhension limitée des droits** – en particulier du périmètre du MAF, des suppléments et des montants à charge avant activation du plafonnement – restreint l'usage effectif des protections existantes. Dans ce contexte, **les mutualités**

jouent déjà un rôle central, et vu les inégalités structurelles persistantes, doivent encore renforcer leurs actions en matière d'information, d'accompagnement et de suivi, afin de garantir que les dispositifs existants se traduisent effectivement en accès aux soins pour les populations les plus vulnérables. Les services sociaux des mutualités jouent déjà un rôle central dans l'identification des situations de fragilité, l'explication des droits et l'accompagnement des assuré-es dans des démarches souvent complexes. En complément, des dispositifs de proximité visant à renforcer la littératie en santé et l'accès aux droits, tels que les initiatives de type *Community Health Workers*, constituent un outil pertinent pour atteindre des publics particulièrement éloignés des dispositifs institutionnels. La pérennisation de telles initiatives apparaît dès lors comme un enjeu important, afin qu'elles puissent renforcer durablement l'effectivité de l'accès aux soins dans les territoires les plus fragilisés.

Enfin, un **suivi régulier des signaux de possible renoncement** – tels que l'absence prolongée de contacts avec la première ligne malgré un profil à risque, l'apparition d'un recours tardif via les urgences ou l'interruption de traitements chroniques qui devraient être continus – permettrait de détecter plus tôt les ruptures de parcours dans les quartiers les plus fragiles et d'organiser, en amont, des actions d'accompagnement ou d'information ciblées. Il ne s'agit pas de surveiller individuellement les comportements, mais d'identifier des tendances populationnelles dans certains territoires, dans le but de mieux outiller l'action collective pour que les protections financières existantes se traduisent réellement, et durablement, en accès aux soins pour les populations les plus vulnérables.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent qu'en Belgique, les inégalités sociales de santé, de recours aux soins et de contributions personnelles pour les soins ne sont pas des réalités disjointes, mais **trois manifestations d'un même phénomène : un gradient socio-économique continu** et, pour plusieurs indicateurs, qui s'aggrave. À mesure que les ressources diminuent, la proportion de personnes en bonne santé diminue tandis que la charge financière des soins pèse de plus en plus lourdement sur le revenu disponible. Parallèlement, le recours aux soins ne suit pas l'évolution des besoins de santé : alors même que les besoins augmentent le long du gradient social, l'accès effectif aux soins devient de moins en moins proportionnel à ces besoins. Autrement dit, le gradient de santé s'accroît, tandis que le gradient de recours se renverse. Ce gradient social n'a rien d'accidentel ; il se construit dans l'interaction entre état de santé, capacité financière réelle et sources de financement de l'offre de soins.

En combinant le revenu des quartiers et les informations issues du MAF, cette étude permet de mieux comprendre comment ces inégalités se structurent et où se situent les principales failles du système de protection financière, en particulier pour les ménages aux revenus les plus faibles. Dans ces groupes, une faible consommation reflète fréquemment des situations de report ou de renoncement aux soins. L'analyse des contributions personnelles met en évidence le caractère souvent partiel des protections existantes : la combinaison des tickets modérateurs, des suppléments et d'un faible niveau de revenu conduit, pour une partie de la population, à une **charge financière disproportionnée, voire catastrophique**.

Ces résultats invitent à considérer les inégalités observées non comme des défaillances isolées, mais comme le produit d'un système où la protection financière arrive souvent trop tard et où les obstacles pratiques – avance de frais, complexité administrative, manque d'information – pèsent davantage sur celles et ceux qui disposent de la marge de manœuvre la plus limitée. Ces contraintes contribuent à entraver un recours aux soins adapté aux besoins et à aggraver, en retour, l'état de santé. L'étude met dès lors en évidence un enjeu central pour l'action publique : **une part importante de la morbidité et de la mortalité observées le long du gradient social est évitable**. Réduire les inégalités sociales de santé suppose d'agir simultanément sur l'état de santé, le recours aux soins et la protection financière, mais surtout de **protéger plus tôt et plus efficacement les personnes dont les besoins sont les plus importants**.

L'étude ouvre également des perspectives de suivi. Elle fournit une base pour monitorer l'évolution des suppléments – aujourd'hui un facteur majeur de régressivité – pour analyser l'impact des réformes récentes telles que l'interdiction des suppléments ambulatoires pour les bénéficiaires BIM, et pour mesurer dans quelle mesure d'éventuelles adaptations du MAF contribueraient à réduire la part du revenu consacrée aux soins. L'objectif d'un système de santé équitable n'est pas seulement d'offrir des soins accessibles à tous en théorie, mais de permettre à chacun-e d'y recourir en pratique, au moment où il-elle en a besoin, sans que cela compromette sa santé et sa sécurité économique. C'est dans ce passage d'une égalité formelle à une accessibilité réelle que réside la marge de progrès la plus significative pour les années à venir.

Bibliographie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé - Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. *Santé & Société*, 4, 6-31.
- 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.
- Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. (2026). *Maximum à facturer (MAF social, MAF revenus)*. Récupéré sur www.ksz-bcss.fgov.be/fr/project/maximum-a-facturer-maf-social-maf-revenus
- Baptista, I., Guio, A., Marlier, E., & Perista, P. (2023). *Access for children in need to the key services covered by the European Child Guarantee: An analysis of policies in the 27 EU Member States*. European Social Policy Analysis Network (ESPAN). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- 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.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Fixer des objectifs pour une meilleure couverture des besoins en soins de santé. *Santé & Société*, 14, 30-57.
- Cookson, R., Doran, T., Asaria, M., Gupta, I., & Mujica, F. (2021). The inverse care law re-examined: a global perspective. *The Lancet*, 397, 828-838.
- Decoster, A., Minten, T., & Spinnewijn, J. (2021). The Income Gradient in Mortality during the Covid-19 Crisis: Evidence from Belgium. *The Journal of Economic Inequality*, 19, 551-570.
- EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN). (2025). *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap?* Brussels.
- European Institute for Gender Equality (EIGE). (2021). *Gender Equality Index 2021 - Health*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- Eurostat. (2026, mars 27). *Health care expenditure by financing scheme*. Récupéré sur https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf_custom_20838663/
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., ... Meeus, P. (2024). *Performance du système de santé belge - Rapport 2024*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Goedemé, T., Janssens, J., Derboven, J., Van Gestel, R., Lefevère, E., & Verbist, G. (2022). *AKE: Reducing poverty through improving the take up of social policies. Final Report*. Brussels: Belgian Science Policy Office.
- Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PLoS One*, 17(2), 1-20.
- INAMI. (2024). *Médecins : Interdiction de facturer des suppléments en ambulatoire aux bénéficiaires de l'intervention majorée*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/exercice-du-metier/medecins-interdiction-de-facturer-des-supplements-en-ambulatoire-aux-beneficiaires-de-l-intervention-majoree>
- INAMI. (2026). *Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé*. Récupéré sur www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/maximum-a-facturer-maf
- Jacobs, I., Vanden Bossche, D., Willems, S., & Vanthomme, K. (2025). Understanding the profile of community health workers in breast cancer screening education: women's preferences and insights from a qualitative focus group study. *International Journal for Equity in Health*, 24(193), 1-25.
- Kröger, H., Pakpahan, E., & Hoffmann, R. (2016). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European journal of public health*, 28(2), 382.
- Lang, T., Kelly-Irving, M., Lamy, S., Lepage, B., & Delpierre, C. (2016). Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? *Philosophie de la santé*, 28(2), 169-179.
- Lefevère, E., Goedemé, T., De Wilde, M., & De Spiegeleer, T. (2019). Non-recours à l'intervention majorée et octroi automatique de droits. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 251-284.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.
- Marmot, M. (2003). Understanding Social Inequalities in Health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, 9-23.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. London: The Marmot Review.

- Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32, 537-546.
- Marmot, M., & Allen, J. (2014). Social determinants of health equity. *American journal of public health*, 104, 517-519.
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126, S4-S10.
- Marmot, M., Ryff, C., Bumpass, L., Shipley, M., & Marks, N. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social science & medicine*, 44(6), 901-910.
- OECD. (2011). *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. Paris: OECD Publishing.
- Op de Beeck, E., Ledegen, H., Slechten, G., Van Olmen, J., De Loof, H., Bastiaens, H., & Masquillier, C. (2025). Understanding challenges in healthcare access: qualitative insights from healthcare providers and people living in socio-economically vulnerable circumstances. *International Journal for Equity in Health*, 24(259), 1-20.
- Otavova, M., Masquelier, B., Faes, C., van den Borre, L., Vandeninden, B., de Clercq, E., & Devleesschauwer, B. (2024). Trends in socioeconomic inequalities in cause-specific premature mortality in Belgium, 1998-2019. *BMC Public Health*, 24(470), 1-16.
- Petrovic, D., De Mestral, C., Bochud, M., Bartley, M., Kivimäki, M., Vineis, P., . . . Stringhini, S. (2018). The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. *Preventive medicine*, 113, 15-31.
- REMI - REDI. (2026). Récupéré sur Centre d'expertise sur <https://remiredi.be/gezondheid>
- Renard, F., Devleesschauwer, B., Van Oyen, H., Gadeyne, S., & Deboosere, P. (2019). Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011: a census-based study. *Archives of Public Health*, 77(6), 1-10.
- Schokkaert, E., Van Ourti, T., De Graeve, D., Lecluyse, A., & Van de Voorde, C. (2010). Supplemental health insurance and equality of access in Belgium. *Health Economics*, 19(4), 377-395.
- Sciensano (2025). *Maladies Non Transmissibles: Diabète, Health Status Report*, 30 septembre 2025, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/diabete>
- Sholokhova, S. (2023). Femmes et soins de santé. Quels sont les biais de genre dans les soins de santé et comment y remédier ? *Santé & Société*, 7, 40-63.
- Social Health Protection Network (2025, Mai 15). *Révision de l'indicateur 3.8.2 des objectifs du Millénaire pour le développement : Une nouvelle approche pour mesurer la protection financière en matière de santé*. Récupéré sur <https://p4h.world/fr/news/revision-de-l-indicateur-3-8-2-des-objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement-une-nouvelle-approche-pour-mesurer-la-protection-financiere-en-matiere-de-sante/>
- Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.
- Vincens, N., Emmelin, M., & Stafström, M. (2017). (2017). Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis. *Social science & medicine*, 196, 115-122.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., Calonge, S., Christiansen, T., Gerfin, M., Gottschalk, P., . . . Nolan, B. (1992). Equity in the finance of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11(4), 361-387.
- WHO. (2019). *World Health Organization. Regional Office for Europe (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe: summary*. Barcelona: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Barcelona: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2023). *Working together for equity and healthier populations: sustainable multisectoral collaboration based on health in all policies approaches*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2026). *The Global Health Observatory*. Récupéré sur <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4989>
- WHO, Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO.

Annexes

Annexe I : Répartition de la population et des membres MC par percentile de revenu des quartiers de résidence, et évolution des seuils de revenu (2011 et 2023)

2011						
Catégorie de revenu	Nombre de déclarations fiscales	Nombre de personnes qui résident dans ces secteurs	% population	Nombre de membres MC	% population MC	Seuil de revenu (moyenne / habitant)
<=P10	549.902	1.075.406	9,8%	199.786	4,4%	<= € 11.757
[P10 tot P20]	608.208	1.076.523	9,8%	276.005	6,1%	] 11.757 € à 13.601 €]
[P20 tot P30]	617.913	1.075.919	9,8%	374.198	8,2%	] 13.601 € à 14.773 €]
[P30 tot P40]	618.991	1.075.393	9,8%	445.535	9,8%	] 14.773 € à 15.646 €]
[P40 tot P50]	623.171	1.077.346	9,8%	484.059	10,7%	] 15.646 € à 16.400 €]
[P50 tot P60]	623.884	1.076.184	9,8%	484.352	10,7%	] 16.400 € à 17.040 €]
[P60 tot P70]	621.740	1.075.199	9,8%	492.299	10,8%	] 17.040 € à 17.758 €]
[P70 tot P80]	622.199	1.076.833	9,8%	496.226	10,9%	] 17.758 € à 18.666 €]
[P80 tot P90]	616.003	1.076.503	9,8%	480.480	10,6%	] 18.666 € à 20.003 €]
>P90	611.997	1.076.445	9,8%	467.189	10,3%	> 20.003 €
Inconnu	107.976	189.456	1,7%	342.473	7,5%	
TOTAL	6.221.984	10.951.207	100,0%	4.542.602	100,0%	

<=P5	256.522	537.765	4,9%	87.570	1,9%	<= 10,064 €
>P95	308.795	538.375	4,9%	232.523	5,1%	> 21.538 €

2023						
Catégorie de revenu	Nombre de déclarations fiscales	Nombre de personnes qui résident dans ces secteurs	% population	Nombre de membres MC	% population MC	Seuil de revenu (moyenne / habitant)
<=P10	602.162	1.149.760	9,8%	215.679	4,7%	<= 16.470 €
[P10 tot P20]	661.028	1.149.994	9,8%	283.527	6,2%	] 16.470 € à 19.248 €]
[P20 tot P30]	679.843	1.151.089	9,8%	373.713	8,1%	] 19.248 € à 21.184 €]
[P30 tot P40]	686.183	1.151.060	9,8%	447.690	9,7%	] 21.184 € à 22.636 €]
[P40 tot P50]	689.398	1.150.829	9,8%	509.748	11,1%	] 22.636 € à 23.798 €]
[P50 tot P60]	689.120	1.150.531	9,8%	534.474	11,6%	] 23.798 € à 24.849 €]
[P60 tot P70]	686.347	1.148.836	9,8%	539.881	11,7%	] 24.849 € à 26.021 €]
[P70 tot P80]	688.896	1.152.294	9,9%	547.874	11,9%	] 26.021 € à 27.265 €]
[P80 tot P90]	680.184	1.150.490	9,8%	548.932	11,9%	] 27.265 € à 29.329 €]
>P90	670.665	1.150.708	9,8%	517.128	11,2%	> 29.329 €
Inconnu	112.360	191.877	1,6%	81.692	1,8%	
TOTAL	6.846.186	11.697.468	100,0%	4.600.338	100,0%	

<=P5	284.676	574.776	4,9%	94.888	2,1%	<= 14.165 €
>P95	336.137	575.285	4,9%	252.380	5,5%	> 31.459 €

Percentiles construits sur la base du revenu fiscal moyen par résident des secteurs statistiques (données Statbel)

Entre 2011 et 2023, le P10 est passé de 11.757 euros à 16.470 euros (+40%) et le P90 de 20.003 euros à 29.329 euros (+47%). Autrement dit, les 10% de la population qui résident dans les quartiers les plus riches ont vu leurs revenus fiscaux augmenter davantage que ceux des quartiers les plus pauvres, ce qui traduit un **élargissement des écarts de revenus entre quartiers**.

Annexe 2 : Définitions opérationnelles des indicateurs de santé et de recours aux soins analysés dans le cadre de l'étude

Catégorie	Événement analysé	Dénominateur	Codes utilisés (ATC / prestations)
État de santé	Mortalité dans l'année	Ensemble de la population (population MC pondérée pour représenter la population belge)	Décès au cours de l'année observé dans les données administratives
	Diabète		- Code ATC A10 - Convention diabète : 770033, 770055, 770070, 771573, 771595, 772450, 772461, 773113, 773231, 773253, 773275, 773393, 773496, 773592, 774115, 774130, 774152, 775456, 775471, 789751, 789773, 789795, 789810, 789832, 789854, 789876, 789891, 789913, 789935 - Nomenclature du suivi diabète (auparavant passeport diabète) : 102852, 109594 - Trajet de soins diabète : 107015, 107030, 107052, 107074 - Trajet de soins multidisciplinaire : 785573, 785595, 785610, 785632, 785654, 785676, 785691, 785713, 785735, 785750, 785772, 785794, 785816, 785831, 785853, 785875, 785890, 785912, 785934, 785956, 788756, 788771, 788793, 788815, 788830, 788852, 788874, 788896, 788911, 788933, 788955 Exclusion des femmes ayant accouché durant l'année (pour éviter le diabète gestationnel)
	Maladies obstructives des voies respiratoires		Code ATC : R03, 90 DDD et plus
Soins curatifs	Bénéficiaire du statut affection chronique		Évènement observé dans les données administratives
	Être admis en hôpital général		Admissions dans les hôpitaux généraux, observées dans les données administratives, à l'exclusion des services G, A, K, T et S
	Se présenter aux urgences hospitalières		Honoraires pour l'examen/la prise en charge dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés : 590391, 590450, 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796, 590811, 590833, 590855, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995
Dispositifs préventifs	Dépistage du cancer du sein	Femmes entre 50 et 69 ans	Mammothest ou mammographie diagnostique, l'année concernée + l'année suivante - Dépistages organisés par les communautés: 450192, 450203, 450214, 450225 - Mammographies: 450354, 450365, 450096, 461090
Soins de première ligne	Au moins un contact avec un médecin généraliste	Ensemble de la population	- Consultations : 101010, 101032, 101076 - Visites : 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252, 104355, 104510, 104532, 104554, 104650, 104753, 106610, 106691, 109045, 109060, 109082, 109701, 109723 - Télé/vidéos-consultations : 101673, 101710, 101732 Exclusion des patient-es inscrit-es en maison médicale
	Être inscrit en maison médicale		Forfait soins médicaux: 109616

Annexe 3 : Méthodologie de la simulation d'adaptation des plafonds MAF

Nous simulons une adaptation des plafonds MAF en deux étapes :

1. **Abaissement les plafonds de base pour les revenus les plus faibles et relèvement pour les plus élevés** ;
2. Adaptation des plafonds en fonction de la **taille du ménage** afin de tenir compte de la capacité financière effective du ménage, qui diminue à mesure que le nombre de personnes dépendant d'un même revenu augmente. Pour chaque personne supplémentaire au sein du ménage, le plafond est réduit de 10 %²¹, selon la formule suivante :

$$\text{plafond final} = \text{plafond corrigé} \times \frac{1}{1+0,10 \times (n-1)}$$

où *n* correspond au nombre de personnes dans le ménage. Un plafonnement à cinq personnes est appliqué afin d'éviter des corrections excessives, les ménages de plus de cinq personnes ne représentant que 1,5% de la population étudiée.

À partir du TM réellement payé par le ménage et du plafond actuel (atteint ou non), un nouveau TM de ménage conforme au nouveau plafond simulé est recalculé. Ce montant est ensuite réparti entre les membres du ménage au prorata de la répartition initiale des TM, afin de préserver une distribution cohérente au sein du ménage. Les suppléments restent inchangés.

Pour chaque personne, nous obtenons ainsi une contribution personnelle simulée (TM simulé + suppléments), un coût/gain supplémentaire pour l'AO et la part simulée de revenu consacrée aux soins, en rapportant ce reste à charge au revenu individualisé. Les résultats sont présentés sous forme de moyennes pondérées et standardisées (âge et sexe), afin d'évaluer l'effet de ces modifications sur l'ensemble de la population et de comparer les catégories de revenus à structure égale. Cette simulation illustre ainsi dans quelle mesure un ajustement des plafonds tenant compte de la taille des ménage pourrait alléger la charge financière des ménages à faibles revenus, tout en rendant visible l'effort budgétaire associé pour l'AO. L'impact budgétaire d'une telle adaptation est estimé à 108,6 millions d'euros, soit environ 0,25% du budget INAMI 2024. Ce montant demeure modéré au regard de l'allègement substantiel du fardeau financier pour les ménages à faibles revenus.

Tableau 5 : Proposition de plafonds MAF alternatifs

Catégorie de revenus MAF	Anciens plafonds	Plafonds alternatifs (et répartition des ménages MC concernés par cette situation dans la tranche)					Coût de l'adaptation pour l'AO au niveau belge (estimation à partir des données MC pondérées)
		Ménage 1 personne	Ménage 2 personnes	Ménage 3 personnes	Ménage 4 personnes	Ménage 5 personnes et plus	
Revenus extr. faibles (G)	255 €	105 € (72%)	95 € (12%)	87 € (6%)	81 € (5%)	75 € (5%)	12.749.437 €
Revenus très faibles (B)	517 €	317 € (82%)	288 € (11%)	264 € (3%)	244 € (2%)	226 € (2%)	51.421.628 €
Revenus faibles (C)	747 €	647 € (48%)	588 € (42%)	539 € (5%)	497 € (3%)	462 € (2%)	41.695.772 €
Revenus modestes (D)	1.149 €	1.199 € (21%)	1.090 € (60%)	999 € (9%)	922 € (7%)	856 € (4%)	9.211.259 €
Revenus moyens (E)	1.608 €	1.958 € (12%)	1.780 € (52%)	1.632 € (16%)	1.506 € (14%)	1.399 € (6%)	-2.593.788 €
Revenus aisés à élevés (F)	2.068 €	2.668 € (4%)	2.425 € (33%)	2.223 € (22%)	2.052 € (29%)	1.905 € (11%)	-3.872.656 €
Coût total							108.611.652 €

21 Le coefficient retenu (-10% par personne supplémentaire) s'inspire d'échelles telles que l'« OCDE modifiée », qui ajoute +0,5 unité de consommation pour un adulte supplémentaire et +0,3 par enfant. Cela revient approximativement à une baisse de 23% de capacité financière pour un ménage adulte + enfant (1 - 1/1,3 ≈ 0,23). Notre choix représente une version prudente de cet ordre de grandeur, adaptée au mécanisme du MAF et cohérente avec l'existence d'un plafond spécifique pour les < 19 ans.

Plafonds ajustés selon le revenu et la taille du ménage

Le tableau 5 présente les plafonds simulés. Ceux-ci diminuent dans toutes les tranches de revenu, à l'exception de certaines situations en haut de la distribution, où ils augmentent légèrement afin de refléter la capacité contributive plus élevée de ménages de petite taille disposant de revenus élevés (présentés en italique dans le tableau).

Cas particuliers

- **Patient-es chroniques** : la réduction de plafond est appliquée comme dans le mécanisme réel (plafond = 0 euro dans la première tranche), puis adaptée en fonction de la taille du ménage.
- **Familles bénéficiant du MAF social** : le plafond utilisé correspond à celui de la catégorie B (plafond de base : 317 euros), ajusté selon la taille du ménage.

Progressivité théorique des tickets modérateurs

La réforme restituerait une structure beaucoup plus régulière et progressive du pourcentage théorique de revenu pouvant être consacré aux tickets modérateurs. L'effort maximal diminuerait avec la taille du ménage et augmenterait de manière cohérente avec le revenu (voir Tableau 6).

Points d'attention

Il convient de rappeler que les ménages en situation de pauvreté n'atteignant pas le premier plafond de tickets modérateurs ne sont pas repris dans la catégorie « revenus extrêmement faibles ». Une réforme des plafonds bénéficierait donc aussi aux ménages invisibilisés par le mécanisme actuel.

