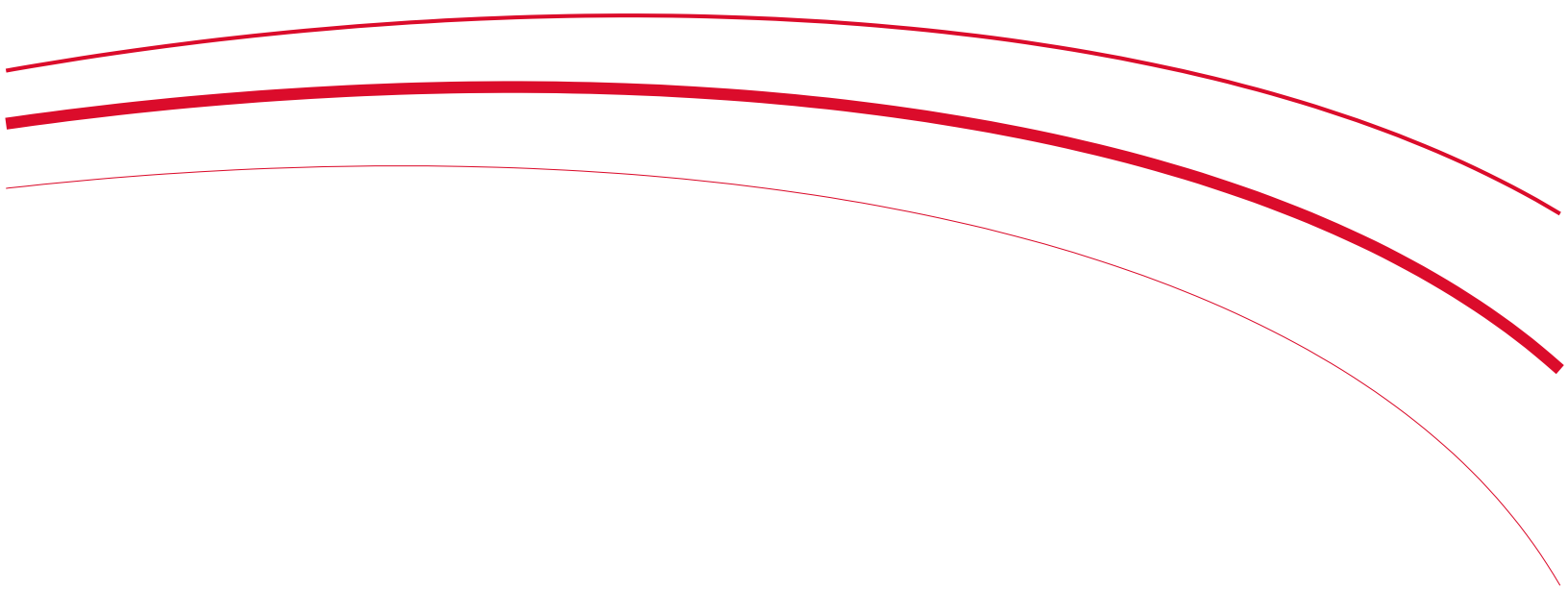




Le conventionnement, un levier efficace d'accessibilité tarifaire aux soins

Analyses, critiques et pistes d'amélioration.

Solidaris, Décembre 2025

Brieuc Dubois et Jérôme Vrancken.



**Votre santé
mérite
le meilleur**



Table des matières

Introduction	4
1. Accessibilité et renoncement aux soins : une problématique centrale de santé publique	4
2. Le conventionnement : un levier d'accès aux soins et de régulation tarifaire.....	7
3. Un seuil de 60 % qui dissimule de profondes disparités	9
3.1. Des taux d'adhésion officiels qui masquent la réalité de l'accessibilité.....	9
3.2. Un manque de nuance compromettant l'égalité des conditions d'accès	11
4. L'impact du conventionnement sur l'accessibilité aux soins.....	13
5. Recommandations	20
5.1. Une augmentation des incitants au conventionnement	20
5.2. Les tarifs indicatifs, entre complexité accrue et recul de l'accessibilité.....	20
5.3. Conventionnement minimal : un seuil à repenser	21
5.4. La limitation des suppléments d'honoraires	22

Table des figures

Figure 1: Evolution de 2015 à 2024 du renoncement à au moins un soin en fonction du groupe social (GS1 étant le groupe le plus aisé et GS8 le plus précaire).	6
Figure 2: Arrondissements présentant moins de 50% de prestataires conventionnés selon 4 spécialités: gynécologie (en haut à gauche), stomatologie (en haut à droite), dentisterie (en bas à gauche) et dermatologie (en bas à droite).	12
Figure 3: : Distance moyenne parcourue pour se rendre chez le dentiste (personne de moins de 65 ans)	13
Figure 4: Indices comparatifs, contacts dentaires réguliers (personnes de moins de 65 ans)	14
Figure 5: Indices comparatifs – contacts dentaires préventifs réguliers (personnes de moins de 65 ans)	15

Table des tables

Table 1: La proportion de spécialistes conventionnés en comparaison avec la proportion de reports de soins observé par territoire.	16
Table 2: La proportion de spécialistes conventionnés en comparaison avec la proportion de reports de soins observé par territoire, focus sur les publics les plus précaires.....	16
Table 3: La proportion de cardiologues conventionnés en comparaison avec la proportion de la population ayant des pathologies cardiaques par territoire	17

Introduction

Dans son exposé d'orientation pour 2025, Franck Vandenbroucke déclarait : *” Les soins doivent être accessibles à toute personne qui en a besoin. Les soins doivent être abordables pour chacune et chacun. Les soins doivent toujours être de la plus haute qualité. Telle est notre ambition.”*¹ Dans cette perspective, l'accessibilité financière aux soins de santé en Belgique constitue un enjeu central, intimement lié à la qualité même de notre système de soins.

Le système de soins dans lequel nous évoluons repose sur un modèle assurantiel, financé collectivement par les cotisations sociales. Concrètement, travailleurs et employeurs alimentent les caisses de la sécurité sociale, ce qui doit garantir à tout le monde une accessibilité équivalente aux soins de santé.

Ce modèle se distingue d'un système dit « assistanciel », où le niveau d'accessibilité aux soins dépend de la condition socio-économique et est conditionné à la preuve d'une situation sociale précaire. Cette logique de ciblage, en apparence anodine, n'assurent pas une accessibilité effective aux soins de santé pour tout le monde (notamment pour les classes moyennes et aisées). Cependant, le système assurantiel ne garantit pas intrinsèquement l'atteinte des objectifs d'accessibilité évoqués par le ministre.

Actuellement, cette accessibilité demeure incomplète dans les faits, révélant, au sein du système, des limites de certains dispositifs censés la garantir, au premier rang desquels figure le conventionnement.

Cette analyse se penche sur le modèle du conventionnement, en analysant son fonctionnement, sa situation actuelle et ses limites. Dans un contexte marqué par des tensions politiques croissantes autour de cette question, nous cherchons à identifier des pistes concrètes pour le renforcer et le réformer avec un objectif clair : rendre le système de santé effectivement accessible et abordable pour toutes et tous.

1. Accessibilité et renoncement aux soins : une problématique centrale de santé publique

D'après Sciensano, en 2018, plus d'une personne sur cinq en Wallonie (22 %) rencontre des difficultés financières pour couvrir ses soins de santé, avec un écart économique marqué : 35,5 % dans le quintile le plus pauvre et tout de même 11,9 % dans le quintile le plus riche².

