

Une médecine à deux vitesses

Désengagement de l'État, système de rémunération problématique, boom des assurances hospitalisation privées et report de soins plus fréquents: notre système de santé est sous pression. Le portefeuille des moins riches aussi.

Texte:
Julien Thomas

Un serment d'Hippocrate contre les pressions financières sur les médecins. L'idée peut étonner de prime abord. Elle a pourtant fait son apparition en juin 2018 en Suisse. Traditionnellement prononcé par les jeunes praticiens dans une partie du monde en début de carrière, le serment renvoie aux préceptes de déontologie médicale chers à Hippocrate, le médecin grec considéré comme le père de la morale médicale. Le texte rappelle le devoir de soigner tout le monde. Même les plus désargentés. Des vœux désormais insuffisants pour une partie du corps médical helvète. Le 7 juin dernier, dans le canton de Fribourg, une quarantaine de médecins ont ainsi prêté un serment d'Hippocrate revisité. Il s'y engagent explicitement à ne pas pratiquer d'opérations non nécessaires et à ne pas discriminer les patients sur la base de leur caisse maladie. *"Ce serment a été fait pour éviter que la médecine ne devienne un pur business"*, explique Bernhard Egger, médecin chirurgien et coauteur du serment, dans la presse locale. →

Le serment revisité n'a pas encore passé nos frontières. Mais le principe pourrait bien susciter de l'intérêt chez nous. *"Je n'en ai jamais entendu parler, mais je serais curieux d'en savoir davantage. Je comprends bien le concept"*, indique Paul De Munck, président du GBO, le syndicat majoritaire chez les médecins francophones belges. Le serment d'Hippocrate également sous pression financière en Belgique? La réponse est... affirmative.

Notre système de soins de santé demeure certes performant et permet encore de guérir de nombreuses pathologies à un prix réduit. Obtenir un rendez-vous en deux ou trois semaines chez certains spécialistes reste aussi possible. Un rêve inaccessible pour une partie de la classe moyenne américaine par exemple. Mais la pression cons-

tante exercée sur les dépenses de sécurité sociale depuis de nombreuses années laisse des traces. Voir des trous. Pour un certain nombre d'acteurs du monde de la santé, l'expression de médecine à deux vitesses devient toujours davantage une réalité. *"Et pas que deux vitesses"*, grince même un médecin.

Différences de traitement

Pour Marie-Christine Closon, professeure émérite d'économie de la santé à l'UCLouvain, les inégalités entre Belges existent depuis la nuit des temps. Le contrat social de l'après-guerre avait néanmoins permis de les gommer en grande partie. *"Les médecins, rien que culturellement, sont beaucoup plus proches des gens riches que des pauvres. Même s'il y a toujours eu des médecins pour s'occuper des pauvres, la probabilité était globalement plus grande d'être bien soigné quand étiez riche"*, explique-t-elle. *"Aujourd'hui, cela s'accroît fortement car on ne parle plus que d'efficacité, plus de solidarité ou d'accès à tous. C'est un phénomène progressif et qui a débuté depuis les années Thatcher. Cette recherche de l'efficacité conduit à une pression financière sur tout ce qui est public et sur les hôpitaux. Et ce qui se passe, c'est*

que ceux-ci font de la sélection, que le seul objectif est de gagner de l'argent. Et ce qui est le plus rentable, ce n'est pas s'occuper des cas lourds, des pauvres."

"Avant, vous aviez déjà plus de chances d'être bien soigné si vous étiez riche. Aujourd'hui? C'est pire."

Le concept de médecine à deux vitesses renvoie à plusieurs types de différences de traitement entre Belges selon la taille de leur porte-monnaie: le délai d'attente avant une prise en charge, le prix à déboursier par rapport à ses revenus et la qualité des soins reçus. *"Vous pouvez appeler dans beaucoup d'hôpitaux. Les délais de rendez-vous peuvent être très longs. Là où on sent tout de suite la dimension de médecine à deux vitesses, c'est pour les spécialistes. Pour certains, il peut y avoir jusqu'à six mois de délai d'attente. Prenez les ophtalmologues par exemple. Ils sont généralement difficilement accessibles, sauf dans des cabinets privés où, même là, il y a un délai d'attente de trois semaines, voire un mois"*, explique Jonathan Brauner, chef de service au CHU Tivoli. Le coprésident du syndicat de médecins spécialistes MoDeS ne cache pas ses inquiétudes face à la dérive du système de santé. Et pointe le financement à l'acte qu'encouragent les autorités.