Tableau 6 : Pourcentage théorique du revenu alloué aux tickets modérateurs avec l'instauration de plafonds alternatifs selon la catégorie de revenu MAF et la taille du ménage

Catégorie de revenu MAF	Ménage 1 personne	Ménage 2 personnes	Ménage 3 personnes	Ménage 4 personnes	Ménage 5 personnes et plus
Revenus extr. faibles (G)	min 0,8%	min 0,8%	min 0,7%	min 0,6%	min 0,6%
Revenus très faibles (B)	1,4% - 2,5%	1,3% - 2,3%	1,2% - 2,1%	1,1% - 1,9%	1,0% - 1,8%
Revenus faibles (C)	1,9% - 2,9%	1,7% - 2,6%	1,5% - 2,4%	1,4% - 2,2%	1,3% - 2,0%
Revenus modestes (D)	2,5% - 3,4%	2,3% - 3,1%	2,1% - 2,9%	2,0% - 2,6%	1,8% - 2,5%
Revenus moyens (E)	3,3% - 4,2%	3,0% - 3,8%	2,8% - 3,5%	2,6% - 3,2%	2,4% - 3,0%
Revenus aisés à élevés (F)	max 4,5%	max 4,1%	max 3,8%	max 3,5%	max 3,2%

Espaces verts et recours aux soins de santé mentale en Belgique

Une étude exploratoire des risques relatifs à l'échelle populationnelle, tenant compte des différences socio-économiques

Stijn Vos — Service d'études MC

Jordi Kipping, Esmée Bijmens — Open Universiteit Heerlen

Résumé

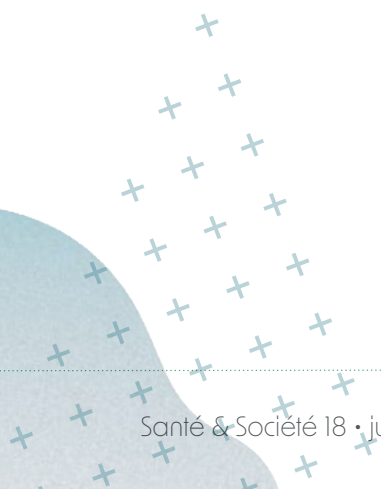
Pour améliorer la santé mentale à l'échelle de la population, il est nécessaire de bien comprendre les facteurs environnementaux et sociaux pouvant être mis à profit à des fins préventives. Les environnements de vie verts sont associés à un meilleur bien-être mental, mais les liens avec le recours aux soins de santé mentale, les dépenses associées et les disparités socio-économiques ont été moins étudiés. Dans cette étude, les données de plus de quatre millions de membres de la Mutualité chrétienne ont été croisées avec la couverture végétale par secteur statistique. Des modèles de régression ont été utilisés pour examiner comment une augmentation de 20 points de pourcentage de la couverture végétale est liée au recours aux soins. Une plus grande présence de verdure dans l'environnement résidentiel s'est avérée associée à une diminution constante du recours aux soins de santé mentale, indépendamment des indicateurs socio-économiques au niveau du quartier et au niveau individuel. Pour les consultations chez les médecins généralistes, cela correspondait à une baisse du risque de 1,19 %, et de 3,73 % pour les soins psychologiques de première ligne. Nous avons également observé des baisses de risque pour les soins psychiatriques et les soins psychiatriques d'urgence (respectivement -3,34 % et -2,57 %). Ce lien n'était pas uniforme : chez les personnes ayant droit à une intervention majorée, des associations inverses ont été observées (consommation de soins plus élevée). Ces résultats suggèrent que les espaces verts peuvent contribuer à une baisse de la demande proportionnelle de soins de santé mentale, mais que des gains de santé équitables nécessitent une approche holistique tenant également compte de la vulnérabilité socio-économique.

Mots-clés : Espace vert, environnement et santé, soins de santé mentale, santé mentale, inégalités en santé, recherche quantitative



Table des matières

Introduction	50
1. Revue de la littérature	51
2. Méthode	53
3. Résultats	54
3.1. Population d'étude et caractéristiques	54
3.2. Association avec le recours aux soins	55
3.3. Association avec les dépenses de soins associées	56
3.4. Modification d'effet par le statut BIM	56
4. Discussion	57
5. Recommandations	59
5.1. Investir structurellement dans des environnements résidentiels verts de qualité	59
5.2. Lutter contre les inégalités sociales dans l'usage et les effets de l'espace vert	60
5.3. Poursuivre la recherche en appui à des politiques fondées sur les preuves	60
Conclusion	60
Bibliographie	61



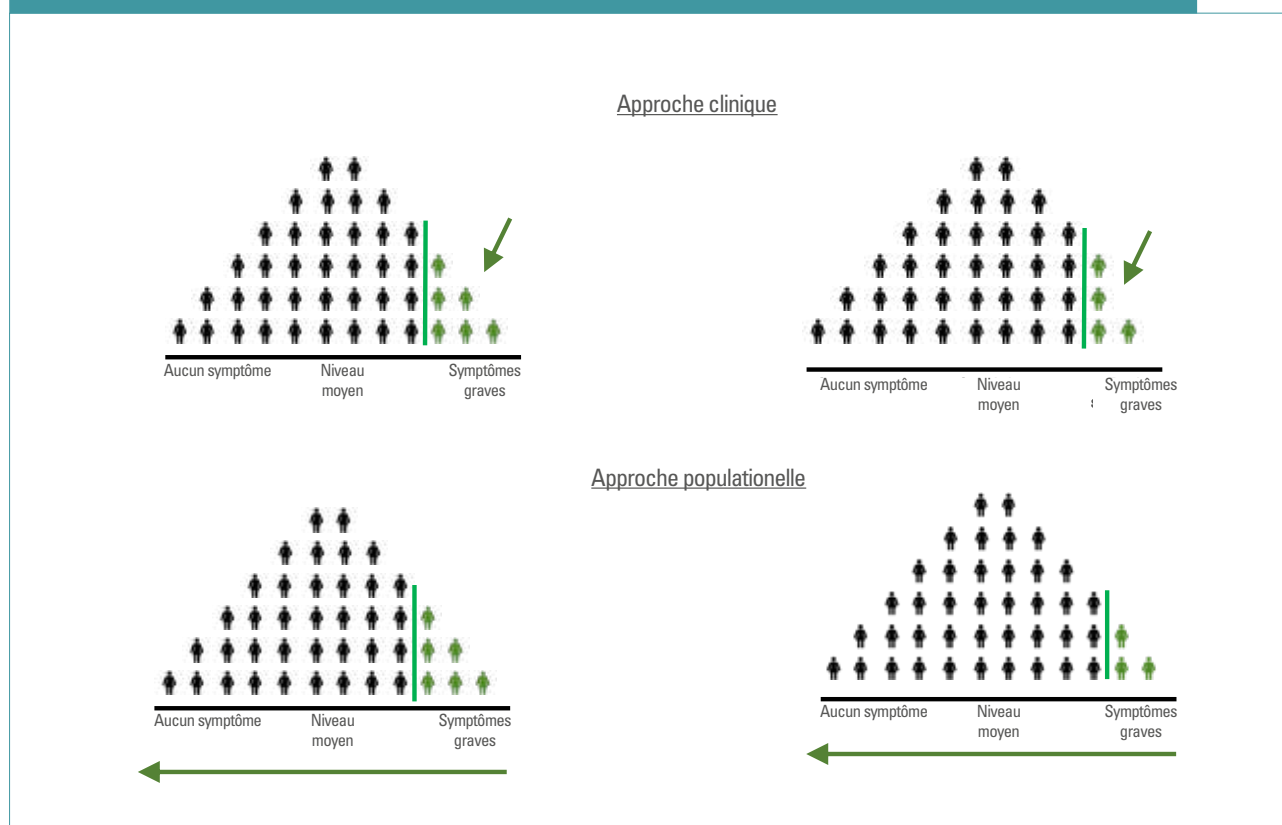
Introduction

Les troubles de santé mentale, et en particulier les troubles anxieux et dépressifs, comptent parmi les affections les plus fréquentes en Belgique. Il ressort du *Baromètre de prévention : santé mentale* (2023) de Sciensano que 22% des répondant-es déclarent ressentir un besoin de soutien psychologique. En outre, ces chiffres constituent probablement une sous-estimation, dans la mesure où le besoin ressenti d'aide psychologique est souvent sous-rapporté dans les enquêtes de santé. Les besoins de soins de santé mentale sont inégalement répartis au sein de la population : les jeunes de 18 à 29 ans (42%), les femmes (27% contre 17% chez les hommes) et les personnes en difficulté financière (35%) déclarent des besoins de soins nettement plus élevés. Malgré ces besoins élevés, une grande partie de la demande reste non satisfaite : 41% des personnes ayant des besoins de soins ne reçoivent aucun soin, ce qui signifie que près de 10% de l'ensemble des participant-es à l'enquête BELHEALTH sont confronté-es à des problèmes de santé mentale non couverts (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023).

Bien que l'accès aux soins de santé mentale remboursés se soit amélioré ces dernières années (la proportion de membres de la MC y ayant recours est passée de 12% en 2010 à plus de 15% en 2022), la demande demeure supérieure à l'offre disponible. Cela souligne que, outre la nécessité de continuer à investir dans l'amélioration de l'accessibilité des traitements individuels, une attention accrue doit également être portée aux mesures préventives à l'échelle de la population (voir Figure 1). Une telle prévention populationnelle peut déplacer la distribution globale des troubles mentaux vers un niveau inférieur, ce qui se traduirait par un gain de santé plus large (*"shifting the curve"*).

Outre les facteurs de risque connus tels que la prédisposition génétique et les comportements individuels, le cadre de vie suscite une attention croissante en tant que déterminant de la santé mentale. Un nombre croissant d'études montre que vivre dans un environnement vert est associé à une meilleure santé physique et mentale (Yang, et al., 2021 ; Wang, Feng, & Wang, 2025). Une exposition plus élevée à la verdure est notamment associée à un risque de mortalité généralement plus faible, à une réduction des maladies cardiovasculaires, à un risque moindre de dia-

Figure 1 : Approche clinique versus approche populationnelle de la santé mentale
(Source : Derroitte, Janssens, Morissens, Noirhomme, & Verniest, 2024, p. 58)



bète et de syndrome métabolique, ainsi qu'à des issues plus favorables en matière de santé mentale (Wang, Feng, & Wang, 2025 ; Yang, et al., 2021).

L'impact des espaces verts dans ce contexte dépasse le simple rôle de facteur de protection additionnel pour la santé mentale. Les environnements verts font partie intégrante du cadre de vie quotidienne des personnes et influencent le niveau de stress, le rétablissement, les interactions sociales ainsi que les possibilités de détente et d'activité physique. Les espaces verts constituent un facteur structurel et collectif : ils affectent simultanément de larges groupes de population et sur une période prolongée. Dans un contexte où les troubles mentaux sont largement répandus et où l'accès aux soins de santé mentale est sous pression, il est dès lors fondamental de comprendre si de telles caractéristiques environnementales sont liées à la demande de soins et comment elles le sont. Si les environnements de vie verts contribuent à une diminution de besoins en soins de santé mentale, cela touche à des questions centrales de prévention, d'inégalités en santé et au rôle des politiques d'aménagement du territoire et de l'environnement dans la promotion du bien-être mental. Les espaces verts ne sont pas seulement une question de qualité de vie, mais aussi de santé publique.

La verdurisation peut donc contribuer à une meilleure santé mentale et éventuellement prévenir l'aggravation des troubles. Cela ne signifie toutefois pas qu'une réduction des soins soit souhaitable pour tout le monde. Pour certains groupes de population, l'accès aux soins de santé mentale reste aujourd'hui insuffisant, et pour eux une amélioration de l'accès aux soins demeure nécessaire.

Le gain sociétal potentiel va cependant au-delà du renforcement de la santé mentale d'une population et de la réduction des dépenses de soins. L'OCDE a estimé pour la Belgique que les troubles de santé mentale représentaient, en 2018, 5,1% du produit intérieur brut, soit plus de vingt-huit milliards d'euros (Willems, et al., 2024) (OCDE/UE 2018). Seul un quart de ces coûts concerne des dépenses de soins ; une grande partie est liée à une moindre participation au marché du travail, souvent due à un fonctionnement quotidien et un bien-être limités. Cela souligne que les bénéfices potentiels d'un cadre de vie plus sain ne sont pas uniquement d'ordre économique, mais peuvent également contribuer à une meilleure qualité de vie, à une plus grande participation à la vie sociale et à un bien-être général accru.

Les espaces verts pourraient donc constituer un levier pertinent pour un avenir davantage axé sur la prévention et une approche plus populationnelle des soins de santé. Malgré les preuves croissantes des effets positifs des environnements de vie verts sur le bien-être mental, des incertitudes restent quant à ces associations : dans quelles mesures se traduisent-elles par des différences de recours aux soins et de dépenses de soins liés aux problèmes de santé mentale à l'échelle populationnelle ? La relation entre espaces verts et recours aux soins a été très peu étudiée dans le contexte belge. En outre, on dispose de peu d'informations sur le rôle des facteurs socio-économiques en tant que modificateurs potentiels d'effet dans cette relation. Cette étude examine donc si les espaces verts sont associés au recours aux soins de santé mentale à l'échelle populationnelle, en utilisant des données de facturation des soins de plus de quatre millions de membres de la MC. En outre, nous analysons si cette association diffère selon le statut socio-économique. Enfin, nous estimons le potentiel d'économies des coûts de soins dans les zones plus verdoyantes, tant pour l'assurance obligatoire soins de santé que pour les patient-es. Cette étude comble des lacunes de connaissances existantes en se concentrant sur (1) des données de soins à l'échelle populationnelle, (2) plusieurs indicateurs de recours aux soins, (3) le rôle des caractéristiques socio-économiques en tant que modérateur potentiel de l'effet, et (4) les implications économiques possibles d'un environnement de vie plus vert.

1. Revue de la littérature

La recherche scientifique montre de manière convaincante que l'exposition à des espaces verts est associée à des issues de santé favorables, notamment en matière de santé mentale. Des revues systématiques de la littérature et des études empiriques confirment que les personnes vivant dans des environnements de vie plus verts rapportent en moyenne des niveaux plus faibles de dépression, d'anxiété et de stress (Houlden, Weich, de Albuquerque, Jarvis, & Rees, 2018 ; Zhang, Mavoa, Zhao, Raphael, & Smith, 2020). Le caractère potentiellement protecteur des espaces verts a également été mis en évidence pendant la pandémie de COVID-19. Une étude menée en Belgique a montré qu'une plus grande présence de verdure autour du domicile était positivement associée à une meilleure capacité à faire face au stress durant la pandémie (Vos, et al., 2022). Ces relations sont expliquées par différents

mécanismes, parmi lesquels l'influence sur le cortisol, la récupération après un effort mental, la stimulation de l'activité physique, la promotion de la cohésion sociale et la réduction des stress environnementaux tels que le stress thermique (Roe, et al., 2013 ; Jennings & Bamkole, 2019 ; Soltanifard & Amani-Beni, 2025 ; Kreisler, Kambach, Becker, & Bruelheide, 2025 ; Song, et al., 2022 ; Huang, Qi, Li, Dong, & van den Bosch, 2021).

Bien que les bénéfices pour la santé des espaces verts soient bien documentés, la recherche internationale sur la relation entre espaces verts et recours aux soins ou dépenses de soins est relativement récente. Plusieurs études en dehors de l'Europe suggèrent que les espaces verts peuvent contribuer à une réduction de la demande de soins de santé. Au Japon, il a par exemple été établi que la proximité de forêts urbaines est associée à des dépenses de santé à long terme plus faibles par habitant-e (Kabaya, 2021). Aux États-Unis, une étude écologique a rapporté qu'un accès accru aux parcs et aux infrastructures récréatives est associé à une diminution respective de 0,18 dollar US (2013) et de 0,16 dollar US (2014) des coûts de soins de santé par personne chez les adultes âgés (Sato, Inoue, Du, & Funk, 2019). Une étude australienne récente menée auprès de 19 764 personnes a montré qu'une utilisation plus importante des espaces verts est associée à des dépenses de soins de santé mentale inférieures de 0,6% (Buckley & Chauvenet, 2022). Malgré des différences de méthodes et de contextes, ces résultats suggèrent qu'investir dans les espaces verts peut potentiellement générer des économies pour les systèmes de santé.

En Belgique, la recherche sur les liens entre espaces verts et recours aux soins reste limitée et aucune analyse existante ne se concentre spécifiquement sur les soins de santé mentale. Une étude belge antérieure a examiné la relation entre la quantité d'espace vert par secteur statistique (surface moyenne de 1,54 km²) et le nombre de consultations en médecine générale des membres des Mutualités libres (Vranken, et al., 2023). Dans les secteurs statistiques présentant une proportion plus élevée d'arbres (> 30%), un nombre significativement plus faible de consultations chez le-la médecin généraliste a été observé, tant pendant la journée de travail qu'en dehors des heures de bureau. Bien que les effets individuels aient été modestes, les auteurs suggèrent que l'impact à l'échelle de la population peut être substantiel. L'étude ne faisait toutefois pas de distinction entre les consultations pour des plaintes physiques et celles pour des plaintes mentales, ce qui ne permettait pas d'identifier des effets spécifiques sur les soins de santé mentale.

Par ailleurs, deux études écologiques ont été menées en Belgique en utilisant la vente de médicaments comme indicateur indirect du recours aux soins. La première étude a montré que les secteurs présentant davantage d'espaces verts affichent des chiffres de vente plus faibles pour les médicaments cardiovasculaires (-0,71 ; IC 95% : -0,80 à -0,61), indépendamment de la qualité de l'air et du statut socio-économique (Aerts, et al., 2020). Des différences régionales ont mis en évidence que l'association était plus marquée dans la Région flamande relativement pauvre en verdure, tandis qu'elle tend vers zéro dans la Région de Bruxelles-Capitale fortement urbanisée. Une seconde étude a examiné la vente de médicaments pour les troubles de l'humeur par rapport aux types et aux quantités d'espaces verts (Aerts, et al., 2022). Une augmentation de 10% de la couverture forestière, des jardins ou des prairies est associée à une diminution de 1-2% des ventes de médicaments, avec des associations plus fortes (1-3%) dans les zones urbaines. En revanche, aucun effet protecteur n'a été observé dans les zones rurales. Ces études suggèrent que les espaces verts peuvent contribuer à une réduction du recours aux soins et à des ventes de médicaments plus faibles, mais elles n'apportent pas de preuve directe concernant le recours aux soins de santé mentale.

Outre les effets principaux, l'influence potentielle du statut socio-économique (SSE) sur la relation entre espaces verts et santé suscite une attention croissante. Les liens entre verdure et santé peuvent éventuellement être modifiés par des facteurs environnementaux (tels que la distance jusqu'aux espaces verts, des facteurs d'accessibilité, le sentiment de sécurité perçu dans l'espace vert), des facteurs sociaux (le contexte sociétal), mais aussi des facteurs individuels (tels que le sexe, l'âge et le statut socio-économique) (Nieuwenhuijsen, Khreis, Triguero-Mas, Gascon, & Dadvand, 2017). Les personnes ayant un SSE plus faible présentent en moyenne une moins bonne santé, des dépenses de soins plus élevées et vivent plus souvent dans des quartiers avec moins d'espace vert ou un espace vert de moindre qualité (Belcher, Murray, Reeves, & Fecht, 2024). Les études internationales portant sur la modification d'effet par le SSE produisent toutefois des résultats hétérogènes. Gidlow et al. (2016) ont montré que l'effet protecteur des espaces verts sur le coût des médicaments cardiovasculaires est surtout visible dans les quartiers plus favorisés, tandis qu'aucune association significative n'est observée dans les quartiers plus défavorisés. Becker et collègues (2019) ont au contraire constaté que les effets protecteurs de la couverture forestière et arbustive sur les dépenses de soins sont plus prononcés dans les

*counties*¹ américains présentant des revenus plus faibles et des niveaux de scolarité plus bas (Becker, Browning, Kuo, & Van Den Eeden, 2019). Une étude ultérieure de Becker et Browning (2021) a mis en évidence des associations comparables entre verdure et dépenses de soins dans la plupart des degrés d'urbanisation. Ces incohérences dans les recherches antérieures soulignent le rôle de facteurs contextuels tels que l'accessibilité à la verdure, la sécurité perçue, le comportement de recherche de soins et les différences d'utilisation des espaces verts. Ces résultats s'inscrivent dans une littérature suggérant que les espaces verts peuvent avoir un effet tampon face aux conséquences négatives de la vulnérabilité socio-économique, notamment en matière de santé mentale (Geary, et al., 2023).

Malgré l'attention internationale croissante, plusieurs lacunes importantes subsistent. Premièrement, il manque en Belgique des études analysant explicitement la relation entre espace vert et recours aux soins ou dépenses de soins pour des troubles de santé mentale au niveau individuel. Deuxièmement, les dépenses de soins sont rarement ventilées de manière détaillée selon les composantes de coûts dans les études existantes, ce qui limite les connaissances sur d'éventuelles économies tant pour les patient-es que pour l'assurance obligatoire soins de santé. Troisièmement, l'impact modificatif du SSE reste insuffisamment documenté, alors que la littérature suggère que les différences socio-économiques dans l'accès et l'usage des espaces verts pourraient jouer un rôle important. Quatrièmement, une grande partie de la littérature internationale n'est peut-être pas directement transférable au contexte belge, compte tenu des caractéristiques spécifiques du système belge de soins de santé et des réformes récentes des soins psychologiques de première ligne (PPL).

En résumé, la littérature existante montre que les espaces verts peuvent jouer un rôle important dans la prévention des problèmes de santé et potentiellement aussi dans la réduction du recours aux soins et des dépenses de soins. Néanmoins, aucun travail n'a encore été mené dans le contexte belge sur la relation entre espaces verts et recours aux soins spécifiquement pour les soins de santé mentale. La présente étude répond à cette lacune en examinant, à l'échelle populationnelle, dans quelle mesure la quantité d'espace vert dans l'environnement de vie est associée au recours aux soins et aux dépenses de soins en santé mentale, et le cas échéant, dans quelle mesure ces associations diffèrent selon le statut socio-économique.

2. Méthode

Nous avons mené une étude observationnelle de la population à partir des données administratives de la Mutualité chrétienne (MC). La population d'étude comprend l'ensemble des personnes membres de la MC au 1er janvier 2024 et pour lesquelles toutes les données nécessaires sont disponibles ($n = 4.377.581$). Toutes les analyses ont été réalisées au niveau individuel, chaque personne étant reliée au secteur statistique dans lequel elle réside officiellement. Ces secteurs statistiques constituent la plus petite unité administrative territoriale en Belgique pour laquelle des caractéristiques sociodémographiques et environnementales sont systématiquement disponibles.

L'exposition dans cette étude concerne le pourcentage d'espace vert au sein du secteur statistique du lieu de résidence. Cet indicateur a été dérivé des *Copernicus High Resolution Layers* (HRL) 2021, un composant du *Copernicus Land Monitoring Service* européen. Les cartes HRL fournissent des données à haute résolution (10 mètres) sur les structures de végétation et l'occupation des sols au sein de l'Union européenne. Pour la construction de notre variable « espace vert », plusieurs couches ont été combinées, en particulier les couches « *Grassland* » (GRA) et « *Dominant Leaf Type* » (DLT), qui détectent respectivement les prairies et les arbres. Ces couches ont été agrégées afin de déterminer la quantité totale d'espace vert par secteur statistique, exprimée en pourcentage de la superficie. Pour chaque secteur statistique, la part de la superficie classée comme espace vert a été calculée puis associée à chaque membre de la MC.

Les *outcomes* d'intérêt comprennent des données relatives au recours aux soins et aux dépenses de soins, issues de la base de données de facturation de la MC pour l'année 2024. Pour le recours aux soins, le nombre de prestations enregistrées a été comptabilisé dans quatre domaines de soins : les prestations en médecine générale (en tant qu'indicateur général des soins de première ligne), les prestations relevant de la convention de soins psychologiques de première ligne (PPL), les prestations en psychiatrie (tant ambulatoires qu'hospitalières) et les prestations de soins psychiatriques urgents. En outre, nous avons analysé trois types de dépenses de soins pour ces mêmes domaines : le montant à charge de l'assurance obligatoire soins de santé, le ticket modérateur payé par

1 Un county est un niveau administratif et de gouvernance situé directement sous le niveau de l'État fédéré, comparable à une province ou à un groupe de communes.

les-patient-es, et les éventuels suppléments d'honoraires facturés aux patient-es.

Pour l'analyse du recours aux soins, des modèles de régression de Poisson ont été utilisés. Ces modèles estiment ici la relation entre le pourcentage d'espace vert et le nombre de prestations de soins, et fournissent des risques relatifs (RR) accompagnés d'intervalles de confiance à 95%. Sur la base de ces RR, la variation en pourcentage du risque relatif a également été calculée, afin de faciliter l'interprétation de l'ampleur de l'effet. Nous avons en outre examiné si la relation entre espace vert et issues de soins diffère entre les personnes avec et sans statut BIM, ce qui constitue un indicateur de vulnérabilité financière. À cet effet, un terme d'interaction entre l'espace vert et le statut BIM a été inclus dans les modèles de Poisson pour le recours aux soins. Pour les deux groupes, les résultats spécifiques par strate ont ensuite été rapportés, incluant à la fois les RR et la variation en pourcentage du RR qui en découle.

