

Comprendre les inégalités face aux soins de santé

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

Clara Noirhomme — Service d'études CM-MC

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

Résumé

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

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

Table des matières

Introduction	8
1. Cadre conceptuel	9
1.1. Le gradient social de santé et ses déterminants	9
1.2. De la santé au recours : quand les besoins augmentent mais les soins ne suivent pas	9
1.3. De la santé aux contributions personnelles : protection financière et restes à charge	10
2. Méthodologie	12
2.1. Inégalités de santé et de recours aux soins	12
2.1.1. Sources de données et population d'étude	12
2.1.2. Echelle socio-économique	12
2.1.3. Mesure de l'état de santé et du recours aux soins	12
2.1.4. Précautions d'interprétation et limites	13
2.2. Coûts à charge des patient-es et mécanismes de protection financière	13
2.2.1. Population d'étude	13
2.2.2. Données de coûts incluses	13
2.2.3. Stratégie d'analyse	14
2.2.4. Limites	14
3. Résultats	15
3.1. État de santé et niveau socio-économique	15
3.2. Recours aux soins et niveau socio-économique	17
3.2.1. Soins curatifs	17
3.2.2. Soins préventifs	20
3.2.3. Soins de première ligne	21
3.3. Coûts à charge des patient-es	23
3.3.1. Le MAF comme point d'entrée pour analyser les inégalités financières	23
3.3.2. Une protection financière conditionnelle : couverture effective et limites du MAF	24
3.3.3. Fardeau financier des soins selon le revenu	28
4. Discussion	34
4.1. Un gradient d'état de santé marqué et qui s'accroît	34
4.2. Un sous-recours aux soins malgré des besoins plus importants	35
4.3. Une protection financière partielle et régressive en proportion du revenu	36
5. Recommandations	38
5.1. Faire de la réduction des inégalités de santé et de la protection financière un objectif transversal	38
5.2. Ouvrir les droits avant que les obstacles ne se cumulent	39
5.3. Un MAF réellement proportionnel au revenu et à la réalité des ménages	39
5.4. Assurer un accès effectif : réduire les obstacles financiers au moment du recours	41
Conclusion	43
Bibliographie	44
Annexes	46

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

1. Cadre conceptuel

1.1. Le gradient social de santé et ses déterminants

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le **Maximum à Facturer (MAF)** complète cette protection en plafonnant, au cours d'une année civile, le montant accumulé des tickets modérateurs (TM) à l'échelle du ménage⁴, entendu comme l'ensemble des personnes domici-

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

Ce mécanisme présente toutefois plusieurs limites structurelles :

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

Le MAF n'inclut pas certaines composantes majeures des contributions personnelles, dont les **suppléments d'honoraires** et de chambre, les soins non remboursés, ou les frais hospitaliers en psychiatrie au-delà d'un an⁶.

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

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

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

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

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

2. Méthodologie

2.1. Inégalités de santé et de recours aux soins

2.1.1. Sources de données et population d'étude

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

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

2.1.2. Échelle socio-économique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.4. Précautions d'interprétation et limites

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

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

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

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

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

2.2.1. Population d'étude

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

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

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

2.2.2. Données de coûts incluses

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

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

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

permet d'isoler d'une part la charge résiduelle (TM net + suppléments) et, d'autre part, le niveau de protection mobilisé via le MAF.

2.2.3. Stratégie d'analyse

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

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

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

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

- **Le revenu moyen du quartier** (voir section 2.1.1.), disponible pour tous ;
- **La part du revenu médian du quartier consacrée aux soins**, calculée en rapportant les contributions personnelles de chaque personne au seuil médian du revenu moyen de sa tranche territoriale (p. ex. P5 = 11.992 euros, P95 = 34.853 euros).

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

2.2.4. Limites

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

3. Résultats

3.1. État de santé et niveau socio-économique

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

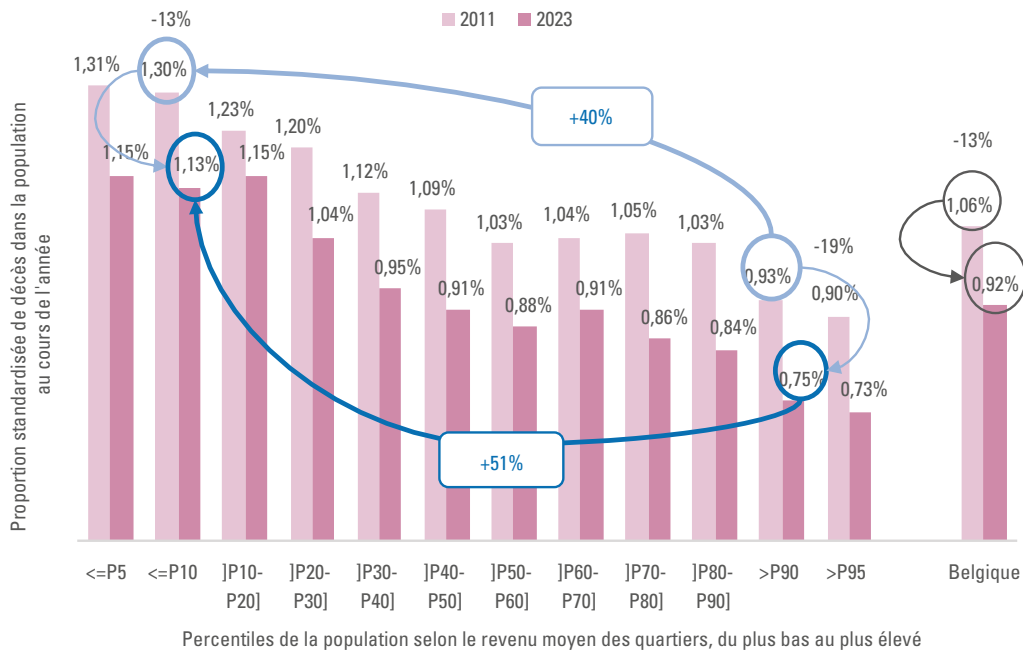
Même lorsque les indicateurs de santé nationaux s'améliorent, ces progrès bénéficient davantage aux groupes les plus favorisés. Ainsi, entre 2011 et 2023, la **mortalité nationale** diminue de 13%¹² (1,06% à 0,92%, voir Figure 1)

