



Brain-be 2.0

Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks

POLICY BRIEF

Policy Brief n° 3

Re-InVEST.be

Politiques de santé et lutte contre la pauvreté : une analyse sous l'angle des investissements sociaux

Ce Policy Brief est le troisième d'une série de trois consacrés à l'investissement social en tant que stratégie de lutte contre la pauvreté. Le cadre théorique (basé sur le concept d'investissement social et la théorie des capacités de Sen et Nussbaum) reste essentiellement le même, mais l'accent est mis ici sur la santé (physique et mentale). Nous commençons par examiner les déterminants socio-économiques des inégalités en matière de santé, en accordant une attention particulière au rôle de la protection sociale et du logement. Nous accordons une attention prioritaire aux soins de santé mentale, un thème peu abordé dans la littérature sur la santé et la pauvreté. Nous nous interrogeons ensuite sur la manière dont le droit à la santé (et aux soins de santé) est mis en œuvre dans la pratique. L'analyse permet ensuite de dégager un certain nombre de recommandations politiques.

Contexte et question(s) de recherche

Ce Policy Brief résume les principales conclusions et recommandations de la troisième partie de l'étude Re-InVEST.be¹. La politique de santé y est étudiée comme une forme d'investissement (potentiel) dans la lutte durable contre la pauvreté. L'accent est mis sur l'interaction entre la santé, le logement, la sécurité financière et la protection sociale. En ce qui concerne l'écart de santé entre riches et pauvres, la Belgique obtient non seulement des résultats relativement médiocres au niveau européen, mais elle a également régressé au cours des dix dernières années (EuroHealthNet, 2025). Les écarts d'espérance de vie selon le statut socio-économique (SSE - défini de manière multidimensionnelle) parlent d'eux-mêmes : les hommes du quartile SSE le plus élevé vivent 9,3 ans de plus que ceux du quartile SSE le plus bas; chez les femmes, l'écart est de 6,3 ans. Les écarts en matière d'« espérance de vie en bonne santé » dépassent 10 ans pour les deux sexes et se sont creusés au cours des 20 dernières années (Bourguignon et al. 2021). Ils sont souvent liés à des différences dans les maladies chroniques telles que les maladies pulmonaires, cardiovasculaires et le diabète, qui sont à leur tour liées à des différences dans les habitudes alimentaires et les conditions de vie. Il est à noter que les inégalités en matière de santé mentale sont beaucoup plus importantes que celles en matière de santé physique (Renard et al. 2022).

Notre cadre théorique combine l'approche de l'investissement social et la théorie des capacités d'Amartya Sen. Le bien-être y est considéré comme un ensemble multidimensionnel de « niveaux de fonctionnement » (confort matériel, qualité de l'habitat, mobilité, alphabétisation, participation sociale, etc.). Dans ce cadre, la santé physique et mentale (tout comme la qualité de l'habitat) sont à la fois des niveaux de fonctionnement du bien-être et des ressources dans lesquelles on investit et qui déterminent en partie les capacités futures des individus dans d'autres domaines. Pour investir dans la santé, on dispose de ressources financières, matérielles et immatérielles (revenus, patrimoine, capital humain) qui peuvent être en partie consommées

¹ <https://hiva.kuleuven.be/sites/reinvestbe>

et en partie investies. La « conversion » (selon la terminologie de Sen) des ressources en niveaux de fonctionnement est déterminée en partie par un certain nombre de facteurs environnementaux tels que les services publics, l'action collective et un cadre juridique qui accorde des droits et des libertés aux citoyens. La liberté et la participation occupent une place importante dans la théorie des capacités, car elles déterminent en partie la marge de manœuvre dont disposent les individus pour optimiser leur bien-être. La pauvreté peut, de différentes manières (alimentation moins saine, mauvaises conditions de logement, risques liés au travail, stress, recours moindre aux soins, etc.), conduire à un désinvestissement dans la santé, entraînant les individus dans une spirale descendante (Demonty et al. 2023).