Pour l'analyse des dépenses de soins, une régression linéaire a été utilisée, les dépenses de soins sont modélisées comme variable dépendante continue et les mêmes covariables sont incluses. Ces modèles fournissent des coefficients de régression qui représentent la variation du coût moyen de soins par membre associée à l'exposition. Ces estimations indiquent donc de combien d'euros les dépenses par personne sont plus élevées ou plus faibles, après correction pour l'ensemble des covariables. Afin de déterminer l'impact sur le niveau total des dépenses dans la population étudiée, les différences estimées de coût par membre ont ensuite été multipliées par le nombre total de membres de la MC dans la population de recherche.

Il a été décidé *a priori* de corriger à la fois pour des caractéristiques individuelles et contextuelles. Au niveau individuel, nous disposons d'informations sur le statut BIM, le sexe, l'âge, la nature du revenu des personnes non actives et le statut social (ouvrier-ère, employé-e, pensionné-e, etc.), telles qu'enregistrées dans les bases de données de la MC. Au niveau du secteur statistique, nous avons utilisé les données les plus récentes disponibles de STATBEL, notamment le revenu médian (via les déclarations fiscales), l'écart interquartile de revenu (comme mesure des inégalités de revenu), la densité de population, le pourcentage d'habitant-es de nationalité belge, le pourcentage d'habitant-es avec une scolarité plus courte (ISCED 3 ou inférieur)² et le pourcentage d'habitant-es avec une scolarité plus longue

(ISCED 6 ou supérieur). La commune a été incluse afin de corriger un éventuel facteur de *confounding* spatiale (une association fallacieuse causée par des facteurs non mesurés ayant une distribution géographique commune).

Enfin, nous reconnaissons certaines limites de cette étude. L'exposition a été mesurée au niveau du secteur statistique, ce qui implique un risque de mauvaise classification écologique, étant donné que l'exposition individuelle ou l'usage réel des espaces verts restent inconnus. Bien qu'une large gamme de covariables ait été prise en compte, des facteurs de *confounding* résiduels dus, par exemple, au mode de vie, à l'état de santé ou aux préférences en matière de recours aux soins ne peuvent être totalement exclus. En outre, les données administratives ont été utilisées pour mesurer le recours aux soins et les dépenses de soins ; ces données peuvent ne pas être exhaustives. Enfin, il s'agit d'une étude observationnelle, ce qui implique que les résultats doivent être interprétés comme des associations et non comme des relations causales. Une autre limite réside dans le fait que la convention relative aux soins psychologiques a été introduite relativement récemment et que sa couverture reste encore limitée sur la période étudiée.

3. Résultats

3.1. Population d'étude et caractéristiques

La population d'étude se compose de 4.377.581 membres de la MC. Parmi cette population, 48,9% sont des hommes ($n = 2.139.992$) et 51,1% des femmes ($n = 2.237.589$). L'âge moyen est de 44,6 ans, avec un écart-type de 24 ans, ce qui indique une large distribution d'âge au sein du groupe étudié. En ce qui concerne le statut social, 16,2% de la population d'étude bénéficient du statut BIM ($n = 708.417$), tandis que 83,8% n'en bénéficient pas ($n = 3.669.164$). Au niveau des secteurs statistiques, le revenu médian est en moyenne de 32.396 euros (ET = 6.350 euros). L'écart interquartile du revenu (IQR) s'élève en moyenne à 32.661 euros (ET = 10.317 euros). Les secteurs se caractérisent en outre par un pourcentage moyen de résident-es de nationalité belge de 84,5% (ET = 15,7%). En ce qui concerne la structure de formation des secteurs statistiques, la proportion moyenne d'habitant-es dont le niveau ISCED est égal ou in-

2 L'ISCED (*International Standard Classification of Education* ; UNESCO) est une norme internationale de classification des niveaux de formation. L'ISCED 3 ou inférieur comprend au maximum l'enseignement secondaire, tandis que l'ISCED 6 ou supérieur correspond à un diplôme de master ou de niveau supérieur.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude
(n = 4.377.581) (Source : Données MC)

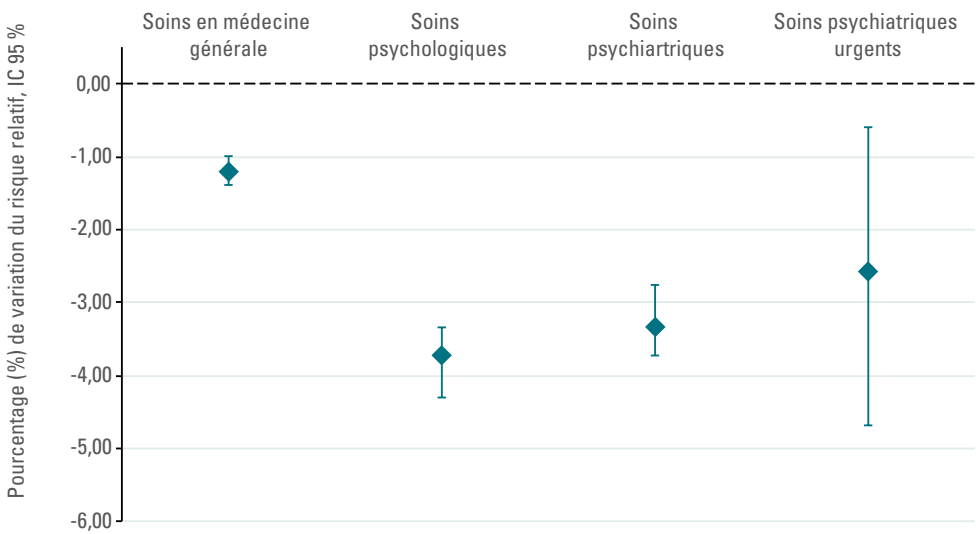
		Nombre (%)	Moyenne (+-ET)
Membres			
Sexe	Homme	2.139.992 (48,9%)	
	Femme	2.237.589 (51,1%)	
Statut BIM	BIM	708.417 (16,2%)	
	Non BIM	3.669.164 (83,8%)	
Âge			44,6 (+- 24,0)
Secteurs statistiques			
Revenu	Revenu médian		€ 32.396 (+- € 6.350)
	Écart interquartile du revenu		€ 32.661 (+-€ 10.317)
Personnes de nationalité belge			84,5% (+- 15,7%)
Niveau de formation	ISCED 3 ou inférieur		51,2% (+- 10,1%)
	ISCED 6 ou supérieur		22,1% (+- 8,9%)

férier à 3 s'élève à 51,2% (ET = 10,1%). La proportion d'habitant·es ayant un niveau de formation plus élevé (ISCED 6 ou supérieur) s'élève en moyenne à 22,1% (ET = 8,9%). La proportion moyenne de couverture végétale, incluant les prairies et les arbres, dans les secteurs statistiques est de 29,3% ($\pm$ 18,4%). La distribution présente une dispersion marquée, avec un premier quartile à 16% et un troisième quartile à 40,3%, ce qui correspond à un écart interquartile de 24,3%.

3.2. Association avec le recours aux soins

Nous avons utilisé des modèles de régression de Poisson avec lien logarithmique afin d'estimer les associations entre espaces verts dans les secteurs statistiques et le nombre de prestations de soins réalisées. Les résultats sont présentés sous forme de *risques relatifs* (RR), qui reflètent la variation proportionnelle du nombre de pres-

Figure 2 : Variation en pourcentage (estimations et IC 95%) du risque relatif associé à une augmentation de 20 pp de couverture végétale (Source : Données MC)



Corrigé pour le statut BIM, le sexe, l'âge, la nature du revenu des personnes non actives, le statut social, le revenu médian, les inégalités de revenu, la densité de population, la nationalité belge, le niveau de formation (faible/élevé) et la commune.

tations associée à une augmentation de 20 points de pourcentage de la couverture végétale. À partir de ces RR, les variations en pourcentage ont également été calculées ; ces résultats sont présentés à la figure 2.

Pour les quatre types de soins étudiés, une augmentation des espaces verts dans le secteur statistique était associée à une diminution du risque relatif de recours aux soins, les effets observés correspondant à une augmentation de 20 points de pourcentage des espaces verts. Pour les prestations de médecine générale, un RR de 0,988 a été observé (IC 95% : 0,986–0,990), ce qui correspond à un risque inférieur de 1,19% par augmentation de 20 points de pourcentage de la couverture végétale (IC 95% : - 1,39% à - 1,00%). L'association la plus forte est observée pour les soins psychologiques, avec un RR de 0,963 (IC 95% : 0,957–0,967), correspondant à une diminution de risque de 3,73% (IC 95% : - 4,30% à - 3,34%). Une diminution marquée du risque relatif est également observée pour les soins psychiatriques, avec un RR de 0,967 (IC 95% : 0,963–0,972), correspondant à une diminution de 3,34% (IC 95% : - 3,73% à - 2,76%). Pour les soins psychiatriques urgents, un RR de 0,974 est observé (IC 95% : 0,953–0,994), ce qui correspond à une diminution de risque de 2,57% (IC 95% : - 4,69% à - 0,60%).

Étant donné que tous les intervalles de confiance se situent entièrement en dessous de 1 (et que les variations en pourcentage associées se situent entièrement en dessous de 0%), les résultats indiquent des diminutions statistiquement significatives du risque relatif pour toutes les formes de recours aux soins étudiées, associées à une augmentation de 20 points de pourcentage de la couverture végétale.

3.3. Association avec les dépenses de soins

Une augmentation de 20% de la couverture végétale au niveau du secteur statistique est associée à des changements dans différentes catégories de dépenses de soins. Bien que certaines de ces variations soient statistiquement significatives, les montants absolus restent relativement limités par rapport aux dépenses totales de soins dans ces domaines.

Pour les consultations de médecine générale, une augmentation des dépenses à charge de l'assurance obligatoire de 1.545.918 euros est observée (IC 95% : 558.202 euros à 2.533.633 euros). Les suppléments augmentent également de manière significative (+ 217.782 euros, IC 95% : 77.774 euros à 357.790 euros). La variation du ticket mo-

dérateur est faible et non statistiquement significative (26.222 euros, IC 95% : - 52.144 euros à 104.589 euros).

Dans les soins psychologiques, des diminutions des dépenses sont observées. Les dépenses à charge de l'assurance obligatoire diminuent de 1.866.460 euros (IC 95% : - 2.598.818 euros à - 1.134.101 euros), et les contributions personnelles diminuent de 121.397 euros (IC 95% : - 181.077 euros à - 61.716 euros). Ici aussi, malgré la significativité statistique, les montants absolus restent modestes par rapport aux dépenses totales de soins dans ce secteur.

Au sein des soins psychiatriques, les dépenses à charge de l'assurance obligatoire diminuent de 1.648.034 euros (IC 95% : - 2.508.126 euros à - 787.942 euros), tandis que les suppléments diminuent de 196.793 euros (IC 95% : - 351.578 euros à - 42.008 euros). La variation du ticket modérateur n'est pas significative (- 383.395 euros, IC 95% : - 1.034.711 euros à + 267.920 euros). Là encore, il s'agit de montants relativement limités.

Pour les soins psychiatriques urgents, aucune variation significative n'est rapportée. Les dépenses de l'assurance obligatoire montrent une variation faible et non significative (50.370 euros, IC 95% : - 150.049 euros à 250.791 euros), et il en va de même pour le ticket modérateur (- 86 euros, IC 95% : - 1.983 euros à 1.810 euros).

En résumé, les résultats montrent qu'une augmentation de la couverture végétale dans le secteur statistique est principalement associée à de légers changements entre différents types de dépenses de soins. Bien que certaines associations soient statistiquement significatives, les implications budgétaires absolues demeurent limitées.

3.4. Modification d'effets avec le statut BIM

L'analyse d'interaction met en évidence une modification d'effet claire avec le statut BIM dans la relation entre la surface verte au niveau du secteur statistique et le recours aux soins (voir Tableau 2). Dans l'ensemble des domaines de soins étudiés, un schéma cohérent apparaît : chez les personnes bénéficiant du statut BIM (16,2% de la population d'étude), une augmentation du recours aux soins est observée, tandis que chez les personnes sans statut BIM, une diminution est généralement constatée, à l'exception des soins psychiatriques urgents, pour lesquels l'évidence est toutefois moins marquée.

Lorsque le recours aux soins des personnes avec et sans statut BIM est comparé, un schéma clairement divergent se dessine à travers les différents domaines de soins. Dans ce qui suit, tous les pourcentages expriment la variation en pourcentage du risque relatif (RR).

Pour les consultations de médecine générale, une légère, mais statistiquement significative augmentation du risque relatif est observée chez les personnes avec statut BIM, avec un RR de 1,016 (IC 95% : 1,012–1,020), correspondant à une variation de + 1,60%. Chez les personnes sans statut BIM, une diminution significative du risque relatif est en revanche observée, avec un RR de 0,978 (IC 95% : 0,976–0,980) et une variation correspondante de - 2,18% (IC 95% : - 2,37% à - 1,98%).

Dans les soins psychologiques de première ligne, ces différences sont encore plus marquées. Les personnes avec statut BIM présentent une augmentation nette du risque relatif, avec un RR de 1,064 (IC 95% : 1,055–1,073), correspondant à une variation de + 6,40% (IC 95% : + 5,47% à + 7,33%). Les personnes sans statut BIM montrent au contraire une diminution prononcée du risque relatif, avec un RR de 0,944 (IC 95% : 0,938–0,947), soit une diminution de 5,67% (IC 95% : - 6,20% à - 5,26%).

Un schéma de divergence similaire est observé pour les soins psychiatriques. Les personnes avec statut BIM présentent un risque relatif accru de recours aux soins, avec un RR de 1,028 (IC 95% : 1,019–1,037), correspondant à une variation de + 2,84% (IC 95% : + 1,94% à + 3,74%). Les personnes sans statut BIM présentent à nouveau une diminution, avec un RR de 0,944 (IC 95% : 0,939–0,949) et une variation de - 5,67% (IC 95% : - 6,01% à - 5,07%).

Pour les soins psychiatriques urgents, le schéma diffère légèrement. Les personnes avec statut BIM présentent ici une diminution significative du risque relatif, avec un RR de 0,947 (IC 95% : 0,914–0,982), correspondant à une variation de - 5,26% du RR (IC 95% : - 8,62% à - 1,77%). Chez les personnes sans statut BIM, aucun effet statistiquement significatif n’est observé : le RR est de 0,984 (IC 95% : 0,961–1,008), ce qui correspond à une variation de - 1,59% du RR (IC 95% : - 3,87% à + 0,75%).

En résumé, ces résultats indiquent que le statut BIM constitue un *modificateur d’effet* important dans l’association entre la verdure environnementale et le recours aux soins, les personnes avec et sans statut BIM présentent des profils de réponse clairement distincts.

4. Discussion

Les résultats de cette étude montrent qu’une augmentation relativement marquée de la verdure environnante est associée à de faibles, mais significatives diminutions relatives du risque de recours aux soins dans plusieurs domaines de soins de santé mentale. Les réductions de risque observées s’inscrivent dans la continuité de revues de littérature récentes indiquant que l’exposition à un environnement vert produit des bénéfices modestes, mais constants pour la santé mentale, la santé générale et les issues cardiovasculaires, malgré une hétérogénéité considérable des méthodes de mesure et des contextes (Wang, Feng, & Wang, 2025).

Tableau 2 : Résultats de l’analyse d’interaction examinant la modification d’effet avec le statut BIM (Source : données MC)

		Risque relatif (RR), IC à 95%	Variation en %, IC à 95%
Médecine générale	BIM	1,016 (1,012 - 1,020)*	+1,60% (+1,22% - +2,01%)*
	Non-BIM	0,978 (0,976 - 0,980)*	-2,18% (-2,37% - -1,98%)*
Soins psychologiques	BIM	1,064 (1,055 - 1,073)*	+6,40% (+5,47% - +7,33%)*
	Non-BIM	0,944 (0,938 - 0,947)*	-5,67% (-6,20% - -5,26%)*
Psychiatrie	BIM	1,028 (1,019 - 1,037)*	+2,84% (+1,94% - +3,74%)*
	Non-BIM	0,944 (0,939 - 0,949)*	-5,67% (-6,01% - -5,07%)*
Soins psychiatriques urgents	BIM	0,947 (0,914 - 0,982)*	-5,26% (-8,62% - -1,77%)*
	Non-BIM	0,984 (0,961 - 1,008)	-1,59% (-3,87% - +0,75%)

Les RR et les intervalles de confiance à 95% ont été estimés à l’aide d’un modèle de régression de Poisson. (*): résultat significatif au niveau de confiance de 95 %. Corrigé pour statut BIM, sexe, âge, la nature du revenu des personnes non actives, catégorie de statut social, revenu médian, inégalités de revenu, densité de population, nationalité belge, niveau de formation (faible/élevé) et commune.

Le fait que les variations de risque observées soient plutôt modestes n'est pas surprenant : les influences environnementales agissent de manière cumulative, subtile et sur le long terme, de sorte que même de faibles différences de risques relatifs peuvent être pertinentes pour la santé publique. Il est donc nécessaire de mettre ces grandeurs d'effet en perspective. En épidémiologie, des variations de risque relatif de seulement quelques pourcents sont considérées comme significatives lorsque l'exposition est très répandue. Cela apparaît clairement dans la littérature sur la pollution atmosphérique, où, par exemple, une augmentation de $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de $\text{PM}_{2.5}$ ³ est associée à une hausse du risque relatif de *mortalité toutes causes* jusqu'à 1,22 (Raza, Orru, Olstrup, & Sommar, 2026). Des méta-analyses sur la pollution atmosphérique rapportent des RR de l'ordre de 1,08-1,15 pour le cancer du poumon et des issues de mortalité (Ramamoorthy, et al., 2024). Dans ce contexte, nos réductions de RR plus faibles (0,963-0,988 par augmentation de 20 points de pourcentage de couverture végétale, correspondant à des diminutions de 1% à 3,7% des prestations de soins) sont également plausibles : l'espace vert influence en effet la santé de façon plus indirecte, via des mécanismes cumulatifs tels que la réduction du stress, le rétablissement et la cohésion sociale. Le fait que les effets soient plus faibles que dans les études sur la pollution n'est donc pas une faiblesse, mais correspond aux attentes. Bien que nos mesures d'issues (prestations de soins) diffèrent des indicateurs classiques de morbidité ou de mortalité dans la recherche environnementale, la comparaison reste pertinente parce que le recours aux soins peut constituer un indicateur précoce et sensible de quantité de soin demandée, en particulier dans des domaines comme la santé mentale, où les problèmes ne se reflètent pas toujours selon une incidence enregistrée, mais bien dans la demande de soins. Le schéma cohérent de diminutions observé dans quatre domaines de soins distincts suggère qu'une plus grande présence de verdure est structurellement associée à un moindre besoin de soins. Nos résultats rejoignent ainsi l'évidence plus large selon laquelle même de petits effets systématiques de caractéristiques environnementales peuvent être significatifs à l'échelle populationnelle.

Le fait que le schéma s'inverse dans la population BIM (où une plus grande présence de verdure semble associée à des risques relatifs plus élevés de recours aux soins) requiert une interprétation prudente et doit être compris avec une série d'hypothèses, et non comme des conclusions

tirées des données. Une première hypothèse est que la verdure n'est pas nécessairement utilisable ou accessible pour les groupes vulnérables. La littérature montre que les femmes, les personnes âgées, les enfants et les personnes en situation de handicap ont souvent des besoins spécifiques en matière de sécurité, d'entretien, d'infrastructure et de contexte social, de sorte que la qualité ou la superficie d'espaces verts mesurée objectivement ne correspond pas automatiquement à l'accessibilité effective (Kanav & Kumar, 2024). Une deuxième hypothèse est que la qualité des espaces verts, telle que la biodiversité et le niveau d'entretien, peut-être plus déterminante que la quantité ; des recherches montrent que les espaces verts à proximité de populations vulnérables présentent fréquemment une biodiversité plus faible, ce qui peut limiter le potentiel de promotion de la santé (Kirilenko, 2024). Une troisième hypothèse est qu'une morbidité de base plus élevée dans ce groupe réduit la sensibilité aux avantages environnementaux. En outre, une quatrième hypothèse peut être que le comportement de recherche de soins diffère, des seuils plus faibles de recours aux soins pouvant conduire à ce que des environnements de vie plus verts se traduisent plutôt par une meilleure détection et donc une consommation de soins plus élevée ; des études sur l'accessibilité et les inégalités en matière de verdure montrent en outre que les indicateurs d'« accès » et de « qualité/usage » peuvent diverger selon les groupes sociodémographiques (Heo & Bell, 2022). Enfin, il reste plausible qu'il existe des facteurs de *confounding* résiduels, car des déterminants connus tels que la densité du trafic, la qualité de l'air ou le stress social peuvent être répartis de manière inégale entre les quartiers plus verts et les quartiers moins verts.

Ces résultats soulignent également que, bien que les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans les différences de santé, il est crucial de reconnaître que le statut socio-économique (SSE) constitue un cluster englobant des déterminants dont l'impact potentiel est généralement considérable (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Des facteurs tels que le revenu, le niveau de formation, la qualité du logement, la sécurité de l'emploi, les facteurs de stress psychosociaux et l'accès tant aux soins préventifs qu'aux soins curatifs forment un ensemble fortement imbriqué susceptible d'influencer la santé et le recours aux soins. Par conséquent, les interventions environnementales doivent être considérées comme un élément d'un ensemble plus large de mesures. Il reste essentiel de travail-

3 $\text{PM}_{2.5}$ fait référence à des particules fines présentes dans l'air ayant un diamètre aérodynamique inférieur à 2,5 micromètres (μm). Une augmentation de $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ signifie que la concentration moyenne de ces particules dans l'air ambiant extérieur augmente de 10 microgrammes par mètre cube d'air, une unité fréquemment utilisée dans la recherche épidémiologique sur les effets sanitaires de la pollution atmosphérique.

ler structurellement sur les causes des inégalités de santé liées au SSE. Une approche qui renforce à la fois la qualité de l'environnement de vie et les conditions de base sociales et économiques offrira plus probablement des gains de santé durables pour les groupes vulnérables.

Bien que les différences observées en matière de dépenses de soins soient relativement limitées par rapport au budget total des soins de santé, elles n'en sont pas moins significatives. Ces variations indiquent des schémas cohérents qui donnent un aperçu de mécanismes sous-jacents possibles façonnant la relation entre environnement de vie et consommation de soins. Il est également important de noter que les dépenses de soins rapportées ici ne concernent que les domaines de soins analysés. Les espaces verts peuvent toutefois avoir un impact bien plus large sur la santé et le bien-être que ce qui a été explicitement pris en compte dans cette analyse. Cela signifie qu'une partie du gain de santé potentiel – et donc d'éventuelles économies de coûts – reste hors champ. En outre, il existe des bénéfices indirects qui ne sont pas intégrés dans ces calculs, mais contribuent néanmoins à la valeur sociétale totale des espaces verts. D'un point de vue épidémiologique et politique, ces résultats sont donc pertinents et informatifs, même si les effets calculés au niveau macro ne conduisent pas immédiatement à de grands changements budgétaires.

Dans ce sens, il est frappant de constater que le risque plus faible observé pour les soins en médecine générale ne se traduit pas par des dépenses de soins plus faibles pour les prestations de médecine générale. Il est possible qu'une diminution du risque relatif de certaines formes de recours aux soins s'accompagne de dépenses plus élevées par contact, par exemple parce que les consultations restantes sont plus complexes, qu'elles ont une durée plus longue, ou qu'elles sont associées d'une autre manière à des dépenses plus élevées. Parallèlement, nous avons bel et bien observé des diminutions de dépenses pour d'autres domaines de soins, à savoir les prestations de soins psychologiques, la psychiatrie et les soins psychiatriques urgents. Ces schémas indiquent que la relation entre verdure environnante et dépenses de soins est spécifique au domaine, tous les secteurs des soins de santé ne réagissant pas de la même manière aux variations d'exposition environnementale. Le fait que certaines formes de soins de santé mentale soient associées à une diminution des dépenses peut indiquer que certains mécanismes (tels que la réduction du stress ou la diminution de l'aggravation des troubles psychiques) s'expriment plus fortement précisément dans ces domaines de soins que, par exemple, dans les soins de médecine générale. Cette interprétation est également étayée par l'ob-

servation que, en ce qui concerne les risques relatifs, les grandeurs d'effet pour ces *outcomes* sont plus importantes que pour les prestations de médecine générale.