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

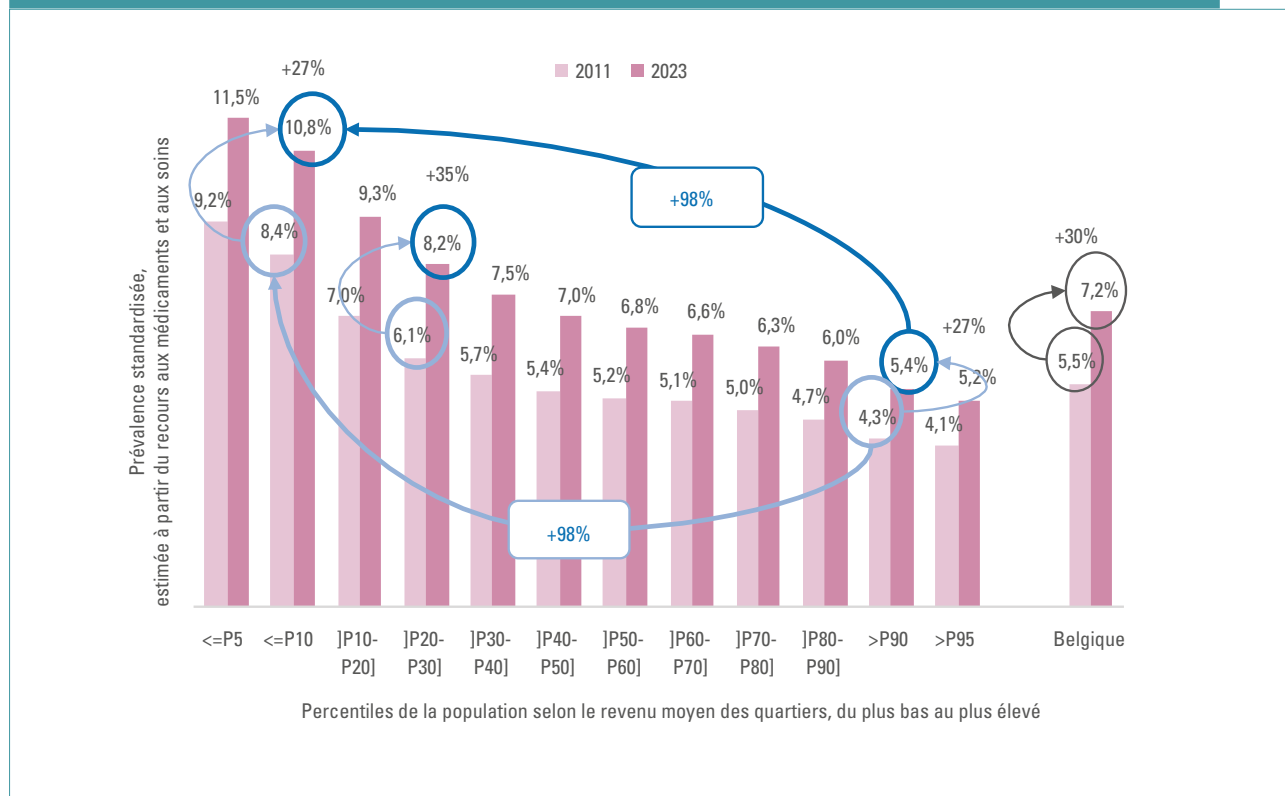
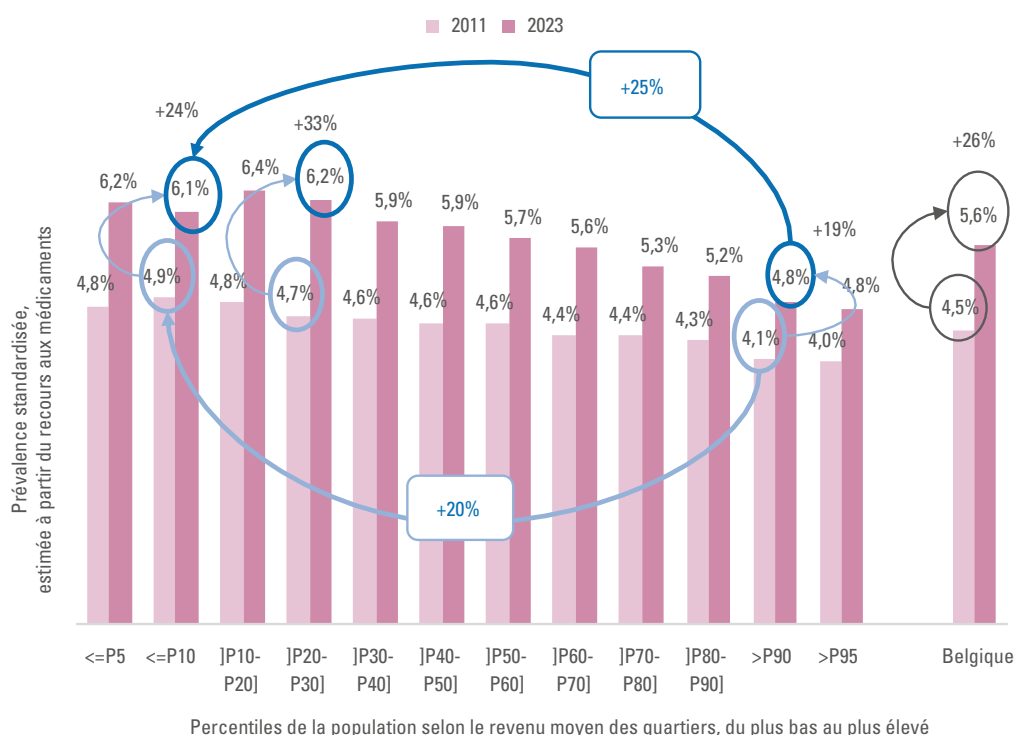


Figure 3 : Évolution de la prévalence des maladies obstructives des voies respiratoires (diagnostiquées) entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)



3.2. Recours aux soins et niveau socio-économique

3.2.1. Soins curatifs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

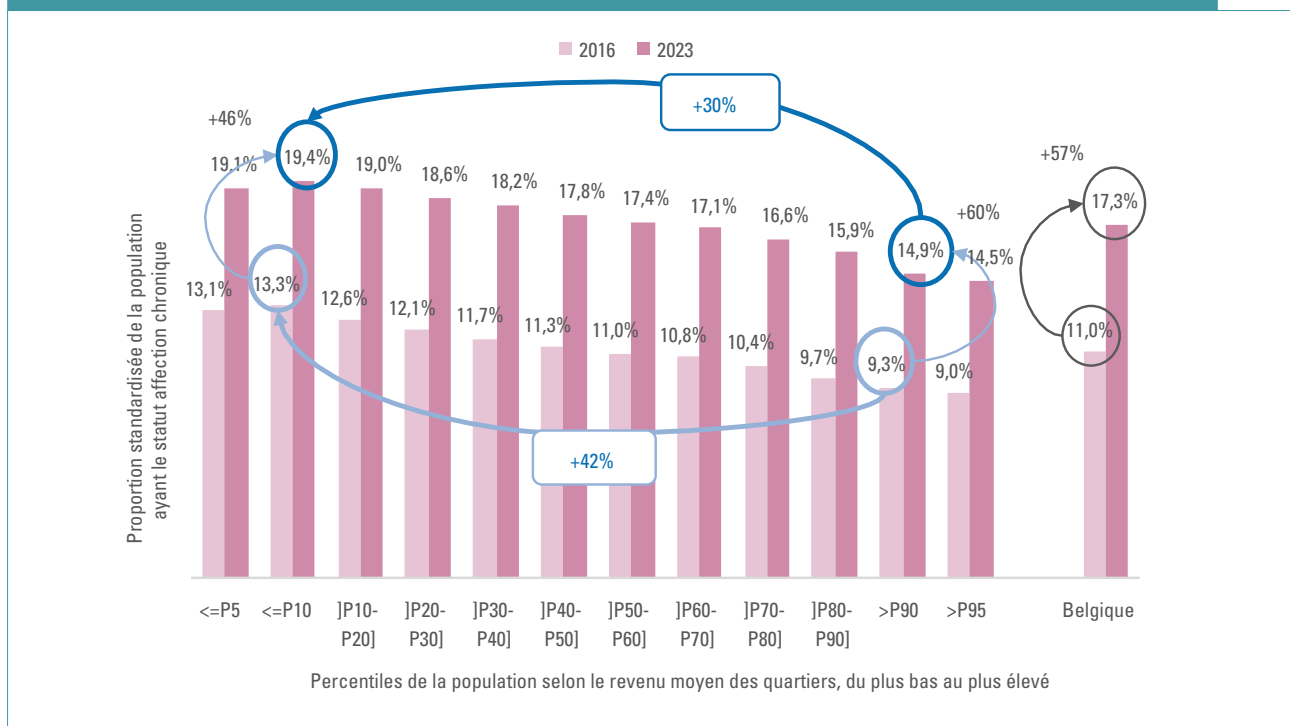


Figure 5 : Évolution de la proportion de la population ayant été hospitalisée entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier
(Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)

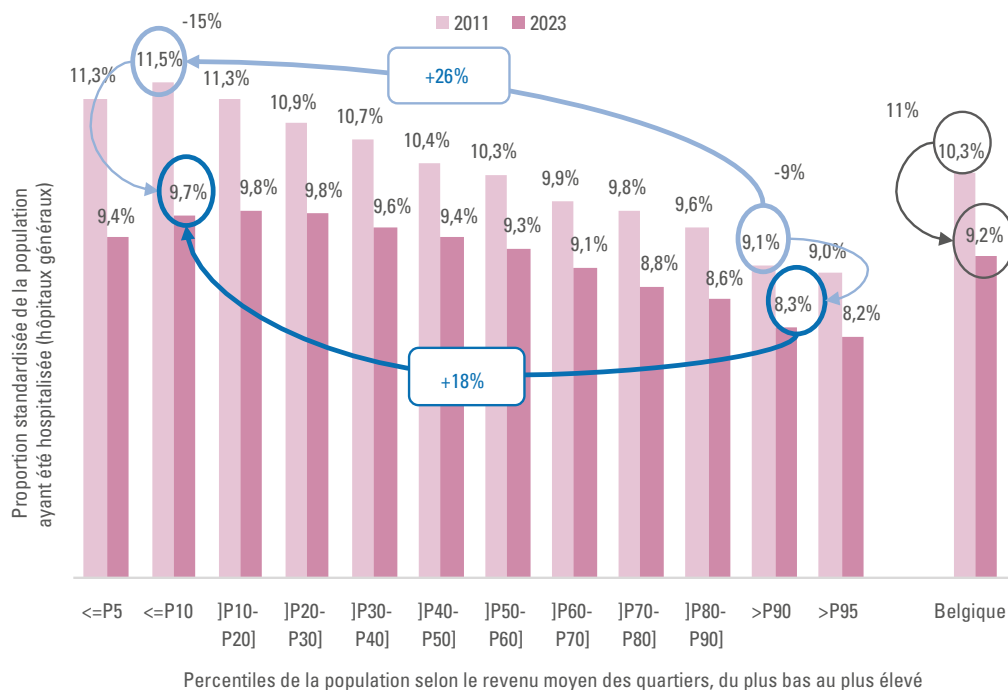
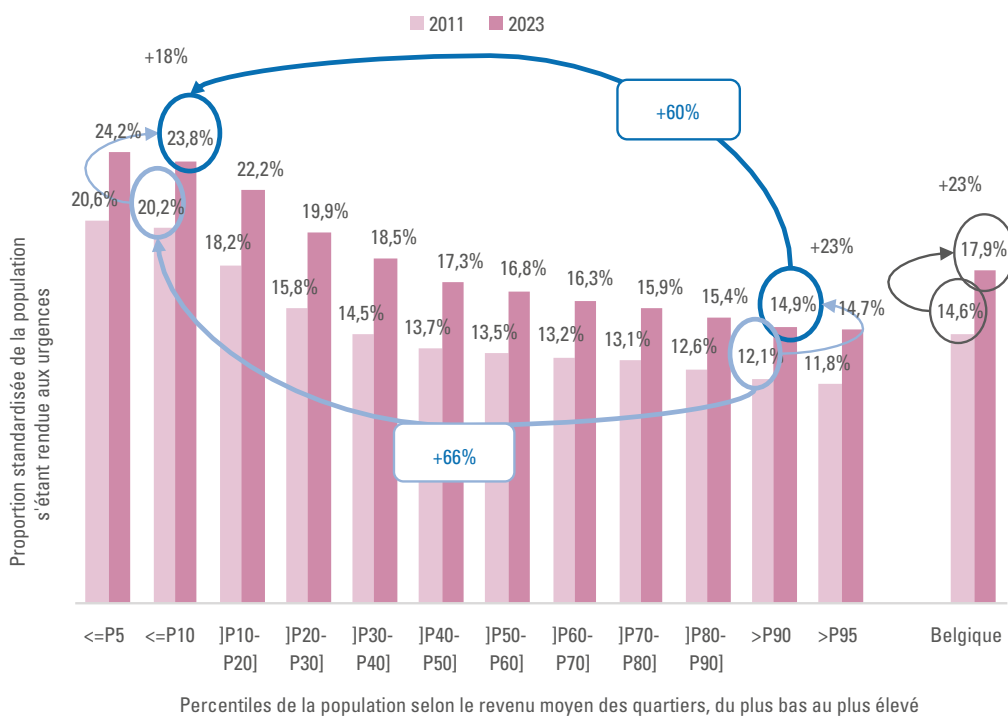