Cela conduit à trois séries de questions de recherche à l'intersection entre la protection sociale, la politique du logement et la politique de santé en tant qu'investissements dans la lutte durable contre la pauvreté :

- Quel est l'impact des inégalités socio-économiques sur le fossé sanitaire entre riches et pauvres ? Quels sont les effets modérateurs de la protection sociale et de la politique du logement: dans quelle mesure contribuent-ils à combler ce fossé ?
- Dans quelle mesure le droit à la santé (et aux soins de santé) est-il efficacement ancré dans la législation ? Où se situent les lacunes et comment renforcer ces droits ? Nous nous concentrons spécifiquement sur le domaine de la santé mentale, un thème jusqu'à présent peu abordé dans la littérature scientifique.
- Comment fonctionnent les services publics et intermédiaires (INAMI, mutuelles, maisons de santé, etc.) dans la mise en œuvre du droit aux soins de santé ?

Principaux résultats

Il existe déjà en Belgique plusieurs études sur les inégalités sociales en matière de santé et d'accès aux soins de santé. Pour un aperçu, nous renvoyons à Demonty et al. (2023) et Coene et al. (2025). Notre contribution commence par une analyse des liens entre diverses conditions socio-économiques et la santé. Pour ce faire, nous avons utilisé deux sources de données (toutes deux limitées à la Belgique): l'enquête européenne sur la qualité de vie (EQLS) et l'enquête sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC).

Logement et santé

À partir d'une analyse approfondie des données de l'enquête EQLS pour 2016, Heylen (2025) démontre que différents aspects de la situation en matière de logement, notamment l'accessibilité financière, la qualité du logement et l'environnement du quartier, sont étroitement liés à la santé générale et au bien-être mental autodéclarés. Les résultats concordent ainsi avec les conclusions d'études internationales antérieures sur ce sujet.

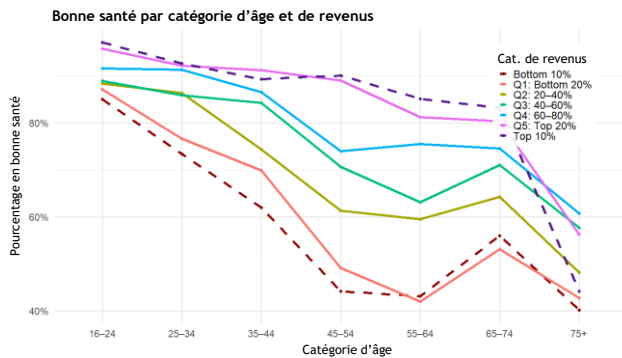
À l'aide d'analyses de régression logistique, Heylen s'est notamment intéressé à l'interaction entre le *statut de logement* et les problèmes d'accessibilité financière. Il a constaté que les propriétaires-occupants sont généralement en meilleure santé que les locataires. Cependant, lorsque les propriétaires sont confrontés à des retards de paiement, ils ont un risque nettement plus élevé d'être en mauvaise santé que les locataires ayant des problèmes financiers similaires. Cela souligne le stress psychologique particulier que peuvent entraîner les retards de paiement hypothécaire et le risque de perdre son logement.

Pour les locataires *sociaux*, le risque de mauvaise santé n'augmente pas en cas de *retard de paiement*, contrairement aux locataires privés et aux propriétaires. Ce résultat est peut-être lié au rôle protecteur du secteur locatif social, où la sécurité du logement est plus grande et l'accompagnement plus structuré que sur le marché locatif privé.

En outre, cette étude souligne l'importance de la *qualité du logement* pour la santé, et plus particulièrement la présence d'un bon système de chauffage et de climatisation. Les caractéristiques du quartier jouent également un rôle évident. Ainsi, les personnes qui ne se sentent pas en sécurité dans leur quartier le soir sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé. Enfin, il a été démontré que les personnes qui se sentent socialement exclues courent un risque nettement plus élevé de mauvaise santé générale et mentale.

Les conclusions de cette étude soulignent la nécessité d'une approche politique multidimensionnelle dans le domaine du logement et du bien-être, qui va au-delà de la seule qualité physique du logement. Les initiatives en matière d'accessibilité financière, de sécurité du quartier et d'inclusion sociale sont également importantes pour réduire les inégalités en matière de santé et améliorer la qualité de vie en Belgique.