"Beaucoup d'hôpitaux trouvaient, il y a quelques années, que les médecins salariés ne s'impliquaient pas suffisamment en termes de productivité. Qu'ont fait les gestionnaires? Ils ont fait passer les médecins du statut de salarié à celui d'indépendant. Et ils ont lié leur nombre d'actes à leur salaire. Cela a permis aux hôpitaux d'augmenter de 20 à 25 % le nombre d'actes médicaux", constate le médecin hémobiologiste. À chaque acte correspond un montant de remboursement spécifique par l'assurance maladie obligatoire pour les médecins. Et donc pour les hôpitaux. Car

ces derniers prélèvent une bonne partie des honoraires des professionnels exerçant entre leurs murs. Problème: le système fait la part belle aux actes techniques. C'est-à-dire pas à la médecine intellectuelle, celle notamment pratiquée par les gériatres, les psychiatres ou les pédiatres. Remplacer une hanche rapporte bien davantage que de consacrer du temps et écouter un patient. En matière de santé, l'adage *"Le temps, c'est de l'argent"* n'a jamais été autant d'actualité.

Les codes de remboursement Inami créent encore d'autres inégalités entre spécialités. Les hématologues, les oncologues, les dermatologues ou encore les neurologues peuvent s'estimer relativement mal payés. À l'inverse, les neurochirurgiens, les ophtalmologues ou les biologistes ont la banane. Cette pyramide salariale entre spécialistes, un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) l'a mise en évidence en septembre dernier. Au sommet, du côté wallon, avec 271.000 euros brut par an en moyenne, trônent les ophtalmologues. En queue de peloton, les neurologues perçoivent 140.000 euros. *"Ces chiffres me semblent plausibles s'il s'agit de brut, avant prélèvement tout d'abord de la part des hôpitaux et puis pour les impôts"*, commente Oscar Kallay, vice-président du Syndicat ophtalmologique belge.

Quoi qu'il en soit, ces inégalités salariales ne sont pas anecdotiques. Elles sont révélatrices d'un système qui ne tourne plus tout à fait rond. *"On est vraiment dans un marché du médical. Et les ophtalmologues, c'est l'exemple le plus traditionnel. Quand ils débutent leur carrière, c'est 10.000 euros net par mois. Quand la clinique Edith Cavell a fermé, ils ont tous été faire leur shopping en demandant à chaque hôpital son taux de rétrocession. Voilà un peu la logique actuelle. Un médecin indépendant au Chièrec (réseau hospitalier privé) va toucher deux à trois fois plus qu'un médecin salarié dans un hôpital public"*, dénonce Jonathan Brauner. *Il y a une telle demande que beaucoup tournent en cabinet*

privé. Je connais un hôpital qui a proposé à quelqu'un le poste de chef du service ophtalmologie en proposant deux fois le salaire du chef du service gériatrie. La personne a refusé car elle gagnait mieux sa vie dans son cabinet." Nous avons passé un coup de fil test au CHU Liège en vue de prendre un rendez-vous avec un spécialiste des yeux. Verdict: impossible de fixer même une date. *"Les*

→ plannings sont remplis pour les prochains mois. Rappelez d'ici quelques semaines. Ça sera peut-être possible en août ou septembre", explique la standardiste. Soit cinq mois au bas mot.