Figure 6 : Évolution de la proportion de la population s'étant rendue aux urgences entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier
(Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation âge-sexe)



3.2.2. Soins préventifs

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

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

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

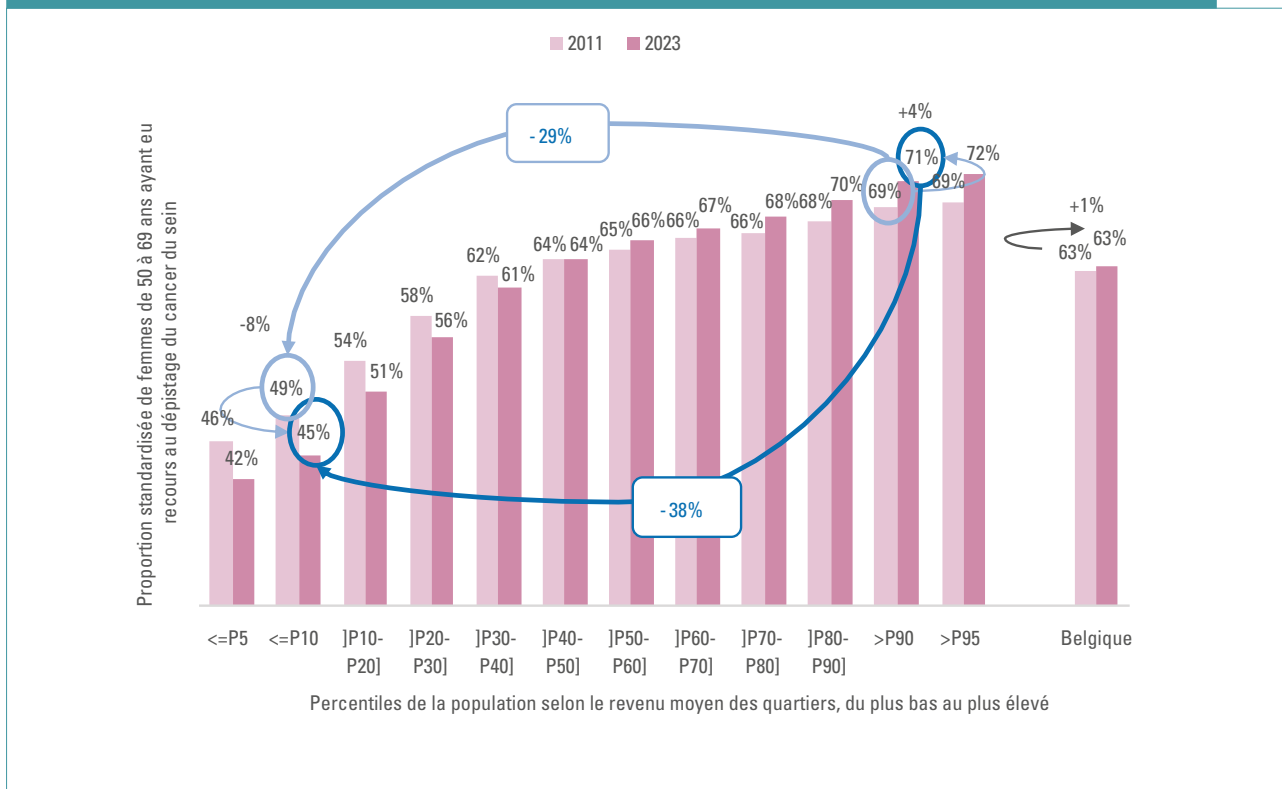
Tableau 1). En Flandre, la participation au programme gratuit est élevée et en légère progression (50% des femmes y ont eu recours en 2011-2012 → 52% en 2023-2024), alors qu'elle reste très faible et diminue même à Bruxelles (12% → 11%) et en Wallonie (8% → 5%). En matière de programme gratuit, le gradient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

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

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

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

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



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

3.2.3. Soins de première ligne

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

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

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

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

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

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

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

- Au niveau national, la proportion totale de la population ayant eu recours à un-e médecin généraliste, toutes modalités confondues, augmente 80% à 86% entre 2011 et 2023 (+8%), signe d'une amélioration globale de la couverture en soins de première ligne.

- L'intégration des maisons médicales dans le calcul atténue fortement les inégalités visibles sur les contacts à l'acte seuls : en 2011, l'écart entre le P10 et le P90 était de -4% ; en 2023, il tombe à -1%, soit une **quasi-disparition du gradient social**. Les chiffres confirment ce rééquilibrage : dans le P10, le recours passe de 76% en 2011 à 84% en 2023 (+11%), tandis que dans le P90, il passe de 79% à 85% (+7%).

