

La situation financière des personnes en invalidité

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

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

Résumé

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

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

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

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

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



Table des matières

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

Introduction

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

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

X Indemnités pour incapacité de travail

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

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

Pour les travailleur-euses salarié-es

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

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

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

Pour les personnes au chômage

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

Pour les indépendant-es

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

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

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

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

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

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

1. Revue de la littérature

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Méthode

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

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

2.1. Analyse de la situation financière

2.1.1. Échantillon

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2. Questionnaire

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

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

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

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

Au niveau du ménage :

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

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

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

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

Au niveau des personnes interrogées :

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

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

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

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

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

2.2. Analyse du recours aux soins de santé

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

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

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

13 Date d'extraction : 7 juillet 2026.

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

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

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

2.3. Limites

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

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

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

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

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

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

3. Résultats

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

3.1. Profil des répondant-es

3.1.1. Profil sociodémographique

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

3.1.2. Incapacité de travail

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

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

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

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

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

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

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

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

Variable		Avant pondération	Après pondération
Sexe	Homme	35,5%	39,3%
	Femme	64,5%	60,7%
Âge	18-39 ans	10,7%	12,2%
	40-49 ans	20,9%	24,5%
	50-59 ans	42,7%	40,2%
	60-66 ans	25,7%	23,1%
Région	Bruxelles	3,1%	10,3%
	Flandre	74,0%	52,0%
	Wallonie	22,9%	37,7%
Statut BIM	BIM	43,5%	49,6%
	non BIM	56,5%	50,4%
Situation familiale	Personne isolée	29,0%	31,6%
	Famille monoparentale	11,6%	12,8%
	Couple sans enfant	30,2%	26,2%
	Couple avec enfants	24,8%	24,8%
	Autres	4,3%	4,6%
Niveau d'études¹⁸	Études de courte durée	28,7%	29,9%
	Études de durée moyenne	37,2%	36,4%
	Études de longue durée	33,9%	33,5%
Origine¹⁹	Origine belge	89,9%	87,2%
	D'un pays de l'Union européenne	6,5%	7,7%
	D'un pays hors de l'Union européenne	3,4%	5,0%
Situation de logement	Locataire	35,0%	39,2%
	Propriétaire, prêt hypothécaire en cours de remboursement	36,3%	35,2%
	Propriétaire, prêt hypothécaire entièrement remboursé	21,5%	18,3%
	Autre / pas de réponse	7,1%	7,3%

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

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

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

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

Les catégories sont classées comme suit :

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

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

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

3.2. Dépenses et revenus du ménage

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

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

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

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

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

21 La question relative au revenu du ménage était la suivante : « Quel est le revenu mensuel total de votre ménage ? Comptez ici pour toutes les personnes de votre ménage :
• Les salaires nets et les primes ;
• Les revenus éventuels en tant qu'indépendant-e ;
• Les indemnités (telles que l'incapacité de travail, le chômage et la pension) ;
• Les allocations familiales et autres aides financières (telles que l'allocation d'intégration, l'allocation de remplacement de revenus, etc.) ;
• Les revenus complémentaires tels que les loyers, les intérêts, les dividendes, etc. »