Garanti sur surfacture

Près de 80 % des médecins sont actuellement conventionnés. Ce qui signifie qu'ils respectent les accords bisannuels fixant les honoraires conclus entre les représentants des mutualités et du corps médical. Ceux qui n'adhèrent pas à ces conventions sont libres de surfacturer librement jusqu'à 300 % lors d'une consultation ambulatoire. Or, un rapide coup d'œil au dernier accord médico-mutualiste montre que plusieurs catégories de spécialistes refusent majoritairement d'adhérer à leur convention. Sont ainsi actuellement libres de surfacturer: 56 % des chirurgiens plastiques, 69 % des dermatologues et 60 %... des ophtalmologues. Le taux de non-conventionnement s'avère également élevé chez les gynécologues (49 %) et les orthopédistes (42 %). Et mauvaise nouvelle pour les patients: la surfacturation a le vent en poupe. Les 290 millions d'euros de suppléments de 2017 représentent 15 % en plus que l'année précédente, indique une récente étude de Solidaritis.

"Les hôpitaux trouvaient que les médecins salariés ne s'impliquaient pas assez en termes de productivité..."

Lors d'une hospitalisation, le conventionnement ou non de votre médecin n'a aucune importance. Mais la médecine à deux vitesses y prend peut-être une forme plus dérangement. Les suppléments d'honoraires ne peuvent être réclamés qu'aux patients en chambre individuelle. Même si ceux-ci n'y restent que quelques heures, l'ensemble des médecins (chirurgien, anesthésiste, etc.) pourront leur réclamer des suppléments. Et la différence entre les deux factures varie du simple au quadruple. La tentation d'encourager le patient à faire "le bon choix" existe donc. *"Je dois me faire opérer en one-day au Chirec. Le médecin vient de m'indiquer qu'il ne gagnerait rien si j'optais pour une chambre commune. J'ai quand même fait ce choix, car je n'ai pas d'assurance hospitalisation"*, explique Lucien (prénom d'emprunt). Du côté de l'UZ Leuven, on n'hésite pas à mettre les patients devant un autre choix: une chambre seule et la garantie que c'est le professeur qui les opère, ou une chambre commune et c'est a priori l'assistant qui maniera le scalpel.

Certains médecins n'hésitent pas à franchir la ligne rouge. Et à forcer leur patient. C'est arrivé à Charlène (prénom d'emprunt), qui vient justement de gagner son procès contre un hôpital bruxellois. Dans un passé récent, la septuagénaire doit subir une hospitalisation de jour. Il est 7 h du matin quand elle se présente sur place. Dans le formulaire d'admission, elle opte pour la chambre commune. À l'étage, le docteur qui doit l'opérer fait irruption dans sa chambre et l'oblige à redescendre à l'accueil pour choisir cette fois une chambre individuelle. Elle redescendra pour s'exécuter. Résultat: en plus des 1.500 euros à régler, Charlène se retrouve avec... 5.000 euros de suppléments. *"Toutes les personnes autour de la table d'opération se sucrèrent au passage. Le montant peut très vite monter"*, explique son avocat.

Dans la guerre sans pitié que les hôpitaux se mènent pour attirer les meilleurs praticiens, l'argument principal s'avère bien sûr l'argent.

Tout tourne autour du taux de rétrocession, lequel s'élève en moyenne à 40 %. Et donc aussi la promesse d'un nombre élevé de patients susceptibles d'aller en chambre individuelle. Un argument que peut avancer par exemple le site Delta du Chirec. Dans le plus récent hôpital du pays, 80 % des chambres possèdent un seul lit. Coïncidence: ce sont les six sites du Chirec qui possèdent les pourcentages de suppléments d'honoraires les plus élevés du pays (en moyenne 178 %), indiquait en décembre dernier le baromètre hospitalier de la Mutualité chrétienne.

Le même rapport expliquait que les patients wallons et bruxellois paient globalement... plus cher qu'au nord du pays. Bref, la médecine à deux vitesses épouse aussi la frontière linguistique. Mais si de nombreux hôpitaux forcent sur les suppléments, c'est souvent parce que leurs finances se trouvent dans le rouge.