La présente étude vient s'ajouter aux preuves de plus en plus nombreuses qui établissent un lien entre les espaces verts et le recours aux soins de santé. Les réductions de risque relatif indiquent des bénéfices pour la santé, mais la consommation de soins est également déterminée par la structure des soins et la vulnérabilité sociale. Pour démêler davantage ces relations complexes, de futures recherches demeurent nécessaires, en particulier des études combinant l'exposition individuelle aux espaces verts, des paramètres de qualité, des données de pratique de soins et des conceptions quasi expérimentales.

5. Recommandations

Les résultats de cette étude montrent que les espaces verts du cadre de vie sont associés à une consommation relative plus faible de différentes formes de soins de santé mentale au sein de la population belge. Bien que les diminutions proportionnelles observées au niveau individuel soient limitées, elles peuvent être significatives à l'échelle populationnelle. Parallèlement, les résultats mettent en évidence des différences socio-économiques marquées dans la manière dont les environnements de vie verts se traduisent en des recours effectifs de soins de santé mentale. Ces constats soulignent la nécessité de mesures politiques ciblées et constituent la base des recommandations ci-dessous, situées à la jonction des politiques de prévention, de bien-être et d'aménagement du territoire, avec un rôle important pour les pouvoirs locaux et les communes.

5.1. Investir structurellement dans des environnements de vie verts de qualité

La réduction relative du risque de recours aux soins observée, variant de 1,19% pour les prestations de médecine générale à 3,73% pour les soins psychologiques, suggère que les environnements verts peuvent jouer un rôle dans le maintien et le renforcement du bien-être mental à l'échelle populationnelle. Les responsables politiques, en particulier au niveau communal où s'opèrent l'aménagement du territoire et la conception de l'espace public, peuvent soutenir ces potentiels gains de san-

té en investissant de manière systématique dans des espaces verts accessibles, sûrs et de qualité à proximité des lieux de vie. Cela comprend tant les grands parcs que les aménagements de plus petite taille (par exemple les mini-parcs, les rues vertes et les allées d'arbres). Une répartition homogène entre les différents quartiers, et en particulier dans les zones densément bâties, est essentielle à cet égard.

5.2. Lutter contre les inégalités sociales dans l'usage et l'impact des espaces verts

Une constatation importante de cette étude est que, chez les personnes bénéficiant d'une intervention majorée – un indicateur administratif de revenus plus faibles – une association inverse a été observée : une plus grande présence de verdure allait de pair avec une consommation relative de soins plus élevée. Cela indique que la seule présence d'espaces verts ne suffit pas à atteindre ou à soutenir les groupes vulnérables. Les mesures politiques devraient dès lors se concentrer sur :

- L'amélioration des possibilités réelles d'utilisation des espaces verts ;
- Le renforcement de la cohésion sociale et du sentiment de sécurité dans les environnements verts ;
- La prévention d'effets non intentionnels tels que la *green gentrification*, via lesquels les investissements dans les espaces verts entraînent une hausse des prix de l'immobilier et des loyers, avec pour conséquence possible l'éviction de résident·es vulnérables.

La combinaison de la verdurisation avec des interventions sociales, telles que des projets de quartier, des actions d'*outreach*, des initiatives de bien-être et une offre à bas seuil dans l'espace public, peut contribuer à réduire ces inégalités.

5.3. Poursuivre la recherche en appui à des politiques *evidence based*

Étant donné le caractère observationnel de cette étude, des recherches complémentaires sont nécessaires afin d'élucider les mécanismes sous-jacents et les éventuelles voies causales. Cela inclut des dispositifs quasi expérimentaux lors de nouvelles interventions de verdurisation, des analyses longitudinales, ainsi que des études combinant des données de recours aux soins avec des informations sur l'utilisation effective des espaces verts, la cohésion sociale et la qualité de l'environnement.

Cette étude souligne qu'un environnement vert peut apporter une contribution significative à la santé mentale à l'échelle populationnelle, mais que ce potentiel est inégalement réparti. Un gain de santé effectif et équitable requiert dès lors à la fois des investissements dans des espaces verts et des efforts ciblés visant à réduire les inégalités sociales en matière d'accès, d'usage et d'effets. En combinant des mesures sociales et spatiales, des environnements de vie plus verts peuvent constituer un levier de promotion de la santé mentale en Belgique.

Conclusion

Cette étude a examiné la relation entre espaces verts du cadre de vie et le recours aux soins de santé mentale au sein d'une population belge très large et diversifiée. En reliant des données administratives de soins de plus de quatre millions de membres de la MC avec les données portant sur les espaces verts des secteurs statistiques, nous montrons qu'une plus grande présence de verdure est associée à une diminution relative légère, mais consistante de différentes formes de recours aux soins de santé mentale. La diminution proportionnelle est la plus marquée pour les soins psychologiques (- 3,73%), suivie des soins psychiatriques (- 3,34%) et des soins psychiatriques urgents (- 2,57%), tandis que les contacts en médecine générale présentent une diminution plus limitée (- 1,19%). Ces schémas reflètent un rôle potentiel protecteur des environnements de vie verts pour soutenir le bien-être mental et la réduction de la consommation de soins à l'échelle de la population.

Parallèlement, l'étude a mis en évidence des différences socio-économiques importantes. Chez les personnes bénéficiant d'une intervention majorée, une association inverse a été observée, une plus grande présence de verdure allant de pair avec une consommation relative de soins plus élevée. Cela met en lumière des effets hétérogènes des espaces verts selon la vulnérabilité sociale et souligne que le potentiel de promotion de la santé grâce aux environnements verts n'est pas réparti de manière égale.

Dans son ensemble, cette étude montre que les espaces verts constituent un déterminant pertinent, mais non universel, de la consommation de soins de santé mentale. Les résultats soulignent l'importance d'une politique intégrée combinant la verdurisation avec un soutien social et un accès équitable.

Bibliographie

- Aerts, R., Nemery, B., Bauwelinck, M., Trabelsi, S., Deboosere, P., Van Nieuwenhuyse, A., . . . Casas, L. (2020). Residential green space, air pollution, socioeconomic deprivation and cardiovascular medication sales in Belgium: A nationwide ecological study. *Science of The Total Environment*, 712, 136426.
- Aerts, R., Vanlessen, N., Dujardin, S., Nemery, B., Van Nieuwenhuyse, A., Bauwelinck, M., . . . Nawrot, T. (2022). Residential green space and mental health-related prescription medication sales: An ecological study in Belgium. *Environmental Research*, 211, 113056.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. *Santé & Société*, 4, 6-29.
- Becker, D., & Browning, M. (2021). Total area greenness is associated with lower per-capita medicare spending, but blue spaces are not. *City and Environment Interactions*, 11, 100063.
- Becker, D., Browning, M., Kuo, M., & Van Den Eeden, S. (2019). Is green land cover associated with less health care spending? Promising findings from county-level Medicare spending in the continental United States. *Urban Forestry & Urban Greening*, 41, 39-47.
- Belcher, R., Murray, K., Reeves, J., & Fecht, D. (2024). Socioeconomic deprivation modifies green space and mental health associations: A within person study. *Environment International*, 192, 109036.
- Braekman, E., & Hermands, L. (2023). *Preventiebarometer: gezondheidsvaardigheden en verwachtingen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie*. Brussel: Sciensano.
- Buckley, R., & Chauvenet, A. (2022). Economic value of nature via healthcare savings and productivity increases. *Biological Conservation*, 272, 109665.
- Derroite, E., Janssens, H., Morissens, A., Noirhomme, C., & Verniest, R. (2024). Santé mentale : carrefour des inégalités. Résumé des présentations données par quatre expert-es lors de la journée d'étude MC u 27 avril 2023. *Santé & Société*, 8, 44-67.
- Geary, R., Thompson, D., Mizen, A., Akbari, A., Garrett, J., Rowney, F., . . . Rodgers, S. (2023). Ambient greenness, access to local green spaces, and subsequent mental health: a 10-year longitudinal dynamic panel study of 2-3 million adults in Wales. *The Lancet Planetary Health*, 7(10), E809-E818.
- Gidlow, C., Smith, G., Martinez, D., Wilson, R., Trinder, P., Gražulevičienė, R., & Nieuwenhuijsen, M. (2016). Research note: Natural environments and prescribing in England. *Landscape and Urban Planning*, 151, 103-108.
- Heo, S., & Bell, M. (2022). Investigation on urban greenspace in relation to sociodemographic factors and health inequity based on different greenspace metrics in 3 US urban communities. *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, 33(2), 218-228.
- Houlden, V., Weich, S., de Albuquerque, J., Jarvis, S., & Rees, K. (2018). The relationship between greenspace and the mental wellbeing of adults: A systematic review. *PLOS One*, 13(9), e0203000.
- Huang, S., Qi, J., Li, W., Dong, J., & van den Bosch, C. (2021). The Contribution to Stress Recovery and Attention Restoration Potential of Exposure to Urban Green Spaces in Low-Density Residential Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8713.
- Jennings, V., & Bamkole, O. (2019). The Relationship between Social Cohesion and Urban Green Space: An Avenue for Health Promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 452.
- Kabaya, K. (2021). Empirical analysis of associations between health expenditure and forest environments: A case of Japan. *Ecological Economics*, 181, 106927.
- Kanav, A., & Kumar, J. (2024). Exploring the preferences of vulnerable populations in green spaces: a systematic review. *Socio-Ecological Practice Research*, 6, 411-432.
- Kirilenko, A. (2024). Biodiversity of Accessible Greenspace for Vulnerable Population Groups: Citizen Science Data Analysis. *Sustainability*, 16(23), 10492.
- Kreisler, T., Kambach, S., Becker, O., & Bruelheide, H. (2025). The relationship between greenspace and physical activity. A systematic review and meta-analysis. 112, 128971.
- Nieuwenhuijsen, M., Khreis, H., Triguero-Mas, M., Gascon, M., & Dadvand, P. (2017). Fifty Shades of Green: Pathway to Healthy Urban Living. *Epidemiology*, 28(1), 63-71.
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2023). La convention « soins psychologiques » dans le paysage des soins de santé mentale. *Santé & Société*, 7, 4-39.
- Ramamoorthy, T., Nath, A., Singh, S., Mathew, S., Pant, A., Sheela, S., . . . Mathur, P. (2024). Assessing the Global Impact of Ambient Air Pollution on Cancer Incidence and Mortality: A Comprehensive Meta-Analysis. *JCO Global Oncology*, 10, e2300427.
- Raza, W., Orru, H., Olstrup, H., & Sommar, J. (2026). The effect of long-term PM2.5 exposure on all-cause mortality estimated using meta-regression: a meta-analysis of concentration-response by air pollution exposure assessment method. *Air Quality, Atmosphere & Health*, 19(51).
- Roe, J., Thompson, C., Aspinall, P., Brewer, M., Duff, E., Miller, D., . . . Clow, A. (2013). Green Space and Stress: Evidence from Cortisol Measures in Deprived Urban Communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9), 4086-4103.
- Sato, M., Inoue, Y., Du, J., & Funk, D. (2019). Access to parks and recreational facilities, physical activity, and health care costs for older adults: Evidence from U.S. counties. *Journal of Leisure Research*, 50, 220-238.

- Soltanifard, H., & Amani-Beni, M. (2025). The cooling effect of urban green spaces as nature-based solutions for mitigating urban heat: insights from a decade-long systematic review. *Climate Risk Management*, 49, 100731.
- Song, S., Tu, R., Lu, Y., Yin, S., Lin, H., & Xiao, Y. (2022). Restorative Effects from Green Exposure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14506.
- Vos, S., Bijmens, E., Renaers, E., Croons, H., Van Der Stukken, C., Martens, D., . . . Nawrot, T. (2022). Residential green space is associated with a buffering effect on stress responses during the COVID-19 pandemic in mothers of young children, a prospective study. *Environmental Research*, 208, 112603.
- Vranken, A., Bijmens, E., Horemans, C., Leclercq, A., Kestens, W., Karakaya, G., . . . Bruyneel, L. (2023). Association of air pollution and green space with all-cause general practitioner and emergency room visits: A cross-sectional study of young people and adults living in Belgium. *Environmental Research*, 236(1), 116713.
- Wang, X., Feng, B., & Wang, J. (2025). Green spaces, blue spaces and human health: an updated umbrella review of epidemiological meta-analyses. *Frontiers in Public Health*, 13, 1505292.
- Willems, R., Catthoor, K., Cools, O., Morrens, M., Snoeck, P., Tecco, J., & Dom, G. (2024). Mental health services in Belgium. *International Review of Psychiatry*, 37, 229-241.
- Yang, B., Zhao, T., Hu, L., Browning, M., Heinrich, J., Dharmage, S., . . . Dong, G. (2021). Greenspace and human health: an umbrella review. *The Innovation*, 2(4), 100164.
- Zhang, Y., Mavoa, S., Zhao, J., Raphael, D., & Smith, M. (2020). The Association between Green Space and Adolescents' Mental Well-Being: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6640.



Quels sont les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail ?

Hélène Henry – Service d'études MC-CM

Remerciements à Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Stijn Vos et Andries De Hertogh

Résumé

Dans un contexte où la Belgique renforce depuis plusieurs années ses dispositifs d'accompagnement et de réintégration des personnes malades de longue durée, cette étude vise à identifier les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail.

Cette recherche se base sur trois enquêtes en ligne réalisées par la MC entre novembre 2023 et mars 2025. Durant cette période, nous avons observé l'évolution de personnes qui étaient en incapacité de travail au début de l'étude, afin d'identifier le profil de celles qui sont sorties de l'incapacité, et les facteurs qui ont influencé cette sortie, séparément pour les personnes qui ont été accompagnées – ou non – par un·e coordinateur·rice de retour au travail.

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les personnes disposant de ressources sociales et professionnelles plus élevées – notamment celles diplômées de l'enseignement supérieur, exerçant un travail de type intellectuel, et travaillant à temps plein avant l'incapacité – sont plus susceptibles d'être sorties de l'incapacité au troisième temps de mesure.

Sur base de ces résultats, diverses recommandations sont émises, afin de faciliter le retour au travail après une période d'incapacité.

Mots-clés : Incapacité de travail, retour au travail, facteurs prédictifs, analyse longitudinale, enquête, étude quantitative

Table des matières

Introduction	66
1. Revue de la littérature	67
1.1. Résultats d'études sur les effets de variables influençant la sortie de l'incapacité de travail	67
1.1.1. Influence des variables socio-démographiques	67
1.1.2. Influence des facteurs environnementaux	67
1.1.3. Influence des facteurs personnels	68
1.2. Développement du modèle de recherche	68
1.2.1. Effet des facteurs environnementaux liés au travail	69
1.2.2. Effet des facteurs liés à l'incapacité de travail	69
1.2.3. Effet des facteurs personnels	69
2. Méthode	70
2.1. Échantillon	70
2.2. Mesures	72
2.2.1. Variables socio-démographiques et environnementales liées au travail	72
2.2.2. Variables liées à l'incapacité de travail	73
2.2.3. Facteurs personnels	73
2.2.4. La sortie de l'incapacité de travail	74
2.3. Analyses	75
2.4. Limites	75
3. Résultats	76
3.1. Profil-type des participant-es sorti-es de l'incapacité au T3	76
3.2. Les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité	76
3.2.1. Résultats pour le groupe « suivi »	76
3.2.2. Résultats pour le groupe « non-suivi »	78
4. Discussion	80
4.1. Profil des personnes sorties de l'incapacité de travail	80
4.2. Facteurs prédictifs pour les personnes non suivies par des C-reat	81
4.2.1. L'effet des facteurs socio-démographiques et d'emploi	81
4.2.2. L'effet du sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail	81
4.3. Facteurs prédictifs pour les personnes suivies par des C-reat	82
4.3.1. L'effet de la catégorie et de l'initiative du suivi	82
4.3.2. L'effet associé à la langue	83
5. Recommandations	83
Conclusion	87
Bibliographie	88

Introduction

Fin 2025, la Belgique comptait plus d'un demi-million (576.643) de personnes en invalidité (incapacité de travail depuis plus d'un an) (INAMI, 2026a). Parmi ces personnes, 537.728 sont des salarié·es ou des chercheur·euses d'emploi, et 38.915 sont des indépendant·es ou des conjoint·es aidant·es. En moyenne, 6% de la population d'âge actif dans les pays de l'OCDE perçoit des allocations d'invalidité comme principale source de revenus (OECD, 2010). En Belgique, le taux d'inactivité pour cause de maladie ou de handicap parmi les 20-64 ans était d'environ 7% en 2021 (Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024).

L'augmentation du nombre de personnes malades de longue durée en Belgique est mise à l'agenda politique comme un problème avant tout budgétaire. Il est vrai que pour 2025, le Comité de monitoring estime le coût des prestations pour les travailleur·euses salarié·es tant en incapacité de travail primaire qu'en invalidité, à 14,2 milliards euros (Chambre des représentants de Belgique, 2026). Dans le cadre des négociations budgétaires, le gouvernement belge a ainsi récemment renforcé sa politique de retour au travail, afin d'augmenter le nombre de personnes malades de longue durée qui reprennent le travail.

Depuis plusieurs années, différentes vagues de mesures visant à favoriser le retour au travail après une période d'incapacité ont ainsi été mises en oeuvre. En 2022, des coordinateur·trices de retour au travail (C-reat) ont été intégrés au sein des mutualités. Leur rôle est défini de la manière suivante : « le Coordinateur Retour Au Travail au sein de la mutualité prend toutes les mesures utiles dans le cadre du 'Trajet Retour Au Travail' et contacte, en concertation avec le·la médecin-conseil et avec l'accord du·de la titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle de ce titulaire, ainsi qu'il accompagne le·la titulaire dans les contacts avec les personnes physiques ou morales susvisées » (INAMI, 2022, p. 55). La manière dont cet accompagnement est vécu par les membres de la MC a fait l'objet d'une étude en 2023 (Henry, Avalosse, & Vancorenland, 2024).

Le gouvernement a ensuite implémenté d'autres vagues de mesures. En 2023, des contacts à un rythme fixe ont été instaurés, afin qu'au cours des quatrième, septième et on-

zième mois de la première année, un contact personnel ait lieu entre la personne malade et le·la médecin-conseil de la mutuelle. Il a également été décidé qu'à l'avenir, il ne serait plus possible de bénéficier d'une reconnaissance d'invalidité pour une durée supérieure à une, deux ou cinq années, sauf exceptions majeures (Vandenbroucke, 2025). Début 2026, une troisième vague de mesures a été lancée, où des responsabilités supplémentaires ont été confiées aux employeur·euses, aux travailleur·euses, aux mutualités et aux médecins. Enfin, en février 2026, le Conseil des ministres a approuvé un avant-projet de loi visant à mettre en œuvre les priorités suivantes : prévenir les entrées en incapacité de travail grâce à la prévention et à la détection précoce, renforcer le suivi médical et la réévaluation annuelle des dossiers, accélérer la réintégration et responsabiliser l'ensemble des acteurs et actrices concernés (Conseil des ministres, 2026).

La mise en place de ces quatre vagues de mesure montre à quel point le retour au travail des personnes malades de longue durée est un enjeu fondamental en Belgique. Dans ce contexte, étudier les facteurs qui prédisent la sortie de l'incapacité de ces personnes revêt toute son importance.

Il convient cependant de rappeler qu'au-delà d'une lecture budgétaire de la problématique, le risque d'être en incapacité de travail ne semble pas être réparti de manière égale au sein de la population et constitue aussi – et peut-être avant tout – un enjeu sociétal. Des données suggèrent ainsi que parmi les titulaires en invalidité, des publics plus vulnérables sont davantage représentés : on retrouve ainsi davantage de femmes (61%), de travailleur·euses âgées de plus de 50 ans (64%) et des ouvrier·ères (63%)¹ (INAMI, 2023a) ainsi que des personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (49%, alors qu'elles sont 21% dans la population totale)² (INAMI, 2025). Pour l'invalidité en raison d'un trouble mental, la proportion de femmes est encore plus élevée : près de 70% des périodes d'incapacité de travail de longue durée dues au burnout, à des troubles de l'humeur, ou à des troubles anxieux concernent des femmes (Bruyneel et al., 2024). Ces données suggèrent que des facteurs socio-démographiques influencent l'entrée mais aussi probablement la sortie de l'invalidité. De plus, la littérature scientifique (e.g., Villotti et al., 2024) souligne l'importance d'étudier également l'effet d'autres facteurs, comme les facteurs environnementaux (e.g., liés à l'environnement de travail) ou personnels (e.g., liés aux

1 Ces données concernent les personnes en invalidité au sein du régime général en 2023.

2 Ces données concernent les titulaires en invalidité au sein du régime général et du régime indépendant, durant le premier semestre 2025.

perceptions des individus). La connaissance de l'ensemble de ces facteurs s'avère indispensable afin d'accompagner au mieux les personnes dont l'état de santé permet une reprise du travail, tout en tenant compte de leur vulnérabilité et des obstacles qu'elles peuvent rencontrer. À cette fin, cette nouvelle étude a pour objectif d'identifier les facteurs qui prédisent **la sortie de l'incapacité de travail chez des personnes ayant bénéficié - ou non - d'un suivi par des coordinateur-rices de retour au travail de la MC.**

1. Revue de la littérature

Afin d'investiguer les **facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail** (autrement dit : les variables qui peuvent influencer la sortie de l'incapacité), le modèle de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé) adapté au domaine du travail offre des perspectives intéressantes (Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden, & Kant, 2017). Cette classification, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001, permet de décrire le fonctionnement d'une personne en tenant compte à la fois des déficiences corporelles, des limitations dans les activités de la vie quotidienne et dans la participation à la vie en société, ainsi que des influences exercées par les facteurs environnementaux (Chapireau, 2001). L'intégration de ces derniers dans le modèle de la CIF a constitué une avancée majeure, car elle a permis de faire en sorte que « l'incapacité ne soit plus comprise comme une caractéristique de l'individu, mais plutôt comme le résultat d'une interaction entre la personne ayant un problème de santé et des facteurs environnementaux » (Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden, & Kant, 2017, p. 188, notre traduction).

Adapté spécifiquement au domaine du travail ce modèle permet d'identifier plus précisément les facteurs contextuels susceptibles d'influencer la participation au travail. Il distingue notamment :

- Les **facteurs environnementaux liés au travail** – tels que le contenu des tâches (exigences, autonomie), les conditions d'emploi (horaires, équipements), les relations sociales au travail, les conditions de travail (aspects physiques, agents chimiques), les caractéristiques de l'entreprise (secteur, taille) ou encore le contexte macroéconomique (législations, marché du travail) ;
- Les **facteurs personnels**, comprenant les ressources psychologiques (santé perçue, estime de soi), les élé-

ments liés à la maladie (perception de la maladie, adhésion au traitement), le mode de vie (mouvements, habitudes alimentaires) ainsi que les facteurs personnels liés au travail (signification du travail pour la personne). Les variables socio-démographiques font aussi partie des facteurs personnels mais ne sont pas des facteurs contextuels.

Ce modèle a notamment été utilisé dans une récente revue systématique de la littérature (Villotti et al., 2024) pour classer les facteurs prédictifs du retour au travail chez les personnes souffrant de troubles musculosquelettiques et de troubles mentaux courants. En nous appuyant également sur cette classification, nous présentons dans la suite de cette section, les résultats d'études ayant investigué les facteurs influençant la sortie de l'incapacité de travail.