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

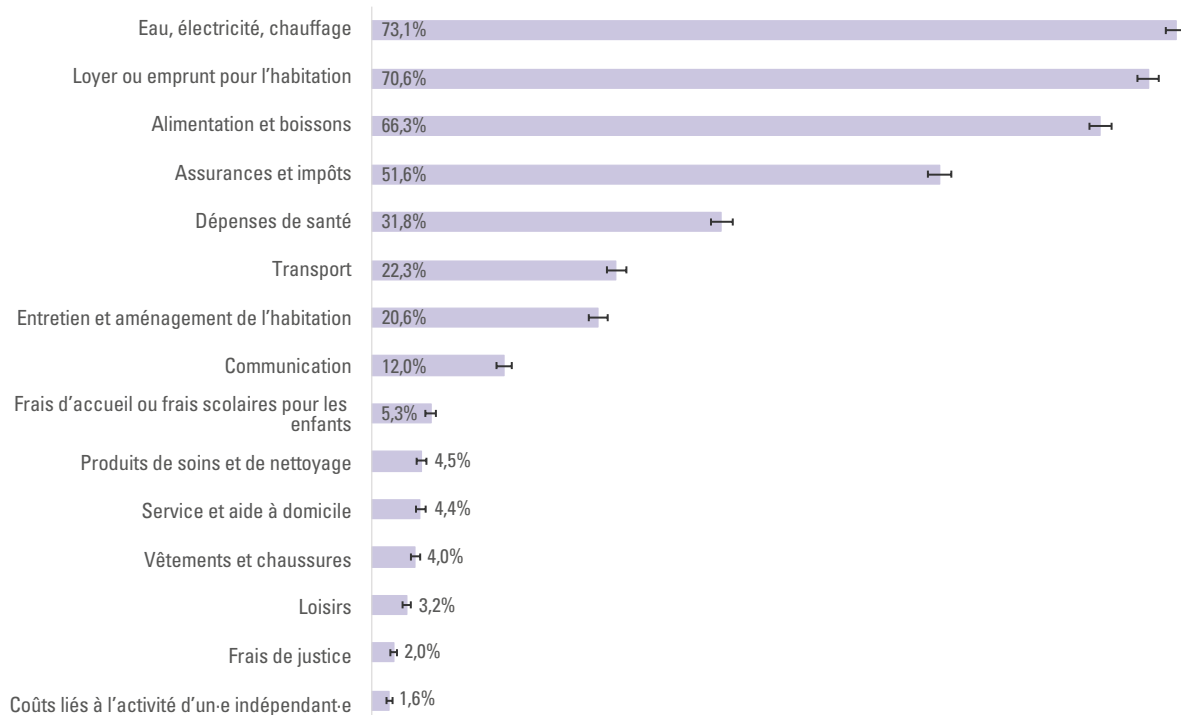


Tableau 4 : Revenu net du ménage selon la situation familiale (Source : MC)

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

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

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

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

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

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

3.3. Problèmes financiers

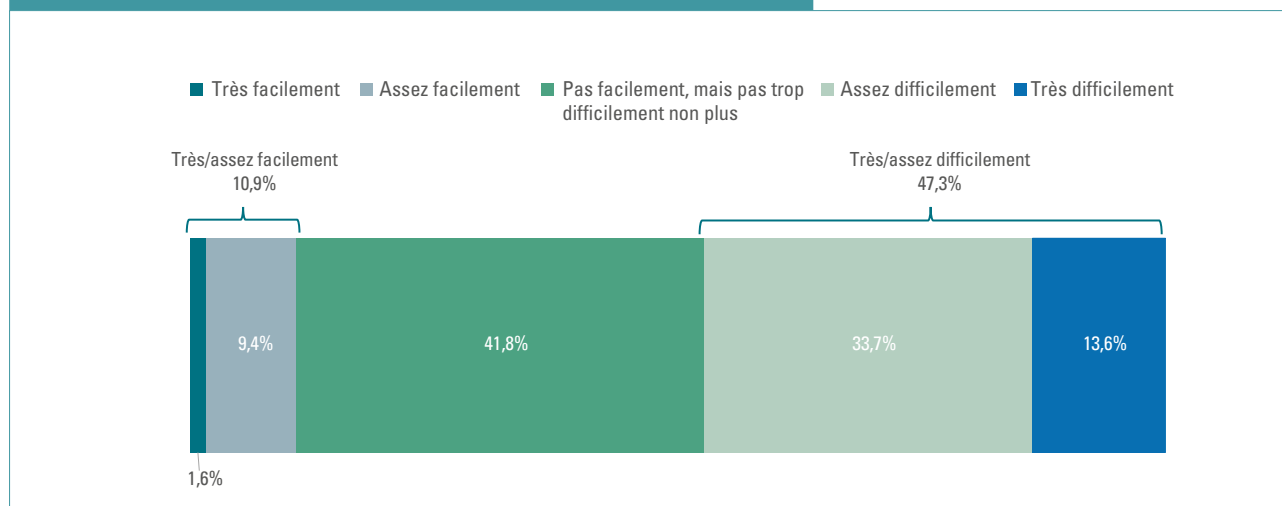
3.3.1. Joindre les deux bouts avec le revenu du ménage

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.2. Difficultés à payer les dépenses

