**Fiche préparatoire au Plan fédéral de lutte contre la pauvreté : thématique « soins de santé »**

Conformément à la loi du 9 octobre 2023, un plan fédéral de lutte contre la pauvreté devra être adopté dans les douze mois qui suivent l’installation du Conseil des Ministres, soit pour le 2 février 2026.

Dans ce cadre, le cabinet du Ministre Vandenbroucke, en charge de la lutte contre la pauvreté, a défini quelques grandes lignes directrices :

1. L'intégration de tous dans une société inclusive :

a. Un travail comme barrage contre la pauvreté

b. Un système de sécurité sociale solide comme barrage contre la pauvreté

c. Accessibilité des services et lutte contre le non take up

2. Pauvreté et santé

3. La lutte contre le surendettement

4. Protéger le pouvoir d'achat des personnes en situation de pauvreté

Le groupe de travail thématique sur « les soins de santé » se tiendra **le lundi 23 juin 2025 de 13.30h-16.00h**. Pour pouvoir préparer au mieux cette réunion, nous vous invitons à prendre connaissance de cette fiche et de la liste de mesures élaborée par le cabinet sur base de l’accord de gouvernement. Vos recommandations liées à ces mesures seront consignées dans une note qui sera remise au cabinet.

Lors de nos échanges, nous vous demandons de prendre en compte le souhait du Ministre d’intégrer uniquement de nouvelles mesures dans le Plan fédéral de lutte contre la pauvreté, et de limiter le nombre de ces mesures dans un objectif d’efficacité.

Nous vous remercions d’avance pour votre collaboration !

1. **Contexte**

En 2024, 18,2% de la population belge était exposée au **risque de pauvreté ou d’exclusion sociale (AROPE)**, soit un peu plus de 2,1 millions de personnes. Le **risque de pauvreté**[[1]](#footnote-1)**(AROP ou pauvreté monétaire)** s’établissait quant à lui à 11,5% de la population.

30,0% des ménages où au moins un adulte a une **limitation dans les activités** (maladie, handicap, incapacité de longue durée, etc.) sont exposées au risque de pauvreté et d’exclusion sociale (Sources : Statbel).

1,1% de la population totale a **annulé ou reporté des soins de santé** **pour raisons financières** en 2024. Pour la population AROP, il s’agit de 3,5% et pour la population AROPE de 4,6% (Sources : Statbel).

« En moyenne, en 2022, 1% de la population est décédée. Dans la catégorie des plus riches, 0,7% de la population est décédé, contre 1,4 % parmi les plus pauvres » (Source MC - Voir article joint en annexe).

« Les données standardisées de la Mutualité chrétienne mettent en évidence la part de malades de longue durée : 6 % parmi les 10% les plus riches en 2022 et 16 % parmi les 10% les plus pauvres, soit deux fois et demie plus d’invalides dans la seconde catégorie que dans la première » (Source MC - Voir article joint en annexe).

1. **Mesures liées à la thématique « soins de santé » sur base de l’accord de gouvernement**

*Vous trouverez ci-dessous une première sélection non-exhaustive de mesures reprises dans l’accord de gouvernement :*

* Les mesures sociales doivent soutenir les patients qui se trouvent dans une situation financière précaire
* Etendre le système du tiers payant
* *Proposition complémentaire* : action sur le Livre blanc - experts de vécu, médiateurs interculturels, CHW
* *Proposition complémentaire :* action sur le plan de soins périnatals - projet 1000 premiers jours

1. **Recommandations**

**Quelles sont vos recommandations en lien avec les mesures sélectionnées par le cabinet ?**

**Quelle(s) nouvelle(s) action(s) suggérez-vous en lien avec la thématique ?**

**Annexe**

[Quand la pauvreté rend malade - Le Soir](https://www.lesoir.be/677265/article/2025-05-23/quand-la-pauvrete-rend-malade)

**La mutualité chrétienne met en perspective les revenus et l’accès aux soins de santé de plusieurs millions de Belges. Elle confirme l’adage : richesse et santé vont souvent ensemble. Et vice-versa.**

Dans leur ensemble, les données alignées ont l’allure de jolies courbes statistiques. En réalité, elles cachent mal le gouffre abyssal qui, dans notre pays, sépare les plus riches des plus pauvres en matière de soins de santé. Elles cachent mal aussi la détérioration de l’état de santé de la population. « Oui, il se dégrade, et pour plusieurs raisons », indique au *Soir*Elise Derroitte, vice-présidente de la Mutualité chrétienne, en marge d’une journée d’études autour de l’accès aux soins de santé.

« En fait, la population vieillit, c’est une évidence, mais il y a plein d’endroits aussi où elle s’appauvrit, ce qui provoque notamment l’apparition de maladies chroniques. Dans ce contexte, on peut avoir les meilleurs soins possibles, s’ils ne sont pas accessibles, une partie des citoyens en restera privée et le niveau de santé se détériorera. En fait, le système fait défaut à toute une population ; si on n’arrive pas à aller chercher les personnes qui n’ont pas une consommation rationnelle ou qui ne sont pas suffisamment éduquées pour comprendre comment le système fonctionne. » Pour apporter de l’eau à son moulin, le service d’études de la Mutualité a produit un document mettant en perspective les différences de recours aux soins pour la population en fonction de ses revenus. Son « échantillon » est énorme : 4,6 millions de membres, échantillon pondéré pour corriger les légères différences d’âge, de genre, de revenus entre son portefeuille d’affiliés et l’ensemble de la population. De quoi mettre en lumière de nombreuses sources d’inégalité face aux soins de santé. Nous en avons sélectionné trois.