Quatre structures sur dix affichent des résultats négatifs, pointait Belfius en octobre dernier. Le chiffre monte même à une sur deux à Bruxelles et en Wallonie. La banque prévient: l'actuel modèle de financement des hôpitaux touche à ses limites. Voilà des années pourtant que les autorités sabrent dans le budget. Et ce n'est pas l'actuelle ministre de la Santé Maggie De Block (Open VLD) qui dira le contraire. *"Elle a mis une pression terrible sur le financement des hôpitaux"*, tranche Marie-Christine Closon.

Soigner trop pour gagner plus

Le refinancement du système s'avère donc nécessaire. Mais d'autres pistes existent aussi, comme la fin du gaspillage d'argent public. À commencer par la surconsommation médicamenteuse et d'actes techniques. Les Belges étaient ainsi les troisièmes plus gros consommateurs d'antibiotiques dans les pays de l'OCDE en 2015-2016. Dans son livre *Le prix de votre santé*, paru en 2014, le professeur en économie de la santé de l'Université de Gand Lieven Annemans racontait comment un chirurgien s'était vu reprocher par sa direction ses mauvais chiffres de pose de prothèses. Une situation qui est loin d'être un cas isolé.

On en revient en quelque sorte au serment d'Hippocrate. Bien gagner sa vie comme médecin est bien sûr un droit. Mais il est anormal que le système mette ainsi à l'épreuve la déontologie médicale. Sans oublier la situation désespérée de nombreux infirmiers et aides-soignants. Car les médecins, surtout les spécialistes, sont encore ceux qui tirent le mieux leur épingle du jeu.

De leur côté, les autorités et l'Absym, un syndicat de médecins réclamant plus de libertés pour fixer leurs suppléments d'honoraires, assurent que la médecine à deux vitesses n'existe pas. Un avis du Centre d'expertise des soins de santé aurait pourtant pu clore le débat en 2016. À la question essentielle de combien vaut une vie humaine en Belgique, le KCE a ainsi livré une réponse des plus crues: un peu moins de 82.000 euros. Soit le coût d'une pompe de circulation sanguine à destination des patients cardiaques aigus. Le dispositif a été jugé efficace par le corps médical. Malheureusement, il concernait trop peu de patients. La sécurité sociale l'a jugé trop coûteux. ✖

Une chambre individuelle et chère, c'est le professeur qui opère. En chambre commune, ce sera son assistant.

Dans le système, les médecins, surtout les spécialistes, sont ceux qui tirent leur épingle du jeu.

LES SIRÈNES DU PRIVÉ

Dans un système de plus en plus focalisé sur la rentabilité, les hôpitaux publics souffrent particulièrement.

Les structures publiques de soins peinent de plus en plus à remplir correctement leurs missions de formation des futurs médecins et d'accueil des patients les plus pauvres. "C'est souvent les hôpitaux publics qui prennent en charge les bénéficiaires du CPAS. C'est aussi là que les médecins se forment, avant souvent, quand ils sont devenus bons, d'être appelés par les sirènes de l'argent. Ils partent au privé, où ils peuvent gagner quatre fois plus. Et pour des opérations sensibles ou certains soins, les patients plus riches privilégient souvent des hôpitaux privés. C'est aussi ça la médecine à deux vitesses",

explique notre professeure à l'UCLouvain. Mais tous les médecins expérimentés ne font pas le choix de l'argent. Ils font même d'importants sacrifices financiers pour rester dans le service public. "C'est le cas de tout le monde au CHU Saint-Pierre de Bruxelles", glisse une étudiante en psychiatrie qui y a passé deux ans comme stagiaire.

Jean-Philippe Praet est de ceux-là. L'homme de 58 ans y dirige le service gériatrie, mais aussi le département de médecine publique. Des possibilités de gagner plus, le gériatre ne les compte plus:

"On m'approche cinq fois par an. Delta aussi l'a fait. Je n'ai pas cherché à savoir combien ils proposaient. La différence est bien souvent de 30 %". Le docteur Praet se définit comme "saint-pierriste" en référence au nom de l'hôpital dont il défend les valeurs de médecine universelle. À Saint-Pierre, on accueille tout le monde. Pauvres comme riches. "Il y a quand même un problème de recrutement. Les salaires de base sont en dessous de la moyenne régionale et les tentations sont énormes. Le différentiel s'accroît. On cherche toutefois à préparer l'avenir et à passer le flambeau", explique-t-il. "Mais il y a bien sûr aussi des médecins magnifiques dans le privé, qui adaptent leurs prix pour les moins riches", souffle Marie-Christine Clason.