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

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

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

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

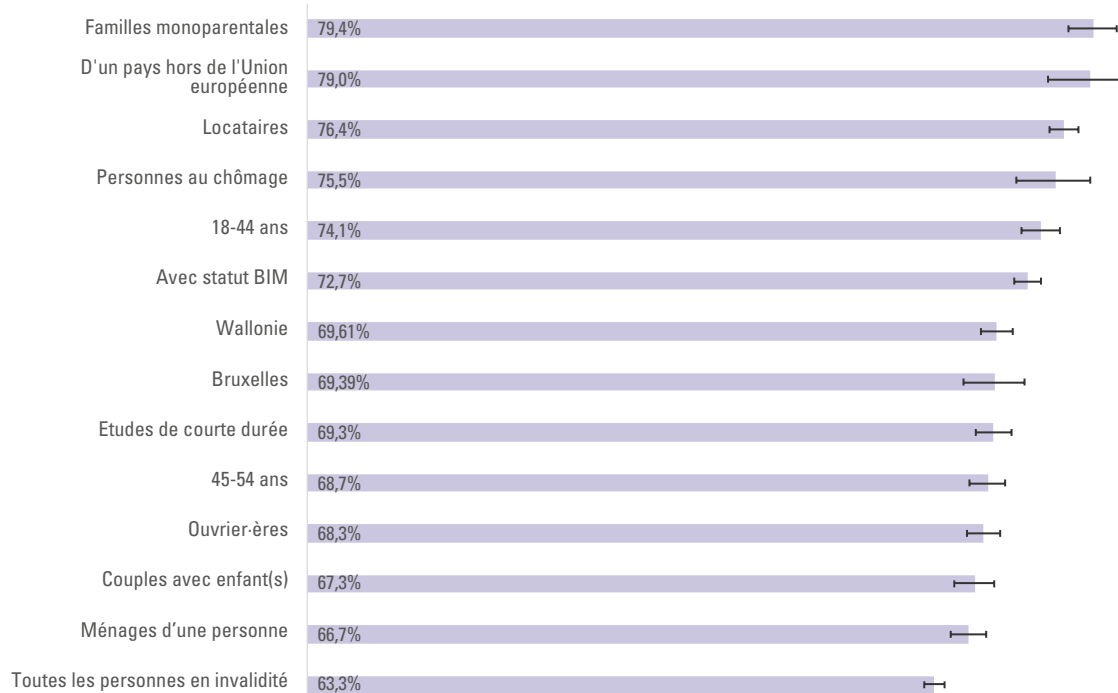
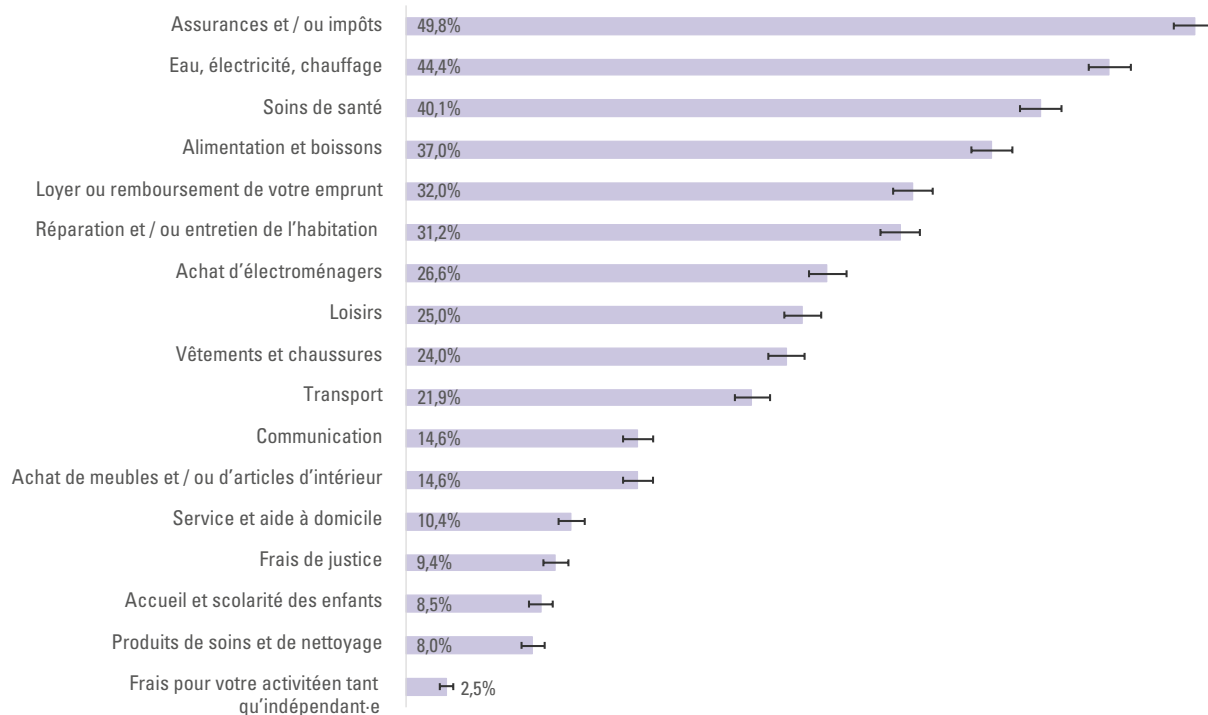