**X 2**

On le sait, la population belge est vieillissante. Mais tous les Belges ne sont pas égaux devant le phénomène qui se répartit inégalement en fonction de la catégorie socioéconomique. En moyenne, en 2022, 1 % de la population est décédée, c’est 15 % de moins qu’en 2009. Mais le plus interpellant est ailleurs : dans la catégorie des plus riches, seul 0,7 % de la population est décédé, contre 1,4 % parmi les plus pauvres. Traduit en mots, cet amas de pourcents veut simplement dire qu’entre la population qui vit dans les quartiers les plus pauvres et celle qui vit dans les quartiers les plus riches, le chiffre de mortalité est deux fois plus élevé. « On parle bien ici de la réalité des décès pas d’un simple risque statistique », dit Elise Derroitte. Interpellant aussi, entre pauvres et riches, la courbe de mortalité suit presque parfaitement celle du niveau des revenus. On note aussi que l’écart entre les plus riches et les plus pauvres se creuse entre 2009 et 2022.

« Ce phénomène se retrouve dans toutes les études établissant sur les corrélations entre les déterminants de la santé et l’état de santé : la pauvreté est le premier déterminant de l’état de santé et donc de la mortalité », note encore l’auteur de l’étude.

**167 %**

L’invalidité (incapacité de travail de plus d’un an) est un autre indicateur de l’état de santé d’une population. Avec ici aussi un gouffre entre nantis et moins nantis. Les données standardisées de la Mutualité chrétienne mettent en évidence la part de malades de longue durée : 6 % parmi les 10% les plus riches en 2022 (contre 4,2 % en 2019) et 16 % parmi les 10% les plus pauvres (contre 11,21 % en 2009), soit une différence de 167 % ou deux fois et demie plus d’invalides dans la seconde catégorie que dans la première !

« On voit ici clairement l’effet de la profession occupée par les gens. On sait que dans des quartiers plus pauvres, on pratique plus souvent des jobs manuels où le risque de tomber en invalidité est plus important. Par contre, les données montrent tout aussi clairement, depuis 2009, une hausse à peu près égale de l’incapacité autour de 43 %, voire plus dans certaines catégories de revenus. » Ce qui veut dire ? « Que le problème est généralisé et qu’il n’est pas juste lié au niveau de vie mais à la détérioration des conditions de travail. Aujourd’hui, les grosses sources d’incapacité et d’invalidité ce ne sont pas les cancers ou d’autres maladies mais les troubles musculosquelettiques ou les troubles mentaux souvent en lien direct avec le boulot. » Sans compter que l’invalidité est à l’origine d’un cercle vicieux : elle est synonyme d’importantes pertes de revenus, donc de possible changement de logement ou de réduction de l’accès aux soins. « C’est un serpent qui se mord la queue », reprend Elise Derroitte. « Il faut arrêter de reprocher aux pauvres d’être en incapacité de travail. Au contraire, il faut se rendre compte que l’incapacité de travail rend pauvre. »

**6 %**

Administration au grand cœur, la sécurité sociale belge a inventé le « maximum à facturer (MAF) » : la somme qu’un ménage dépense annuellement en soins de santé est plafonnée en fonction de ses revenus. Exemple : 516 euros par patient pour un revenu annuel situé entre 12.681 et 22.687 euros. En pratique, le budget santé d’une famille est alors composé des tickets modérateurs (part personnelle) à charge du patient, des tickets modérateurs pris en charge par le MAF après un certain niveau de dépense et des suppléments d’honoraires (qui ne sont jamais pris en charge par le MAF). A l’analyse, ce système qui est censé limiter la part des revenus alloués aux soins (entre 2 et 4 %) rate un peu son objectif. En cause : les suppléments d’honoraires qui gonflent au fil des consultations. Or, on sait que la pauvreté est un des principaux déterminants de santé. En bref, plus les revenus sont faibles, plus le besoin de soins de santé est présent et plus le risque de payer des suppléments est important. « Au final, les coûts individuels sont inversement proportionnels à la catégorie de revenus. Plus on est pauvre, plus la quantité de revenus qu’on doit utiliser pour payer les soins est énorme en fait, passant de 2 % à 6 %, voire beaucoup plus. »

Derrière ce phénomène se profile la question de la « littératie santé » ou la connaissance du système et de ses mécanismes. « Le fonctionnement des soins est extrêmement compliqué, et mieux on le comprend, mieux on l’utilise. Quand on comprend ce qu’est un prestataire conventionné, on peut commencer à choisir et à réduire les suppléments… il y a plein de leviers que les personnes plus défavorisées ne peuvent pas toujours connaître. »

1. AROP : le risque de pauvreté (ou pauvreté monétaire) est le pourcentage de personnes ayant un revenu disponible équivalent (après transferts sociaux) inférieur à 60 % du revenu médian national des ménages.  [↑](#footnote-ref-1)