Comme le montre ces chiffres, l'aspect financier représente un enjeu important de l'accessibilité au système de soin. Il dépend de plusieurs éléments : le niveau d'intervention et de financement de l'assurance-maladie, le taux de conventionnement des prestataires, les honoraires fixés, les mécanismes de remboursements (avance sur honoraire/ tiers-payants) ou encore le déploiement de protections spécifiques pour les publics les plus vulnérables (ex : statut BIM).

¹56K0767009.pdf, Exposé d'orientation politique devant la Chambre des représentants de Belgique, 13 mars 2025

² S. Demarest, R. Charafeddine, F. Berete, S. Drieskens. Enquête de santé 2018 : Accessibilité financière aux soins de santé. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/23. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

En 2024, 41% des Belges francophones déclaraient avoir renoncés à au moins un soin pour des raisons financières. Le taux est largement supérieur à des niveaux antérieurs (32% en 2015). En moyenne, ces personnes (ayant renoncé à au moins un soin) se sont privées de 2,46 soins par an, contre seulement un soin en moyenne pour l'ensemble de la population³. Ce chiffre traduit de larges inégalités au sein de la population en Belgique.

En effet, les chiffres liés au renoncement ne sont pas homogènes et révèlent des disparités en fonction de différents facteurs et déterminants sociaux. On observe, par exemple, des différences selon les prestations médicales. Les médecins généralistes entraînent peu de report de soins (9% déclarent avoir dû renoncer à un soin chez le généraliste) alors que les spécialistes en entraînent le double (18%). Il existe également des disparités entre les spécialisations : seulement 16% de renoncement chez les psychologues mais 23% pour les dentistes et 20% pour les ophtalmologues⁴.

Par ailleurs, la différence entre MG et MS a tendance à s'accroître avec le temps. Si le taux de renoncement aux soins chez les médecins généralistes est revenu à son niveau de 2015, on observe en revanche une hausse notable du renoncement pour les autres spécialités : +3 % chez les dentistes, +6 % chez les psychologues et +4 % chez les spécialistes⁵.

D'un autre côté, d'autres éléments liés aux caractéristiques des patients, tels que le genre, l'âge ou la situation professionnelle, mettent également en évidence des inégalités d'accès.

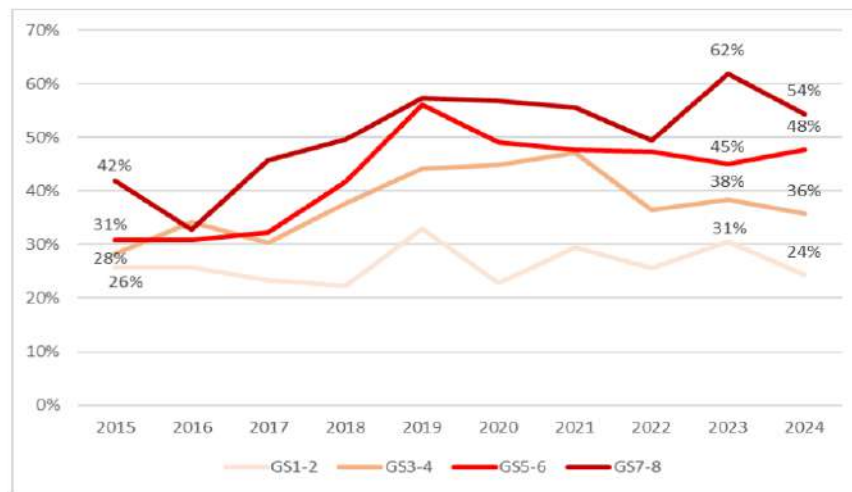
Enfin, le niveau socio-économique exerce également une influence sur le niveau de renoncement.

³ [Report-de-soins-2024-VF.pdf](#)

⁴ Ibid

⁵ Ibid

Figure 1: Evolution de 2015 à 2024 du renoncement à au moins un soin en fonction du groupe social (GS1 étant le groupe le plus aisé et GS8 le plus précaire).



Source: Baromètre Solidaris: Renoncement aux soins pour raisons financières, Edition 2024, Report-de-soins-2024-VF.pdf

Comme le présente le graphique ci-dessus (Figure 1), parmi le quartil le plus pauvre de la population, plus d'une personne sur deux a dû renoncer à au moins un soin (54%). Ce chiffre est de 24% pour le quartil le plus riche ce qui appuie l'importance du gradient socio-économique mais montre également que le renoncement aux soins impacte toutes les catégories socio-économiques de la population.

Par ailleurs, seul le troisième quartile est en augmentation au cours de la dernière année. Cela pourrait indiquer un rapprochement progressif avec la moitié de la population la plus précarisée.

Enfin, la diminution du taux de renoncement aux soins observée sur les 10 dernières années concerne uniquement le premier quartile. Autrement dit, seule la fraction la plus aisée de la population renonce de moins en moins aux soins⁶.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières touche une proportion significative de la population, notamment parmi les personnes disposant de revenus modestes. De nombreux ménages à faibles ressources doivent choisir entre assumer les dépenses liées à la santé et répondre à d'autres besoins essentiels, comme le logement ou l'alimentation.

Ce n'est pas anodin si, selon l'OMS, "*Dispenser des soins en temps et en heure*" est une composante de la qualité d'un système de soins⁷. Refuser ou différer des soins a des conséquences concrètes sur la dégradation de l'état de santé d'un individu concerné. Cela peut entraîner une aggravation de la pathologie, une hospitalisation évitable, voire un décès prématuré. Ce lien de causalité (au sens de Granger⁸) entre le report de soins et la dégradation de la santé d'un individu a été démontré par une étude française menée sur un même échantillon de personnes interrogées à quatre ans d'intervalle. Parmi

⁶ Ibid

⁷ Qualité des soins

⁸ Dans l'étude, cela signifie que la donnée "report de soins" aide à prédire la donnée "état de santé 4 années plus tard". Il s'agit d'une causalité statistique, sans impliquer de lien de cause à effet direct.

celles ayant renoncé à des soins lors de la première vague, 42,3 % ont vu leur état de santé se détériorer, contre 37,7 % chez celles n'ayant pas renoncé⁹.

Le renoncement aux soins à des répercussions concrètes sur la santé et par extension, sur les dépenses associées. L'aggravation des pathologies qui découle du renoncement entraîne des coûts plus élevés, aussi bien pour le patient que pour la collectivité, qui devra prendre en charge des traitements plus lourds et onéreux.

À grande échelle, le renoncement aux soins constitue donc un enjeu de société majeur. La situation actuelle en Belgique met en lumière des limites de notre système de soins et souligne la nécessité d'examiner en profondeur les mécanismes censés en garantir l'accessibilité, afin de les repenser et de les améliorer.

2. Le conventionnement : un levier d'accès aux soins et de régulation tarifaire

L'exercice totalement libéral de la médecine ne permet pas d'assurer l'accessibilité aux soins pour tous les patients. Dépendants des lois du marché, certaines prestations médicales pourraient devenir largement plus coûteuses, compromettant ainsi l'égalité d'accès à ces prestations. Dans un tel système, la situation financière de chacun joue un rôle déterminant dans la possibilité de se soigner, privant ainsi les individus d'une sécurité tarifaire effective.