Capital matériel et humain, protection sociale et santé



Mergoni & Nicaise (2025) ont utilisé les données EU-SILC pour étudier l'influence des ressources socio-économiques au sens large (revenu, endettement et épargne, éducation, confort de logement et protection sociale) sur la perception subjective de la santé des individus. Comme variable dépendante pour les régressions logistiques, ils ont utilisé les réponses dichotomisées à une question d'auto-évaluation de sa propre santé (1 = bonne ou très bonne ; reste = 0). Il va de soi que la santé (subjective) diminue avec l'âge. Quel que soit le déterminant socio-économique utilisé comme critère, l'écart entre les « favorisés » et les « défavorisés » se creuse tout au

long du cycle de vie pour atteindre son maximum vers l'âge de la retraite. Par ordre d'impact sur l'écart cumulé, les déterminants sont les suivants : revenu (log) équivalent, niveau d'éducation, âge, sexe, volume de l'épargne, propriété du logement, confort du logement (présence ou absence de certains défauts), capacité à épargner ou dettes, composition du ménage, statut sur le marché du travail (en emploi / chômeur...), niveau des prestations sociales et arriérés de paiement des services d'utilité publique. Cette analyse nous permet de conclure que non seulement le revenu, mais aussi d'autres amortisseurs financiers et matériels tels que la propriété du logement déterminent la santé (physique et/ou mentale) des personnes. Il en va de même pour l'éducation, qui influence la santé de différentes manières (connaissances acquises, comportement prudent, capacité à comprendre des relations complexes, confort de la profession exercée, capacité de gain, etc.). Tout cela a des implications importantes pour la politique de santé.

Le rôle de la protection sociale dans cet ensemble est difficile à cerner, car il existe ici une causalité bidirectionnelle : plus la santé est fragile, plus le besoin de protection sociale est élevé ; et plus la protection est élevée, plus la santé est favorisée. Une autre estimation de l'impact de la protection sociale peut être obtenue en simulant l'effet d'un complément de revenu : par exemple, en augmentant le revenu du décile de revenu le plus bas au niveau du décile de revenu le plus élevé. La simulation indique une augmentation potentielle substantielle de la proportion de répondants en bonne santé (de 13 % dans le groupe le plus jeune à 30 % dans le groupe le plus âgé).

Santé mentale et pauvreté

Le Service interfédéral de lutte contre la pauvreté, partenaire de l'étude Re-INVEST.be, a approfondi le thème de la pauvreté et de la santé mentale et croisé les résultats de la recherche universitaire avec l'expérience des associations où les personnes en situation de pauvreté prennent la parole (Demonty et al. 2023 et 2025). La santé mentale est ainsi replacée dans le contexte plus large de la santé générale. L'importance de la stabilité et de l'équilibre est souvent mentionnée. Les personnes en situation de pauvreté et les associations craignent fortement la psychiatrisation du social, ce qui rend le débat sur la relation entre pauvreté et santé mentale très sensible.

Le cercle vicieux dans lequel la pauvreté rend (mentalement) malade et la maladie (mentale) rend pauvre est reconnu par les participants aux entretiens, même si la pauvreté est principalement mentionnée comme cause d'un manque de bien-être mental et d'un risque accru de développer un certain nombre de troubles psychiatriques. Les personnes en situation de pauvreté sont presque toujours confrontées à une accumulation de difficultés (difficultés à joindre les deux bouts, dettes, risque de placement des enfants, etc.) qui pèsent lourdement sur leur bien-être mental. En outre, le caractère durable – et parfois intergénérationnel – de la pauvreté est également souligné, ainsi que la nature persistante du stress lié aux difficultés financières.

Un facteur atténuant crucial est l'autonomie et la possibilité de faire ses propres choix et de partir de ses propres objectifs. Une autre constatation frappante est le rôle important des associations où les pauvres prennent la parole, tout comme les initiatives de base similaires et accessibles, dans la promotion du bien-être mental des personnes qui les fréquentent.