Figure 4 : Types de dépenses pour lesquelles des difficultés de paiement ont été rencontrées (Source : MC)



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

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

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

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

3.3.3. Report des soins de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

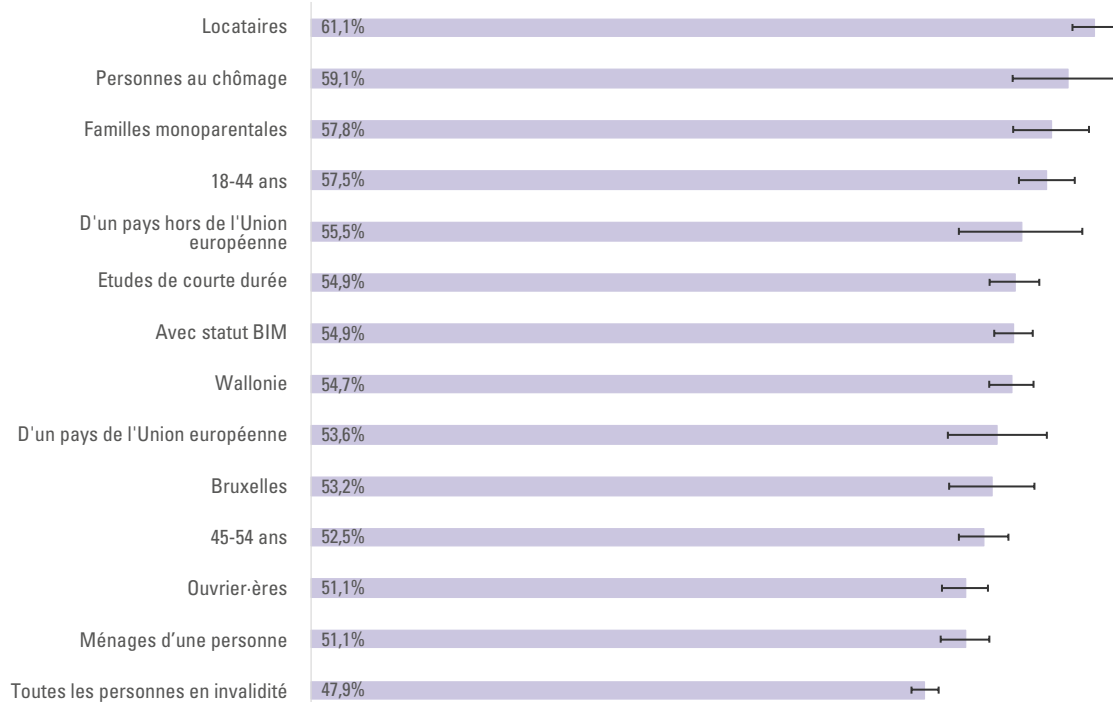
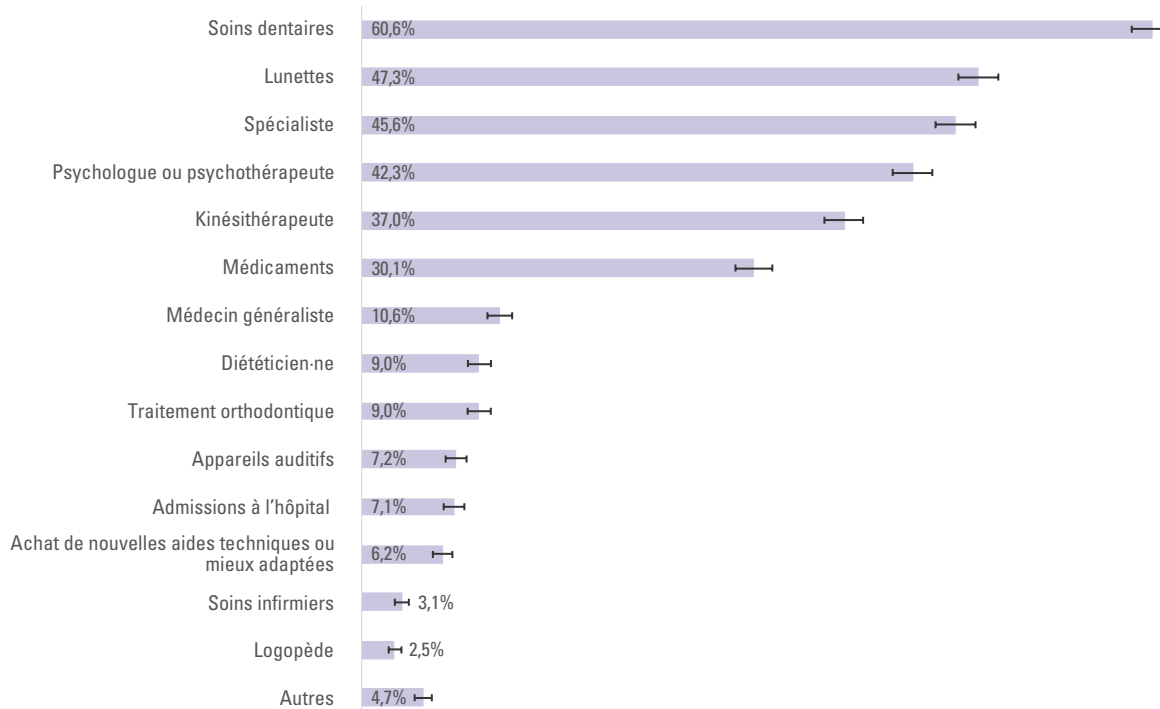


