

# Comité Consultatif de Bioéthique

## ***Avis N° 7 du 13 juillet 1998 relatif à l'accès aux soins de santé***

***Demande d'avis en date du 15 avril 1997,  
de Mme C. Saintes,  
Présidente du Comité d'éthique local de la Clinique St. Jean à Bruxelles,***

*libellée comme suit :*

*« Nous nous interrogeons sur la conduite à tenir vis-à-vis des personnes qui n'ont aucune couverture sociale belge ou étrangère et qui sont dans des situations très précaires (sans domicile fixe, réfugiés politiques en demande de statut, personnes expulsées du territoire mais y séjournant encore ). Notre clinique étant située en plein centre ville, ces situations sont régulières et de plus en plus fréquentes.*

*Si les soins urgents, lorsque la vie de ces patients est en danger, sont prodigués sans hésitation, que faire quand l'urgence est passée, et que penser de ces personnes qui passent d'un service d'accueil à un service d'urgence sans jamais pouvoir payer leur factures.*

*Il ne s'agit pas seulement d'un problème économique et politique mais aussi d'un problème d'éthique médicale.*

*Votre comité s'est-il déjà penché sur ce problème complexe et pourriez-vous nous aider dans notre réflexion ? ».*

## 1.A.

Le Comité d’Ethique de l’hôpital St.-Jean à Bruxelles a formulé une question relative à l’attitude à prendre vis-à-vis de personnes nécessitant des soins médicaux mais ne bénéficiant pas d’une assurance sociale belge ou étrangère.

Dans sa réponse, le Comité consultatif de Bioéthique affirme qu’il est fondamentalement immoral de refuser des soins médicaux aux personnes qui en ont besoin. Ni l’insolvabilité du patient, ni l’illégalité de sa présence sur le territoire belge, ne sont de nature à justifier un tel refus. La réponse à la vulnérabilité du patient, quel qu’il soit, reste la première valeur à prendre en compte dans la réalisation de la justice qui commande la distribution des soins de santé. Le statut d’un étranger, quelle que soit la raison de sa présence en Belgique, ne peut exercer une influence négative sur l’octroi de soins médicaux.

## 1.B.

Cette prise de position du Comité consultatif de Bioéthique est motivée en premier lieu par l’adhésion aux valeurs qu’expriment la garantie, dans la Constitution belge (art.23), du droit aux soins médicaux comme un droit fondamental - un droit de l’homme -, ainsi que l’obligation assignée par le Code belge de déontologie médicale (art.5 ) au médecin de soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur situation sociale, leur nationalité, leurs convictions, leur réputation et les sentiments qu’il éprouve à leur égard. S’y ajoute la ratification par la Belgique de diverses conventions internationales telles que le Statut de l’O.M.S. du 22 juillet 1946 (Préambule), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 19 décembre 1966 ( art .12), la Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 (Préambule,1ère partie, point 13), la Convention des Nations Unies sur les droits de l’enfant du 20 novembre 1989 (art. 22 à 25 inclus).

Il est clair, en effet, que l’ accès aux soins médicaux constitue une condition de l’existence humaine menée dans la dignité . L’éthique relative à l’admission aux soins implique qu’ils soient prodigués sur la totalité du territoire national avec la même équité à chacun, au même titre que la Convention des Droits de l’homme assure la jouissance des droits et libertés sans distinction aucune , fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l’origine nationale ou sociale, l’appartenance à une minorité nationale, la naissance, la fortune ou toute autre situation.

Aux niveaux fédéral et international, l’Etat belge s’est librement engagé à prendre les dispositions nécessaires pour que chaque personne se trouvant sur son territoire puisse bénéficier d’une santé physique et mentale optimale.

En second lieu, le Comité se fonde sur le principe de solidarité, fondement du droit de la sécurité sociale. Dans cette optique , les moyens médicaux y compris pharmaceutiques doivent être, d’une façon inconditionnelle, mis à la disposition de tous ceux qui en ont besoin et qui se trouvent sur le territoire belge.

## II.A.

Le Comité consultatif de Bioéthique se réjouit de ce que le législateur n'ait pas attendu sa recommandation pour mettre en pratique un droit généralisé aux soins médicaux par l'adoption récente de l'A.R. du 16 avril 1997 portant des mesures visant à étendre le droit à une intervention majorée de l'assurance de soins de santé à d'autres catégories d'ayants droit, en application des articles 11,1° et 49, de la loi du 26 juillet 1996 (M.B.30 avril 1997).

Il s'agit en l'occurrence d'enfants bénéficiaires, à cause de leur handicap, d'allocations familiales majorées ainsi que des ayants droit

- au minimum de moyens d'existence complet ou complémentaire,
- à l'aide sociale d'un montant identique,
- au revenu garanti aux personnes âgées,
- à une allocation de handicapés.