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

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

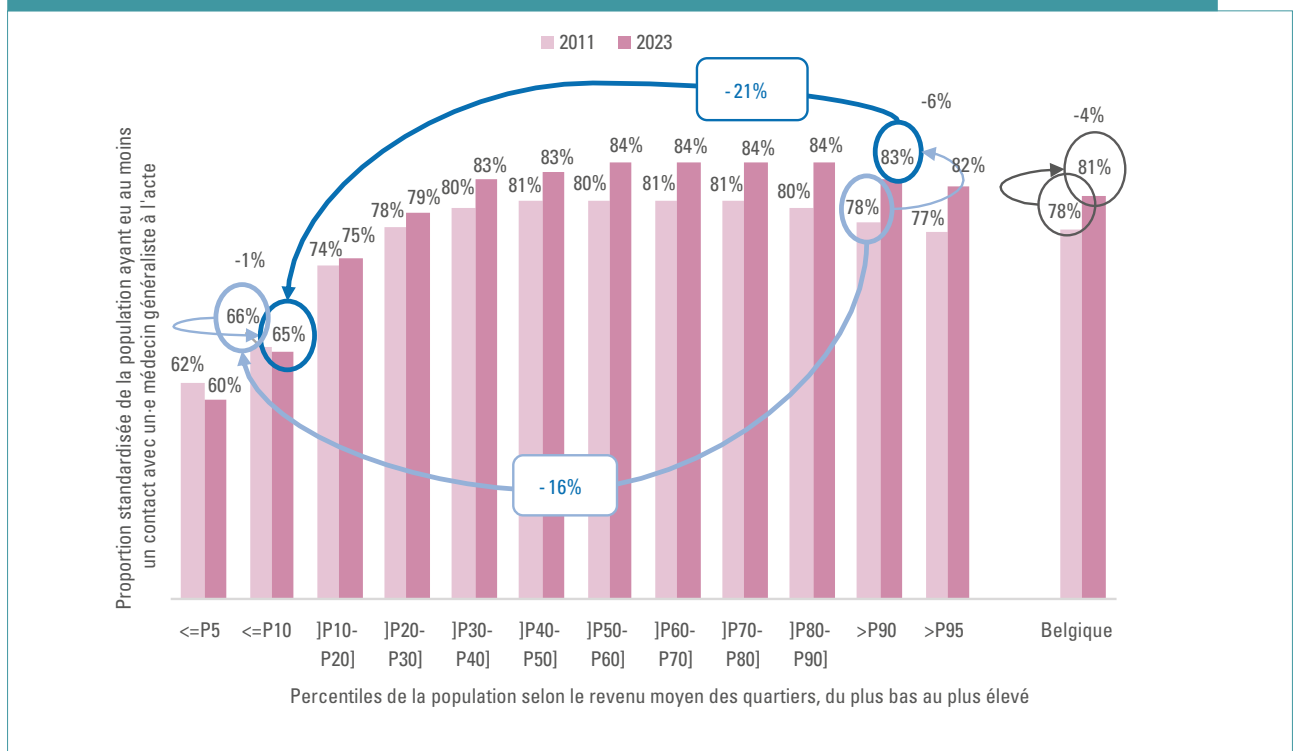
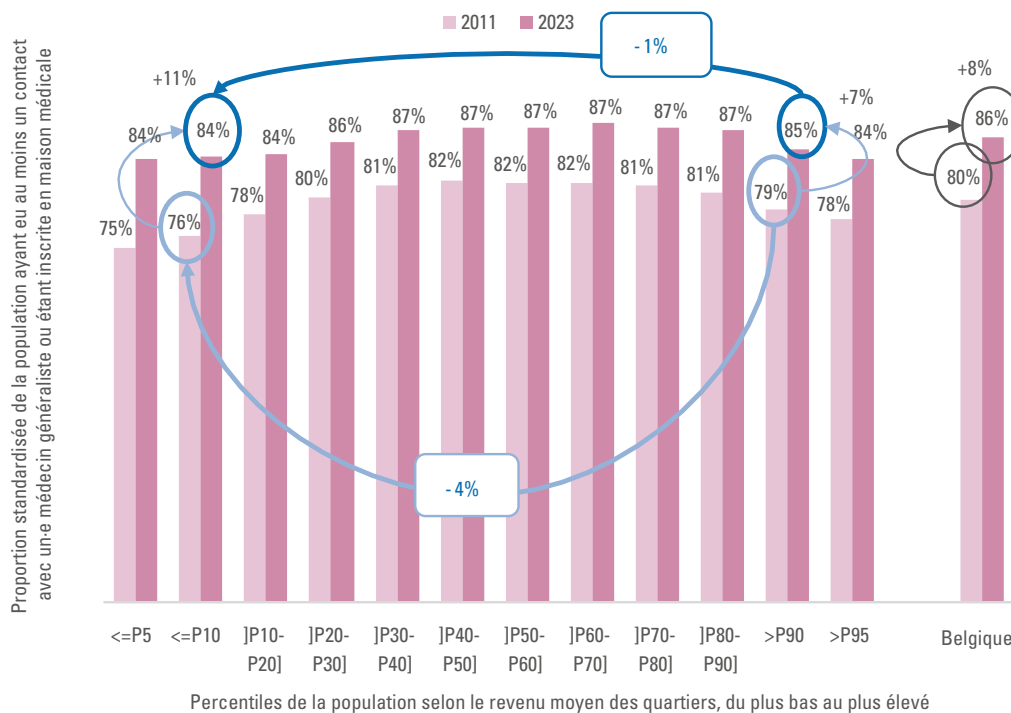


Figure 9 : Évolution de la proportion de la population ayant eu des contacts avec un-e médecin généraliste à l'acte ou inscrite en maison médicale entre 2011 et 2023 en Belgique selon le revenu moyen du quartier (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées, standardisation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



3.3. Coûts à charge des patient-es

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

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

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

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

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

Tableau 2 : Montants de référence -
année MAF 2024

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

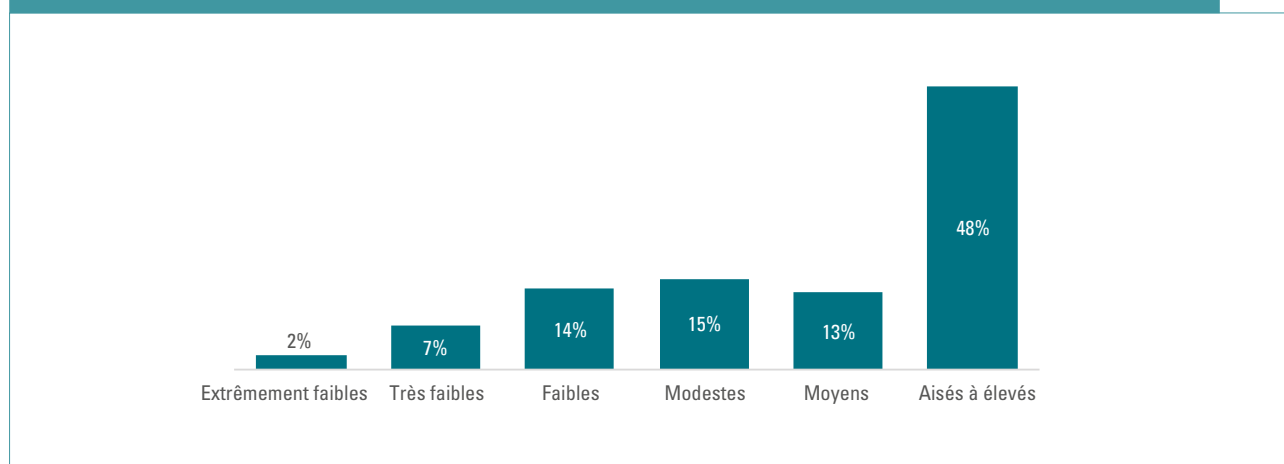
3.3.2. Une protection financière conditionnelle : couverture effective et limites du MAF

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

Une distribution socialement asymétrique des revenus identifiés

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

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



13 Données estimées à partir de la population MC pondérée.

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

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

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

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

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

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

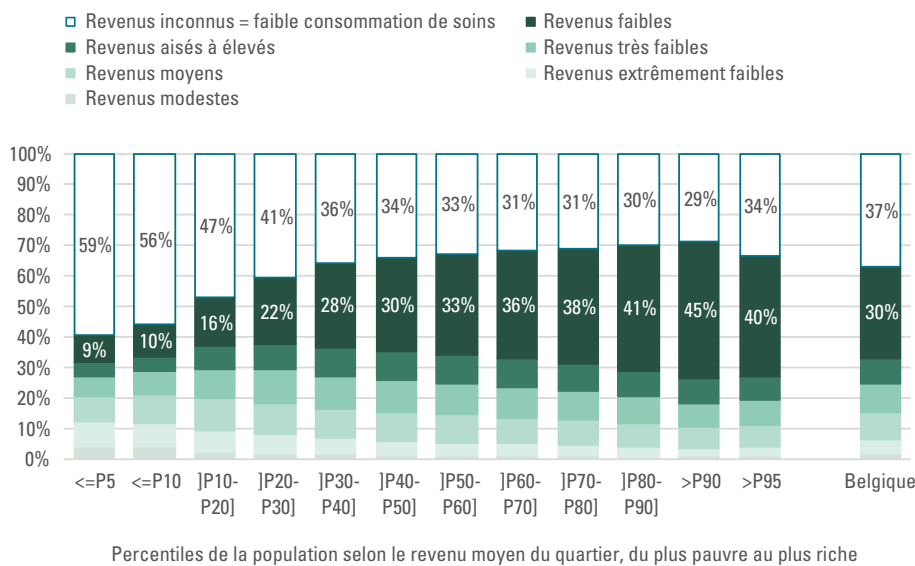
Ainsi, **pour tout ménage de plus d'une personne, les trois premières tranches de revenu MAF renvoient en réalité à des niveaux de vie très précaires**. La catégorisation MAF reposant sur des montants absolus non équivalisés selon la taille des ménages tend dès lors à sous-estimer la faible capacité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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qui accède effectivement au plafonnement ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.3. Fardeau financier des soins selon le revenu