Figure 6 : Type de soins de santé que les personnes en invalidité ont dû reporter (Source : MC)



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

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

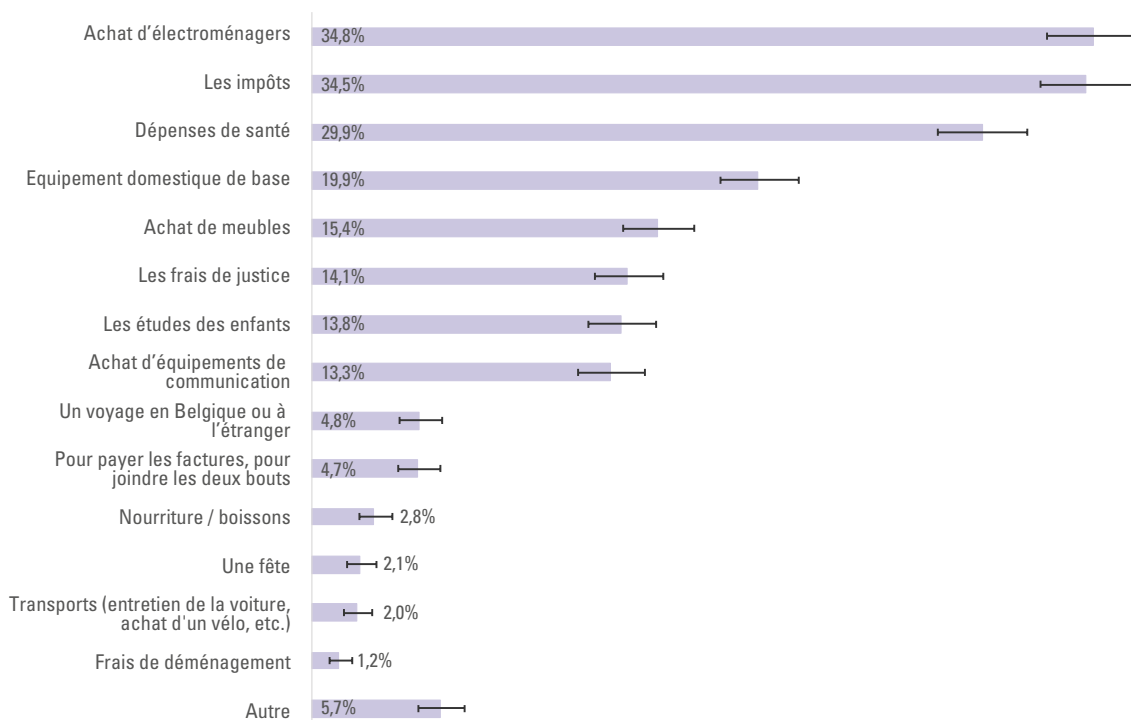
- Les personnes originaires d'un pays hors de l'UE (47%) et d'un pays de l'UE (33%);
- Les familles monoparentales (36%);
- Les locataires (35%);
- Les personnes résidant à Bruxelles (33%) ou en Wallonie (28%);
- Les personnes qui, avant leur incapacité de travail, étaient au chômage (32%), ouvrier·ères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