Quelle assurance hospitalisation choisir?

Selon son âge et ses besoins, elle peut s'avérer utile.
Quelques pistes de réponse... - Texte: Julien Thomas -

Le constat d'une médecine à deux vitesses est une fois posé. Vous faut-il une assurance hospitalisation, dans la mesure où l'État est loin de couvrir l'ensemble des soins? 82 % des Belges disposent en fait déjà d'une telle assurance, souvent souscrite par leur employeur pour eux et leur famille.

À l'aide du calculateur mis en place par Test-Achats, nous avons essayé d'y voir plus clair. La comparaison porte sur des contrats de type individuel valables depuis le 1^{er} janvier 2019 et s'appliquant à un nouveau client. À noter que la prime de votre contrat pourra légèrement différer selon que vous optez pour un paiement mensuel ou annuel. Le calculateur propose un comparatif par tranches d'âge de 10 ans et concerne trois types de chambres: celles à un lit en Wallonie, celles à un lit à Bruxelles (plus chères) et les

chambres communes (Wallonie et Bruxelles confondues). Huit contrats sont comparés: AG Care avec segmentation hospitalière, Ethias Medi-Confort, Fidea Hospi-XL, Mutualité socialiste du Brabant Hospimut Plus, Mutualité chrétienne Hospi +200, Mutualité chrétienne Hospi Solidaire, Mutualités libres Hospitalia avec option Hospitalia Plus et Mutualités neutres Neutra Top. Précisons que pour bénéficier de l'assurance d'une mutuelle, il faudra s'affilier à cette mutuelle. Premier constat: une offre est toujours la meilleure pour la catégorie chambres communes: la Mutualité chrétienne Hospi Solidaire. Quel que soit votre âge. Elle couvre les frais au-delà d'une franchise de 275 €. Il ne faut pas payer de prime, car les membres sont de facto assurés. Pour la chambre individuelle à Bruxelles, deux assurances tirent leur épingle du jeu: Mutualités libres Hospitalia avec option Hospitalia Plus et Mutualité socialiste du Brabant Hospimut Plus. Pour la première, vous vous acquitterez de 237 € par an si vous avez dans la trentaine. La prime annuelle monte à 291 € à 50 ans et 521 € à partir de 65 ans. La franchise est de 0 euro. Pour la seconde, c'est 203 € à 30 ans, 251 € à 50 ans et 441 € à partir de 65 ans.

Important: vous n'aurez pas à répondre à un questionnaire médical dans le cas de cette dernière. Pour une chambre individuelle au sud du pays, les deux assurances précitées restent les meilleures jusqu'à l'âge de 39 ans. Celle de la Mutualité socialiste le reste ensuite jusqu'aux dernières tranches d'âge, mais plus celle des Mutualités libres après 70 ans. Quant aux offres de grands groupes privés comme AG Care ou Ethias, elles ne sortent pas spécialement du lot. Le premier propose une offre compétitive entre 50 et 69 ans pour une chambre individuelle wallonne et le second fait pareil pour les plus de 66 ans. Un dernier conseil: une fois arrivé à la pension, il faut vraiment bien peser le pour et le contre s'agissant de garder l'assurance hospitalisation payée par l'employeur. La prime sera aussi élevée que pour une personne de cet âge concluant un contrat à ce moment-là. ✖

Reports de soins en série

Quatre patients sur dix ont postposé en 2018 un traitement ou une consultation pour des raisons financières. C'est l'un des chiffres pointés par une enquête Solidararis, dont *Moustique* publie les résultats en primeur. - Texte: Julien Thomas -