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

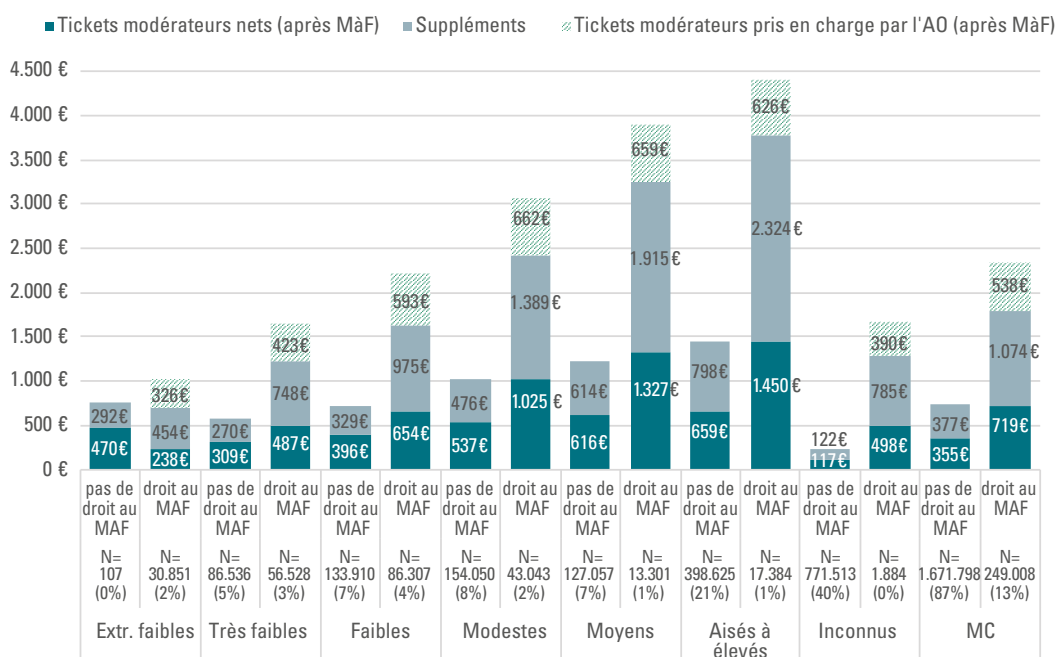
La figure 12 ventile les contributions personnelles, selon les tranches de revenu MAF, en trois composantes : (1) les tickets modérateurs nets (à charge du ménage), (2) les suppléments (non couverts par le MAF), (3) les tickets modérateurs neutralisés par l'AO lorsque le plafond MAF est atteint.

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

À l'inverse, parmi les ménages à revenus extrêmement faibles qui ouvrent leur droit au MAF, les contributions personnelles moyennes restent plus basses, mais elles sont loin d'être nulles : 783 euros par ménage en moyenne, dont 238 euros de TM nets et 545 euros de suppléments. Ce constat met en évidence une limite de la protection offerte par le MAF : le plafonnement ne s'applique pas aux suppléments, qui constituent pourtant une part substantielle des contributions personnelles, d'où une protection seulement partielle même lorsque le plafond est atteint.

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

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



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

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

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

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

Contributions personnelles moyennes par ménage, toutes situations confondues

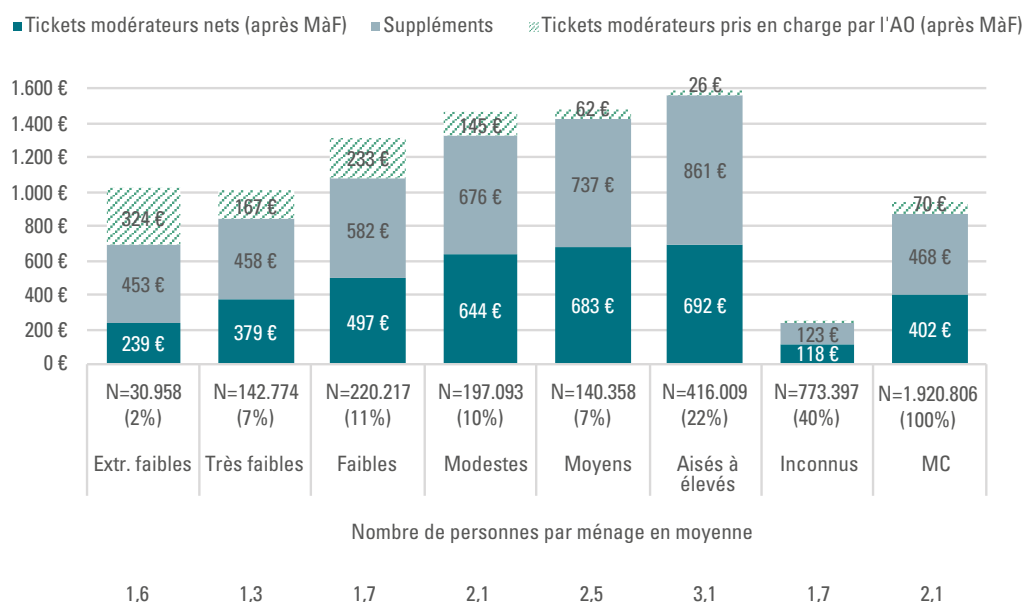
La figure 13 présente les contributions personnelles des ménages, toutes situations confondues, c'est-à-dire **qu'ils aient ouvert ou non leur droit au MAF**, et selon la tranche de revenu. Cette approche permet de rendre compte des montants effectivement supportés en moyenne par l'en-

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

Globalement, les contributions personnelles augmentent avec le niveau de revenu, mais les écarts entre les tranches se resserrent nettement lorsqu'on considère tous les ménages : les ménages aux revenus extrêmement faibles supportent en moyenne 693 euros de coûts annuels liés aux soins de santé, dont une part importante sous forme de suppléments (454 euros). Les ménages à revenus très faibles supportent en moyenne 837 euros sur l'année, ceux à revenus faibles 1.079 euros et les ménages aisés à élevés 1.554 euros.

Ce résultat met en évidence un point central : le MAF ne porte, pour le calcul du plafonnement, que sur les **tickets modérateurs compris dans son périmètre réglementaire. Le MAF ne couvre que les tickets modérateurs.**

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



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

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

Un second élément déterminant dans la lecture de ces coûts est la **taille des ménages**. Les ménages aux revenus les plus faibles comptent en moyenne entre 1,3 et 1,6 personne (voir Figure 7), ce qui limite mécaniquement la consommation cumulée de soins et, par conséquent, les coûts totaux observés au niveau du ménage. À l'inverse, les ménages aisés comptent en moyenne 3,1 personnes, ce qui contribue à des montants plus élevés en termes absolus au niveau du ménage.

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

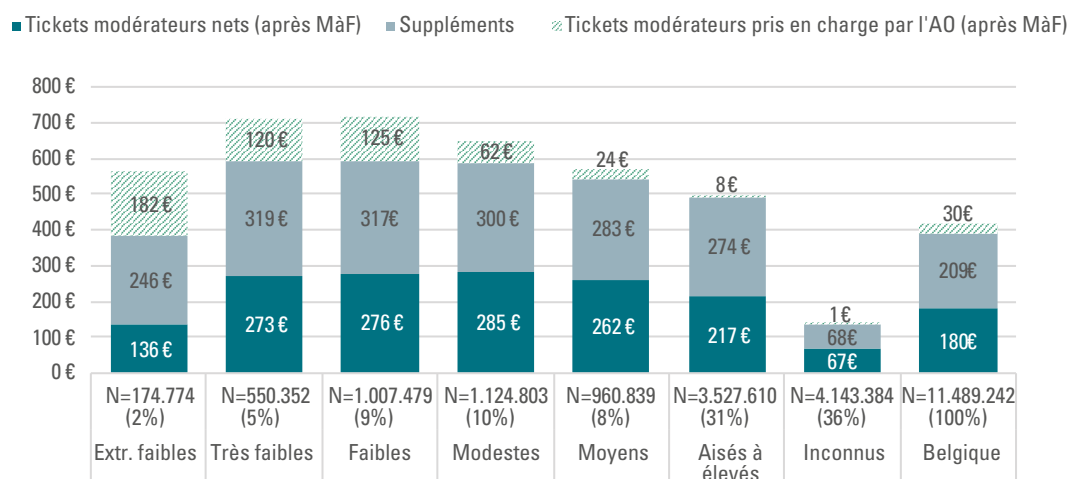
une analyse **individualisée** des contributions personnelles, afin de neutraliser l'effet de la taille du ménage et de mesurer plus finement la pression financière à laquelle les personnes sont exposées.