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

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

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

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



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

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

3.3.5. Privation matérielle et sociale

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

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

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

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

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

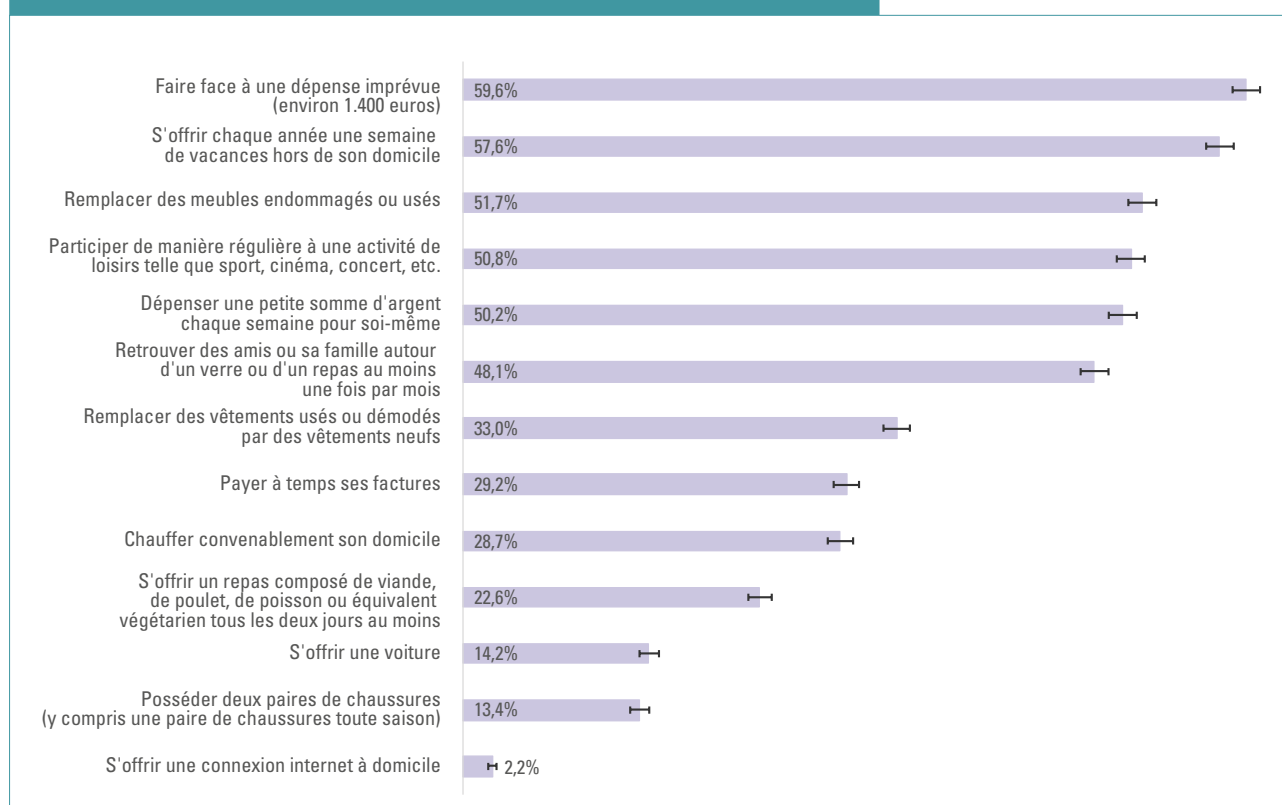
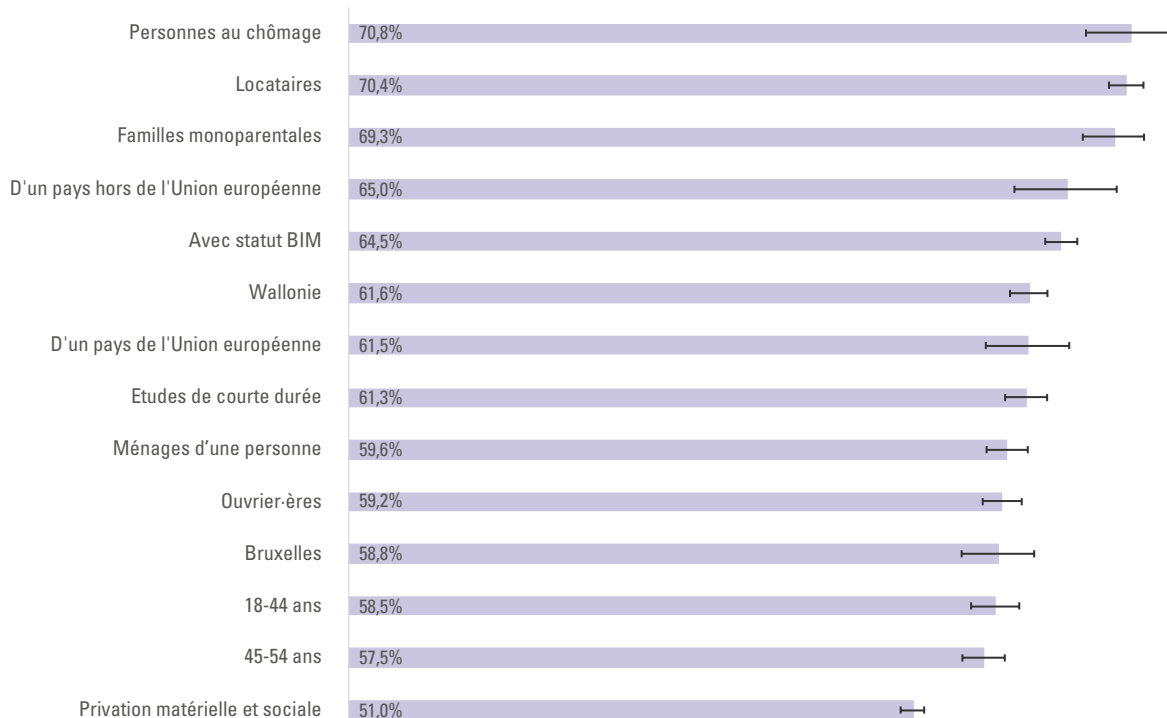


Figure 9 : Profil de personnes en invalidité pour lesquelles la privation matérielle et sociale est significativement plus fréquente (Source : MC)



3.3.6. Les indépendant-es

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

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

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

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

3.4. Recours aux soins de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* uniquement pour les personnes qui y ont recours

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

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

4. Discussion

4.1. Vulnérabilité financière

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2. Des ressources financières limitées entraînent une déprivation

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

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

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

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

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

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

4.4. Le cercle vicieux de l'invalidité

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

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

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

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

5. Recommandations

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

5.1. Augmenter les indemnités minimales

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

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

5.2. Précompte professionnel sur l'indemnité d'invalidité

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4. Indexations et maintien du bien-être

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

5.5. Augmenter la prime de rattrapage

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

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

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

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

5.7. Rendre les soins de santé plus abordables

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

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

Conclusion

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

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

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

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

Bibliographie

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

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