Pour répondre à l'enjeu d'accessibilité, la Belgique s'est dotée de plusieurs instruments, dont l'un des plus importants est le mécanisme de conventionnement, instauré en 1964¹⁰. Toujours d'actualité, il vise à concilier la pratique de la médecine libérale avec les impératifs d'accessibilité lié aux enjeux de santé publique. À ce titre, les finalités du conventionnement sont définies dans la loi comme suit : «*Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part, et d'autre part, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les sage-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les fournisseurs de prothèses, d'appareils et d'implants et les services et institutions visés à l'article 34, 11°, 12° et 18°, sont normalement régis par des conventions* »¹¹. L'objectif de cet outil est donc clairement défini : encadrer, via un système de conventions, la tarification des prestations médicales¹². Le conventionnement, dans sa mission

⁹ Paul Dourgnon, Florence Jusot et Romain Fantin, « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 28-29 | 2012/1-2, mis en ligne le 20 décembre 2012, consulté le 06 août 2025. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/8851> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/economiepublique.8851>

¹⁰ Avant cette date, les tarifs médicaux variaient selon des accords individuels entre médecins et mutualités, sans garantie d'égalité ni de sécurité tarifaire pour les patients. Ce système, où le médecin décidait parfois des tarifs selon la classe sociale, soulevait des désaccords politiques majeurs, menant à l'instauration d'un système "conventionnel" plus encadré.

¹¹ Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, article 42

¹² Le conventionnement poursuit également un objectif de maîtrise du budget de l'assurance maladie invalidité

intrinsèque, est un instrument de régulation conventionnelle, une forme de limitation, un cadre imposé à la médecine libérale.

En pratique, des commissions organisées au sein de l'INAMI rassemblant les mutuelles et les représentants de prestataires de soins, négocient des conventions valables 2 ans. Les accords conventionnels fixent, pour chaque acte médical, un tarif de référence, un niveau de remboursement et, par conséquent, le montant du ticket modérateur (la part que le patient doit assumer dans le cadre d'une consultation conventionnée).

Une fois l'accord établi, chaque professionnel de santé est libre de l'accepter ou non. S'il choisit de ne pas y adhérer, il est considéré comme "déconventionné" et peut alors fixer ses propres tarifs. La différence entre ce tarif libre et le tarif conventionné constitue le supplément d'honoraire. Entièrement à la charge du patient, ce dernier doit donc régler à la fois le ticket modérateur et ce supplément, rendant la consultation plus coûteuse.

Les médecins et les dentistes peuvent également être partiellement conventionnés (statut intermédiaire qui permet aux prestataires de changer de statut en fonction de plages horaires distinctes selon certaines règles¹³).

Pour qu'une convention soit reconnue au niveau national, au moins 60 % des prestataires doivent y adhérer sur l'ensemble du territoire belge. En outre, au niveau des arrondissements, un taux d'adhésion d'au moins 50 % était également requis pour les dentistes, les médecins spécialistes et les médecins généralistes, afin de garantir une couverture territoriale suffisante¹⁴. Toutefois, le gouvernement envisage aujourd'hui de supprimer cette exigence locale.

Si, aucun accord n'est trouvé au sein de la commission ou si la convention ne rencontre pas une adhésion suffisamment grande (au niveau national ou dans un arrondissement donné), le ministre a la possibilité de fixer lui-même les conditions de la convention par arrêté royal. Cette disposition signifie qu'en deçà de ces niveaux, l'accessibilité au soin n'est pas assurée pour le patient et que, dès lors, elle prévaut sur la liberté tarifaire des prestataires et il revient au ministre de la définir.

Pourtant, dans de telles situations, aucun ministre n'a réellement assumé ses responsabilités afin de garantir une accessibilité tarifaire pour les patients. Même en 2024, lorsque l'adhésion des dentistes n'a pas atteint le seuil requis au niveau national, le ministre a choisi d'abaisser le taux minimum de 60 % à

¹³ Pour les médecins généralistes : Maximum 3 plages de 4h/semaine en cabinet pour les consultations/rendez-vous, à condition que 75 % de l'activité totale soit réalisée aux tarifs de l'accord.

Pour les médecins spécialistes: Maximum 4 plages de 4h/semaine pour les patients ambulants (hors hospitalisation), si au moins 50 % des prestations ambulatoires sont aux tarifs de l'accord, à des horaires adaptés aux patients

¹⁴ Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, article 50 §3

55 %¹⁵, préférant préserver la liberté tarifaire des prestataires. Ce mécanisme, censé constituer une mesure de dernier recours pour protéger la population, s'est révélé n'être qu'une menace lointaine, désormais vidée de son efficacité.

3. Un seuil de 60 % qui dissimule de profondes disparités

Les seuils de 60 % et 50% (au niveau des arrondissement), censé garantir l'accessibilité tarifaire pour les patients, présente toutefois certaines limites qu'il convient de souligner afin d'évaluer le niveau réel de sécurité tarifaire en Belgique.

3.1 Des taux d'adhésion officiels qui masquent la réalité de l'accessibilité

Les taux d'adhésion officiels utilisés par l'INAMI ne reflètent pas nécessairement la réalité. En effet, plusieurs éléments, bien que non pris en compte dans ces statistiques, ont un impact direct sur le niveau réel de sécurité tarifaire pour les patients.

Premièrement, les taux d'adhésion officiels aux accords et conventions sont calculés sur le nombre de « *prestataires actifs* ». Un prestataire est considéré comme actif dans les chiffres officiels du conventionnement dès lors qu'il possède un numéro INAMI, sans exigence minimale de niveau d'activité¹⁶.

Pourtant, une comparaison entre les chiffres officiels de l'INAMI et un critère d'activité concret, à savoir un minimum de 500 contacts ambulatoires, révèle des écarts significatifs, comme l'a souligné l'Agence Intermutualiste en 2022. Sur les 16 265 médecins généralistes recensés par l'INAMI, seuls 11 089 (soit 74 %) atteignaient ce seuil. Du côté des médecins spécialistes, cette proportion tombait à 63 %¹⁷.

Cette situation fausse d'autant plus les chiffres de l'INAMI, dans la mesure où de nombreux prestataires ayant cessé leur activité ne font pas la démarche active de se déconventionner. Par conséquent, la proportion des prestataires qui ne pratiquent pas réellement se reportent largement parmi les prestataires conventionnés surestimant leur proportion.

Dans son étude, l'Agence Intermutualiste a confirmé cette tendance. En s'intéressant aux médecins généralistes conventionnés uniquement, elle a relevé un écart de 5 031 médecins généralistes conventionnés entre les statistiques officielles de l'INAMI et le nombre de généralistes conventionnés

¹⁵ Proposition de loi modifiant l'article 50, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, afin d'abaisser temporairement le seuil maximal de refus d'adhésion à l'accord dento-mutualiste 2024-2025 de 40 % à 45 %, https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2024_3_evolution.pdf

¹⁶ Le mode de calcul décrit est n'est pas utilisé dans les commissions des secteurs paramédicaux. En effet, ces dernières disposent de leur propre méthode pour calculer le nombre de prestataires actifs.

¹⁷ De Wolf Françoise, Didier Willaert, Landtmeters Bernard, (2023), Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement du médecin prestataire, AIM Agence Intermutualiste, Bruxelles.

réellement actifs en ambulatoire. À titre de comparaison, cet écart n'était que de 158 pour les médecins généralistes non conventionnés¹⁸.