Individualiser les dépenses pour mesurer la pression financière réelle

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

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

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



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

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

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

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

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

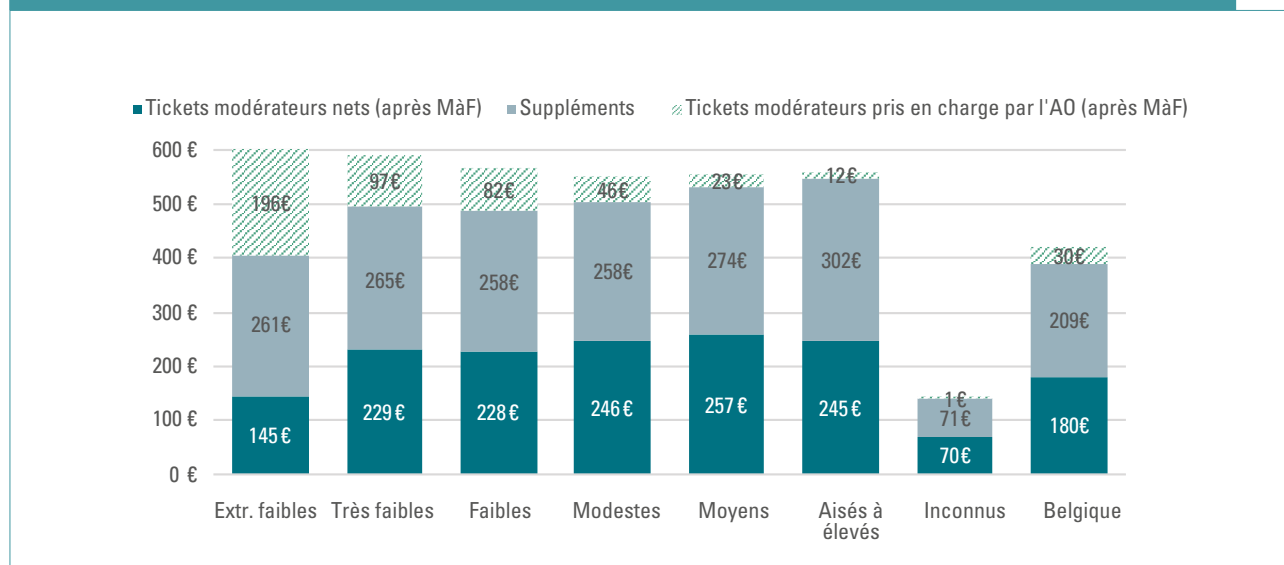
regard des différences de revenus. À titre d'illustration, les contributions personnelles standardisées s'élèvent en moyenne à 494 euros chez les personnes à revenus très faibles, contre 547 euros chez les personnes à revenus aisés à élevés, soit un écart d'environ 11%. Ce différentiel demeure très faible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

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

Un fardeau financier disproportionné pour les plus bas revenus

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

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



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

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

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

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

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

Approche territoriale : une analyse populationnelle des contributions personnelles

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

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

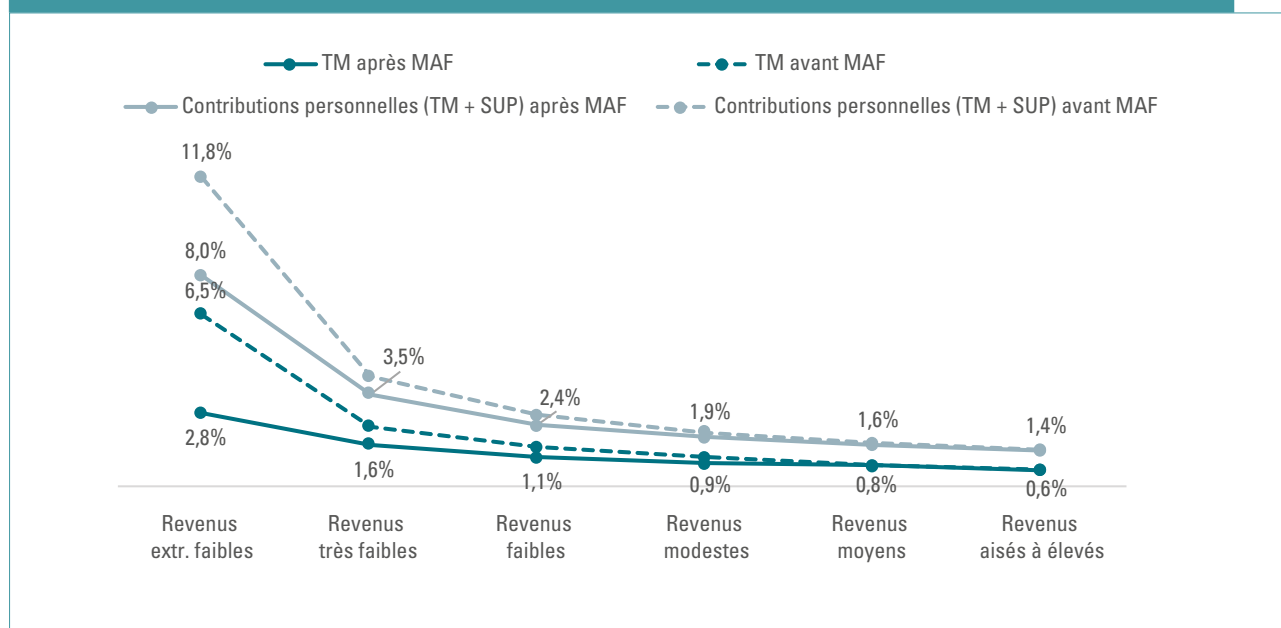
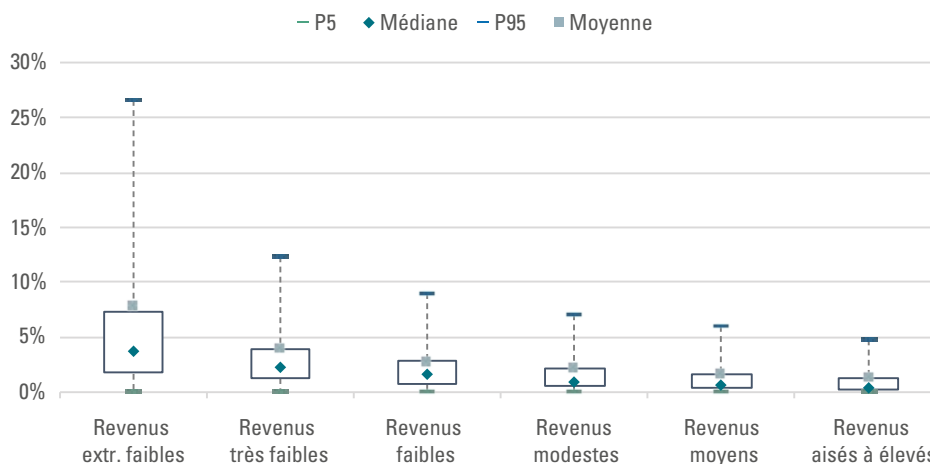


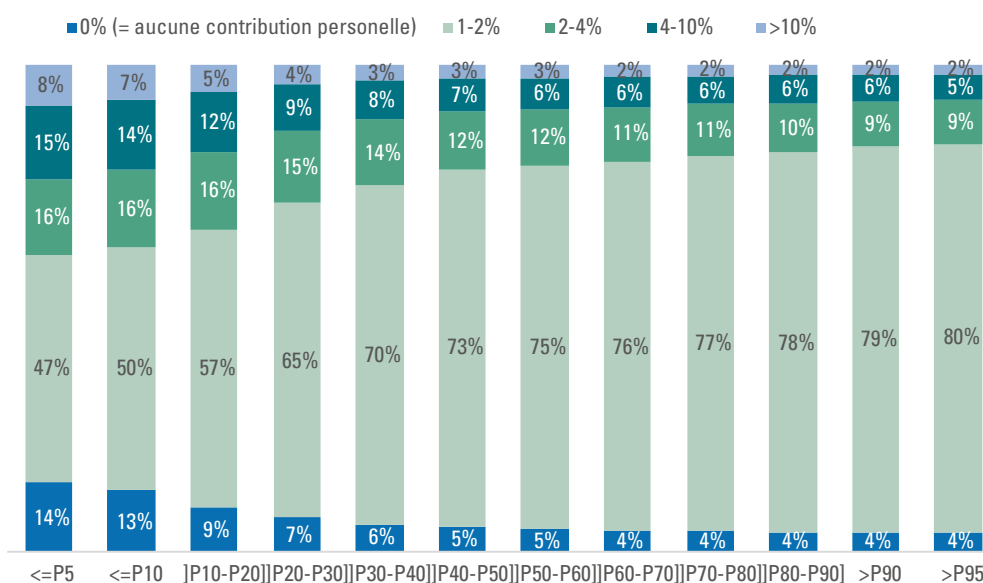
Figure 17 : Distribution de la part du revenu individualisé allouée aux contributions personnelles en 2024 (Source : Estimations pour la population belge à partir des données MC pondérées)



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

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

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



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

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

4. Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un fardeau financier fortement régressif

Les résultats montrent que les **contributions personnelles sont fortement régressives** : la part du revenu consacrée aux soins diminue à mesure que le niveau de revenu augmente. Les personnes aux revenus extrêmement faibles consacrent en moyenne près de 8% de leur revenu aux soins, cette part s'élève à 3,5% pour les revenus très faibles, à 2,4% pour les revenus faibles, puis décroît progressivement pour atteindre 1,4% dans les revenus les plus élevés.

La pression sur les revenus très faibles persiste même lorsque le MAF est activé : **si le dispositif est progressif dans sa structure** – les plafonds de tickets modérateurs augmentant avec le revenu – **il ne neutralise pas les différences de capacité financière entre les ménages**. Ainsi, même parmi les personnes atteignant le plafond, les ménages à faibles revenus supportent un effort financier proportionnellement bien plus important que les ménages aisés, en raison de ressources beaucoup plus limitées pour absorber les dépenses de soins.