Le droit à la santé mentale

De Munck & Pardoën (2024) et De Munck et al. (2025) s'interrogent, sur base d'une étude empirique, sur la signification d'un droit à la santé mentale. Ils nous apprennent à distinguer trois cercles de signification. Le droit au *Cure* concerne les soins à une maladie aiguë, fournis par des professionnels, dans des structures sanitaires adaptées, en vue d'un soulagement le plus rapide possible. Le droit au *Care* concerne des soins curatifs ou préventifs, fournis par des professionnels et des non-professionnels, en vue de l'établissement d'une existence avec ou malgré les symptômes. Enfin, le droit à la santé mentale devient un droit à l'épanouissement personnel lorsqu'on prend en compte les retombées psychiques des expériences dans les sphères différenciées de la vie sociale : famille, école, travail, voisinage... La non-discrimination, la déstigmatisation, le mal-logement ou des conditions d'emploi pénibles deviennent alors des composantes de ce droit conçu de façon globale.

La construction d'un droit à la santé mentale ainsi compris a été contemporaine de mutations juridiques importantes. Jusqu'aux années 1990, le *régime gouvernemental* faisait de la santé un bien administré, parfois de force, par les autorités publiques conseillées par les détenteurs de la science médicale. La référence aux droits humains a bouleversé cette situation.

D'une part, le *régime formaliste* a limité la place du régime gouvernemental de légalité en établissant un référentiel des droits humains qui met une barrière à l'usage abusif du pouvoir du psychiatre. Cette barrière est pourtant fragile et l'articulation des deux régimes reste difficile. D'autre part, la régulation juridique de ce champ fait une part de plus en plus en plus importante au *régime de la médiation*.

Des réformes importantes témoignent en ce sens, comme l'évolution de la protection des adultes majeurs ou la mise en place de la médiation dans les institutions psychiatriques. On observe aussi, dans les procédures des initiatives d'habitations protégées (IHP) nées à la fin des années 1980, une articulation nouvelle entre administration et respect du sujet.

La *négociation des partenaires sociaux* est, au contraire du logement, très active dans les structures du système de maladie-invalidité (INAMI). Elle contribue largement à construire des méso- et macro-structures de soins ambulatoires, qui soutiennent le soin continu, et permettent une mutualisation des coûts de la santé. De grandes différences existent, cependant, entre les territoires : la santé mentale est mieux équipée dans les zones urbaines que dans les zones rurales, ce qui pose un problème d'égalité de l'accès aux soins. Trois dangers accompagnent la mise en place du nouveau champ de la santé mentale : la tyrannie de l'urgence, qui témoigne des échecs de la prévention ; l'abandon des patients à leur famille ou à leur isolement; le sous-financement et la sous-institutionnalisation des réseaux de soins. Les pouvoirs publics doivent reconnaître ces dangers comme des facteurs d'aggravation des inégalités sociales et de la souffrance des populations précaires.

La figure du sujet de droit qui émerge de ces transformations n'a pas encore été clairement thématisée. Il ne s'agit ni du sujet « autonome et responsable », ni d'un objet passif, objet des soins spécialisés, ni d'un membre d'une classe d'intérêts susceptible de s'organiser comme un syndicat. Il s'agit d'un sujet défini par, et dépendant de, sa relation à autrui. Cette subjectivité décentrée est inhérente à la notion de *Care* qui oriente le champ de la santé mentale. On la suppose dès qu'on évoque la relation aidant-aidé : le statut de l'aidé dépend du statut de l'aidant. On la retrouve dans les processus de médiation, où le pôle du « soignant » importe au bout du compte autant que celui du « soigné ». La construction de cette figure nouvelle du sujet de droit, qu'on peut dire « relationnelle », est l'horizon ultime d'une politique de santé mentale dans le contexte contemporain.

Conclusion et recommandations

À partir des contributions de divers acteurs, Demonty et al. (2023) dégagent quelques principes de base pour une bonne politique sociale en matière de santé : 1) elle est intégrée dans tous les domaines politiques (« health-in-all-policies », y compris donc le logement et la protection sociale) ; 2) elle est émancipatrice et non coercitive ou paternaliste ; 3) elle couvre l'ensemble du cycle de vie ; 4) elle suit une logique d'universalisme proportionnel ; et 5) elle est participative.