Je constate que les patients ont de plus en plus de mal à payer leurs médicaments. Je passe désormais du temps chaque semaine avec certains pour regarder quels sont les médicaments les moins chers que je peux leur prescrire", confiait début avril un psychiatre d'un grand hôpital d'Ottignies. Hasard du calendrier, chez *Moustique* tombent quelques jours plus tard les résultats d'une enquête de Solidararis sur les reports de soins par les Belges pour raisons financières. Accablants, les chiffres montrent que l'observation du spécialiste ne s'avère pas anecdotique. Pas moins de 18,6 % de la population a ainsi renoncé en 2018 à pousser la porte d'une pharmacie. Deux ans plus tôt, le chiffre n'était encore que de 15,5 %. Au final, pas moins de un Belge sur deux s'inquiète fortement de la part grandissante des dépenses de médicaments dans son budget: 48,6 % en 2018, contre 45,2 % deux ans plus tôt.

Les conclusions de l'enquête de la mutualité socialiste sont sans appel: la population belge éprouve des difficultés croissantes à payer ses soins de santé. Et dans des proportions impressionnantes. Quelque 40 % des Wallons et des Bruxellois ont au moins renoncé l'an dernier à un soin nécessaire pour des raisons financières. Soit une hausse de 4 % en quatre ans. Sans surprise, ce sont les con-

sultations chez les spécialistes qui posent le plus problème. Le nombre de personnes qui postposent une visite a bondi de 7,9 % sur la même période. C'est que les 22,50 € que le patient paie en moyenne chez un spécialiste non conventionné après remboursement Inami restent un budget non négligeable. La note peut encore s'avérer beaucoup plus salée selon le bon vouloir du praticien. Pour les généralistes et les soins dentaires, les taux de report de soins grimpent de 4,5 % et 3,1 % sur la même période. Paradoxe injuste: les personnes en incapacité de travail sont celles qui reportent le plus des soins: 41,6 % pour une visite chez un spécialiste, 31,7% pour l'achat d'un médicament et 28 % pour consulter un généraliste.

"Trop souvent considérées comme les boucs émissaires d'une sécurité sociale en péril, les personnes en incapacité de travail se trouvent dans une situation effrayante. Alors que notre gouvernement souhaite les remettre au travail au plus vite coûte que coûte, 61,1 % de ces personnes ont dû reporter au moins un soin en 2018. L'incapacité de travail n'est pas une situation confortable: ces personnes voient leur facture de soins de santé multipliée par quatre alors qu'elles doivent déjà faire face à une forte baisse de leur pouvoir d'achat", dénonce Solidararis. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité en indemnisait 369.320 en 2017 pour incapacité de travail pour plus d'un an. Après six mois, une personne sur trois reçoit d'ailleurs le statut BIM. Et parmi celles qui ne l'obtiennent pas, une sur cinq se trouve en détresse financière occasionnelle. Autre catégorie de la population en difficulté: les familles monoparentales. Près de 60 % d'entre elles sont concernées par les reports de soins.

Deux tiers des Belges inquiets

Ces chiffres inquiétants proviennent certes de Solidararis. Mais l'échantillon interrogé est large (1.000 personnes) et aussi scientifiquement représentatif en termes d'âge, de sexe, de groupes sociaux et d'origine géographique. Et puis surtout le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) tire aussi la sonnette d'alarme. Son rapport comparant les systèmes de santé des pays de l'OCDE rendu public ce mercredi 24 avril, et dont *Moustique* s'est procuré une partie, ne souffre aucune discussion. La Belgique fait pire que de nombreux pays voisins. *"Même si des améliorations concernant les contributions personnelles par habitant ont été constatées depuis notre dernière analyse, le pourcentage des individus ayant dû reporter des soins de santé pour des raisons financières reste plus élevé que la moyenne européenne, surtout pour le groupe de revenus le plus bas. Il faut également noter que la couverture des services reste faible pour les soins dentaires",* écrit ainsi le KCE.