Les écarts sont également marquants pour d'autres spécialités : l'INAMI recensait 1 749 pédiatres conventionnés, alors que seuls 891 exerçaient effectivement en ambulatoire ; pour les stomatologues, 221 étaient déclarés comme conventionnés, mais seulement 104 étaient réellement actifs en ambulatoire. Cette surestimation concerne principalement les médecins conventionnés, chez qui le nombre de praticiens réellement en activité est nettement inférieur au total officiellement enregistré¹⁹.

Il semble nécessaire de relever le fait que certains prestataires pourraient pratiquer en milieu hospitalier, facturer leurs prestations à des patients hospitalisés, être donc artificiellement sorti des chiffres relatifs aux prestations ambulatoires et expliquer des différences dans certaines spécialités ; chez les anesthésistes par exemple 2 473 conventionnés selon l'INAMI, 380 actifs en ambulatoires²⁰. Cependant, cette remarque ne suffit pas à expliquer les différences que l'on observe et elle n'enlève rien à la disponibilité faussée de prestataires conventionnés en ambulatoire. D'autre part, le conventionnement n'a pas d'impact pour les prestations facturées aux patients hospitalisés. En effet, la présence de suppléments d'honoraires dans les hôpitaux dépend de la chambre (permis en chambre individuelle, interdits en chambre double). De ce fait, la présence de prestataires conventionnés s'occupant essentiellement de patients hospitalisés participe également à la sur-représentation artificielle de prestataires conventionnés dans les chiffres de l'INAMI alors qu'ils ne garantissent aucune sécurité tarifaire pour le patient.

Deuxièmement, il est également pertinent d'examiner le volume réel de prestations effectuées en fonction du statut de conventionnement des médecins. À ce sujet, l'étude de l'Agence Intermutualiste fournit des données particulièrement éclairantes.

Selon l'INAMI, en 2022, 75,3 % des médecins spécialistes étaient conventionnés. Or, lorsqu'on ne considère que les prestataires réellement actifs en ambulatoire, cette proportion tombait à 58 %. Plus révélateur encore : ces médecins conventionnés ont pris en charge moins de la moitié (48,6 %) de l'ensemble des consultations. À l'inverse, les spécialistes déconventionnés ne représentaient officiellement que 20,8 % selon l'INAMI, mais ils constituaient 33,4 % des prestataires actifs en ambulatoire et assuraient 42,2 % du volume total de consultations. Le reste des prestations est réalisé par des médecins partiellement conventionnés²¹. Ces données montrent que la répartition des statuts ne reflète pas fidèlement la réalité de l'offre de soins : la part de consultations assurée par chaque type de prestataire diffère sensiblement de leur représentation officielle. Une fois encore, cela conduit à une surestimation de la sécurité tarifaire annoncée par l'INAMI, qui ne correspond pas à l'expérience concrète des patients.

¹⁸ Ibid

¹⁹ Ibid

²⁰ Ibid

²¹ Ibid

Troisièmement, les prestataires partiellement conventionnés sont également comptabilisés par l'INAMI dans la proportion de prestataire conventionné accentuant encore un peu plus cette surestimation.

3.2 Un manque de nuance compromettant l'égalité des conditions d'accès

La méthode utilisée repose sur des taux englobants qui occultent des réalités très diverses selon les spécialités et les régions.

Premièrement, on observe de grandes différences de conventionnement entre les professions. De manière générale les médecins généralistes adhèrent largement à la convention (91,83%) alors que les spécialistes y adhèrent moins (80,9%)²². Il existe également des différences marquantes entre les spécialités. Par exemple, les dermatologues sont déconventionnés à 70,22%, les ophtalmologues à 62,71% et les pneumologues seulement à 6,97%²³.

Pourtant, les spécialités mentionnées, dépendent toutes de la même commission médico-mutuelliste²⁴. Ces différentes spécialités sont donc regroupées sous un même pourcentage d'adhésion (celles des médecins spécialistes), bien que leur réalité soit très différente. Alors que certaines spécialités (les pneumologues par exemple) tirent fortement la moyenne vers le haut, les dermatologues la font baisser. Cela a des conséquences concrètes : malgré un taux global de 60 % d'adhésion, très peu de dermatologues sont en réalité conventionnés.

Concrètement, des spécialités dépendantes pourtant de la même commission et du même niveau d'adhésion globale présentent une proportion de prestataires conventionnés très inégale et n'offrent donc pas forcément une sécurité tarifaire suffisante pour les patients.

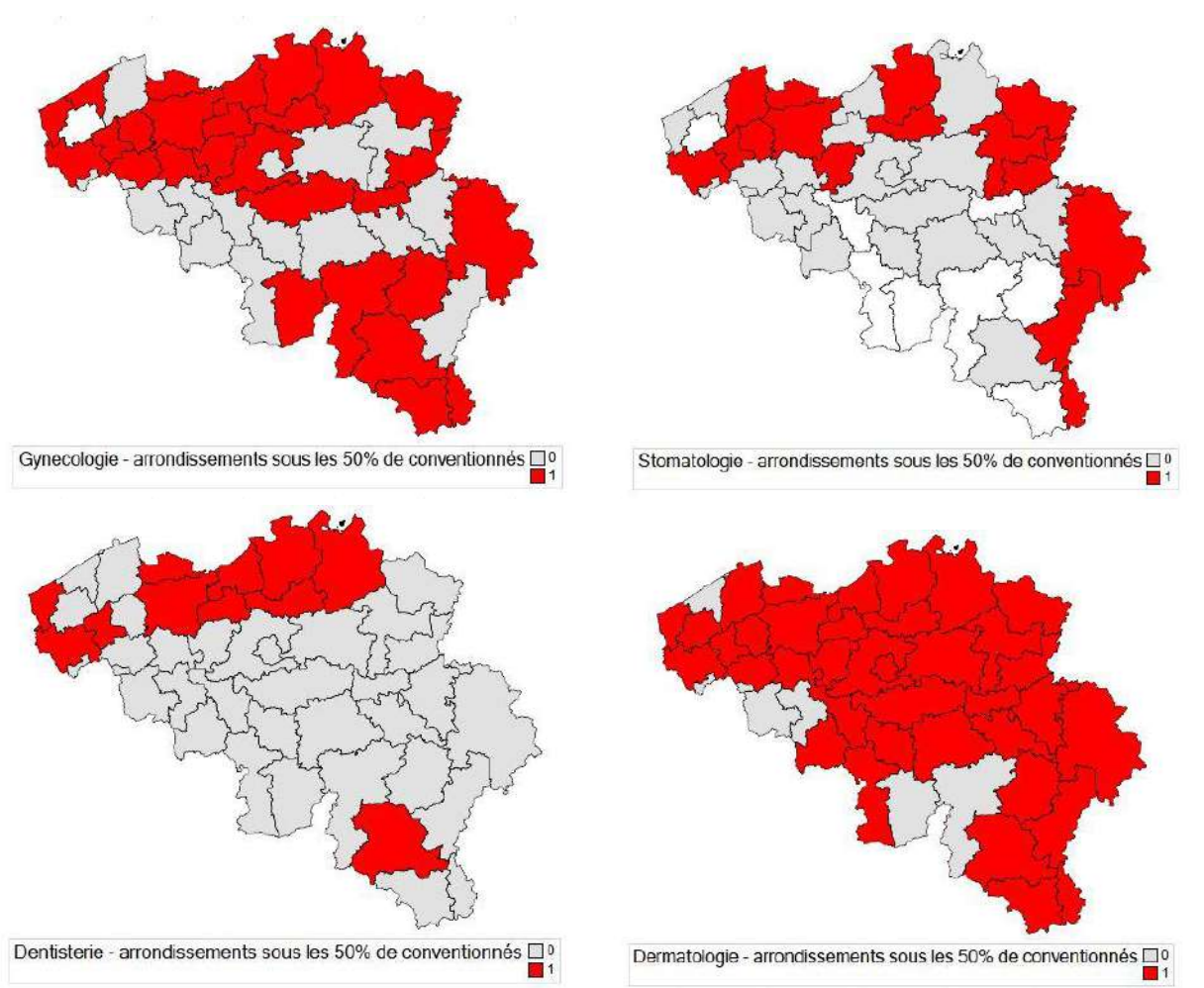
Deuxièmement, on observe de grandes différences entre les territoires. Les cartes ci-dessous (Figure 2), présentent les arrondissements où le niveau de 50% (seuil territoriale minimum) n'est pas atteint (en rouge) pour quatre professions (dentisterie, stomatologie, dermatologie, orthopédie).