1.1. Résultats d'études sur les effets de variables influençant la sortie de l'incapacité de travail

1.1.1. Influence des variables socio-démographiques

Plusieurs recherches ont examiné l'influence des différents facteurs de la CIF sur le retour au travail, dont les facteurs personnels non liés au travail. Au niveau des **variables socio-démographiques**, un âge plus avancé, le fait d'être une femme ou d'avoir un faible niveau d'instruction diminuent les chances de retour au travail (Baanders, Rijken, & Peters, 2002 ; Botticello, Chen, & Tulskey, 2012 ; Cancelliere et al., 2016 ; de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez, & Wegewitz, 2018 ; Vooijs et al., 2015).

Les données belges confirment ces tendances, et soulignent que les travailleur-euses peu diplômé-es, les femmes et les personnes plus âgées restent plus longtemps en incapacité (Bruyneel et al., 2024; Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024). Ces études ont également trouvé un lien entre la région et les chances de reprise du travail (totales ou à temps partiel), celles-ci étant moins élevées pour les personnes en incapacité habitant à Bruxelles ou en Wallonie, plutôt qu'en Flandre.

1.1.2. Influence des facteurs environnementaux

Le retour au travail peut aussi être positivement influencé par des **facteurs environnementaux liés au travail**, tels que le soutien du-de la supérieur-e, des collègues, des aménagements, une bonne communication de l'employeur-euse, ou de l'autonomie dans le travail (Brouwer, Reneman, Bült-

mann, Van der Klink, & Groothoff, 2010 ; Cancelliere et al., 2016 ; Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2021; Villotti et al., 2024 ; Vooijs et al., 2015).

À l'inverse, une absence d'aménagements, le manque de coopération de l'employeur-euse, la perception de stress et d'injustice au travail, le manque de récompenses face aux efforts fournis, des exigences professionnelles élevées (pression et charge de travail), constituent des freins importants (Dekkers-Sanchez, 2013 ; Villotti et al., 2021). Des exigences de travail élevées peuvent même renforcer la peur d'une rechute ou d'une aggravation de l'état de santé, ce qui diminue indirectement la motivation de l'employé-e à reprendre rapidement le travail (Janssen et al., 2003).

1.1.3. Influence des facteurs personnels

Les **ressources psychologiques** telles que la croyance d'une personne dans ses chances de guérison (attentes positives de rétablissement), un fort sentiment d'auto-efficacité (confiance dans ses capacités), un locus de contrôle interne (percevoir un résultat comme dépendant de soi plutôt que de facteurs externes) ou une vitalité mentale élevée (énergie, motivation, résilience), favorisent généralement le retour au travail (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink, & Groothoff, 2010; Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez, & Wegewitz, 2018; Villotti et al., 2024). À l'inverse, la peur (d'une rechute, de la douleur), la catastrophisation (tendance à s'imaginer le pire scénario possible) ou des stratégies de *coping* (façons de gérer le stress) inadaptées, constituent des obstacles au retour au travail (Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2024).

D'autres travaux ont également montré l'importance de **facteurs liés à la maladie**, comme la perception de l'évolution de l'état de santé, un changement de santé perçu comme positif facilitant la reprise (Villotti et al., 2024). Le recours aux soins de santé (consultations chez des médecins, médicaments) augmente quant à lui le risque que l'incapacité se prolonge en invalidité, et donc, de ne pas sortir de l'incapacité (Bruyneel et al., 2024).

Les **facteurs personnels liés au travail** jouent également un rôle déterminant. Ainsi, des attentes positives concernant le retour au travail³ (en termes de probabilité, de délai), une attitude positive envers le travail, un fort sen-

timent d'efficacité personnelle dans le retour au travail⁴ (croyances de la personne dans sa capacité à surmonter les obstacles liés au retour au travail) ainsi qu'une auto-évaluation positive de son aptitude au travail, favorisent la reprise du travail (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink, & Groothoff, 2010; Gagnano, Villotti, Larivière, Negrini, & Corbière, 2021 ; Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden, & Kant, 2017; Villotti et al., 2024 ; Vooijs et al., 2015).

Une récente étude belge a également souligné que des facteurs cognitifs et comportementaux exercent une influence importante sur le retour au travail. Ainsi, après avoir subi une opération du dos, les participant-es à l'étude qui s'attendaient à reprendre le travail rapidement et qui percevaient un risque moindre de douleur persistante ont effectivement repris plus tôt le travail (Vlayen, Meulders, Bamelis, & Masuy, 2025).

À l'inverse, des antécédents d'absentéisme (Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez, & Wegewitz, 2018), ou le fait que le travail soit (perçu) comme étant la cause de l'état de santé (Sampere et al., 2012) sont associés à un délai plus long ou à une moindre probabilité de reprise du travail.

1.2. Développement du modèle de recherche

Afin de répondre à notre question de recherche « **Quels sont les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail chez des personnes ayant bénéficié - ou non - d'un suivi par des coordinateur-rices de retour au travail de la MC ?** », nous investiguons dans cette étude, l'effet de certains **facteurs personnels** (liés ou non au travail), et **environnementaux** pouvant faciliter ou entraver le retour au travail. Certains de ces facteurs présentent un intérêt particulier car ils peuvent être modifiés dans le cadre de programmes de retour au travail ou d'interventions de prévention (Villotti et al., 2024). Notre modèle s'intéresse donc principalement à l'effet de ces facteurs sur la sortie de l'incapacité de travail, tout en intégrant des **variables sociodémographiques** (âge, sexe, niveau d'études, origine, langue, composition du ménage) afin non seulement de décrire le profil des personnes sorties de l'incapacité, mais aussi afin de tenir compte de leur influence dans les analyses. De plus, nous intégrons dans notre modèle des

3 *Return-to-work expectations* en anglais.

4 *Return-to-work self-efficacy* en anglais.

variables liées à l'incapacité de travail dont certaines sont liées à la réglementation belge en matière d'incapacité de travail. La figure 1 illustre ce modèle et les variables retenues.

En nous basant sur la littérature présentée ci-dessus, nous formulons les hypothèses qui suivent.

1.2.1. Effet des facteurs environnementaux liés au travail

Des données belges suggèrent que les employé-es utilisent davantage le travail autorisé (dispositif permettant à une personne en incapacité de reprendre partiellement le travail avec l'autorisation du/de la médecin-conseil de la mutualité) que les ouvrier-ères, et qu'ils-elles sortent plus facilement de l'incapacité (Bruyneel et al., 2024 ; Mutualités Libres 2023). Par ailleurs, un lien positif pourrait exister entre attachement au marché du travail (avoir un travail plutôt qu'être au chômage avant l'incapacité) et retour au travail (Cancelliere et al., 2016). Sur cette base, nous supposons que les personnes **travaillant à temps plein** avant l'incapacité, et celles occupant un **emploi intellectuel** auront davantage de chances d'en sortir.

1.2.2. Effet des facteurs liés à l'incapacité de travail

Nous faisons l'hypothèse que certaines variables liées à la réglementation belge en matière d'incapacité de travail – notamment la catégorisation et l'initiative du trajet de retour au travail – sont susceptibles d'influencer les chances de sortie de l'incapacité.

La catégorisation est une estimation de ce que la personne peut encore faire sur les plans physique et psychique, basée sur le dossier médical du/de la titulaire, et sur base d'un questionnaire :

- **Catégorie 1** : personnes qui pourraient à court terme (au plus tard à la fin du 6^{ème} mois d'incapacité) reprendre spontanément le travail ;
- **Catégorie 2** : personnes pour qui la reprise de travail ne semble pas possible pour des raisons médicales ;
- **Catégorie 3** : personnes pour qui la reprise n'est momentanément pas d'actualité parce que la priorité doit être donnée au diagnostic ou au traitement médical ;
- **Catégorie 4** : personnes pour qui la reprise d'un emploi semble possible après une ou plusieurs actions de réadaptation et/ou d'orientation (INAMI, 2022).

Dans notre étude, nous n'avons pas testé notre question de recherche pour les personnes en catégorie 2, pour qui la reprise n'est médicalement pas possible, ni pour les personnes de la catégorie 1, pour qui la reprise est attendue spontanément et à court terme, et dont les déterminants pourraient fortement différer de ceux des personnes nécessitant un accompagnement.

Concernant **l'initiative du suivi**, le "Trajet Retour Au Travail" peut démarrer de deux manières : à l'initiative du/de la médecin-conseil, ou à l'initiative de la personne elle-même. Nous supposons que les personnes qui initient elles-mêmes un trajet Retour au Travail perçoivent plus positivement leurs chances de reprise, et pourraient dès lors avoir de meilleures chances de sortir de l'incapacité.

Enfin, sur base d'études ayant démontré que les facteurs prédictifs de l'incapacité peuvent différer en fonction du **type de pathologie** (Villotti et al., 2024) et que la **durée de l'incapacité** augmente le délai de retour au travail (Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024), nous supposons également que ces variables influencent la sortie de l'incapacité.

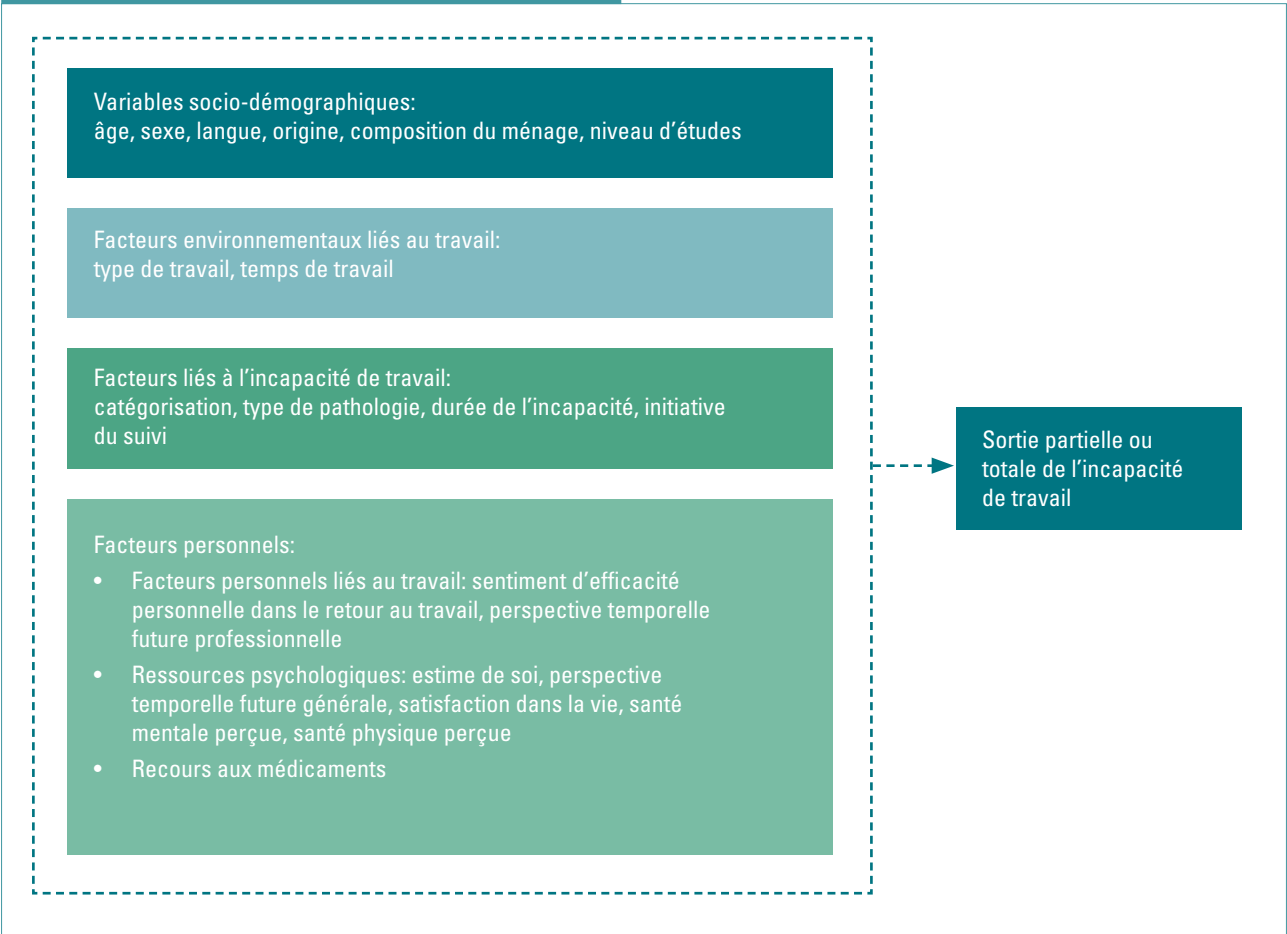
1.2.3. Effet des facteurs personnels

Concernant les effets des **facteurs personnels liés au travail**, les études montrent également qu'un sentiment d'efficacité personnelle **élevé** ainsi qu'une **perception optimiste** concernant le **retour au travail** prédisent un retour au travail plus rapide ou plus probable (Cancelliere et al., 2016; Gragnano et al., 2021; Villotti et al., 2024). Sur cette base, nous faisons l'hypothèse qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevé et une perception optimiste de l'avenir professionnel, augmentent la probabilité de sortir de l'incapacité.

Sur la base de la littérature relative au rôle des **ressources psychologiques** dans le retour au travail (Brouwer et al., 2010; Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries et al., 2018; Villotti et al., 2024), nous supposons également qu'être **satisfait-e de sa vie**, avoir un bon niveau d'**estime de soi**, une **perception positive de l'avenir en général**, et une **perception positive de sa santé mentale et physique** influencent positivement la sortie de l'incapacité de travail.

Enfin, sur base du constat qu'un **recours élevé aux médicaments** est associé à une prolongation de l'incapacité en invalidité (Bruyneel et al., 2024), nous supposons que cette variable est négativement liée à la sortie de l'incapacité.

Figure 1 : Modèle de recherche



2. Méthode

2.1. Échantillon

Cette recherche se base sur trois enquêtes en ligne réalisées par la MC entre novembre 2023 et mars 2025. Au premier temps de mesure (T1, novembre 2023), nous avons contacté 69.527 membres de la MC qui étaient en incapacité de travail depuis minimum trois mois, et maximum quatre ans, au moment de l'envoi de l'enquête. Parmi ces

personnes, 5.100⁵ ont répondu au questionnaire jusqu'au bout, et 3.322 ont accepté d'être recontactées pour la suite de l'étude. En juillet 2024 (T2), ces personnes ont reçu le second questionnaire, auquel 1.727 ont répondu entièrement (taux de réponse : 52%). En mars 2025 (T3), les 1.371 participant-es ayant donné leur accord ont été sollicité-es pour un troisième et dernier questionnaire : 692 l'ont complété entièrement (taux de réponse : 50%).

Pour répondre à la question de recherche, seules les personnes ayant répondu aux trois temps de mesure et rem-

5 Dont 2.299 étaient toujours en incapacité de travail au moment de l'étude.

plissant les critères spécifiques suivants ont été retenues :

- Avoir encodé correctement le numéro de référence⁶ ;
- Avoir donné son accord pour le couplage de données⁷ et avoir des données administratives complètes sur les variables d'intérêt⁸ ;
- Avoir été en incapacité de travail ou en invalidité, au premier temps de mesure⁹ ;
- Avoir un niveau de capacités restantes correspondant à la catégorie 3 ou la catégorie 4¹⁰.

Après application de ces critères, l'échantillon final comprend **340 participant-es**, et est composé d'une majorité de **femmes (71%)**, de personnes **d'origine belge (90%)**, habitant **en Flandre (57%)** et occupant un **emploi de type intellectuel (58%)**. Plus de la moitié (53%) souffre de pathologies physiques (par exemple : cancers, entorses, troubles musculosquelettiques), et 47% de pathologies mentales (par exemple : burnout, dépression). La **durée moyenne** cumulée de l'incapacité au T3 est de **3 ans** (écart-type = 1,3 ans), et l'âge moyen au T3 est de **51 ans** (écart-type = 9 ans). Le tableau 1 reprend la description complète de l'échantillon.

Concernant la catégorisation, **14%** de l'échantillon relève de la **catégorie 4** (n = 46), et **86%** de la **catégorie 3** (n = 278). Ce pourcentage s'inscrit dans la fourchette observée par l'INAMI pour la proportion de personnes classées en catégorie 3 à différents moments de l'incapacité : avant la fin du quatrième mois (78%), durant le septième mois (93%), durant le onzième mois (86%) et au moment de la prolongation en invalidité (79%), selon les données pour mars 2025, du baromètre retour au travail de l'INAMI (INAMI, 2026b). **Cette comparaison doit toutefois être interprétée avec prudence**, dans la mesure où notre échantillon ne comprend que des personnes en catégorie 3 et 4, alors que les données de l'INAMI portent sur une population incluant l'ensemble des catégories (1 et 2 comprises). De plus notre catégorisation reflète la situation des personnes au troisième temps de mesure, sans indication du moment précis auquel celle-ci a été établie. Par ailleurs, les données présentées concernent uniquement les personnes

ayant participé à l'étude et ne reflètent donc pas le taux réel de catégorisation de l'ensemble des affilié-es de la MC en incapacité de travail.

De manière générale, lorsqu'une personne est classée dans la catégorie 4, une demande de Trajet Retour au Travail est introduite et elle est orientée vers un-e C-reat. Comme mentionné ci-dessus, on compte dans notre échantillon, 46 personnes en catégorie 4. Parmi elles, 31 avaient déjà eu un contact avec un-e C-reat durant la période étudiée. Parmi les 15 personnes qui n'ont pas eu de contact, 12 étaient entretemps sorties partiellement ou totalement de l'incapacité et 3 ont été vues après le 3^{ème} temps de mesure de l'étude (c'est-à-dire, après mars 2025). Par ailleurs, parmi les personnes suivies, on compte également une proportion significative de personnes en catégorie 3 (50%, soit 31 personnes également). De là, nous notons que pendant la période étudiée, **18%** (n = 62) des répondant-es ont eu au moins un contact avec un-e coordinateur-ice de retour au travail, et **82%** des répondant-es (n = 278) n'ont pas été suivi-es. Ces répondant-es étaient pour la grande majorité (95%¹¹) en catégorie 3. Pour rappel, il s'agit de personnes pour qui la reprise n'est momentanément pas d'actualité parce que la priorité doit être donnée au diagnostic ou au traitement médical.

Nous avons également comparé sur d'autres critères les personnes suivies et non suivies, et avons trouvé les résultats suivants : **parmi les répondant-es suivi-es**, on retrouve proportionnellement plus de personnes vivant seules ou avec enfant(s) (44% contre 25% dans le groupe « non suivi »), plus d'hommes (40% contre 26%), plus de personnes habitant en Wallonie plutôt qu'en Flandre¹² (52% contre 35%), plus de personnes ayant un faible niveau d'études (29% contre 13%), exerçant un métier manuel (57% contre 39%), et souffrant de troubles musculo-squelettiques (36% contre 22%). Toutes ces différences sont statistiquement significatives (test du Chi Carré ; p < 0,05). Étant donné ces différences significatives entre les répondant-es suivi-es et non suivi-es, les analyses visant à tester nos hypothèses seront réalisées séparément pour chacun de ces deux groupes.

6 Afin que nous puissions lier leurs réponses au 3^{ème} temps de mesure, à celles du 2^{ème} temps de mesure et du 1^{er} temps de mesure.

7 Afin de pouvoir utiliser des données administratives concernant leur situation d'incapacité dans leur dossier mutualiste.

8 Par exemple, avoir une donnée encodée sur la variable « catégorie ».

9 Cette condition était nécessaire puisque cette étude vise à investiguer les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité au 3^{ème} temps de mesure.

10 Voir justification à la section 1.2.2.

11 Les 5% restant étant les 15 personnes de la catégorie 4 mentionnées ci-dessus.

12 Nous n'avons pas pu tester statistiquement la différence de proportion pour la Région de Bruxelles-Capitale, le nombre de répondant-es habitant cette région n'étant pas suffisant (n = 18).

Tableau 1 : Description des participant-es ayant répondu aux 3 temps de mesure (Source : MC)

		N	%	Moyenne (écart-type)
Âge		340		51 (8,7)
Sexe	Femmes	242	71%	
	Hommes	98	29%	
Origine	Belge, sans origine migratoire	305	90%	
	Belge, avec origine migratoire ou non-Belge	35	10%	
Région	Flandre	194	57%	
	Wallonie	121	36%	
	Bruxelles	18	5%	
	En-dehors de la Belgique	7	2%	
Langue	Français	144	42%	
	Néerlandais	196	58%	
Niveau d'études	Primaire, secondaire inférieur ou supérieur	157	46%	
	Supérieur de type court ou long	183	54%	
Composition de ménage	Seul ou seul avec enfant(s)	97	28%	
	Avec partenaire	132	39%	
	Avec partenaire et enfant(s)	111	33%	
Temps de travail	Temps partiel	123	36%	
	Temps plein	217	64%	
Type de travail	Manuel	143	42%	
	Intellectuel	197	58%	
Pathologie	Physiques	182	53%	
	Mentales	158	47%	
Catégorie	Catégorie 3	294	86%	
	Catégorie 4	46	14%	
Suivi par un-e C-reat	Non	278	82%	
	Oui	62	18%	
Durée de l'incapacité (en mois)		340		36 (16,5)

2.2. Mesures

Les variables du modèle de recherche ont été mesurées soit via des données auto-rapportées (questionnaire en ligne), soit à partir des données administratives mutualistes. Les variables indépendantes ont été recueillies lors des deux premiers temps de mesure (T1 ou T2), tandis que la variable dépendante – la sortie de l'incapacité de travail – a été mesurée au T3, permettant ainsi un ordre temporel entre cette dernière et les différents prédicteurs (design longitudinal).

2.2.1. Variables socio-démographiques et environnementales liées au travail

Ces variables ont été collectées au T1 via les réponses au questionnaire en ligne. Elles ont été codées de manière catégorielle afin de permettre une interprétation claire des coefficients de régression, de la manière suivante :

- **L'âge** a été mesuré comme une variable continue (âge chronologique) ;
- **Le sexe** (0 = homme et 1 = femme) ;
- **La langue** (0 = français et 1 = néerlandais) ;
- **La composition du ménage** (1 = seul-e, 2 = avec enfant(s), 3 = avec partenaire et 4 = avec partenaire et enfant(s)) ;

- **Le niveau d'études** (1 = primaire ou secondaire inférieur, 2 = secondaire supérieur, 3 = supérieur de type court et 4 = supérieur de type long) ;
- **L'origine** (0 = belge et 1 = non-belge ou belge issu de l'immigration) ;
- **Le type de travail** (0 = manuel et 1 = intellectuel) ;
- **Le temps de travail** avant l'incapacité a été codé selon une échelle allant de 1 = moins qu'un mi-temps à 5 = temps plein.

2.2.2. Variables liées à l'incapacité de travail

Les variables liées à l'incapacité de travail ont été extraites du dossier administratif des participant-es ayant donné leur accord pour le couplage des données, et codées de la manière suivante :

- La **catégorie** la plus récente¹³ a été codée 0 = catégorie 3 et 1 = catégorie 4.
- Le **type de pathologie**¹⁴ a été codé 0 = troubles musculo-squelettiques ou autres troubles, et 1 = troubles mentaux/burnout.
- La **durée de l'incapacité** au T1, initialement disponible en nombre de jours cumulés, a été recodée 0 = incapacité primaire (< 12 mois) et 1 = invalidité (≥ 12 mois).
- **L'initiative du suivi** a été codée 0 = médecin-conseil et 1 = membre, selon l'acteur ou l'actrice à l'origine du démarrage du Trajet Retour au Travail.

2.2.3. Facteurs personnels¹⁵

Les variables de bien-être et de santé subjective ont été mesurées à l'aide d'échelles validées provenant de la littérature scientifique, sur des échelles de Likert allant généralement de 1 à 5. Les analyses factorielles ont montré que tous les items de ces échelles saturaient correctement sur leur facteur (> 0,40), et les analyses de cohérence interne indiquaient des alphas (α) de Cronbach satisfaisants (> 0,70).