L'expression "médecine à deux vitesses" prend tout son sens à la lecture de certains extraits: *"La fréquence des besoins non satisfaits est plus de quatre fois plus élevée au sein de la population à faible niveau d'éducation par rapport à la population ayant un niveau d'éducation élevé",* écrivent les auteurs du rapport. Selon le groupe social auquel on appartient, on peut être deux fois plus nombreux à renoncer à des soins pour des raisons financières, embraie Solidararis. *"En quatre ans, alors que pour le groupe social le plus élevé, la situation s'est même améliorée, le report de soins a augmenté dans les autres groupes",* explique-t-elle.

Mais que pensent les Belges de leur système de soins de santé? Encore majoritairement du bien. Quelque 69,3 % des francophones estiment encore en 2018 le système de soins de santé bien adapté à eux. Plus de 7 Belges sur 10 le trouvent même d'excellente qualité. Ils sont aussi 70,6 % à considérer qu'il y a assez de professionnels de la santé dans leur région. Mais ces indices de confiance et de satisfaction connaissent une nette érosion par rapport à 2015. Les Belges s'avèrent en fait loin d'avoir leurs apaisements sur la question, note Solidaris. Les deux tiers pensent que la qualité des soins est actuellement menacée pour des

raisons de coûts et 78,4 % estiment devoir trop attendre avant un rendez-vous chez un spécialiste.

Une femme sur deux touchée

L'inégalité entre sexes frappe également à nouveau. Avec des chiffres effarants: 46,3 % des femmes (+7 % en trois ans) doivent au moins renoncer à un soin. Contre à peine 33 % pour les hommes (+1 %). Et elles ne sont pas seulement plus nombreuses à faire de la procrastination en matière de santé. Le nombre de soins postposés s'avère aussi en moyenne plus élevé. Elles renoncent ainsi à 1,44 soin quand les hommes sont à 0,99. Quel que soit le type de consultation, la tendance est toujours plus marquée du côté féminin. Près de une sur trois renonce par exemple à des soins dentaires quand il s'agit de un homme sur cinq. *"Malgré les efforts et les nombreux débats autour de la lutte pour l'égalité entre hommes et femmes, le fossé s'est creusé en quatre ans"*, constatent les auteurs.

Pour le secrétaire général de Solidaris, Jean-Pascal Labille, le coupable est tout désigné: la politique de droite du gouvernement Charles Michel (MR).

"Les reports de soins sont la conséquence de la politique désastreuse menée par le gouvernement en matière de soins de santé. Favorisant l'industrie pharmaceutique et le secteur privé, elle fait payer la facture aux patients. Se soigner plus tard ou ne pas se soigner du tout: c'est la réalité à laquelle sont aujourd'hui confrontés de nombreux femmes et hommes", insiste l'ancien ministre PS. *"Dans un système qui accroît les inégalités sociales et favorise la marchandisation de la santé, les reports de soins sont en hausse de manière inquiétante et inacceptable pour une société basée sur les principes de la solidarité."* De son côté, la mutualité exige le remboursement intégral des soins de base en première ligne, le tiers payant obligatoire généralisé à tous les soins pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les malades chroniques et le soutien au développement des maisons médicales. ✖

Le calvaire des maladies rares

Beaucoup disent que le système belge est un des meilleurs au monde au niveau remboursement. On le disait aussi avec mon épouse... Mais elle est malade depuis cinq ans et si on a bien remarqué une chose, c'est que si on ne rentre pas dans une case, il faut se battre pour tout." La femme de Quentin, 34 ans, est atteinte depuis cinq ans d'une maladie rare. Lowra, 25 ans, doit ainsi faire face à une dysautonomie. Elle ne se déplace plus désormais qu'en chaise roulante et ingère ses aliments via une sonde. Une maladie est dite rare lorsqu'elle concerne moins de une personne sur 2.000. En Belgique, environ 700.000 personnes sont concernées, et entre 60.000 et 100.000 ont besoin de soins spécifiques. Une famille confrontée à une telle pathologie fait aussi connaissance à sa manière avec la médecine à deux vitesses. "Sur les 2.348 euros de soins, on n'en a retouché que 300. On paie aussi 118 euros par mois pour les poches de nourriture. On est livré à soi-même", dénonce Quentin.