

Le libre accès de tous à des soins de qualité

Françoise De Boe, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale - Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (Belgique)

Au risque de paraître hors sujet, nous tenterons de contribuer à la réflexion sur les droits du patient en évoquant la question du libre accès de tous à des soins de qualité.

La loi relative aux droits du patient votée le 15 juillet 2002 par la Chambre des représentants de Belgique - que nous nommerons " la loi " dans la suite du texte - écarte cette problématique de son champ d'application (art.3 §1). L'exposé des motifs explicite l'option prise. Le projet ne régle pas tous les droits du patient mais uniquement ceux que l'on qualifie de droits individuels. Cela signifie que le droit social fondamental aux soins de santé n'est pas repris dans ce cadre.

Ce droit fondamental peut être déduit de l'art.23 de la Constitution. En outre, en Belgique, l'assurance maladie obligatoire ainsi qu'une infrastructure bien développée en matière d'équipements de santé publique et des praticiens de soins de santé bien formés, garantissent à tous les citoyens, sans discrimination aucune, le droit d'accès identique (sur les plans géographique et financier) à des soins de qualité plus que convenable. Il est donc inutile de réglementer encore une fois le droit aux soins de santé, bien qu'il puisse être affiné et évoluer...!

Et cependant, séparer totalement les droits individuels des droits sociaux, lorsqu'il s'agit d'examiner la loi relative aux droits des patients du point de vue des personnes économiquement défavorisées, s'avère très difficile, voire impossible². Les personnes pauvres entrent parfois dans le champ d'application de la loi mais pas aussi souvent, ni aussi longtemps que ne l'exigerait leur état de santé parce que l'accès aux soins ne leur est pas garanti. La relation entre le prestataire de soins et le patient, la possibilité pour le patient de faire respecter effectivement ses droits, durant les périodes où cette relation existe, sont influencées par ce rythme intermittent. Dissocier les droits du patient de celui de devenir " patient " et de le rester aussi longtemps que nécessaire relève d'une approche théorique.

La loi définit le terme " patient " : il s'agit de la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non (art. 2, 1°). Elle précise également ce qu'il faut entendre par " soins de santé " : services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie (art.2,2°).

Au regard de cette définition, toute personne, à un moment ou l'autre de son existence, durant des périodes plus ou moins longues, est susceptible d'acquérir le statut de patient et de devenir par conséquent titulaire des droits consacrés dans la loi.

Dans les faits cependant, certaines personnes n'accèdent pas à ce statut ou plutôt de manière incomplète. En Belgique, malgré une assurance soins de santé largement accessible, des enfants, des femmes et des hommes ne bénéficient pas toujours des soins disponibles au moment où leur état de santé l'exigerait. Les personnes qui rencontrent le plus d'obstacles pour se faire soigner sont pour la plupart celles dont les facteurs de vie (logement, travail, ...) sont les plus pathogènes, celles qui sont donc plus souvent que d'autres exposées à la maladie.

Les motifs de non accès aux soins sont divers : les uns sont liés au cadre législatif ; les autres à la faiblesse des moyens financiers des patients potentiels et au coût des soins auxquels s'ajoutent des obstacles de type culturel.

Le législateur a prévu que certaines personnes étrangères présentes sur le territoire belge n'ont droit qu'à l'aide médicale urgente³ et non à l'ensemble des services dispensés en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé (art.2.2°). L'application de la loi relative aux droits des patients se trouve limitée par cette législation : que devient par exemple le droit du patient, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans

¹ Exposé des motifs du projet de loi relatif aux droits du patient, doc 50 1642/001, 19 février 2002, pp.12-13

Pour rappel, l'article 23 de la Constitution est rédigé comme suit : Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. A cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice. Ces droits comprennent notamment : ... 2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique...

² Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale est un service public dont la mission principale, définie dans l'accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté signé le 5 mai 1998 et approuvé par tous les parlements (M.B. du 16 décembre 1998 et du 10 juillet 1999) est de rédiger tous les deux ans un rapport rendant compte des constats, analyses, propositions issues de la concertation structurelle organisée par le Service avec les associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent et d'autres acteurs de lutte contre la pauvreté. Le premier rapport date de juin 2001. Il contient un chapitre relatif au droit à la protection de la santé dont la présente contribution s'inspire largement.

³ Article 57 §2 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale

qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite (art.5) ?

Le non accès pour raisons financières au statut de patient renvoie à deux hypothèses : celle du refus de soins, de la part de prestataires ou de structures hospitalières et celle du non-recours du patient potentiel aux soins.

- Certaines personnes se voient refuser l'accès aux soins parce qu'elles sont endettées à l'égard du prestataire de soins. Cette pratique risque même de s'amplifier parce que le nombre de patients incapables de payer augmente⁴.