1. Les analyses statistiques ainsi que les sessions de croisement des savoirs avec les acteurs de terrain révèlent un *lien structurel évident entre les conditions de vie socio-économiques des familles et leur santé*. Tout au long du cycle de vie, cette influence est cumulative et le lien devient de plus en plus évident. Par conséquent,
 - a. la pauvreté (et les inégalités sociales en général) a indéniablement un coût social élevé en matière de santé, qui peut être évité en investissant de manière préventive dans des politiques de protection sociale, d'éducation, d'emploi durable et de logement abordable et de qualité.
 - b. L'influence cumulative de la privation sur la santé tout au long du cycle de vie est un argument en faveur de minima suffisamment élevés en matière de protection sociale. Actuellement, la protection sociale repose de plus en plus sur une logique de « risque moral » : par le biais de prestations dégressives et même de restrictions de durée, on veut inciter les personnes concernées à retourner au travail. Toutefois, sans protection minimale adéquate, on entre dans une spirale négative de désinvestissement qui détériore de plus en plus la santé et augmente les coûts pour la personne concernée et pour la communauté. Ce n'est pas sans raison que les associations de lutte contre la pauvreté plaident en faveur d'un relèvement de tous les minima au seuil de risque de pauvreté (AROP).
2. Une série de conclusions émergent concernant le *lien entre politiques de logement et santé*.
 - a. Notre recherche suggère que la sécurité du logement et son caractère abordable sont plus importants que le statut de propriété en soi. Les problèmes de paiement pèsent davantage sur la santé mentale des propriétaires que sur celle des locataires, peut-être parce que ces derniers peuvent plus facilement y échapper en déménageant. Cela peut constituer (outre l'effet Matthieu) un argument supplémentaire pour que les pouvoirs publics accordent plus de poids à la sécurité du logement qu'à l'acquisition de la propriété dans leur politique de subventionnement.
 - b. L'importance de la *sécurité du logement* pour la santé mentale est un argument en faveur de mesures visant à protéger les locataires (voir également notre Policy Brief n° 2), par exemple contre les expulsions pendant les mois d'hiver, mais aussi à faire preuve de prudence face à la pression exercée sur les locataires sociaux pour qu'ils passent au marché locatif ordinaire.
 - c. La *qualité du logement* est tout aussi importante pour la santé. Il ne s'agit pas seulement ici des caractéristiques physiques du logement, telles que l'isolation et l'hygiène, mais aussi des caractéristiques du quartier, telles que la pollution et la sécurité. Les pouvoirs publics doivent tenir compte des avantages sociaux des investissements dans la revalorisation des logements et des quartiers.
3. En ce qui concerne plus particulièrement la santé mentale (et les soins de santé mentale), les sessions de croisement des savoirs avec les acteurs de terrain ont donné lieu aux recommandations suivantes (Demonty et al. 2025) :
 - a. Les usagers (en situation de pauvreté) doivent pouvoir acquérir un sentiment de contrôle sur leur vie, tant dans leur parcours de soins de santé que dans d'autres domaines et dans l'exercice de leurs droits auprès des services publics. Cela nécessite du temps, de la confiance et de la transparence, ainsi qu'un cadre qui attribue au demandeur de soins un rôle actif dans son parcours.
 - b. Il convient également d'investir dans les associations où les personnes en situation de pauvreté se sentent reconnues, car ces organisations jouent un rôle essentiel de promotion de leur bien-être et prévention de problèmes psychologiques.
4. De Munck et al. (2025) formulent quatre pistes pour améliorer l'accès aux droits en santé mentale :
 - a. Ils invitent à sortir de la logique centrée sur l'urgence, afin de renforcer la prévention et le suivi en dehors des situations critiques. Il ne s'agit pas de minimiser l'importance de l'urgence en psychiatrie, mais de rappeler que les crises doivent être comprises à la lumière des capacités d'accompagnement disponibles avant qu'elles ne surviennent.
 - b. Ensuite, et dans ce sens, il est recommandé de consolider les réseaux : cela passe par un renforcement des équipes mobiles et par une réflexion sur la place et le statut des aidants. Tant le financement que le statut juridique doivent viser une pérennité qui permet à l'investissement social de porter ses fruits. L'expérience des Initiatives d'habitation protégée (IHP) présente des avantages qui pourraient inspirer les politiques de consolidation des réseaux : partenariat administration étatique / associations locales, gestion souple, résolution du problème du logement.

