

Editorial

A en croire différents classements internationaux des systèmes de soins, la Belgique – tout comme la France par exemple – ne s’en tire pas trop mal. En 2023, l’OCDE publie son panorama de la santé¹ : pour tous les critères retenus, la Belgique est au-dessus de la moyenne, voire dans l’excellence. Deux ans plus tard, en 2025, dans le *EuroHealth Consumer Index* (EHCI)², la Belgique décroche la cinquième place. Pour *Ceoworld*, la même année, le pays est treizième au niveau mondial, et huitième au niveau européen³. L’étude de *Newsweek*, qui se concentre, quant à elle, sur les hôpitaux, distingue la Belgique puisqu’en 2025, sur 2400 hôpitaux analysés pour leurs performances, 4 (contre 5, il est vrai, dans le précédent classement) se hissent parmi les 250 meilleurs au monde⁴. Dans toutes ces études comparatives, les critères d’évaluation retenus sont ceux auxquels on peut s’attendre : notamment, pour ce qui nous intéresse ici, la qualité des soins prodigués et leur accessibilité.

On devrait donc se réjouir de tels scores. Car, faut-il le rappeler, ou bien l’accès à des soins de qualité pour toutes et tous n’existe pas – et l’on sombre alors dans la barbarie –, ou bien, s’il existe, ce ne peut être que sous la forme d’un droit universel inaliénable. Le respect de la dignité humaine est à ce prix. Les critères d’évaluation des classements internationaux sont là pour nous le rappeler.

On peut expliquer cette exigence des soins pour tous de deux manières. Tout d’abord, toute souffrance, sous quelque forme que ce soit, se donne dans la vie réelle comme ce qui doit cesser. Certes, tout le monde ne souffre pas des mêmes situations, ni ne l’exprime de la même façon. Quant à ce qui passe pour des douleurs insupportables, cela peut aussi varier d’un individu à l’autre. La culture, les croyances, le parcours de vie, les résistances de chacun, tout cela singularise ce type d’expérience. Mais quoi qu’il en soit, pour tous, ce qui se donne dans son existence comme souffrance ou douleur appelle une réponse pour au pire la rendre supportable, et au mieux, la réduire au silence. Cette loi se présente en quelque sorte comme une loi « naturelle ». S’efforcer de la respecter, c’est s’efforcer de rester en phase avec le mouvement de la vie, à savoir, comme l’écrivait Georges Simmel, vouloir vivre davantage et davantage que vivre. La souffrance et la douleur brisent cet élan, et font de l’existence un enfer. C’est de ce premier point de vue qu’on doit dire que l’accès aux soins est nécessairement un droit universel.

Une seconde approche, morale cette fois, conduit à la même conclusion. Si l’on a le souci de ne pas se faire complice du mal, et si l’on veut donc rester juste autant qu’il est possible, alors entre un principe qui vise le bien de quelques-uns au détriment des autres et un principe qui vise le bien de tous, on concédera que la seconde option est la seule qui soit désirable. Soutenir l’accès aux soins pour toutes et tous quelle que soit la condition de la personne malade – fut-ce un ennemi sur un champ de bataille –, c’est défendre l’intérêt de chacun, y compris de celles et ceux qui ont toutes les bonnes raisons de s’opposer à ce principe :

Notes

1. OCDE (2023), Panorama de la santé 2023. Les indicateurs de l'OCDE, Edition OCDE, Paris
2. [Euro Health Consumer Index by Country 2025](#)
3. [Europe: Health Care Index by Country 2025 Mid-Year](#)
4. [Newsweek publie son classement 2025 des meilleurs hôpitaux du monde : quels sont les belges ? - Le Spécialiste](#)
5. Serment des médecins - Ordre des médecins (Belgique)(version novembre 2021)
6. J. Cylus, El Nolte, J. Figueras, M. McKee, *What, if anything, does the EuroHealth Consumer Index actually tell us* in Eurohealth, Vol 22, 2016, pp.31-32. [What, if anything, does the EuroHealth Consumer Index actually tell us? - The BMJ](#)

c'est lutter pour qu'eux aussi, malgré leur opinion, puissent avoir la garantie que leur point de vue ne se retournera jamais contre eux, et qu'ils trouveront toujours une réponse à leur souffrance. Pour eux, et leurs enfants. Voilà le critère ultime de la justesse d'une cause : son universalité, c'est-à-dire le fait qu'elle vise le bien y compris de ceux qui s'y opposent. Dit autrement, c'est la seule façon d'être cohérent avec son désir de rester juste.

Et c'est précisément cette universalité du principe de l'accès de tous aux soins qui donne tout son sens et toute sa force au célèbre serment d'Hippocrate que prêtent encore aujourd'hui les médecins : « (...) Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou de handicap, des convictions philosophiques, des considérations d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient. (...) Je fais ces promesses sur mon honneur, librement et solennellement. »⁵

A en croire donc les classifications internationales, nous devons nous réjouir que de nombreux pays européens soient au rendez-vous de cette exigence universelle. Quoique.

C'est que la confrontation avec la réalité du terrain, l'écoute des professionnels et des malades sème le doute. L'accès aux soins, dans notre pays si bien classé, est loin d'être assuré. On ne parle pas ici du cas malheureux fort heureusement exceptionnel de personnes qui n'ont pu être prises en charge, ou qui ont pu l'être mais après bien des errements. Si tel était le scénario, on pourrait encore se raisonner et se résoudre à accepter que n'importe qui peut jouer de malchance, sans que cela ne remette en question la qualité du système de santé. Mais voilà, face au terrain, cette façon de se rassurer à bon compte ne tient pas. Car ce que l'on observe, c'est qu'ils sont nombreux, trop nombreux, ces patients à avoir des difficultés à accéder à des soins appropriés. Et fait troublant, non point du fait du hasard, mais du fait de leur condition sociale ou de leur groupe d'appartenance. Dit autrement, c'est pour des raisons structurelles ou d'organisation que leur profil ou leur spécificité devient un facteur soit d'exclusion ou d'abandon, soit de soins bâclés, au rabais. En témoignent les personnes précarisées, les sans-papiers, les détenus dans les prisons, les personnes LGBTQIA+, celles souffrant d'un handicap invisible, celles aussi ayant des troubles du comportement (alcoolisme, toxicomanie, maladies mentales, en particulier chez les jeunes) ou souffrant d'un handicap mental. Il faut malheureusement encore y ajouter les personnes âgées et, aussi surprenant celui puisse-t-il paraître, encore et toujours les femmes (en tant que femmes). Peut-être que demain on devra y inclure les malades de longue durée.

Tous ces mal-soignés, ou pas-soignés du tout, que notre société invisibilise de plus en plus difficilement, interrogent la validité des classifications internationales. Notre système de santé n'est pas aussi vertueux qu'on cherche à nous le faire croire. L'accès aux soins n'est toujours pas, dans les faits, un droit universel inconditionnel. Tout donne même à penser que la conjoncture actuelle, avec son lot d'économies tous azimuts et les pénuries de personnel soignant, nous en éloigne toujours un peu plus. On comprend dès lors pourquoi certains experts n'hésitent plus à écrire, à propos de ces classifications que « nous devrions simplement les ignorer »⁶. Car elles nous empêchent de voir grandir les cohortes de mal-soignés que notre système de santé engendre.

J.-M. Longneaux