²² Données de l'INAMI, 2024-2025, [Adhésion à l'accord médico-mutualiste 2024-2025](#) | INAMI

²³ Ibid

²⁴ Les dentistes et les professionnels paramédicaux dépendent chacun de leur propre commission.

Figure 2: Arrondissements présentant moins de 50% de prestataires conventionnés selon 4 spécialités: gynécologie (en haut à gauche), stomatologie (en haut à droite), dentisterie (en bas à gauche) et dermatologie (en bas à droite).



Source: Données INAMI, 2025 AdhesionsPhysiciansByQualification

Ces cartes (Figure 2) marquent bien l'enjeu différenciés entre les arrondissements. En effet, mises à part certaines spécialités où le manque de médecins conventionnés est généralisé, les seuils non-atteint sont plutôt des réalités locales. Cela signifie que malgré des niveaux globaux censés assurés une accessibilité, la situation est très différente d'un arrondissement à l'autre. Par exemple, 82 % des gynécologues sont conventionnés dans la région de Mons, contre seulement 39 % dans le Brabant-Wallon²⁵. Ce constat démontre l'importance d'une vision locale sur les niveaux de conventionnement afin d'assurer une accessibilité effective à toute la population.

Les taux globaux de 60 % et 50% (au niveau des arrondissements) et la manière dont ils sont calculés, manque de nuance. Elle inclut des prestataires qui ne pratiquent pas dans les faits ou partiellement et regroupe les chiffres de spécialités aux réalités très différentes au sein des mêmes calculs de taux

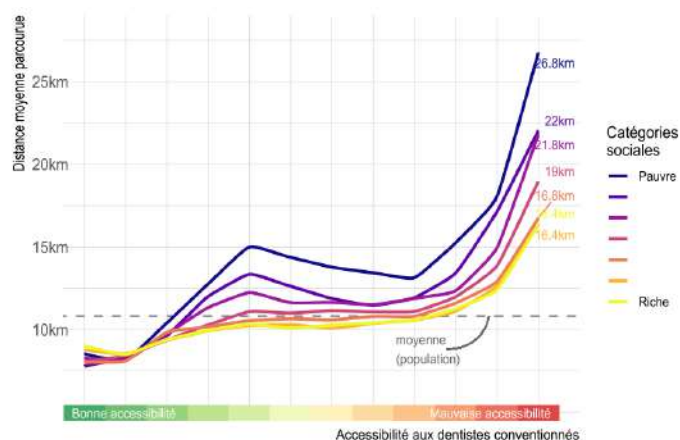
²⁵ Donnée Inami, 2025 AdhesionsPhysiciansByQualification

d'adhésion. Ce mode de calcul actuel des taux de conventionnement masque des écarts importants qui ont pourtant un impact direct sur l'accès aux soins.

4. L'impact du conventionnement sur l'accessibilité aux soins

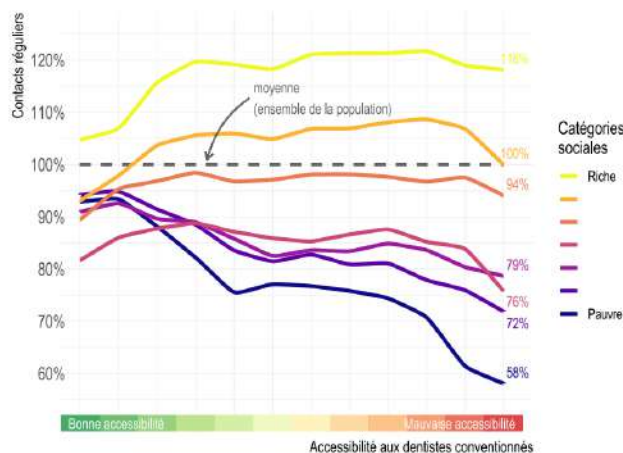
Comme évoqué précédemment, la proportion de prestataires conventionnés varie considérablement selon les territoires, ce qui entraîne des inégalités concrètes pour les patients. Lorsqu'une offre conventionnée fait défaut, un patient se retrouve face à trois options : consulter un prestataire non conventionné, parcourir une distance plus longue pour en trouver un qui l'est, ou renoncer aux soins. Dans les deux premiers cas, le coût augmente, soit en raison des suppléments d'honoraires, soit à cause des frais de déplacement. Dans le troisième, c'est la santé du patient qui est directement affectée. Sans surprise, ces situations ont des répercussions plus lourdes pour les personnes économiquement défavorisées. Une étude récente de l'Observatoire belge des inégalités sur la répartition de l'offre en soins dentaires illustre clairement cette réalité.

Figure 3 : : Distance moyenne parcourue pour se rendre chez le dentiste (personne de moins de 65 ans)



Source: Girès, J., & Marissal, P. (2022). Les inégalités sociales aggravées par la faible accessibilité aux soins dentaires ? Observatoire belge des inégalités. [Les inégalités sociales aggravées par la faible accessibilité aux soins dentaires ?](#)

Figure 4: Indices comparatifs, contacts dentaires réguliers (personnes de moins de 65 ans)

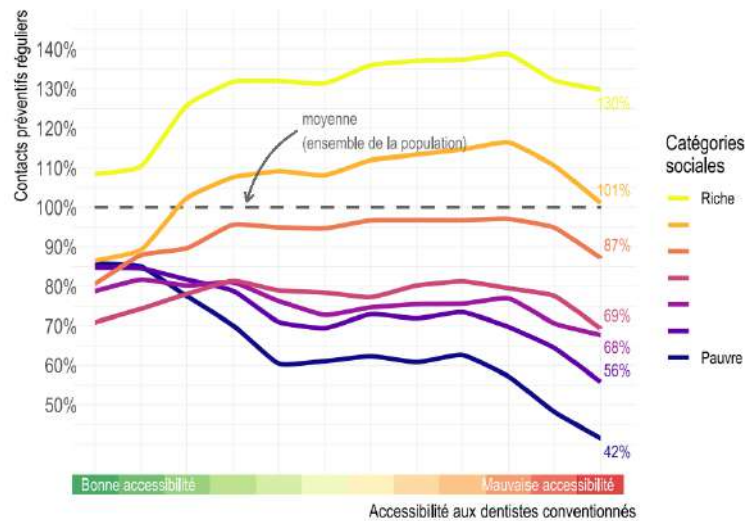


Source: Girès, J., & Marissal, P. (2022). Les inégalités sociales aggravées par la faible accessibilité aux soins dentaires ? Observatoire belge des inégalités. [Les inégalités sociales aggravées par la faible accessibilité aux soins dentaires ?](#)

Ces graphiques (Figure 3 et 4) illustrent clairement l'impact de l'accessibilité (comparaison entre une bonne accessibilité et une mauvaise accessibilité) à un dentiste conventionné sur le comportement des patients, en mettant en évidence les disparités selon la classe sociale. Les personnes en situation de précarité consultent moins souvent des dentistes non conventionnés et sont d'avantage contraint de parcourir de plus longues distances pour accéder à des soins.