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

Cette lecture est renforcée par les travaux récents sur les **budgets de référence en Belgique**, qui définissent le niveau minimal de ressources nécessaires pour permettre une participation sociale adéquate, en supposant des personnes en bonne santé et un accès standard aux

soins (REMI - REDI, 2026). Pour les ménages à faibles revenus, les montants observés dans cette étude excèdent largement la marge financière disponible dans ces budgets. Par exemple, pour les personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 1.057 euros (première tranche de revenus MAF), les dépenses de santé entrent directement en concurrence avec des postes de dépenses incompressibles tels que le logement, l'alimentation ou l'énergie, rendant impossible la couverture simultanée des besoins essentiels et des coûts de soins, ce qui porte atteinte directement à la santé. D'autre part, l'insécurité financière impacte également de façon significative la santé mentale (stress chronique, contraintes psychosociales, isolement social) (Guan, Guariglia, Moore, Xu, & Al-Janabi, 2022). Cette situation financière catastrophique qui est susceptible de toucher plus largement les ménages aux revenus modestes risque de les enfermer dans un cercle vicieux où la détérioration de l'état de santé déstabilise le budget, empêche de répondre aux besoins essentiels et conduit à une aggravation simultanée des difficultés économiques et des problèmes de santé.

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

Les suppléments : angle mort de la protection

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

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

si la stratification financière du système et la régressivité globale de la charge des soins.

Les limites structurelles du MAF

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

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

Non-take-up du BIM

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

Invisibilisation statistique et sous-recours contraint

À ces limites s'ajoute un mécanisme plus silencieux : la **non-identification d'une partie substantielle des ménages pauvres par le MAF**. La tranche de revenu n'étant connue qu'à partir d'un seuil minimal de consommation de soins, de nombreuses personnes vulnérables restent invisibles

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

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

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

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

5. Recommandations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Passer du ménage administratif au ménage réel.

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

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

Les plafonds applicables aux tranches de revenus les

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

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

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

4. Affiner les tranches de revenus.

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

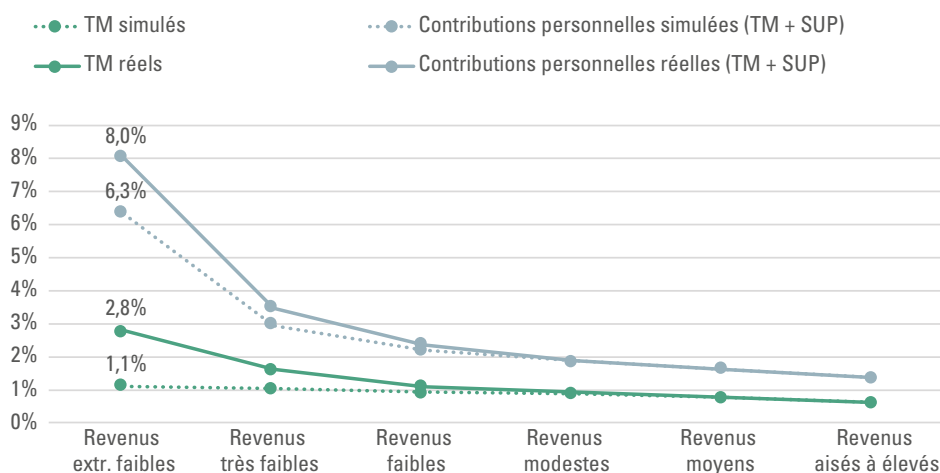
Simulation de nouveaux plafonds MAF

Afin d'évaluer l'impact d'une réforme du MAF, nous avons simulé un scénario combinant une réduction des plafonds des tickets modérateurs dans les tranches de revenus les plus faibles, une augmentation ciblée dans les tranches supérieures et une adaptation systématique du plafonnement à la taille réelle du ménage (voir Annexe 3 pour la méthodologie détaillée).

Cette réforme permettrait de **réduire significativement la charge financière des ménages les plus vulnérables**, tout en améliorant la progressivité du dispositif. Pour les ménages à très faibles revenus, les tickets modérateurs exprimés en part du revenu diminuent de 2,8% à 1,1%, ce qui entraîne une réduction des contributions personnelles totales de 8% à 6,3% du revenu (voir Figure 19). À l'inverse, l'effet est quasi nul pour les ménages aisés, dont une faible proportion atteint aujourd'hui les plafonds existants.

Le coût budgétaire total de la réforme est estimé à 108,6 millions d'euros, soit environ 0,25% du budget INAMI 2024. Ce montant demeure modéré au regard de l'allègement substantiel du fardeau financier pour les ménages à faibles revenus. Une telle réforme renforcerait significativement la protection des ménages précarisés tout en demeurant soutenable pour l'AO.

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



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

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

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

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

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

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

Dans cette logique, la gratuité effective des soins pour les enfants constitue une priorité spécifique. La Belgique figure en effet parmi les rares pays européens où des tickets modérateurs subsistent pour les soins chez le généraliste et les spécialistes pour les enfants issus

de ménages à bas revenus (Baptista, Guio, Marlier, & Perista, 2023). Or les inégalités sociales de santé se construisent dès l'enfance, et l'existence de contributions personnelles, même modestes, peut freiner l'accès aux soins pédiatriques et préventifs dans les ménages les plus vulnérables.

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

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

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

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

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

Les maisons médicales jouent un rôle essentiel en tant que dispositifs d'accès sans contribution personnelle et de suivi continu dans les quartiers où les besoins sont les plus importants. Leur présence contribue à atténuer le gradient social de recours observé dans les soins de première ligne à l'acte. La répartition inégale des besoins en soins sur le territoire appelle dès lors une réflexion explicite sur la répartition géographique de l'offre de première ligne. Assurer l'accessibilité, la

capacité d'accueil et l'implantation suffisante des maisons médicales dans les territoires les plus fragilisés – et soutenir le financement forfaitaire qui en constitue le socle – constitue un levier structurel central pour améliorer durablement l'accès effectif aux soins là où les obstacles financiers et organisationnels sont les plus marqués.

Au-delà de ces leviers financiers immédiats, l'accès effectif aux soins dépend également de facteurs organisationnels et informationnels. Les résultats montrent que la gratuité d'un service, notamment en matière de prévention ou de dépistage, ne suffit pas à réduire les inégalités lorsque l'offre est peu visible, peu disponible ou insuffisamment accompagnée au niveau local. De même, une **compréhension limitée des droits** – en particulier du périmètre du MAF, des suppléments et des montants à charge avant activation du plafonnement – restreint l'usage effectif des protections existantes. Dans ce contexte, **les mutualités jouent déjà un rôle central, et vu les inégalités structurelles persistantes, doivent encore renforcer leurs actions en matière d'information, d'accompagnement et de suivi**, afin de garantir que les dispositifs existants se traduisent effectivement en accès aux soins pour les populations les plus vulnérables. Les services sociaux des mutualités jouent déjà un rôle central dans l'identification des situations de fragilité, l'explication des droits et l'accompagnement des assuré-es dans des démarches souvent complexes. En complément, des dispositifs de proximité visant à renforcer la littératie en santé et l'accès aux droits, tels que les initiatives de type *Community Health*

Workers, constituent un outil pertinent pour atteindre des publics particulièrement éloignés des dispositifs institutionnels. La pérennisation de telles initiatives apparaît dès lors comme un enjeu important, afin qu'elles puissent renforcer durablement l'effectivité de l'accès aux soins dans les territoires les plus fragilisés.