- c. Troisièmement, il conviendra de renforcer les services de médiation, afin d’offrir des voies alternatives — et non judiciaires — pour régler les conflits et faciliter l’accès aux droits.
- d. Enfin, les auteurs soulignent la nécessité d’engager une réflexion approfondie sur la notion de sujet de droit, de manière à mieux prendre en compte la question de la vulnérabilité. En santé mentale, le sujet de droit n’est pas l’être autonome et responsable qui passe des contrats consentis et explicites. Il est un être de relation, inscrit dans des dépendances, mais qui est cependant un interlocuteur dont le respect est essentiel. Par ailleurs, le soignant doit aussi être pris en compte, car ses droits sont aussi importants que ceux du soigné.

En savoir plus

M. Bourguignon et al., "Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19, Document de travail 27," Centre de recherche en démographie, Louvain la-Neuve, Sep. 2021.

Coene J., Degerickx H., Dewilde C., D'Hertoghe M., Ghys T., Hubeau B., Marchal S., Remmen R., & Van Hootehem H. (red., 2025), *Armoede en ongelijkheid – Jaarboek 2025*, Acco

Demonty, F., de Vaal, D., Nieto Peña, M., Stroobants, V., & Van Hootehem, H. (2023). [Gezondheid: een socio-constructivistische benadering. Elementen van gezondheid op basis van het overleg met actoren in de strijd tegen armoede](#) Re-INVEST.be rapport 3.3.1, Brussel: Steunpunt ter bestrijding van armoede

Demonty, F., Stroobants, V., & Van Hootehem, H. (2025). [Armoedebestrijding en mentale gezondheidszorg: een kruising van academisch onderzoek met ervaringskennis van actoren uit het veld](#). Re-INVEST.be rapport 3.3.2, Brussel: Steunpunt ter bestrijding van armoede, bestaanszekerheid en sociale uitsluiting / KU Leuven: HIVA

De Munck, J., & Pardoën, L., (2024). [Santé mentale, care et droits-capacités](#), rapport Re-InVEST.be 3.2.1-3.2.2, UC Louvain : CRIDIS / KU Leuven: HIVA

De Munck, J., Printz, A., & Pardoën, L. (2025). [Droit à la santé mentale, capacités et régimes de légalité. Aspects normatifs et descriptifs](#), rapport Re-InVEST.be 3.2.3, UC Louvain : CRIDIS / KU Leuven: HIVA.

EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN) (2025). *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap?* Brussels, 144p.

Heylen, K. (2025). [Housing and health in Belgium. Evidence from the EQLS](#), Re-InVEST.be Report 2.1.3, KU Leuven: HIVA

Mergoni A., Nicaise I. (2025), [Fighting poverty by investing in health: understanding the relation between financial resources, housing, social protection and health](#), Re-InVEST.be report 3.1.1, KU Leuven: HIVA

Renard F., Scohy A., De Pauw R., Jurčević J., Devleeschauwer B. (2022), *Health Status Report 2021. L'état de santé en Belgique. Bruxelles*: Sciensano, 33p.

Coordonnées

Auteurs

Ides Nicaise, Anna Mergoni, Anna Ruelens, Kristof Heylen (KU Leuven HIVA)

Jean De Munck, Léonard Pardoën, Antoine Printz (UC Louvain – CRIDIS)

Henk Van Hootehem, Veerle Stroobants, David de Vaal, Marissa Nieto Peña, François Demonty (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale)

Contact

Nicaise, Ides

KU Leuven / HIVA

e-mail: ides.nicaise@kuleuven.be

<https://hiva.kuleuven.be/sites/reinvestbe>