On peut également se réjouir des mesures récentes (A.R. du 25 avril 1997, M.B. du 19 juin 1997 et de l'A.R. du 29 décembre 1997, M.B. du 31 décembre 1997) qui généralisent et assouplissent l'accès à l'assurance soins de santé par l'abrogation des systèmes résiduaux, du montant d'accès ainsi que de la période d'attente de 6 mois et, par l'instauration, pour certaines catégories de personnes, d'un accès automatique au régime général.

## II.B.

Le Comité regrette toutefois que l'aide sociale à fournir aux étrangers en séjour illégal sur le territoire soit limitée par la loi organique des centres publics d'aide sociale (art.57 plusieurs fois remanié) aux seuls soins médicaux *urgents*, malgré l'interprétation relativement souple permise par l'A.R. du 12 décembre 1996.

La notion d'urgence, qui doit être interprétée largement, ne peut être une cause de discrimination. Il importe que, en matière de soins de santé, la solidarité humaine trouve une application sans restriction.

Le Comité estime ainsi que même une interprétation explicitement plus large du concept de l'urgence est insuffisante pour répondre aux exigences éthiques d'un accès inconditionnel aux soins médicaux. En effet, il n'est pas toujours possible, au premier examen, de se faire une idée du caractère urgent d'une affection ou de la gravité d'une problématique médicale. On doit pouvoir donner suite à chaque demande justifiée d'intervention médicale sans que le prestataire individuel des soins soit tenu à contrôler le caractère urgent de la demande.

## II.C.

Dans l'attente d'une adaptation de l'art. 57, §2 de la loi organique des CPAS et de l'A.R. du 12 décembre 1996 à cette recommandation, le Comité insiste pour que l'application plus étendue et plus précise de la législation de base soit accélérée par une meilleure information des professionnels de la santé et un accès facilité aux soins pour le patient tant belge qu'étranger.

Il apparaît en effet que l'application des dispositions légales laisse à désirer surtout dans le secteur médical ambulatoire parce que, d'une part, les médecins privés ne sont pas au courant de la réglementation, et que, d'autre part, certains CPAS se montrent peu coopératifs ou connaissent des pratiques très hétérogènes en matière d'aide aux patients.

## II.D.

Afin que les mesures d'exécution proposées rencontrent d'une manière adéquate la réalité concrète et, en vue de l'information appropriée du citoyen, le Comité estime indispensable la rédaction d'un livre blanc relatif aux aspects à la fois quantitatifs et épidémiologiques, culturels et structurels de l'accès aux soins. Les points suivants y seraient notamment abordés : la détermination du nombre de patients insolubles qui se présentent, la complexité de la législation, le statut des hôpitaux sollicités, la nature des soins, la proportion de patients pris en charge ou refusés, le coût des soins médicaux et l'ampleur de l'intervention du Fonds de l'Aide médicale urgente et du Fonds spécial d'assistance.

La description précise des obstacles que rencontrent, dans l'accès aux soins de santé, les personnes qui se trouvent sur le territoire belge, devra amener les autorités politiques responsables en matière de soins de santé et d'affaires sociales à prendre davantage encore leurs responsabilités.

## III.

Les aspects pratiques et financiers de cette prise de position éthique pourront être évalués à la lumière du livre blanc sollicité.

Le Comité est en tout cas conscient que l'application de ce principe éthique appelle des mesures concrètes inspirées par la justice distributive quant à la répartition de la charge et le financement des soins médicaux aux personnes non solvables et non assurées. Cette répartition est à opérer entre toutes les personnes et institutions concernées.

**L'avis a été préparé en commission restreinte 97/3 constituée de :**

<b>Coprésidents</b>	<b>Corapporteurs</b>	<b>Membres</b>	<b>Membre du bureau</b>
E. Eggermont Fr. Thys-Clément	X. Dijon E. Guldix	A. André G. Binamé I. Kristoffersen F. Kruyen Ph. Lardinois M. Roelandt G. Verdonk	A. Van Orshoven

**Membre du Secrétariat :** H. Mertens.

**Expert extérieur permanent :** Ch. Dumont

**Experts extérieurs auditionnés :**

- ◆ C.Saintes ( Clinique St. Jean- Bruxelles )
- ◆ A.Vincent ( Médecins sans frontières - M.S.F.)
- ◆ E. Druyts et D. Vanderslijcke (ASBL « Steunpunt Mensen zonder papieren »)

**Les documents de travail de la commission restreinte 97/3** – question, contributions personnelles des membres et des experts, documents de référence consultés, procès-verbaux des réunions, rapport - sont conservés sous forme d'Annexes 97/3 au centre de documentation du Comité, et peuvent y être consultés et copiés.