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

Conclusion

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

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

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

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

Bibliographie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé - Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. *Santé & Société*, 4, 6-31.
- Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2023). Davantage de personnes avec le statut bénéficiaire de l'intervention majorée: Interprétation des grandes tendances des dernières années en Belgique. *Santé & Société*, 5, 6-33.
- Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. (2026). *Maximum à facturer (MAF social, MAF revenus)*. Récupéré sur www.ksz-bcss.fgov.be/fr/project/maximum-a-factorer-maf-social-maf-revenus
- Baptista, I., Guio, A., Marlier, E., & Perista, P. (2023). *Access for children in need to the key services covered by the European Child Guarantee: An analysis of policies in the 27 EU Member States*. European Social Policy Analysis Network (ESPAN). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. Health Services Research (HSR). Brussels: KCE Reports 334.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Fixer des objectifs pour une meilleure couverture des besoins en soins de santé. *Santé & Société*, 14, 30-57.
- Cookson, R., Doran, T., Asaria, M., Gupta, I., & Mujica, F. (2021). The inverse care law re-examined: a global perspective. *The Lancet*, 397, 828-838.
- Decoster, A., Minten, T., & Spinnewijn, J. (2021). The Income Gradient in Mortality during the Covid-19 Crisis: Evidence from Belgium. *The Journal of Economic Inequality*, 19, 551-570.
- EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN). (2025). *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap?* Brussels.
- European Institute for Gender Equality (EIGE). (2021). *Gender Equality Index 2021 - Health*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- Eurostat. (2026, mars 27). *Health care expenditure by financing scheme*. Récupéré sur https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf__custom_20838663/
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *Performance du système de santé belge - Rapport 2024*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Goedemé, T., Janssens, J., Derboven, J., Van Gestel, R., Lefevère, E., & Verbist, G. (2022). *AKE: Reducing poverty through improving the take up of social policies. Final Report*. Brussels: Belgian Science Policy Office.
- Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PLoS One*, 17(2), 1-20.
- INAMI. (2024). *Médecins : Interdiction de facturer des suppléments en ambulatoire aux bénéficiaires de l'intervention majorée*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/exercice-du-metier/medecins-interdiction-de-factorer-des-supplements-en-ambulatoire-aux-beneficiaires-de-l-intervention-majorée>
- INAMI. (2026). *Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé*. Récupéré sur www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/maximum-a-factorer-maf
- Jacobs, I., Vanden Bossche, D., Willems, S., & Vanthomme, K. (2025). Understanding the profile of community health workers in breast cancer screening education: women's preferences and insights from a qualitative focus group study. *International Journal for Equity in Health*, 24(193), 1-25.
- Kröger, H., Pakpahan, E., & Hoffmann, R. (2016). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European journal of public health*, 28(2), 382.
- Lang, T., Kelly-Irving, M., Lamy, S., Lepage, B., & Delpierre, C. (2016). Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? *Philosophie de la santé*, 28(2), 169-179.
- Lefevère, E., Goedemé, T., De Wilde, M., & De Spiegeleer, T. (2019). Non-recours à l'intervention majorée et octroi automatique de droits. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 251-284.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.
- Marmot, M. (2003). Understanding Social Inequalities in Health. *Perspectives in Biology and Medicine*; 46, 9-23.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. London: The Marmot Review.

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

Annexes

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

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

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

2023						
Catégorie de revenu	Nombre de déclarations fiscales	Nombre de personnes qui résident dans ces secteurs	% population	Nombre de membres MC	% population MC	Seuil de revenu (moyenne / habitant)
<=P10	602.162	1.149.760	9,8%	215.679	4,7%	<= € 16.470
]P10 tot P20]	661.028	1.149.994	9,8%	283.527	6,2%	] € 16.470 à € 19.248]
]P20 tot P30]	679.843	1.151.089	9,8%	373.713	8,1%	] € 19.248 à € 21.184]
]P30 tot P40]	686.183	1.151.060	9,8%	447.690	9,7%	] € 21.184 à € 22.636]
]P40 tot P50]	689.398	1.150.829	9,8%	509.748	11,1%	] 22.636 € à € 23,798]
]P50 tot P60]	689.120	1.150.531	9,8%	534.474	11,6%	] 23.798 € à € 24.849]
]P60 tot P70]	686.347	1.148.836	9,8%	539.881	11,7%	] 24.849 € à € 26.021]
]P70 tot P80]	688.896	1.152.294	9,9%	547.874	11,9%	] € 26.021 à € 27.265]
]P80 tot P90]	680.184	1.150.490	9,8%	548.932	11,9%	] 27.265 € à € 29.329]
>P90	670.665	1.150.708	9,8%	517.128	11,2%	> € 29.329
Inconnu	112.360	191.877	1,6%	81.692	1,8%	
TOTAL	6.846.186	11.697.468	100,0%	4.600.338	100,0%	

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

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

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

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

Catégorie	Événement analysé	Dénominateur	Codes utilisés (ATC / prestations)
État de santé	Mortalité dans l'année	Ensemble de la population (population MC pondérée pour représenter la population belge)	Décès au cours de l'année observé dans les données administratives
	Diabète		<ul style="list-style-type: none"> - Code ATC A10 - Convention diabète : 770033, 770055, 770070, 771573, 771595, 772450, 772461, 773113, 773231, 773253, 773275, 773393, 773496, 773592, 774115, 774130, 774152, 775456, 775471, 789751, 789773, 789795, 789810, 789832, 789854, 789876, 789891, 789913, 789935 - Nomenclature du suivi diabète (auparavant passeport diabète) : 102852, 109594 - Trajet de soins diabète : 107015, 107030, 107052, 107074 - Trajet de soins multidisciplinaire : 785573, 785595, 785610, 785632, 785654, 785676, 785691, 785713, 785735, 785750, 785772, 785794, 785816, 785831, 785853, 785875, 785890, 785912, 785934, 785956, 788756, 788771, 788793, 788815, 788830, 788852, 788874, 788896, 788911, 788933, 788955 Exclusion des femmes ayant accouché durant l'année (pour éviter le diabète gestationnel)
	Maladies obstructives des voies respiratoires		Code ATC : R03, 90 DDD et plus
Soins curatifs	Bénéficiaire du statut affection chronique	Ensemble de la population (population MC pondérée pour représenter la population belge)	Évènement observé dans les données administratives
	Être admis en hôpital général		Admissions dans les hôpitaux généraux, observées dans les données administratives, à l'exclusion des services G, A, K, T et S
	Se présenter aux urgences hospitalières		Honoraires pour l'examen/la prise en charge dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés : 590391, 590450, 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796, 590811, 590833, 590855, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995
Dispositifs préventifs	Dépistage du cancer du sein	Femmes entre 50 et 69 ans	Mammotest ou mammographie diagnostique, l'année concernée + l'année suivante <ul style="list-style-type: none"> - Dépistages organisés par les communautés: 450192, 450203, 450214, 450225 - Mammographies: 450354, 450365, 450096, 461090
Soins de première ligne	Au moins un contact avec un médecin généraliste	Ensemble de la population	<ul style="list-style-type: none"> - Consultations : 101010, 101032, 101076 - Visites : 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252, 104355, 104510, 104532, 104554, 104650, 104753, 106610, 106691, 109045, 109060, 109082, 109701, 109723 - Télé/vidéos-consultations : 101673, 101710, 101732 Exclusion des patient-es inscrit-es en maison médicale
	Être inscrit en maison médicale		Forfait soins médicaux: 109616

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

Nous simulons une réforme des plafonds MAF en deux étapes :

Abaissement les plafonds de base pour les revenus les plus faibles et relèvement pour les plus élevés ;

Adaptation des plafonds en fonction de la **taille du ménage** afin de tenir compte de la capacité financière effective du ménage, qui diminue à mesure que le nombre de personnes dépendant d'un même revenu augmente. Pour chaque personne supplémentaire au sein du ménage, le plafond est réduit de 10 %²¹, selon la formule suivante :

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

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

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

Pour chaque personne, nous obtenons ainsi une contribution personnelle simulée (TM simulé + suppléments), un coût/gain supplémentaire pour l'AO et la part simulée de revenu consacrée aux soins, en rapportant ce reste à charge au revenu individualisé. Les résultats sont présentés sous forme de moyennes pondérées et standardisées (âge et sexe), afin d'évaluer l'effet de ces modifications sur l'ensemble de la population et de comparer les catégories de revenus à structure égale. Cette simulation illustre ainsi dans quelle mesure un ajustement des plafonds tenant compte de la taille des ménage pourrait alléger la charge financière des ménages à faibles revenus, tout en rendant visible l'effort budgétaire associé pour l'AO.

Tableau 5 : Proposition de plafonds MAF alternatifs

Catégorie de revenus MAF	Anciens plafonds	Plafonds alternatifs (et répartition des ménages MC concernés par cette situation dans la tranche)					Coût de l'adaptation pour l'AO au niveau belge (estimation à partir des données MC pondérées)
		Ménage 1 personne	Ménage 2 personnes	Ménage 3 personnes	Ménage 4 personnes	Ménage 5 personnes et plus	
Revenus extr. faibles (G)	€ 255	€ 105 (72%)	€ 95 (12%)	€ 87 (6%)	€ 81 (5%)	€ 75 (5%)	€ 12.749.437
Revenus très faibles (B)	€ 517	€ 317 (82%)	€ 288 (11%)	€ 264 (3%)	€ 244 (2%)	€ 226 (2%)	€ 51.421.628
Revenus faibles (C)	€ 747	€ 647 (48%)	€ 588 (42%)	€ 539 (5%)	€ 497 (3%)	462 € (2%)	€ 41.695.772
Revenus modestes (D)	€ 1.149	€ 1.199 (21%)	€ 1,090 (60%)	€ 999 (9%)	€ 922 (7%)	856 € (4%)	€ 9.211.259
Revenus moyens (E)	€ 1,608	€ 1.958 (12%)	€ 1.780 (52%)	€ 1,632 (16%)	€ 1,506 (14%)	€ 1.399 (6%)	€ -2.593.788
Revenus aisés à élevés (F)	€ 2,068	€ 2.668 (4%)	€ 2.425 (33%)	€ 2.223 (22%)	€ 2,052 (29%)	€ 1,905 (11%)	€ -3.872.656
Coût total							€ 108.611.652

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

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

Points d'attention

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

Cas particuliers

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

Progressivité théorique des tickets modérateurs

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

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

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