Par ailleurs, elles ont des contacts médicaux globalement moins réguliers que le reste de la population, un phénomène encore plus marqué dans les zones où l'offre en dentistes conventionnés est faible. Cela laisse penser que les plus aisés disposent des ressources pour passer outre les barrières géographiques et financières, alors que les plus pauvres sont contraints à ne pas consulter lorsque l'offre de soin ne prend pas en compte les contraintes auxquelles ils font face.

Figure 5: Indices comparatifs – contacts dentaires préventifs réguliers (personnes de moins de 65 ans)



Source: Girès, J., & Marissal, P. (2022). Les inégalités sociales aggravées par la faible accessibilité aux soins dentaires ? Observatoire belge des inégalités. [Les inégalités sociales aggravées par la faible accessibilité aux soins dentaires ?](#)

Le déficit en soins préventifs semble également lié à des facteurs matériels, financiers et géographiques. Comme l'illustre la Figure 5, les populations vulnérables consultent beaucoup plus fréquemment un dentiste à des fins préventives lorsque l'accessibilité à ces soins est bonne. L'absence de soins préventifs pour les personnes pauvres ayant une mauvaise accessibilité s'explique de manière rationnelle par des obstacles économiques. Cependant, elle conduit tout de même à des diagnostics tardifs engendrant non seulement une détérioration de la santé bucco-dentaire, mais aussi une augmentation des coûts des soins, tant pour le patient que pour la collectivité.

Afin d'approfondir l'impact des niveaux de conventionnement sur le report de soins, Solidaris a confronté les taux de conventionnement officiels publiés par l'INAMI²⁶ pour différentes régions de Wallonie aux résultats d'une enquête publiée fin 2024 sur le report de soins²⁷.

Comme le présente la table ci-dessous (Table 1), les territoires²⁸ ayant le taux de spécialistes les plus faibles (BW : 66% et Liège 83%) sont également les endroits où l'on observe les plus hauts niveaux de reports de soins (respectivement 24% et 19%). L'inverse est également vrai pour Mons et Charleroi qui enregistre les plus hauts niveaux de conventionnement et les plus bas de report de soins.

²⁶ Données INAMI, 2025 [AdhesionsPhysiciansByQualification](#)

²⁷ [Report-de-soins-2024-VF.pdf](#)

²⁸ Les talbes ci-après portent sur les territoires de Wallonie et non sur les arrondissements. A des fins de bonnes compréhensions, voilà les arrondissements relatifs à chaque territoire: Mons (Mons, Nivelles, Ath, Tournai-Mouscron); Charleroi (Charleroi, Soignies, Thuin, La Louvière); Namure (Namur, Dinant, Philippeville); Liège (Liège, Verviers, Waremme, Huy); Luxembourg (Arlon, Bastogne, Marche-en-Famenne, Neufchâteau, Virton).

Table 1: La proportion de spécialistes conventionnés en comparaison avec la proportion de reports de soins observé par territoire.

	Nombre de médecins spécialistes conventionnés	% de conventionnés	%report de soins*
Brabant Wallon	804	66%	24%
Mons	1285	92%	12%
Charleroi	1801	92%	15%
Liege	2734	83%	19%
Luxembourg	431	83%	18%
Namur	1170	88%	18%

Source : Données Solidaris [Report-de-soins-2024-VF.pdf](#) et données INAMI, [AdhesionsPhysiciansByQualification](#)

Ce phénomène impacte également de manière plus forte la population la plus précarisée. Bien que les taux de conventionnement demeurent inchangés, le tableau ci-dessous (Table 2) (focus sur les publics les plus précaires²⁹) montre une hausse des reports de soins, suggérant un impact marqué du facteur socio-économique. Par ailleurs, les écarts entre les régions se creusent : les reports de soins augmentent de 2 à 4 points à Charleroi et Mons (où le niveau de conventionnement est élevé), et de 5 points dans le Brabant wallon et à Liège (où ce niveau est faible).

Table 2: La proportion de spécialistes conventionnés en comparaison avec la proportion de reports de soins observé par territoire, focus sur les publics les plus précaires.

	Nombre de médecins spécialistes conventionnés	% de conventionnés	%report de soins*
Brabant Wallon	804	66%	29%
Mons	1285	92%	16%
Charleroi	1801	92%	17%
Liege	2734	83%	24%
Luxembourg	431	83%	21%
Namur	1170	88%	21%

Source : Données Solidaris [Report-de-soins-2024-VF.pdf](#) et données INAMI, [AdhesionsPhysiciansByQualification](#)

Enfin, comme le met en évidence le tableau ci-dessous (Table 3), l'offre de prestataires conventionnés ne s'aligne pas toujours sur les besoins réels de la population. Des déséquilibres existent entre la disponibilité

²⁹ A partir d'un ratio calculé sur base de la profession du principal responsable des revenus (PRR) et sur son niveau d'instruction, on divise les gens en 8 groupes sensiblement égaux. La Table 3 reprend les groupes 7 et 8 qui définissent les personnes les plus précaires selon ce ratio.

des professionnels conventionnés et les besoins en santé au niveau local, ce qui pourrait limiter l'accès effectif aux soins pour une partie des patients.

Table 3: La proportion de cardiologues conventionnés en comparaison avec la proportion de la population ayant des pathologies cardiaques par territoire

	Nombre de médecins spécialistes conventionnés	% de conventionnés	% de la population avec pathologie cardiaque
Brabant Wallon	31	57%	27%
Mons	64	94%	24%
Charleroi	105	95%	24%
Liege	138	85%	23%
Luxembourg	25%	72%	19%
Namur	59	89%	24%

Source : Données Solidaris [Report-de-soins-2024-VF.pdf](#) et données INAMI, [AdhesionsPhysiciansByQualification](#)

Dans cet exemple (Table 3), on constate qu'en Brabant-Wallon, la proportion de cardiologues conventionnés est la plus faible (57 %), tandis que la région enregistre la plus forte proportion de personnes souffrant de problèmes cardiaques (27 %). En d'autres termes, le territoire où le besoin de cardiologues conventionnés est, à priori, le plus élevé ; est également l'endroit où l'on en trouve le moins. Pourtant, pour répondre aux besoins de la population, il serait nécessaire que l'offre corresponde à la demande.

Conclusion

Instauré en 1964, le conventionnement constitue l'un des instruments fondamentaux mis en place par la Belgique pour garantir l'accessibilité financière aux soins de santé, tout en préservant la liberté tarifaire des prestataires. Ce mécanisme, parmi d'autres, a sans conteste contribué à la qualité de notre système de soin toujours reconnue aujourd'hui.