Le **sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail** a été évalué grâce à l'échelle de 11 items de Lagerfeld, Blonk, Brenninkmeijer, & Schaufeli (2010) ($\alpha = 0,94$), dans laquelle les participant-es indiquaient leur degré d'accord avec les affirmations suivantes : « Après avoir repris le travail, je m'attends à ... :

- Être capable de faire face aux échecs ;
- Ne pas pouvoir accomplir mes tâches professionnelles en raison de mon état émotionnel^{*16} ;
- Être capable de fixer mes limites personnelles au travail ;
- Être capable d'accomplir mes tâches au travail ;
- Être capable de faire face à des situations émotionnellement exigeantes ;
- Ne plus avoir d'énergie pour faire autre chose* ;
- Être capable de me concentrer sur mon travail ;
- Être capable de faire face à la pression du travail ;
- Ne pas être capable de gérer les problèmes potentiels au travail* ;
- Pouvoir me motiver pour effectuer mon travail ;
- Pouvoir faire face aux exigences physiques de mon travail. »

Les **perspectives temporelles futures professionnelle et générale** ont été mesurées à partir de six items issus respectivement des échelles de Zacher et Frese (2009) et de Carstensen & Lang (1996), avec des indices de cohérence interne de 0,90 et 0,88. **L'estime de soi** a été mesurée via l'échelle de (Rosenberg, 1965) ($\alpha = 0,92$), tandis que la **satisfaction dans la vie** a été évaluée à l'aide de la version française de l'échelle de Blais, Vallerand, Pelletier, & Brière (1989) ($\alpha = 0,84$).

La **santé mentale** a été mesurée via le *General Health Questionnaire-12* (Goldberg, 1972) ($\alpha = 0,90$), et la **santé physique** à l'aide d'items issus du questionnaire sur les facultés de travail (Fonds pour l'expérience professionnelle, 2009) ($\alpha = 0,80$). Enfin, le **recours aux médicaments** a été mesuré via des questions sur la fréquence d'utilisation hebdomadaire de différents médicaments ($\alpha = 0,60$).

13 Dans la mesure où la catégorisation évolue au cours du temps, afin d'avoir le moins de données manquantes possibles sur cette variable, nous avons pris la catégorie connue la plus récente.

14 Pour les analyses descriptives, le codage utilisé était le suivant : 1 = troubles mentaux et burnout ; 2 = troubles musculo-squelettiques ; 3 = autres pathologies.

15 Pour garantir une relation temporelle cohérente avec la sortie de l'incapacité, les variables mesurées au T2 – soit environ huit mois avant l'évaluation du statut d'incapacité au T3 – ont été utilisées dans les analyses. Ce choix permet de tenir compte de facteurs psychosociaux récents tout en assurant une antériorité temporelle par rapport à la variable dépendante.

16 *Items formulés négativement

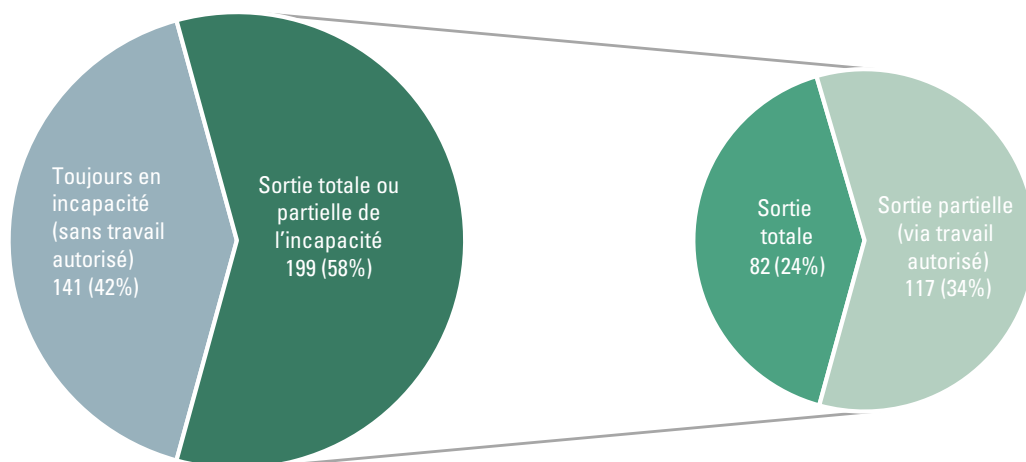
2.2.4. La sortie de l'incapacité de travail

La variable « sortie de l'incapacité » a été construite à partir des données administratives des participant-es en combinant deux informations extraites au troisième temps de mesure (T3) : le statut d'incapacité (oui/non) et la présence d'un travail autorisé (oui/non). **Une personne a été considérée comme sortie partiellement ou totalement de l'incapacité si elle n'était plus en incapacité au T3 ou si elle exerçait un travail autorisé** ; dans les autres cas, elle a été codée comme non sortie de l'incapacité.

Sur l'ensemble des 340 participant-es, 199 personnes (58%) étaient sorties partiellement ou totalement de l'incapacité au T3¹⁷ (voir Figure 2). Parmi ces 199 personnes, 82 étaient sorties totalement de l'incapacité (24% du total de l'échantillon) tandis que 117 en étaient sorties partiel-

lement via le travail autorisé (34% du total de l'échantillon). Les 141 autres (42%) étaient toujours en incapacité sans travail autorisé en mars 2025. Cette situation correspond à l'état observé au moment du troisième temps de mesure et n'exclut pas une sortie ultérieure de l'incapacité, les démarches de retour au travail s'inscrivant parfois dans des temporalités plus longues. Notons que le taux global de travail autorisé dans l'échantillon atteint 34%, un pourcentage nettement supérieur aux chiffres nationaux (environ 17% selon l'INAMI en 2023). Cette différence s'explique probablement par les critères d'inclusion spécifiques de notre étude (catégories 3 et 4 uniquement, personnes en incapacité de travail depuis minimum 3 mois et maximum 4 ans au début de l'étude) ainsi que par la période plus récente d'observation (2025), le recours au travail autorisé ayant augmenté ces dernières années (Solidaris, 2026).

Figure 2. Nombre de personnes sorties partiellement ou totalement de l'incapacité au 3^{ème} temps de mesure (Source : MC)



17 Les raisons pour lesquelles une personne n'est plus considérée comme étant en incapacité peuvent être les suivantes : retour sur le marché du travail (soit par une reprise du travail, soit par une reprise du chômage), départ à la retraite ou décès. Dans le cadre de notre étude, ce dernier cas de figure est impossible puisque les personnes incluses dans l'étude ont répondu au questionnaire en ligne au 3^{ème} temps de mesure. Concernant la sortie via une reprise du chômage, on peut également présumer que la sortie pour ce motif est relativement faible dans notre échantillon, dans la mesure où seulement 4,7% (n = 16) des répondant-es ont déclaré être chômage au premier temps de mesure. Enfin, concernant la sortie pour cause d'entrée à la pension, l'INAMI (2025) constate dans son baromètre un nombre élevé de sorties pour cause d'entrée à la pension au mois de mai. Dans la mesure où nos données mesurent la sortie de l'incapacité de travail au troisième temps de mesure (mars 2025), il est peu probable que le motif de la sortie de l'incapacité pour cause d'entrée à la pension soit fortement présent dans notre échantillon. Ces éléments nous laissent donc supposer que la grande majorité des sorties de l'incapacité signifient une reprise effective d'une activité professionnelle rémunérée.

2.3. Analyses

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS 23. Dans un premier temps, des **statistiques descriptives** ont permis de décrire l'échantillon (global et des personnes suivies et non-suivies, voir section 2.1). Une analyse descriptive complémentaire a ensuite été menée afin d'identifier un « profil type » des personnes sorties de l'incapacité au 3^{ème} temps de mesure. Les différences entre personnes sorties et non sorties ont été testées à l'aide de **tests du Chi Carré** (χ^2). Des **analyses de corrélation** ont ensuite été réalisées pour examiner les liens entre les variables mesurées au T1 ou T2, et la sortie de l'incapacité au T3. Ces corrélations ont été calculées séparément pour les groupes « suivi » et « non suivi » (par un-e C-reat).

Afin de répondre à notre question de recherche, des **régressions logistiques multivariées** ont ensuite été effectuées. Des modèles hiérarchisés ont été testés : quatre modèles successifs pour le groupe « suivi » (ajoutant successivement les variables démographiques, celles liées à l'environnement de travail et à l'incapacité, et enfin, les facteurs personnels), et six modèles¹⁸ pour le groupe « non suivi » (variables démographiques, liées à l'environnement de travail, liées à l'incapacité, facteurs personnels liés au travail, ressources psychologiques et recours aux médicaments).

Les résultats de ces modèles sont donnés sous forme d'*odds ratio* (OR). L'*odd ratio* (OR) ou rapport de cotes, mesure l'association entre notre variable indépendante mesurée au T1 ou T2 (par exemple, le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail) et la probabilité d'être sorti de l'incapacité de travail au T3. Dans cet exemple, si l'OR est égal à un, la probabilité de sortie est la même, peu importe le niveau de sentiment d'efficacité personnelle ; si l'OR est supérieur à un, la probabilité de sortie est plus grande lorsque le sentiment d'efficacité personnelle augmente ; si l'OR est inférieur à un, la probabilité de sortie diminue lorsque le niveau de sentiment d'efficacité personnelle augmente. Les coefficients d'OR sont donc interprétés comme la corrélation entre nos variables indépendantes (e.g., le sentiment d'efficacité personnelle) et le fait de sortir de l'incapacité.

2.4. Limites

Bien que cette étude bénéficie d'un dispositif méthodologique solide — trois temps de mesure espacés de huit mois et l'utilisation conjointe de données auto-rapportées et administratives —, plusieurs limites doivent être prises en compte.

La première concerne la **taille de l'échantillon final** (n = 340). Celle-ci a été réduite par l'attrition¹⁹ au fil des trois temps de mesure, un phénomène fréquent dans les recherches longitudinales, et par la nécessité d'appliquer des critères d'exclusion afin de pouvoir tester la question de recherche. La taille obtenue reste néanmoins comparable aux standards du domaine. Par exemple, une revue systématique sur le développement longitudinal du bien-être au travail a montré que la majorité des études incluses dans leur analyse comptaient entre 200 et 300 participant-es ayant répondu à l'ensemble des temps de mesure (Mäkikangasa, Kinnunen, & Wilmar, 2016). En revanche, il est important de noter que dans les analyses de régression, seuls les modèles appliqués au groupe « non suivi » disposaient d'un nombre d'événements suffisant pour respecter les recommandations statistiques en matière de stabilité des estimations (Peduzzi, Concato, Kemper, Holford, & Feinstein, 1996). Les **résultats obtenus pour le groupe « suivi »** doivent donc être considérés comme **exploratifs** et interprétés avec prudence.

Par ailleurs, l'échantillon n'est **pas parfaitement représentatif** de la population générale des personnes en incapacité ou en invalidité. Par rapport à la population du régime général en invalidité (INAMI, 2023a), il comporte proportionnellement plus de femmes (71% dans notre échantillon, contre 61% dans la population en invalidité), de personnes vivant en Flandre (57% contre 51%), exerçant un travail intellectuel (58% alors que dans la population en invalidité, la proportion d'employé-es est de 37% et celle d'ouvrier-ères de 63%) ou souffrant de troubles mentaux (47% contre 42%). En revanche, l'échantillon est assez représentatif en termes d'âge (77% de travailleur-euses de plus de 45 ans, contre 76% dans la population). Ces variables (âge, sexe, type de travail, de pathologie) ont néanmoins été incluses dans les analyses comme variables de contrôle, ce qui permet de tenir compte de leur effet potentiel sur les chances de sortie de l'incapacité de travail. Les résultats de la modélisation ne devraient donc pas en être biaisés.

18 La taille d'échantillon étant plus importante pour le groupe « non suivi », nous avons pu intégrer davantage de variables dans l'analyse, que pour le groupe « suivi ».

19 Perte des participant-es au fil du temps.

Enfin, la **variable dépendante** mesure la **sortie partielle ou totale** de l'incapacité, sans distinguer précisément les motifs (reprise du travail, chômage, retraite). La prise en compte du travail autorisé garantit toutefois que, pour une grande partie des personnes sorties de l'incapacité, il s'agit bien d'une reprise partielle du travail. De plus, la faible proportion de répondant-es déclarant être au chômage avant l'incapacité réduit le risque de confusion, et les décès ne constituent pas un motif de sortie dans notre échantillon, puisque toutes les personnes incluses dans l'analyse ont répondu au questionnaire du troisième temps de mesure et étaient donc bien vivantes à ce moment-là.

3. Résultats

3.1. Profil-type des participant-es sorti-es de l'incapacité au T3

Les analyses descriptives réalisées avant de tester nos hypothèses ont permis de dégager le profil socio-démographique des participant-es sorti-es totalement ou partiellement de l'incapacité au troisième temps de mesure ($n = 199$) (voir Figure 3). Comparées à celles toujours en incapacité ($n = 141$), ces personnes sont **plus souvent diplômées de l'enseignement supérieur** (66% contre 37% parmi celles toujours en incapacité), exercent **davantage un métier intellectuel** (68% contre 43%), exerçaient plus fréquemment un **emploi à temps plein avant l'incapacité** (70% contre 56%) et sont également **plus souvent des personnes belges non issues de l'immigration** (94% contre 84%). On retrouve également une proportion plus élevée de personnes ayant connu une **incapacité primaire** parmi celles sorties de l'incapacité (29% contre 18%)²⁰. Toutes ces différences sont statistiquement significatives (test Chi Carré, $p < 0,05$). De manière marginalement significative ($p < 0,10$), les personnes sorties de l'incapacité ont plus tendance à souffrir **de troubles mentaux** (49% contre 43%) **ou d'autres pathologies** (31% contre 27%) plutôt que de troubles musculo-squelettiques (20% contre 30%).

3.2. Les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité

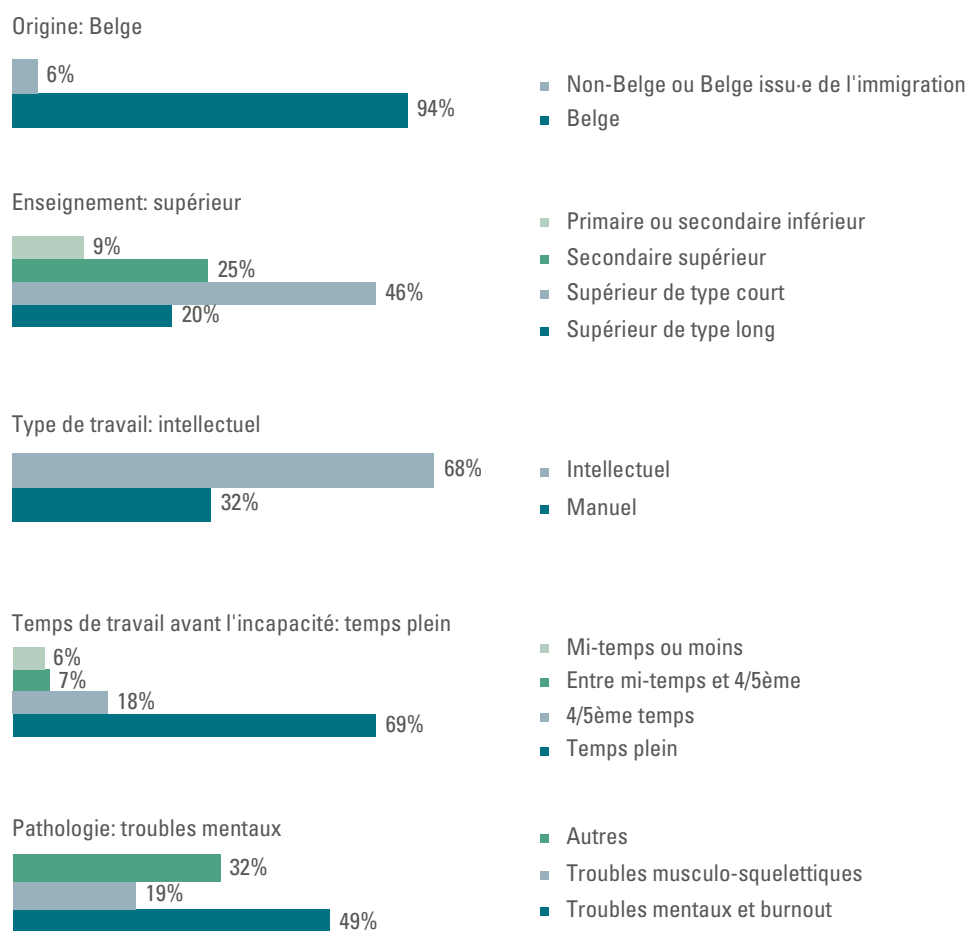
Les variables intégrées dans les modèles de régression logistique ont été sélectionnées sur la base de la littérature scientifique et d'une analyse préliminaire de corrélation avec la sortie de l'incapacité de travail. Seules les variables qui corrôlaient significativement ($p < 0,05$) avec la sortie de l'incapacité de travail ont été intégrées dans les modèles de régression. Comme prévu méthodologiquement (section 2.1.), les analyses ont été menées séparément pour les personnes suivies et non suivies par un-e coordinateur-ice de retour au travail.

3.2.1. Résultats pour le groupe « suivi »

Pour le groupe « suivi » ($n = 62$), les régressions logistiques par étapes indiquent que, dans le modèle 1, le **niveau d'études** et la **langue** sont associés à la probabilité de sortie de l'incapacité. Une probabilité plus élevée est

20 L'invalidité reste majoritaire dans les deux groupes puisque les personnes en invalidité sont plus nombreuses dans l'échantillon.

Figure 3. Profil type des participant-es sortis de l'incapacité de travail au 3^{ème} temps de mesure (Source : MC)



observée chez les personnes disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur — en particulier de type long, et de façon marginale de type court — ainsi que chez les personnes néerlandophones (voir Tableau 2). L'ajout du type de travail dans le modèle 2 n'améliore pas la prédiction.

Dans le modèle 3, l'introduction de la **catégorie** montre que les participant-es en **catégorie 3** sortent plus fréquemment de l'incapacité que celles en catégorie 4. Cette différence est confirmée par les analyses descriptives : parmi les 62 personnes suivies, 58% des personnes en catégorie 3 étaient sorties partiellement ou totalement de l'incapacité au troisième temps de mesure, contre seulement 32% des personnes en catégorie 4, une différence statistiquement significative ($p < 0,05$). Ce résultat a conduit à approfondir

l'analyse en comparant sur certaines caractéristiques les personnes en catégorie 4 et en catégorie 3, au sein de l'échantillon total ($n = 340$). Les **personnes en catégorie 4** ($n = 46$) vivent proportionnellement plus souvent seules que les personnes en catégorie 3 ($n = 294$) (30% contre 16%), exercent plus fréquemment un **métier manuel** (57% contre 40%) et travaillaient plus souvent à **temps partiel** avant l'incapacité (48% contre 34%). Sur le plan des pathologies, elles présentent davantage de **troubles mentaux et musculo-squelettiques**, que d'autres types de pathologies (87% contre 68%). Enfin, les personnes en catégorie 4 qui ont été suivies ont beaucoup moins **souvent entamé leur suivi de leur propre initiative** que les personnes en catégorie 3 qui ont été suivies (10% contre 68%). Toutes ces différences de proportion sont statistiquement significatives.

Tableau 2 : Résultats des analyses de régression prédisant la sortie de l'incapacité de travail parmi les répondant·es suivi·es (n = 62) (Source : MC)

Variables prédictives	Modèle avec catégorie				Modèle avec initiative du suivi			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Langue (ref: francophone)	3,29*	3,28†	9,03*	7,84*	3,29*	3,28†	18,5*	18,17*
Niveau d'études (ref: primaire ou secondaire inférieur)								
Secondaire supérieur	0,45	0,45	0,47	0,40	0,45	0,45	0,39	0,30
Supérieur type court	3,44†	3,29	2,37	1,19	3,44†	3,29	2,21	0,87
Supérieur type long	7,61*	7,27†	5,10	3,10	7,61*	7,27†	15,7*	6,38
Type de travail (ref : manuel)	-	1,08	1,35	1,65		1,08	1,24	1,61
Catégorie (ref: catégorie 3) ou initiative suivi (ref : médecin-conseil)	-		0,15*	0,14*			12,29*	17,8*
Estime de soi	-			0,76				0,69
Satisfaction dans la vie	-			1,51				1,71
Santé mentale	-			2,76				3,14

Note. N = 62. Les odd-ratios (OR) pour chaque modèle sont indiqués. Les associations sont considérées comme significatives si l'intervalle de confiance à 95% ne contient pas la valeur 1 ($p < 0,05$).

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

Afin de tenir compte de ce **lien étroit entre la catégorie et l'initiative du suivi**, un modèle alternatif a été testé dans les analyses de régression, en remplaçant la variable « catégorie » par « **initiative du suivi** ». Les résultats montrent que les personnes ayant **entamé leur suivi de leur propre initiative** présentent une probabilité plus élevée d'être sorties de l'incapacité que celles dont le suivi a débuté sur avis du médecin-conseil.

Enfin, dans le modèle 4 (que ce soit avec la variable de catégorie ou d'initiative du suivi), l'ajout des facteurs personnels subjectifs (estime de soi, satisfaction dans la vie, santé mentale) ne met en évidence aucune association significative avec la sortie de l'incapacité au sein de ce groupe « suivi ».

3.2.2. Résultats pour le groupe « non-suivi »

Pour le groupe « non suivi » (n = 278), les analyses de régression logistique présentées dans le tableau 3 montrent que, dans le modèle 1, le **niveau d'études** et l'**origine** ressortent comme prédicteurs significatifs de la sortie de l'incapacité. Les personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur — qu'il soit de type court ou de type long — présentent une probabilité nettement plus élevée de sortir de l'incapacité que celles ayant un niveau d'études plus faible. À l'inverse, les personnes non belges ou belges issues de l'immigration ont une probabilité plus faible de sortie par rapport aux personnes belges qui ne sont pas issues de l'immigration. L'**âge** présente également un effet marginalement significatif, suggérant que les personnes plus âgées ont légèrement moins de chances de sortir de l'incapacité. Notons que dans ce modèle, nous n'avons pas testé l'effet de la catégorie car elle ne corrélait pas significativement avec la sortie de l'incapacité : autrement dit, pour les personnes non suivies interrogées dans cette étude, le fait d'être en catégorie 3 ou 4 ne semble pas lié à la sortie de l'incapacité.

Dans le modèle 2, l'ajout des variables environnementales liées au travail met en évidence l'effet du **temps de travail** avant l'incapacité : le fait d'avoir travaillé à temps plein avant l'incapacité, augmente la probabilité d'en sortir. Le **type de travail** (manuel ou intellectuel) n'est pas significatif à ce stade, mais il le devient dans les modèles 4 à 6, où les personnes exerçant un **métier intellectuel** présentent une probabilité plus élevée de sortie de l'incapacité. Le modèle 3 introduit la durée de l'incapacité, sans révéler d'effet significatif de cette variable sur la sortie.

