

V. Les inégalités sociales de santé et d'invalidité mises en évidence par la Mutualité chrétienne

Réduction des inégalités de santé – Prévention – Réintégration - Accessibilité des soins - Renforcement de la première ligne de soins

Question n° 313 posée le 25 juin 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante THÉMONT¹

Une étude de la Mutualité chrétienne relayée par *Le Soir* dresse un constat implacable : en Belgique, en 2022, le risque de mourir ou de sombrer dans l'invalidité dépend encore fortement de l'endroit où l'on vit et donc, de son niveau de vie.

Les chiffres sont sans appel : la mortalité est deux fois plus élevée dans les quartiers les plus pauvres que dans les plus riches (1,4 % contre 0,7 %). Le taux d'invalidité y est deux fois et demie plus élevé (16 % contre 6 %). Depuis 2009, le nombre de personnes en incapacité de travail a bondi de 43 %, voire davantage dans certaines catégories de revenus.

Les principales causes d'invalidité aujourd'hui ne sont ni les cancers ni les maladies rares, mais des troubles musculosquelettiques et mentaux, liés directement aux conditions de travail.

Ces données témoignent d'un échec collectif à enrayer la fracture sanitaire et sociale. Elles interpellent aussi quant à l'efficacité des politiques de prévention, d'accès aux soins, et de soutien aux travailleurs en difficulté.

1. Quels objectifs chiffrés le gouvernement entend-il se fixer pour réduire l'écart de mortalité entre les quartiers les plus pauvres et les plus riches ? À quelle échéance ?
2. Allez-vous lancer une campagne nationale de prévention ciblée dans les quartiers populaires, accompagnée d'un renforcement des soins de première ligne et des maisons médicales ? Avec quel financement ?

Réponse

1. La réduction des inégalités de santé, et notamment de l'écart de mortalité entre les quartiers les plus pauvres et les plus riches, est une priorité transversale de notre politique de santé. Plutôt que de nous limiter à un seul indicateur chiffré, nous avons choisi de mettre en place une stratégie cohérente et intégrée qui s'articule autour de trois axes complémentaires :

1° Éviter que les personnes ne tombent malades.

La prévention est au cœur de notre action, tant en matière de santé générale que de prévention des risques liés au travail. Les campagnes sont mises en place par les parties prenantes concernées, avec le soutien des pouvoirs publics. Il s'agit par exemple d'actions visant à réduire le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, ainsi qu'à prévenir les troubles musculosquelettiques et les problèmes de santé mentale liés aux conditions de travail.

1. Bulletin n° 024, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 212.

Dans ce cadre, nous renforçons également l'accessibilité des soins de santé mentale de première ligne, en particulier grâce au rôle accru des psychologues de première ligne.

2° Éviter que les personnes qui tombent malades ne soient contraintes de quitter le marché du travail.

La prévention en entreprise relève principalement de la compétence de mon collègue, le ministre Clarinval. Toutefois, une collaboration étroite est organisée entre nos cellules stratégiques respectives afin de garantir la cohérence des actions et de renforcer les initiatives de santé au travail qui permettent de maintenir les travailleurs dans l'emploi, même en cas de problèmes de santé.

3° Assurer que les personnes qui ont dû interrompre leur activité professionnelle puissent retourner au travail le plus rapidement possible.

Nous développons le rôle des coordinateurs "Retour au travail" et investissons dans un accompagnement personnalisé, afin de faciliter une réintégration adaptée aux capacités de chacun. Dans ce cadre, plusieurs priorités figurant dans l'accord de gouvernement sont mises en œuvre :

- le déploiement de la plateforme *TRIO*, qui doit renforcer la communication entre les différents médecins concernés
- une implication accrue du secteur des médecins traitants, afin d'assurer une meilleure continuité des soins et de l'accompagnement
- une collaboration systématiquement renforcée avec les services régionaux de l'emploi, afin de créer davantage de passerelles entre le système de santé et le marché du travail
- enfin, un accent particulier sur les reprises partielles du travail, qui constituent un levier essentiel pour permettre une réintégration progressive et durable.

Nous agissons toujours à partir de la conviction que le travail contribue au rétablissement des personnes ayant des problèmes de santé. Les personnes qui travaillent malgré des problèmes de santé se sentent généralement mieux que celles qui connaissent les mêmes problèmes mais ne travaillent pas. Car le travail est bien plus qu'un revenu : il donne un sens, un rythme et une place dans la société.

Notre objectif chiffré est de réduire progressivement l'écart d'espérance de vie en bonne santé entre groupes socio-économiques, et ce conformément aux indicateurs de santé publique suivis au niveau fédéral et communautaire. Une première évaluation intermédiaire est prévue à l'horizon 2028, avec l'ambition de dégager une tendance claire à la réduction des écarts d'ici 2030, en cohérence avec les objectifs européens de réduction des inégalités de santé.

2. En 2025, une Commission pour la fixation des objectifs de soins de santé a été mise sur pied. Cette dernière a rendu son premier rapport en mai au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité qui, sur cette base, a fixé les priorités pour la législature. Parmi ces priorités figurent l'accessibilité des soins, la prévention et le renforcement de la première ligne de soins. La Commission pour la fixation des objectifs de soins de santé doit maintenant poursuivre son travail et fixer des objectifs SMART (spécifique; mesurable; ambitieux; réaliste; temporel) pour chacune de ces priorités. Des groupes d'experts ont été créés à cet effet. Un rapport est attendu au premier semestre 2026.