Toutefois, les données actuelles révèlent certaines limites persistantes de notre système de santé. En Belgique, une proportion significative de la population continue de renoncer à des soins pour des raisons financières. Ce phénomène, loin d'être marginal, reflète des difficultés d'accessibilité influencé par le statut socio-économique, le type de soins requis ou les caractéristiques individuelles des patients.

Pourtant, le report ou le renoncement aux soins n'est pas anodin : il accroît le risque de dégradation de l'état de santé, ce qui engendre des coûts plus lourds, tant pour les individus que pour la collectivité. À

grande échelle, il s'agit d'un réel enjeu de santé publique, dont les chiffres nous incitent à nous interroger sur les fondements de notre système et les outils censés en garantir l'équité.

Dans ce contexte, le conventionnement apparaît comme un levier central pour améliorer l'accessibilité et limiter les inégalités d'accès aux soins. Les résultats de notre étude confirment que des niveaux élevés de conventionnement sont clairement associés à une meilleure accessibilité financière. Toutefois, cet outil présente des dysfonctionnements structurels qui en limitent l'efficacité. Pour qu'il puisse atteindre pleinement ses objectifs, il est nécessaire d'engager une réflexion approfondie sur ses failles actuelles ainsi que sur les conditions à réunir pour garantir son bon fonctionnement à long terme..

Les inégalités socio-économiques constituent un premier frein. Comme l'a montré ce travail, elles pèsent lourdement sur l'accès aux soins. En ce sens, le modèle de conventionnement montre plusieurs faiblesses : un seuil minimum de 60 % pas toujours atteint, des disparités territoriales marquées, et un déconventionnement qui varie selon les spécialités. Ces facteurs limitent, chacun à leur manière, l'accessibilité tarifaire pour les patients.

Par ailleurs, d'autres problématiques liées au conventionnement persistent également et doivent également faire l'objet d'une attention approfondie.

D'une part, on constate des difficultés croissantes à conclure des accords au sein des commissions. Les représentants des prestataires et les mutuelles peinent de plus en plus à trouver des compromis dans un cadre budgétaire plus contraignant. D'ailleurs, le Ministre, en qualité de tierce partie dans le cadre de la concertation sociale, a plusieurs fois du proposer des compromis pour aboutir à des propositions de conventions³⁰.

Il arrive toutefois que même l'intervention du Ministre ne suffise pas pour trouver un accord au sein des commissions de conventions. Dans ce cas, le comité de l'assurance est compétent pour soumettre un texte à l'adhésion des prestataires de soins individuels³¹.

De plus, les représentants des prestataires ajoutent de plus en plus de clauses de dénonciations leur permettant d'invalidier le texte. Ces motifs de dénonciation se multiplient, affaiblissant l'accord et permettant aux prestataires de le faire sauter à la moindre occasion.

Dans ces conditions, les accords sont de moins en moins bons, augmentant parfois le coût pour les patients et affaiblissant leur sécurité tarifaire.

³⁰ Récemment dans le cadre de l'accord médico-mut 2024-2025, le Ministre est intervenu pour permettre la conclusion de l'accord dans le cadre de la mise en place de l'interdiction de suppléments d'honoraires pour les bénéficiaires de l'intervention majorée.

³¹ C'est arrivé en 2022 avec les logopèdes, en 2025 avec les kinés et les sage-femmes. Les organisations professionnelles ont fait campagne pour appeler leurs membres à ne pas se déconventionner avec l'objectif de faire tomber le taux de conventionnement en dessous des 60% (seuil au-delà duquel la convention entre en vigueur) empêchant ainsi le processus d'aboutir.

D'autres part, le système de conventionnement, bien qu'il vise à garantir une tarification équitable et transparente pour les patients, demeure largement méconnu par une partie significative de la population. Comme l'a déjà souligné Buffel³², cette opacité est particulièrement marquée chez les groupes sociaux les plus vulnérables. Les résultats d'une enquête menée en 2021³³ par Solidaris auprès de ses affiliés viennent confirmer cette tendance : **60 % des patients consultant des praticiens conventionnés** déclarent ne pas connaître le système, contre **40 %** chez ceux consultant des praticiens non-conventionnés. Ce décalage s'explique en partie par un **gradient social**, les personnes issues de milieux plus favorisés ou plus âgées sont plus représentés dans le groupe ayant consulté des praticiens non conventionnés et sont généralement mieux informées.

Cependant, même parmi les répondants affirmant connaître le système, **30 % ignoraient le statut réel du dernier spécialiste consulté**, ce qui révèle une confusion persistante quant à l'application concrète du conventionnement. Ce déficit de connaissance est aggravé par un manque de lisibilité des informations tarifaires : **80 % des personnes interrogées** ne connaissaient pas le coût de leur consultation avant sa réalisation, et seulement **un tiers** se disaient capables d'en estimer le montant, indépendamment du statut du prestataire.

Ce manque d'information et de clarté ne permet pas aux patients de faire des choix éclairés dans leur parcours de soins. En conséquence, le rôle du médecin généraliste devient central : identifié comme **la principale ressource** pour orienter les patients vers un spécialiste, qu'il soit conventionné ou non, il agit comme porte d'entrée dans le système de santé. Cette dépendance est renforcée par le fait que, bien que des outils existent pour vérifier le statut de conventionnement des prestataires, leur utilisation reste marginale. Elle suppose en effet une compréhension préalable du concept de conventionnement. Enfin, même lorsque cette connaissance est acquise, l'enquête révèle que ces outils sont **largement méconnus**, et que la démarche de vérification du statut du prestataire **n'est pas ancrée dans les pratiques** des répondants.

Ces constats, indépendamment des faiblesses du système relevées plus haut, soulignent la nécessité d'améliorer la communication autour du conventionnement, de renforcer la transparence tarifaire et de simplifier l'accès aux outils d'information, afin de favoriser une plus grande autonomie des patients dans le choix de leurs prestataires de soins.

³² Buffel 2018: Buffel V., Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare (Belgium). Brussels. European Commission - Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. 2018. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20374&langId=en>.

5.Recommandations

5.1 Une augmentation des incitants au conventionnement

Il est nécessaire d'augmenter le nombre de prestataires conventionner et, par conséquent, de les inciter à se conventionner. Cela pourrait se traduire par l'octroi de l'indexation annuelle des honoraires uniquement aux prestataires conventionnés. En effet, il n'existe aucune justification pour que l'assurance maladie obligatoire finance l'augmentation des honoraires de prestataires non conventionnés, qui choisissent de ne pas adhérer aux accords afin de conserver une totale liberté tarifaire vis-à-vis de leurs patients.

D'autre part, toutes les primes et forfaits financés par l'assurance maladie, tels que les primes informatiques, la prime de pratique intégrée ou encore les montants liés à l'accréditation, devraient être exclusivement attribués aux prestataires conventionnés.

Enfin, les ressources ainsi dégagées pourraient alors être réorientées vers une prime annuelle de conventionnement, versée aux professionnels de santé adhérant aux accords, en complément de leur statut social

La dernière version du projet de loi sur la réforme du conventionnement va pourtant à contre-courant de ces objectifs. Désormais, seules les primes de soutien à la pratique demeurent liées à l'adhésion à la convention³³. Ce choix revient à se priver de leviers financiers importants pour encourager les médecins spécialistes à se conventionner.