Dans les modèles 4 à 6, l'ajout progressif des facteurs personnels subjectifs montre qu'une seule variable ressort systématiquement comme prédicteur significatif : le **sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail**. Ce facteur, associé positivement à la sortie de l'incapacité dans chacun de ces modèles, apparaît comme un **élément central dans le processus de reprise**. Les résultats descriptifs montrent que les personnes qui étaient en état de croire en leurs capacités à surmonter les obstacles liés à

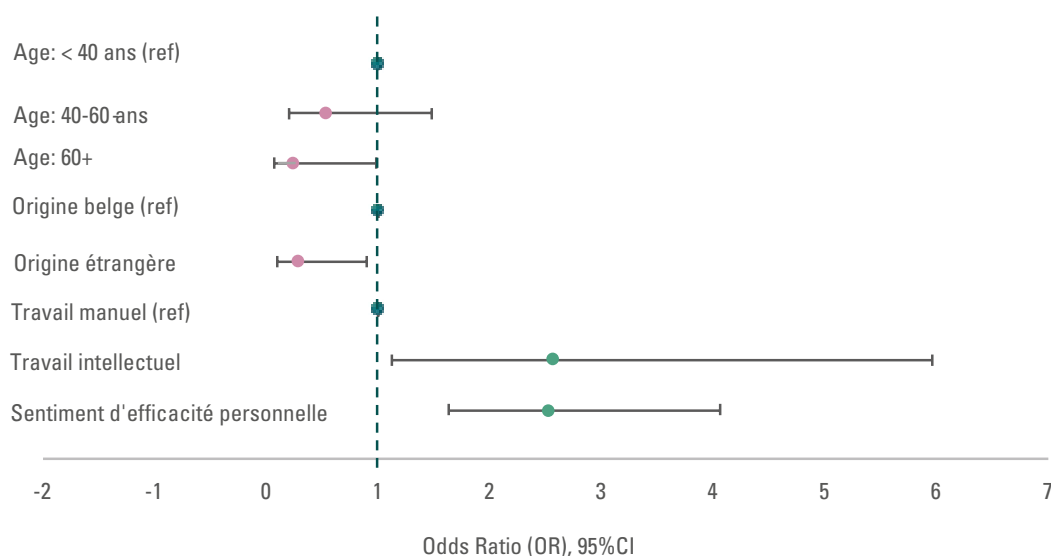
la reprise au 2^{ème} temps de mesure, sont presque deux fois plus nombreuses au 3^{ème} temps de mesure à être sorties de l'incapacité de travail : elles sont 129 à en être sorties, contre seulement 70 parmi celles qui avaient un faible sentiment d'efficacité personnelle. Étant donné son importance pour notre question de recherche, nous avons également exploré — au moyen d'analyses de corrélation — dans quelle mesure son niveau varie selon plusieurs caractéristiques socio-démographiques, professionnelles et liées à l'incapacité de travail. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, car ils reflètent uniquement des liens bivariés, sans contrôle pour d'autres variables susceptibles d'influencer ces relations. Les corrélations indiquent que le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail est plus élevé chez les personnes néerlandophones, chez celles ayant un niveau d'études plus élevé, chez les personnes travaillant à temps plein avant l'incapacité et chez celles qui étaient en incapacité primaire plutôt qu'en invalidité au premier temps de mesure.

Tableau 3 : Résultats des analyses de régression prédisant la sortie de l'incapacité de travail parmi les répondant·es non suivi·es (n = 278) (Source : MC)

Variables prédictives	Modèle					
	1	2	3	4	5	6
Âge	0,97†	0,97	0,98	0,97	0,95*	0,95*
Niveau d'études (ref: primaire ou secondaire inférieur)						
Secondaire supérieur	1,74	1,58	1,52	1,56	1,67	1,62
Supérieur type court	4,10***	3,12*	2,94*	2,03	1,93	1,88
Supérieur type long	3,35*	2,38	2,32	1,37	1,30	1,23
Origine (ref : belge)	0,35*	0,35*	0,33*	0,33*	0,27*	0,28*
Type de travail (ref : manuel)	-	1,35	1,32	2,27*	2,58*	2,52*
Temps de travail (ref : moins d'un mi-temps)						
Entre mi-temps et 4/5ème		1,85	1,87	1,03	1,14	1,11
4/5ème temps		2,77	2,81*	1,37	1,28	1,27
Temps plein		2,85*	2,69*	1,26	1,12	1,08
Durée de l'incapacité (ref: incapacité primaire)	-	-	0,69	0,91	1,01	1,01
Sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail	-	-	-	3,30***	2,76***	2,62***
Perspective temporelle future professionnelle	-	-	-	1,06	0,85	0,86
Estime de soi	-	-	-	-	1,42	1,31
Perspective temporelle future générale	-	-	-	-	1,27	1,19
Satisfaction dans la vie	-	-	-	-	1,29	1,12
Santé mentale	-	-	-	-	-	1,39
Santé physique	-	-	-	-	-	1,11
Recours aux médicaments	-	-	-	-	-	1,01

Note. N = 278. Les odd-ratios (OR) pour chaque modèle sont indiqués. † p < 0,10 ; * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Figure 4 : Prédicteurs significatifs de la sortie de l'incapacité pour les répondant-es qui n'ont pas été suivi-es par un-e coordinateur-ice de retour au travail (Source : MC)



N = 278. Les odds ratios (OR) du modèle le plus complet (modèle 6) sont représentés.

Afin de présenter l'effet de l'âge sur le graphique, cette variable a été codée en trois tranches d'âge (sur base de l'écart-type) et intégrée dans le modèle de régression en tant que variable catégorielle.

Une figure synthétique (Figure 4) reprend les effets significatifs observés dans le modèle le plus complet (modèle 6), en présentant les *odd-ratios* associés.

4. Discussion

4.1. Profil des personnes sorties de l'incapacité de travail

Cette étude longitudinale a tout d'abord montré que les participant-es d'**origine belge et non issus de l'immigration**, ayant un **diplôme de l'enseignement supérieur**, exerçant un **travail de type intellectuel**, travaillant à **temps plein** avant l'incapacité, et ayant été en incapacité en raison d'un **trouble mental**, sont **plus susceptibles d'être sorties de l'incapacité au troisième temps de mesure**²¹, que les personnes issues de l'immigration, peu diplômées, exerçant un travail manuel, travaillant à temps partiel avant l'incapacité, et ayant été en incapacité en raison d'un trouble musculosquelettique. Nous formulons l'hypothèse que ces personnes sont plus susceptibles de cumuler des vulnérabilités les tenant éloignées plus durablement de l'emploi, que ce soit au regard de l'ampleur du handicap que représente leur pathologie en vue d'une

21 Pour rappel, il s'agit bien de la sortie de l'incapacité au terme de la période étudiée. Cela ne signifie pas que ces personnes ne sortiront jamais de l'incapacité de travail, certaines initiatives de reprise ou de réorientation pouvant nécessiter un certain temps avant de produire des résultats.

reprise du travail ou compte tenu des défis multiples auxquels elles sont probablement plus souvent confrontées. Comme le souligne d'ailleurs un rapport du Conseil Supérieur de l'Emploi (2024), les groupes qui restent en incapacité plus longtemps (personnes plus âgées, avec des niveaux d'études plus faibles, ou habitant en Wallonie ou à Bruxelles) semblent également se trouver dans une position plus précaire sur le marché du travail, avec des taux de chômage plus élevé que la moyenne pour les travailleur-euses plus âgé-es, les personnes peu diplômées et résidant à Bruxelles ou en Wallonie.

4.2. Facteurs prédictifs pour les personnes non suivies par des C-reat

Pour les **personnes** qui n'ont **pas été suivies** par un-e coordinateur-ice du retour au travail, les résultats du modèle le plus complet indiquent que **l'âge, l'origine, le type de travail et le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail** (lorsque la personne est en état de croire en sa capacité à surmonter les obstacles liés au retour au travail), constituent des prédicteurs significatifs de la sortie de l'incapacité. Ci-dessous, nous discutons chacun de ces résultats, en les mettant en lien avec la littérature scientifique.

4.2.1. L'effet des facteurs socio-démographiques et d'emploi

Nos résultats montrent que les travailleur-euses **plus jeunes, belges sans origine migratoire**, et occupant un **emploi intellectuel** ont davantage de chances de sortir de l'incapacité que les personnes plus âgées, issues de l'immigration, ou exerçant un métier manuel. Ces résultats sont conformes à des tendances déjà documentées dans des études, ayant montré que les personnes plus âgées ou ayant un niveau d'instruction plus faible présentent moins de chances de sortir de l'incapacité (Vooijs et al., 2015). De même, les personnes d'origine étrangère, souvent confrontées à des emplois plus précaires (Unia, 2022) et plus impactées lorsqu'elles perçoivent de la discrimination liée à leur incapacité (Henry, 2025), ont plus de difficultés à sortir de l'incapacité. Ces résultats interrogent sur la **présence d'obstacles structurels sur le marché du travail**, comme la discrimination fondée sur l'âge ou sur l'origine, qui sont des formes d'exclusion encore très répandues en Belgique (Unia, 2022; Unia, 2025).

Concernant l'effet du type de travail, des études belges ont également trouvé que les ouvrier-ères recourent moins

souvent au travail autorisé et basculent davantage vers l'invalidité (Bruyneel et al., 2024 ; Mutualités Libres, 2023). Cette plus grande difficulté dans le retour au travail des ouvrier-ères pourrait être due à la plus grande difficulté d'aménager leurs postes de travail, mais aussi, à de plus grandes difficultés au niveau psychologique. Une récente étude de Inoue et al. (2025) a ainsi montré que des travailleur-euses manuel-les rapportent fréquemment une incertitude quant à leur capacité à reprendre les mêmes tâches physiquement exigeantes, dans un contexte marqué par une exposition chronique à des charges de travail élevées et à un faible contrôle sur leur emploi. Concernant les aménagements, les emplois physiquement exigeants sont par ailleurs perçus comme moins adaptables, les possibilités de modification du poste étant souvent limitées par les exigences des tâches et par les considérations de sécurité (Inoue et al., 2025).

4.2.2. L'effet du sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail

Concernant le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail, cette confiance de la personne dans sa capacité à reprendre le travail et à surmonter les obstacles liés à cette reprise, apparaît comme un prédicteur robuste de la sortie de l'incapacité, un résultat qui s'accorde avec d'autres travaux (Fisker et al., 2022; Lagerveld, Brenninkmeijer, Blonk, Twisk, & Schaufeli, 2017). Une récente étude du Conseil socio-économique de Flandre (SERV, 2025) souligne d'ailleurs que les personnes qui ont confiance en leurs capacités et qui manifestent le désir de reprendre le travail, trouvent plus facilement la motivation nécessaire à une reprise durable. Sur base d'entretiens approfondis, l'étude du SERV identifie ainsi **cinq leviers clés pour une réintégration durable** : la **confiance de la personne dans ses capacités et son envie de reprendre le travail**, le **soutien de relations significatives** (collègues, médecins, thérapeutes, jobcoachs), un **leadership centré sur l'humain**, des **aménagements du travail adaptés**, et enfin une **véritable marge pour le soin et le rétablissement**, permettant une reprise au bon moment.

Des analyses complémentaires montrent par ailleurs que ce sentiment d'efficacité est associé à certaines caractéristiques socio-professionnelles : il est plus élevé chez les personnes néerlandophones, disposant d'un niveau d'études supérieur, travaillant à temps plein avant l'incapacité ou ayant connu une incapacité primaire plutôt qu'une invalidité au premier temps de mesure. Ces résultats sont cohérents avec ceux de la littérature scientifique, qui souligne que les travailleur-euses ayant de plus lon-

gues périodes d'incapacité (Brouwer et al., 2011), qui ne sont pas en bonne santé (Lork & Holmgren, 2018), ou qui sont plus âgé-es (Horn, Spronken, Brouwers, de Reuver, & Joosen, 2022) croient moins en leurs capacités à réussir leur retour au travail. Cette variable peut néanmoins être influencée par l'environnement de travail. Par exemple, les travailleur-euses qui se sentent soutenu-es par leur-e supérieur-e hiérarchique (Brouwer et al., 2011; Lork & Holmgren, 2018), ou qui ont un emploi qui a du sens, qui est agréable et stimulant (Lork & Holmgren, 2018) croient davantage en leurs capacités à surmonter les obstacles liés au retour au travail.

4.3. Facteurs prédictifs pour les personnes suivies par des C-reat

Pour les **personnes** ayant été **suivies** par un-e coordinateur-ice du retour au travail, les résultats **exploratifs** (compte tenu de la faible taille de l'échantillon) suggèrent que les personnes **néerlandophones, en catégorie 3 ou ayant démarré un trajet de leur propre initiative** présentent de meilleures chances d'être sorties de l'incapacité au troisième temps de mesure. **Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence car ils ne concernent qu'un petit échantillon de personnes (n = 62).**

4.3.1. L'effet de la catégorie et de l'initiative du suivi

Contrairement aux personnes non suivies, un effet de la catégorie ressort significativement pour les personnes qui ont été suivies par un-e coordinateur-ice de retour au travail. Les résultats montrent ainsi que les personnes en catégorie 3 qui ont été suivies, ont plus de chances de sortir de l'incapacité que les personnes en catégorie 4. Cependant, les analyses ont également montré que ces personnes commencent plus fréquemment un suivi à leur propre initiative, contrairement aux personnes en catégorie 4. Il s'agit donc probablement de personnes qui s'estiment prêtes à reprendre le travail. De plus, les personnes en catégorie 3 de cet échantillon avaient des caractéristiques plus propices au retour au travail : elles étaient plus nombreuses que les personnes en catégorie 4, à exercer un métier intellectuel, à travailler à temps plein avant l'incapacité, et moins nombreuses à souffrir de troubles musculo-squelettiques.

De manière générale, ces résultats suggèrent que l'initiative personnelle dans le lancement d'un trajet de réintégration pourrait favoriser une reprise réussie. Ou pour le dire autrement, que les personnes se sentant prêtes à initier un tel trajet sont probablement dans les bonnes conditions pour reprendre le travail. L'importance pour la personne de diriger elle-même son processus de retour au travail a également été soulignée par des chercheur-euses aux Pays-Bas (Hoefsmit, 2015), certain-es ayant conclu que « permettre aux employés de diriger eux-mêmes leur processus de retour au travail et d'écouter leurs besoins peut être bénéfique pour une meilleure reprise du travail » (Smeets, Hoefsmit, & Houkes, 2019, p. 806, notre traduction). Prendre l'initiative du trajet témoigne d'une capacité à s'auto-déterminer, qui apparaît lorsque trois besoins fondamentaux psychologiques sont satisfaits (autonomie, compétence et relation) (Deci & Ryan, 1985). Mais encore faut-il être en capacité de combler ces besoins. Cela implique de se trouver dans les conditions de santé, les conditions matérielles, sociales, économiques, voire familiales, permettant de s'engager dans ce processus. Or nous avons vu que les individus ne sont pas tous égaux à cet égard.

Les résultats contrastés entre les catégories invitent également à poser un regard nuancé sur ce que ces catégories nous disent. L'état de santé d'individus dernièrement classés en catégorie 3 peut évoluer plus ou moins rapidement, permettant un retour à l'emploi. Et a contrario, un individu classé en catégorie 4 peut avoir toutes les peines du monde à concilier les difficultés multiples auquel il fait face. Si sa situation de santé est considérée comme permettant éventuellement un retour à l'emploi moyennement un soutien et des adaptations, sa situation générale peut rester en pratique extrêmement complexe et fragile. Autrement dit, plus que la dernière catégorie assignée, c'est la trajectoire de santé globale qui importe pour considérer le retour à l'emploi après une incapacité.

Concernant l'effet de la langue, ce résultat s'inscrit dans la continuité d'études belges suggérant des taux de réintégration plus élevés en Flandre qu'en Wallonie ou à Bruxelles (Bruyneel et al., 2024; Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024). Nous émettons **trois hypothèses** pour expliquer ces différences, sur base des constats dressés dans d'autres études (e.g., Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024).

Premièrement, comme le suggère le Conseil Supérieur de l'Emploi (2024), « le **caractère plus tendu du marché du travail en Flandre** augmente les chances aussi pour les personnes qui ont un problème de santé » (p. 82). Bien que la reconnaissance de l'incapacité repose sur une évaluation médicale, il est ainsi possible qu'un marché plus dynamique, qui peut augmenter les débouchés pour des personnes ayant un problème de santé, contribue à une sortie plus rapide de l'incapacité (Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024).

Deuxièmement, les personnes habitant en Flandres semblent **utiliser davantage les instruments favorisant la réintégration**. Le Conseil note ainsi dans son rapport que les travailleur-euses flamand-es recouraient plus à l'ensemble des instruments de réintégration analysés jusqu'en 2020 (visite de pré-reprise du travail, reprise partielle du travail, et trajet d'accompagnement par les services de l'emploi), à l'exception des trajets de réintégration. Ces instruments sont également davantage utilisés par les travailleur-euses plus jeunes et avec un niveau d'éducation supérieur. De futures recherches s'intéressant aux différences régionales pourraient réaliser une analyse comparative sur les instruments de réintégration récents existant dans les trois régions, et sur leur accessibilité.

Enfin, la Flandre, via la Fondation Innovation et Travail du Conseil Socio-Economique de Flandre (SERV), **monitore la qualité de l'emploi** (*werkbaar werk*), via des indicateurs tels que la charge de travail, la variété des tâches, l'autonomie ou le soutien hiérarchique. Ce monitoring peut constituer un levier important pour promouvoir des emplois plus soutenables et plus durables, susceptibles de favoriser le maintien en emploi et, indirectement, les processus de réintégration.

5. Recommandations

Les résultats de cette étude montrent que **les personnes qui parviennent à sortir de l'incapacité ont généralement un profil plus favorisé sur le marché du travail** (origine belge, diplôme du supérieur, travail à temps plein avant l'incapacité), et sont celles qui **croient le plus à leurs capacités de surmonter les obstacles liés au retour au travail** (sentiment d'efficacité personnelle). À l'inverse, les profils qui semblent avoir plus de difficultés à sortir de l'incapacité sont des personnes peu diplômées, exerçant un métier manuel, souffrant de troubles musculosquelettiques, et croyant peu à leurs capacités de reprendre avec succès le travail. De là, quelles mesures envisager pour accompagner de manière adaptée les personnes en incapacité, dont l'état de santé le permet, vers le retour au travail ? Comment faire évoluer les dispositifs, les emplois, et notre culture de la maladie et du travail ? Plus largement, que nous disent ces résultats de notre société, dans laquelle un nombre important de personnes entrent et restent en incapacité, et où certains profils, plus exposés à des vulnérabilités, semblent avoir moins de chances d'en sortir ?

Les résultats de notre étude montrent que **la confiance d'une personne dans sa capacité à surmonter les obstacles liés à la reprise** – autrement dit son sentiment d'efficacité personnelle – joue un rôle déterminant dans ses chances de sortir de l'incapacité : plus les personnes sont en état de croire en leurs capacités à surmonter les obstacles liés à la reprise du travail, plus elles sont susceptibles de sortir de l'incapacité. Cependant, cette perception ne dépend pas en premier lieu des personnes elles-mêmes : plusieurs chercheur-euses (Nieuwenhuijsen, Noordik, van Dijk, & van der Klink, 2013; Lagerveld et al., 2017) soulignent que renforcer le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail ne peut se faire **que si les conditions de travail permettent effectivement aux travailleur-euses de surmonter les obstacles présents**. Lorsque les exigences professionnelles sont trop élevées ou lorsque l'environnement de travail est défavorable, chercher à augmenter ce sentiment peut devenir irréaliste – voire contre-productif – car la personne risque d'être encouragée vers des objectifs qu'elle ne peut pas atteindre dans l'état actuel du poste. Comme l'indiquent Lagerveld et al. (2017), cela peut conduire à un échec, suivi d'une diminution encore plus importante de son sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail. D'autres équipes de recherche suggèrent également que des **exigences professionnelles excessives** peuvent nourrir la peur d'une rechute ou d'une aggravation de l'état de santé et diminuer indirectement la

motivation à reprendre le travail (Janssen et al., 2003).

Afin de favoriser le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail, et optimiser les chances pour tous et toutes de reprendre le travail **lorsque leur état de santé le permet**, nous développons ci-dessous les six recommandations suivantes :

1. Proposer un plan d'aménagements du travail afin de favoriser le retour au travail ;
2. Collecter des données sur la mise en place des aménagements afin de mesurer l'effectivité du système ;
3. Renforcer l'application de la législation sur les risques psychosociaux afin d'améliorer la prévention ;
4. Élaborer des trajets d'accompagnement ciblés afin de tenir compte des besoins spécifiques des personnes ;
5. Lutter contre la discrimination sur le marché du travail afin de réduire les obstacles structurels à la sortie de l'incapacité ;
6. Rendre le monde du travail moins producteur d'incapacité afin de prévenir l'incapacité.

5.1. Proposer un plan d'aménagements du travail afin de favoriser le retour au travail

Proposer des aménagements du travail lorsqu'une personne envisage de le reprendre peut augmenter son sentiment d'efficacité dans son retour au travail. La littérature scientifique souligne ainsi que les aménagements du travail constituent un **facteur essentiel pour améliorer les résultats de retour au travail**, que ce soit à la suite d'une incapacité en raison d'une pathologie physique ou mentale (Cancelliere et al., 2016). Les aménagements sont définis comme « des modifications ou des ajustements apportés aux procédures ou à l'environnement de travail afin de permettre à un-e travailleur-euse ayant des besoins spécifiques d'accomplir les tâches requises » (Villotti et al., 2020, page 13, notre traduction).

Après une **incapacité en raison d'un trouble mental** (par exemple, une dépression), les aménagements mis en place sont souvent directement liés aux aspects du travail, comme la **modification du temps de travail, la mise en place d'horaires flexibles, ou encore l'autorisation d'un retour progressif** (Bastien & Corbière, 2019). Cependant,

ces types d'aménagements sont efficaces seulement s'ils sont combinés à une **augmentation graduelle des tâches**, dans le **respect des limitations des travailleur-euses**, et lorsqu'ils sont mis en œuvre dans un **contexte de travail soutenant** (Bastien et Corbière, 2018). Plusieurs études ont ainsi montré que les effets bénéfiques des aménagements du travail peuvent être compromis lorsqu'ils sont perçus comme injustes par les collègues (Colella, 2001 ; Dunstan & Maceachen, 2014) ou lorsqu'ils s'inscrivent dans un environnement de travail marqué par de fortes exigences de performance, limitant le soutien social au travail (Saint Arnaud et al., 2006). Les **facteurs psychosociaux et l'implication des différentes parties prenantes** doivent donc également être pris en compte lors de la mise en place des aménagements.

Chez les personnes présentant des **troubles musculo-squelettiques**, les aménagements du travail peuvent notamment inclure la réduction du temps de travail, l'octroi de temps supplémentaire pour accomplir les tâches et les objectifs, la mise en place de pauses régulières, ou encore la possibilité de modifier sa posture et sa position de travail (Liedberg et al., 2021). En Belgique, une **nouvelle réglementation entrée en vigueur en 2024** vise précisément à **améliorer la prévention des troubles musculo-squelettiques**. L'Arrêté Royal du 19 mars 2024 prévoit notamment que lors de la conception, de l'aménagement et de l'adaptation des postes de travail, l'employeur-euse tienne compte de l'ergonomie²² au travail afin de prévenir ces troubles (Moniteur belge, 2025). Pour **accompagner les employeur-euses dans l'amélioration de l'ergonomie**, le SPF met à disposition plusieurs outils (exemple : guide pour la prévention, fiches pour prévenir les troubles musculo-squelettiques dans 36 métiers), disponibles sur le site <https://beswic.be/fr/themes/troubles-musculosquelettiques-tms>.

5.2. Collecter des données sur la mise en place des aménagements afin de mesurer l'effectivité du système

La mise en place de ces aménagements peut s'inscrire dans le cadre d'une **politique collective de retour au travail ambitieuse**. Cependant, comme le rappellent Inoue et al. (2025), « la simple existence de politiques [de retour au travail] ne suffit pas : le soutien au retour au travail doit intégrer des mécanismes garantissant une application

22 Définie dans l'AR comme « une approche visant à adapter le travail, y compris le poste de travail et l'environnement de travail, à l'humain en tenant compte de ses caractéristiques physiques, mentales, psychiques et sociales, et qui doit être appliquée dans tous les domaines du bien-être au travail ».

équitable et effective, en particulier dans les emplois physiquement exigeants » (p. 15, notre traduction). Afin de s'assurer d'une mise en place équitable et effective des aménagements pour tou·tes les travailleur·euses, il pourrait être utile que les **décisions concernant l'octroi ou le refus d'aménagements fassent l'objet d'un suivi systématique par les autorités (monitoring)**. Il serait également intéressant que ces données puissent être croisées avec d'autres variables, comme par exemple, le sexe, l'âge ou le type de métier, afin de pouvoir réaliser des analyses statistiques qualitatives sur l'octroi des aménagements en fonction du profil du·de la travailleuse. Cela permettrait d'identifier plus précisément les obstacles à la mise en place des aménagements lors du retour au travail, et de dégager des pistes de solutions.