5.2 Les tarifs indicatifs, entre complexité accrue et recul de l'accessibilité

La simplification et la clarification du système apparaissent indispensables, comme en témoignent les données précédemment évoquées. L'harmonisation des pratiques entre les commissions, en ce compris le seuil d'activité requis pour être reconnu comme prestataire actif par exemple, favoriserait une meilleure lisibilité du dispositif. Par ailleurs, le fonctionnement du conventionnement ainsi que ses implications concrètes doivent faire l'objet d'une communication claire et approfondie, afin de permettre à chacun de prendre des décisions pleinement éclairées.

Comme nous l'avons évoqué, il est essentiel de simplifier ce dispositif pour en améliorer la lisibilité. Dans ce contexte, les Tarifs indicatifs, proposés par le ministre de la Santé, apparaissent comme une mesure contre-productive. Ces derniers autorisent les prestataires conventionnés à facturer des suppléments d'honoraires sur certains actes médicaux³⁴, ce qui se traduit par une augmentation du coût pour le patient. Au lieu de corriger les déséquilibres existants, cette mesure contribue à rendre le système encore plus illisible, tout en élargissant la liberté tarifaire des prestataires, au détriment de la maîtrise des coûts pour les patients. Elle va à l'encontre des besoins actuels et des objectifs affichés du système de soins. D'ailleurs, en 2023, des tarifs indicatifs ont été intégrés chez les dentistes avec l'ambition d'améliorer le taux de

³³ Art. X+33 de l'avant-projet de loi, version du 21 juillet 2025

³⁴ Art. X+12. avant-projet de loi, version du 21 juillet 2025

conventionnement. Cette mesure n'a pas porté ses fruits : Entre 2023 et 2024, le taux de conventionnement des dentistes a diminué de 3,5% malgré des moyens importants investis dans le cadre du budget 2024³⁵.

5.3 Conventionnement minimal : un seuil à repenser

L'instauration d'un niveau minimum de conventionnement, actuellement fixé à 60 % par la loi, apparaît comme une mesure indispensable pour assurer une accessibilité minimum à un prestataire conventionné. Toutefois, cette exigence, appliquée sans un regard attentif aux disparités réelles, ne suffit pas à garantir une accessibilité effective pour tous. Pour qu'elle soit véritablement efficace, cette limite doit évoluer en tenant compte de plusieurs facteurs.

Des niveaux réels à considérer

Il est essentiel de baser le calcul du niveau de conventionnement sur le volume de prestations réelles.

D'une part, le calcul doit être basé uniquement sur les prestataires qui exercent effectivement et qui sont réellement disponibles pour les patients. La simple détention d'un numéro INAMI ne saurait suffire pour être inclus dans le calcul du taux de conventionnement, car elle ne reflète pas la disponibilité réelle sur le terrain.

Plus important encore que la proportion de prestataires conventionnés, c'est la question du volume réel de prestations conventionnées qui doit retenir notre attention. Cela permettrait de garantir un niveau minimum reflétant au mieux la réalité.

D'autre part, la comptabilisation des prestataires partiellement conventionnés comme étant conventionnés, fausse également les réels niveaux de conventionnement. Afin d'améliorer la lisibilité pour le patient, la suppression de ce statut hybride est nécessaire. La décision du Ministre de la santé de revenir sur cette suppression dans la deuxième version de son projet de loi³⁶ ne sert part l'intérêt des patients. Si ce statut venait à être maintenu, leur réel niveau de conventionnement devrait être inclus dans le calcul.

Des disparités à considérer

Ce taux de 60 % doit être adapté à chaque profession de santé. Certaines disciplines sont aujourd'hui bien en dessous de ce seuil, mais leurs chiffres sont artificiellement compensés par le taux plus élevé d'autres professions. Or, chaque profession possède ses propres spécificités et ne peut être substituée par une

³⁵ Données INAMI, <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/dentistes/prestations-prix-et-remboursement/l-accord-national-dento-mutualiste#:~:text=L'accord%20national%20d%C3%A9termine%20les,un%20accord%20entre%20en%20vigueur.>

³⁶ Art. X+12, avant-projet de loi, version du 21 juillet 2025

autre. Il est donc indispensable d'évaluer le niveau de conventionnement de manière distincte pour chaque catégorie de prestataires.

De plus, la dimension territoriale doit être prise en compte de façon prioritaire. Les disparités géographiques en matière de conventionnement sont importantes, et l'application d'un seuil national ne garantit pas une accessibilité tarifaire équitable sur l'ensemble du territoire.

La suppression du taux minimum d'adhésion par arrondissement, telle que proposée par le Ministre³⁷, occulte les disparités territoriales pourtant bien réelles. Or, garantir une accessibilité effective aux soins médicaux nécessite impérativement une analyse locale du niveau de conventionnement.

Accessibilité financière : un impératif avant la liberté tarifaire

La disposition permettant au Ministre de fixer les tarifs des prestations lorsque le seuil minimal de sécurité tarifaire n'est pas atteint doit être pleinement appliquée. Son absence d'activation jusqu'à présent témoigne d'une priorité donnée à la liberté tarifaire des prestataires, au détriment de la protection financière des patients. Pour assurer un véritable accès aux soins de santé, cette mesure doit cesser d'être symbolique et devenir opérationnelle. En ce sens, la proposition de l'avant-projet de loi stipulant que « *Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi doit fixer, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, les tarifs maximums des honoraires et prix* »³⁸ automatise la fixation des tarifs par arrêté royal, ce qui semble constituer une réponse pertinente à cet enjeu.

Assurer une accessibilité tarifaire via le seuil des 60% est possible via la mise en place très concrète d'un bouclier tarifaire, c'est-à-dire un mécanisme automatique de plafonnement des suppléments d'honoraires. Ce dispositif s'activerait de façon dans le cas où un accord ou convention ne peut entrer en vigueur au niveau national ou dans certaines régions, afin d'éviter une hausse incontrôlée des tarifs. Il permettrait de fixer des honoraires maximaux pour certaines prestations, certains publics ou certaines zones géographiques, garantissant ainsi un encadrement tarifaire minimal et équitable.

5.4 La limitation des suppléments d'honoraires

Tant que ces dispositifs ne sont pas pleinement opérationnels et que l'accessibilité à un prestataire conventionné n'est pas effectif pour chacun.e, l'encadrement des prestataires non conventionnés apparaît comme une mesure parfaitement légitime pour répondre aux enjeux d'accessibilité financière. À ce titre, les propositions du Ministre visant à plafonner les suppléments d'honoraires constituent une réponse pertinente pour éviter que le système de santé ne devienne inabordable pour une partie de la population.

³⁷ Art. X+24, avant-projet de loi, version du 21 juillet 2025

³⁸ Art. X+28, avant-projet de loi, version du 21 juillet 2025

Cependant, la nouvelle proposition visant à fixer le niveau de plafonnement en commission apparaît peu adaptée à la protection des patients. En effet, cette négociation risque de déboucher sur un plafonnement purement symbolique, sans effet réel sur les coûts supportés par les patients au quotidien³⁹.

Le conventionnement représente un enjeu central, à l'intersection de la liberté tarifaire des prestataires et de l'accessibilité du système de soins. Il est donc indispensable de le réformer et de l'adapter aux réalités actuelles. La réflexion engagée autour de ce mécanisme ne doit pas perdre de vue son objectif fondamental : garantir une politique de santé publique équitable et un accès effectif aux soins pour toutes et tous. Les mesures adoptées doivent résolument s'inscrire dans cette perspective.

³⁹ Art. X+42, avant-projet de loi, version du 21 juillet 2025