5.3. Renforcer l'application de la législation sur les risques psychosociaux afin d'améliorer la prévention

Dans un récent rapport du Conseil Supérieur de l'Emploi (2025) sur l'état des lieux du marché du travail en Belgique, le Conseil souligne que la prévention de l'incapacité de travail est insuffisamment abordée dans les récentes réformes fédérales. Étant donné la croissance des incapacités en raison de troubles psychosociaux ces dernières années (+44% des incapacités de travail de plus d'un an pour cause de dépression ou de burnout entre 2018 et 2023) (INAMI, 2023b), prévenir ces risques doit rester une priorité. Cependant, des recherches suggèrent que les **analyses de risques, qui sont pourtant obligatoires, ne sont pas toujours réalisées par les employeur·euses** (Lorthioir, 2021; De Greef & Tesse, 2025). Comme le souligne Lorthioir (2021) : « la politique de prévention telle qu'elle devrait être mise en place et évaluée dans l'entreprise selon la législation n'est pas appliquée ou de manière partielle et incorrecte. Cela commence par des analyses de risques trop

rares, opaques, insuffisamment prises en compte dans la politique de prévention » (page 7). De plus, les **recommandations émises par les conseiller·ères en prévention spécialisés dans les risques psychosociaux**, qui ont un statut consultatif plutôt que décisionnel, ne **semblent pas suffisamment suivies** (Lorthioir, 2021; De Greef & Tesse, 2025).

Pour améliorer l'effectivité du dispositif, **Lorthioir (2021)** émet plusieurs recommandations :

1. Mettre au point un **modèle unique minimal sur la base duquel les analyses de risques devront être effectuées** afin de garantir la qualité de celles-ci et un contrôle plus aisé de leur suivi ainsi que des mesures prises sur la base de celles-ci ;
2. Garantir la **transparence de cette analyse de risques** auprès des représentant·es des travailleur·ses ;
3. Lorsque l'employeur·euse choisit de ne pas suivre un avis ou une mesure préconisée par le ou la conseiller·ère en prévention, qu'il doive **motiver formellement ce refus auprès du Comité pour la Prévention et la Protection au travail (CPPT)** (ou à défaut, de la Délégation Syndicale).

Dans leur rapport d'évaluation de la dimension collective de la législation relative aux risques psychosociaux, les chercheur·euses **De Greef et al. (2024)** soulignent également la nécessité de renforcer l'effectivité du cadre existant. Leurs recommandations convergent vers quatre axes principaux : **(1) améliorer la collecte des données relatives au bien-être²³, systématiser l'analyse des risques psychosociaux²⁴** et la communication de leurs résultats ; **(2) renforcer la mise en œuvre concrète des obligations de prévention**, en tendant vers une logique d'obligation de résultat assortie de sanctions effectives²⁵ ; **(3) améliorer la collaboration et la formation** des acteurs et actrices du bien-être au travail²⁶; **(4) accroître les actions de sensibilisation²⁷ et penser le bien-être des PME²⁸** et de leurs travailleur·euses.

23 Notamment : réintroduire l'obligation pour les entreprises d'effectuer et d'envoyer les rapports annuels effectués par les services internes de prévention et de protection au travail.

24 Notamment : prévoir un délai endéans lequel toutes les entreprises du pays envoient à un acteur étatique, par exemple le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et/ ou l'inspection du Contrôle du bien-être, leur analyse des risques, y compris le volet psychosocial.

25 Actuellement, les obligations existantes ne semblent pas systématiquement suivies d'effet.

26 Conseiller·ères en prévention, personnes de confiance, représentant·es des travailleur·euses, employeurs et ligne hiérarchique, médecins.

27 Faire connaître les projets pilotes sur les RPS et le burnout, les outils gratuits développés par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

28 Plutôt que de déroger aux règles relatives au bien-être au travail (les PME étant délaissées en matière de bien-être au travail).

5.4. Élaborer des trajets d'accompagnement ciblés afin de tenir compte des besoins spécifiques des personnes

Afin de tenir compte des inégalités dans les chances de reprise du travail identifiées dans cette étude, nous proposons de **développer une approche inspirée de l'universalisme proportionné dans le champ du retour au travail**. Le concept d'universalisme proportionné a été formulé par Michael Marmot dans le rapport *Fair Society, Healthy Lives* (Marmot, 2010), pour réduire les inégalités sociales de santé, définies comme des différences injustes et évitables en matière de santé au sein de la population et entre différents groupes de la société²⁹. Ces inégalités s'observent quand on voit les indicateurs de santé et de bien-être se dégrader à mesure que l'on occupe une position plus basse sur l'échelle sociale (Mackenbach et al., 2008; Wilkinson & Pickett, 2010), sur base de critères tels que les revenus, le niveau de formation ou la situation socio-professionnelle (« gradient social ») (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Pour réduire la pente de ce gradient social, le rapport de Marmot stipule que « les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de désavantage » (Marmot et al., 2010, p. 10, notre traduction).

L'universalisme proportionné peut être une source d'inspiration structurante pour les mesures d'accompagnement au retour au travail. Partant du constat que les individus ne sont pas égaux dans la réponse qu'ils sont en capacité de donner aux initiatives d'accompagnement, des approches ciblées en fonction des besoins de chacun pourraient être envisagées. Ces mesures pourraient être modulées en fonction du profil de chacun et chacune, de la pathologie, du niveau d'éducation, du type d'emploi et des adaptations à éventuellement y implémenter. **Dans cette logique, il ne s'agit donc pas d'activer plus ceux et celles qui sont loin du retour au travail, mais d'accompagner mieux chacun et chacune en fonction de ses besoins, et pour autant qu'un retour soit envisageable.** C'est d'ailleurs ce que Cancelliere et al. (2016) souligne dans une revue systématique de la littérature, sans faire une référence explicite au principe de l'universalisme proportionné, où elle y suggère que le niveau d'interventions de retour au travail peut varier en fonction du pronostic de retour au travail. Par exemple,

des interventions plus complexes, comprenant des composantes physiques, professionnelles et psychologiques, pourraient davantage être réservées à des personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques chroniques ou ayant souffert d'affections complexes. De plus, vu la prégnance et les effets structurels du gradient social dans la sous-utilisation des soins et la prévalence des pathologies (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022), il faut également **veiller à améliorer l'accessibilité aux soins** et plus généralement la santé des **personnes en invalidité vulnérables financièrement**. Sous peine d'alimenter un cercle vicieux.

5.5. Lutter contre la discrimination sur le marché du travail afin de réduire les obstacles structurels à la sortie de l'incapacité

Notre étude souligne que les chances de réintégration après une incapacité de travail sont moins élevées pour les personnes plus âgées ou issues de l'immigration. Ces résultats suggèrent donc également des **obstacles structurels à la sortie de l'incapacité**, tels que la discrimination liée à l'âge ou à l'origine, ou la difficulté de retrouver un emploi adapté avec un plus faible niveau d'études. D'après les études d'UNIA, la discrimination fondée sur l'âge ou sur l'origine restent très répandues dans la société belge (Unia, 2022; Unia, 2025). De plus, la discrimination en raison du fait d'avoir été en incapacité semble également exister : selon une précédente étude de la MC, presque une personne sur dix **affirme avoir été victime de discrimination en raison de sa période d'incapacité de travail, lorsqu'elle a repris le travail** (Henry, 2025).

Dans la mesure où des publics plus vulnérables sont sur-représentés parmi les personnes en incapacité (femmes, travailleur-euses âgé-es, ouvrier-ères, des personnes bénéficiaires de l'intervention majorée) et ont moins de chance d'en sortir, comment diminuer les chiffres de l'invalidité, si le marché du travail continue de discriminer des personnes sur base de leur âge, de leur origine ou de leur état de santé ? Afin de veiller au respect de la loi anti-discrimination, les institutions qui veillent à son application (services d'inspection du travail, UNIA) **doivent avoir suffisamment de temps et de ressources** pour accomplir correctement leurs missions. Il faut également **lutter contre**

29 What are healthcare inequalities?, www.england.nhs.uk, consulté le 3 octobre 2022.

les stéréotypes et préjugés négatifs envers les personnes plus âgées, issues de l'immigration, ou malades de longue durée, et **sensibiliser** les acteurs et les actrices du retour au travail à la double discrimination que peuvent subir ces personnes.

5.6. Rendre le monde du travail moins producteur d'incapacité afin de prévenir l'incapacité

Enfin, s'il est indispensable de mieux comprendre les dynamiques de retour à l'emploi après une période d'incapacité de travail, il apparaît tout aussi essentiel d'**interroger plus fondamentalement notre rapport collectif au travail** et la place que celui-ci occupe dans nos vies. Cette réflexion ne peut se limiter aux seules trajectoires individuelles de réintégration professionnelle : elle doit également porter sur l'organisation du travail elle-même, sur les cultures managériales et sur les exigences imposées aux travailleur-euses. Mais aussi sur tous les dispositifs qui permettent aux personnes de pouvoir travailler tout en tenant compte des situations personnelles et familiales qui jalonnent naturellement une vie.

À cet égard, pensons notamment aux dispositifs de réduction du temps de travail à différents moments de la vie (congés de naissance, congés parentaux, crédits-temps de fin de carrière, crédit-temps pour soin à un enfant ou à un proche malade) qui peuvent constituer des outils de prévention de l'incapacité, et dans lesquels il faudrait davantage investir.

Il est en effet primordial, et avant toute chose, que **le monde du travail ne soit pas lui-même producteur d'incapacités**, de fragilités ou d'exclusions durables. La première forme de prévention consiste dès lors à agir en amont, en veillant à ce que les emplois proposés soient véritablement épanouissants, que les conditions de travail soient soutenables sur le long terme et que l'environnement professionnel respecte à la fois la santé physique, la santé mentale et l'équilibre de vie des personnes. Une culture de l'emploi plus respectueuse, attentive aux contraintes humaines et sociales, constitue à cet égard un levier central de prévention des incapacités et de promotion d'un travail compatible avec la santé au sens large.

Conclusion

Depuis plusieurs années, le gouvernement belge déploie différentes mesures afin de favoriser la réintégration des personnes en incapacité de travail de longue durée. Ces initiatives reposent notamment sur une **responsabilisation** accrue des acteurs et actrices du retour au travail. Nos résultats mettent toutefois en évidence plusieurs facteurs déterminants dans les chances de reprise du travail : l'âge, l'origine, la nature du métier, le sentiment d'efficacité personnelle et l'initiative du-de la travailleur-euse dans le démarrage du trajet de retour au travail. Les personnes plus âgées, issues de l'immigration, occupant un emploi manuel, doutant de leurs capacités à surmonter les obstacles du retour au travail, ou engagées dans un trajet de retour au travail imposé, ont moins de chances de sortir de l'incapacité. Les premiers éléments suggèrent des **obstacles structurels persistants** auxquels se heurtent les personnes, tandis que les seconds soulignent l'importance de **permettre le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle** chez les individus, ce qui implique d'**implémenter les aménagements nécessaires** dans l'organisation ou le poste de travail. Tous ces éléments participent à l'évaluation par la personne elle-même de ses chances de reprise.

À la lumière de ces constats, il est donc essentiel, pour les accompagnant-es vers le retour au travail, d'aider les personnes en incapacité à **restaurer leur confiance dans leurs capacités** et d'**examiner avec elles les obstacles** concrets qui entravent leur reprise. Mais cet accompagnement ne peut être pleinement efficace que si, au **niveau organisationnel**, les employeur-euses s'engagent pleinement dans le processus de retour au travail, via une **politique collective de retour au travail ambitieuse**, capable de garantir de véritables possibilités de reprise dans un cadre de travail **adapté à l'état de santé**.

De plus, afin de tenir compte des inégalités dans les chances de reprise du travail identifiées dans cette étude, **le principe de l'universalisme proportionné peut être inspirant**. Dans la mesure où les individus ne sont pas égaux dans la réponse qu'ils sont en capacité de donner aux initiatives d'accompagnement, des approches ciblées en fonction des besoins de chacune et chacun pourraient être envisagées. Dans cette logique, il ne s'agit donc pas d'activer plus celles et ceux qui sont loin du retour au travail, mais d'**accompagner mieux chacune et chacun en fonction de ses besoins**, et pour autant qu'un retour soit envisageable.

Enfin, au-delà de ces éléments, il est essentiel de reconnaître que le fonctionnement actuel du marché du travail – marqué par des exigences élevées de performance et de flexibilité, et de la discrimination fondée sur l'âge, l'origine ou l'état de santé – peut compliquer, voire rendre impossible, l'insertion de personnes dont l'état de santé ne permet pas un rendement immédiat. **Lutter contre les discriminations sur le marché du travail, et rendre ce dernier moins producteur d'incapacité**, sont donc des conditions indispensables pour permettre à chacun et chacune de travailler dans un environnement compatible avec ses capacités, et pour favoriser des parcours de retour au travail durables et de qualité.

Bibliographie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. *Santé et Société*, 4, 6-31.
- Baanders, A. N., Rijken, P., & Peters, L. (2002). Labour participation of the chronically ill: a profile sketch. *The European Journal of Public Health*, 12(2), 124-130.
- Bastien, M. F., & Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: what work accommodations do employers and human resources directors put in place? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 423-432.
- Blais, M., Vallerand, R., Pelletier, L., & Brière, N. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210.
- Botticello, A., Chen, Y., & Tulskey, D. (2012). Geographic variation in participation for physically disabled adults: the contribution of area economic factors to employment after spinal cord injury. *Social Science & Medicine*, 75(8), 1505-1513.
- Brouwer, S., Franche, R., Hogg-Johnson, S., Lee, H., Krause, N., & Shaw, W. (2011). Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 244-258.
- Brouwer, S., Reneman, M., Bültmann, U., Van der Klink, J., & Groothoff, J. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(1), 104-112.
- Bruyneel, L., Rygaert, X., Oslejova, J., Avalosse, H., Fabri, V., Noirhomme, C., ... & Roelants, E. (2024). Incapacité de travail de longue durée et invalidité dues à des troubles psychosociaux – Profil socio-démographique, médical et de consommation de soins (Rapport). *Agence Intermutualiste-INAMI*.
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stockkendahl, M., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, 24(1), 32.
- Carstensen, L., & Lang, F. (1996). *Future orientation scale*. Stanford University: Unpublished manuscript.
- Colella, A. (2001). Coworker distributive fairness judgments of the workplace accommodation of employees with disabilities. *The Academy of Management Review*, 26(1), 100-116.
- Chambre des représentants de Belgique. (2026). *Note de politique générale. Emploi*. Récupéré sur <https://www.dekamer.be/doc/FLWB/pdf/56/1282/56K1282003.pdf>
- Chapureau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 2499(4), 37-56.
- Conseil des ministres. (2026, 02 14). *Politique « Retour au travail » : mise en œuvre de la quatrième vague de réformes*. Récupéré sur <https://news.belgium.be/fr/politique-retour-au-travail-mise-en-oeuvre-de-la-quatrieme-vague-de-reformes>
- Conseil Supérieur de l'Emploi. (2024). *Incapacité de travail et réintégration des salariés sur le marché de l'emploi*. Récupéré sur <https://cse.belgique.be/fr/accueil/rapports-avis/tous-les-rapports/rapports-2024/incapacite-de-travail-et-reintegration-des-salaries-sur-le-marche-de-lemploi-mars-2024>
- Conseil Supérieur de l'Emploi. (2025). *Etat des lieux du marché du travail en Belgique et dans les régions*. Récupéré sur <http://cse.belgique.be>
- De Greef, V., & Tesse, J. (2025). L'absence ou la mauvaise organisation du travail comme cause de risque psychosocial au travail. *Journal des tribunaux du travail*, 1520, 253-257.
- De Greef, V., Verdonck, M., Carlier, J., Duchene, C., Tesse, J., Mechelynck, A., ... Bingen, A. (2024). *Evaluation de la législation relative*

- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (2018). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: a scoping review. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 393-417.
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Dunstan, D. A., & Maceachen, E. (2014). A theoretical model of co-worker responses to work reintegration processes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 189-198.
- Dekkers-Sanchez, P. (2013). *Work ability assessment of employees on long term sick leave in insurance*. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Fisker, J., Hjorthøj, C., Hellström, L., Mundy, S., Rosenberg, N., & Eplov, L. (2022). Predictors of return to work for people on sick leave with common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(7), 1-13.
- Fonds pour l'expérience professionnelle. (2009). *Le VOW / QFT: Instrument de mesure des facultés de travail*. Récupéré sur <https://emploi.belgique.be/fr/le-vow-qft-instrument-de-mesure-des-facultes-de-travail>
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gagnano, A., Villotti, P., Larivière, C., Negrini, A., & Corbière, M. (2021). A systematic search and review of questionnaires measuring individual psychosocial factors predicting return to work after musculoskeletal and common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(3), 491-511.
- Heerkens, Y., de Brouwer, C., Engels, J., van der Gulden, J., & Kant, I. (2017). Elaboration of the contextual factors of the ICF for Occupational Health Care. *Work*, 57(2), 187-204.
- Henry, H. (2025). La discrimination en raison de l'incapacité : le paradoxe du retour au travail. *Santé et Société*, 14, 6-29.
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). Comment les membres de la MC perçoivent-ils l'accompagnement vers le retour au travail? Résultats de l'enquête menée par la MC auprès de ses membres en incapacité de travail ou en invalidité en 2023. *Santé & Société*, 11, 42-70.
- Hoefsmit, N. (2015). *Self-direction in return-to-work: bottlenecks, facilitators and an intervention*. [Doctoral Thesis]. Maastricht : Dattawysse / Universitaire Pers.
- Horn, L., Spronken, M., Brouwers, E., de Reuver, R., & Joosen, M. (2022). Identifying return to work self-efficacy trajectories in employees with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(1), 64-76.
- INAMI. (2022). Le "Trajet Retour Au Travail" sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail" dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés. *Bulletin d'information 2022/4*, 53-65. Récupéré sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2022_4_directives_IV.pdf
- INAMI. (2023a). *Statistiques sur les indemnités d'incapacité de travail en 2023*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/statistiques-2023>
- INAMI. (2023b). *Incapacités de travail en 2023 : Combien d'invalidités en raison d'une dépression ou d'un burnout ? Quel coût pour l'assurance indemnités ?* Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/statistiques-sur-les-incapacites-de-travail-decoulant-d-un-burnout-ou-d-une-depression/incapacites-de-travail-en-2023-combien-d-invalidites-en-raison-d-une-depression-ou-d-un-burnout-quel-c>
- INAMI. (2025). *Web Reporting Tool: Effectifs*. Récupéré sur Statistiques sur les personnes affiliées à une caisse de maladie (nombre de membres) - 2025S1: <https://webapps.riziv.inami.fgov.be/wrt/fr>
- INAMI (2026a). Statistiques portant sur les indemnités d'invalidité en 2025. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/statistiques-2025>
- INAMI. (2026b). *Baromètre Retour au Travail pour les salariés*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/barometre-retour-au-travail-pour-les-salaries>
- Inoue, S., Tateishi, S., Harada, A., Hosoda, E., Nagata, M., & Mori, K. (2025). Differences in Perceived Return-to-Work Barriers Between Manual and Non-Manual Workers. *Journal of Occupational Health*, uiaf075.
- Janssen, N., Van den Heuvel, W., Beurskens, A., Nijhuis, F., Schröer, C., & Van Eijk, J. (2003). The demand-control-support model as a predictor of return to work. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(1), 1-9.
- Lagerveld, S., Blonk, B., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. (2010). Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 24(4), 359-375.
- Lagerveld, S., Brenninkmeijer, V., Blonk, R., Twisk, J., & Schaufeli, W. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(5), 381-383.
- Liedberg, G. M., Björk, M., Dragioti, E., & Turesson, C. (2021). Qualitative evidence from studies of interventions aimed at return to work and staying at work for persons with chronic musculoskeletal pain. *Journal of clinical medicine*, 10(6), 1247.
- Lork, K., & Holmgren, K. (2018). The experience of return to work self-efficacy among people on sick leave. *Work*, 59(4), 479-490.
- Lorthioir, L. (2021). Risques psychosociaux au travail : une meilleure législation s'impose. *Démocratie*, 6(6), 5-9.
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A.-J., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.
- Mäkikangasa, U., Kinnunen, T., & Wilmar, S. (2016). The longitudinal development of employee well-being: a systematic review. *Work & Stress*, 30(1), 46-70.

- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Executive Summary.
- Mutualités Libres. (2023). *Analyse des reprises de travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail*. https://www.mloz.be/sites/default/files/2023-08/etude_rtp_fr.pdf
- Moniteur Belge (2024). Arrêté royal du 19 mars 2024 relatif à l'ergonomie au travail et à la prévention des troubles musculo-squelettiques. <https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?numac=2024201403>
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., van Dijk, F., & van der Klink, J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 290-299.
- OECD. (2010). *Maladie, invalidité et travail: Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*. Éditions OCDE.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T., & Feinstein, A. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), 1373–1379.
- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg self-esteem scale (RSES)*. [Database record]. APA PsycTests.
- Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., López, J., Martínez, J., . . . Benavides, F. (2012). Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(1), 15-26.
- SERV. (2025). *Vanuit wederkerige relaties terug naar werk*. Brussel: de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen/Stichting Innovatie & Arbeid.
- Smeets, J., Hoefsmit, N., & Houkes, I. (2019). Self-directing return-to-work: Employees' perspective. *Work*, 64(4), 797-807.
- Solidaris. (2026). *Revenir au travail sans y laisser sa santé. Potentiel et limites du retour au travail à temps partiel*. Bruxelles: Solidaris.
- SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. (2025, 05 27). *Code du bien-être au travail - Nouvelle réglementation TMS et définitions ergonomie (vidéo)*. Récupéré sur <https://emploi.belgique.be/fr/blog/code-du-bien-etre-au-travail-nouvelle-reglementation-tms-et-definITIONS-ergonomie-video>
- Unia. (2022). *Marché du travail et origine*. Bruxelles: UNIA.
- Unia. (2025). *Étude sur la discrimination fondée sur l'âge en Belgique. Improving equality data collection in Belgium III*. Bruxelles: UNIA.
- Vandenbroucke, F. (2025, 09 25). *Une troisième vague de mesures dans le cadre de la politique de retour au travail dans le respect de la santé*. Récupéré sur <https://vandenbroucke.belgium.be/fr>
- Villotti, P., Gragnano, A., Larivière, C., Negrini, A., Dionne, C., & Corbière, M. (2021). Tools appraisal of organizational factors associated with return-to-work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders: a systematic search and review. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(1), 7-25.
- Villotti, P., Kordsmeyer, A. C., Roy, J. S., Corbière, M., Negrini, A., & Larivière, C. (2024). Systematic review and tools appraisal of prognostic factors of return to work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders. *Plos one*, 19(7), e0307284.
- Vlayen, J., Meulders, A., Bamelis, L., & Masuy, R. (2025). *"FearedBack": Generalization of fear and avoidance behavior as predictors of work resumption after back surgery*. Leuven.
- Vooijs, M., Leensen, M., Hoving, J., Daams, J., Wind, H., & Frings-Dresen, M. (2015). Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*, 88(8), 1015-1029.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.
- Zacher, H., & Frese, M. (2009). Remaining time and opportunities at work: Relationships between age, work characteristics, and occupational future time perspective. *Psychology and Aging*, 24, 478-493.

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 : Changer de trajectoire · 02

Étude : Comprendre les inégalités face aux soins de santé · 04

Cadre conceptuel · 07

Méthodologie · 10

Résultats · 13

Discussion · 32

Recommandations · 36

Étude : Espaces verts et recours aux soins de santé mentale en Belgique · 48

Revue de la littérature · 51

Méthode · 53

Résultats · 54

Discussion · 57

Recommandations · 59

Étude : Quels sont les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail ? · 64

Revue de la littérature · 67

Méthode · 70

Résultats · 76

Discussion · 80

Recommandations · 83

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"