Ces refus prennent des formes plus ou moins directes : certains hôpitaux, par exemple, retiennent la carte d'identité sociale si le patient n'est pas en mesure de payer la consultation ou apposent un label " embargo " sur le dossier de ces patients. Le Comité consultatif de bioéthique interpellé à ce sujet a condamné de telles pratiques⁵.

- Le report de soins qui peut aller jusqu'au renoncement à des soins, est une pratique courante dans les milieux économiquement défavorisés⁶.

La faiblesse des revenus est bien sûr la raison majeure de ce comportement mais ce facteur se combine avec le coût élevé de certaines prestations de soins, l'avance des frais à supporter par le patient, la complexité des mécanismes correcteurs (franchise sociale, fiscale, facture maximum, tiers payant,...).

Il existe une relation statistiquement significative entre report de soins et revenus. Il est irréaliste de penser que les personnes qui vivent avec un revenu de remplacement ou un salaire guère plus élevé ont la possibilité d'intégrer les frais de santé dans leur budget. Ces frais sont de facto considérés comme un " luxe ".

Malgré les mesures qui ont permis et amélioré l'accès aux soins, notamment la géné-

ralisation de l'assurance soins de santé et l'élargissement des catégories bénéficiant du tarif préférentiel, les personnes à faibles revenus n'ont pas d'autres choix que de repousser les visites chez le médecin ou de ne pas y aller du tout ou de se présenter au service d'urgence d'un hôpital, là où il ne faut rien déboursier tout de suite ou encore de barrer des médicaments sur la prescription.

La faiblesse des revenus constitue un obstacle d'autant plus grand à l'accès au statut de patient que les prestations que requiert l'état de santé de la personne sont onéreuses.

Un certain nombre d'actes et de médicaments ne sont pas ou peu remboursés. La question se pose de savoir si une plus grande effectivité du droit à la protection de la santé est le critère prépondérant pour qualifier de remboursable ou non une prestation.

Pour beaucoup de patients à faibles revenus, le paiement de l'acompte en cas d'hospitalisation est impossible et les éventuels suppléments de frais le sont tout autant.

Les personnes pauvres renoncent bien souvent aux soins dentaires, particulièrement mal remboursés. Les

inégalités sociales sont très frappantes dans ce domaine⁷.

Les mécanismes correcteurs aident certains patients mais leur complexité leur fait perdre une partie de leur efficacité.

Le système de facture maximum, notamment, n'intervient qu'a posteriori et ne rencontre donc pas les problèmes d'avance des frais.

Le plafond des tickets modérateurs pour les plus faibles revenus s'élève à 446,20 euros : cette première somme pèse très lourd sur les petits budgets d'autant plus qu'il faut y ajouter les frais exposés pour des prestations non remboursées, donc non prises en compte pour la facture maximum.

***" Séparer totalement
les droits individuels
des droits sociaux,
lorsqu'il s'agit
d'examiner
la loi relative
aux droits des patients
du point
de vue des personnes
économiquement
défavorisées,
s'avère très difficile,
voire impossible. "***

⁴ Voir notamment : Observatoire du crédit et de l'endettement, La consommation et le crédit aux particuliers, année 2000, p 229

⁵ Avis n°7 du 13 juillet 1998 relatif à l'accès aux soins de santé

⁶ Voir notamment : Union nationale des mutualités socialistes, Pascale Martin, direction générale étude, développement et information et Mireille Piette, Service médico-social (2001), Accessibilité et report de soins de santé - Baromètre social 2000 - Bruxelles

⁷ Selon l'enquête de santé de 1997 menée par l'Institut scientifique de la santé publique, 60% des personnes à faible revenu ou à bas niveau d'instruction n'étaient pas allées chez le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête contre 42% pour les personnes ayant un revenu ou un niveau d'instruction plus élevé.

Le tiers-payant, autre exemple, est un mécanisme indispensable pour rendre possible l'accès aux soins des patients économiquement défavorisés qui serait utilement étendu à tous les prestataires. Actuellement, en médecine ambulatoire, si le tiers-payant constitue un droit du patient lorsqu'il répond aux conditions prévues par le législateur, il ne constitue cependant pas une obligation dans le chef du prestataire.

Les personnes économiquement défavorisées rencontrent aussi des obstacles de type culturel pour accéder au statut de patient.

Vu que les prestataires de soins et les patients pauvres sont généralement issus de milieux très différents, dont le système de valeurs et de normes utilisées est différent, le dialogue s'avère particulièrement difficile.

La culture sanitaire est le produit de multiples facteurs: "(...) le faible niveau d'instruction et le manque de connaissances relatives au schéma corporel, à la santé, à la maladie; la mauvaise maîtrise de la langue; les conditions de vie et le poids d'autres problèmes quotidiens; le sentiment de dépendance ou d'infériorité à l'égard du corps médical, (...)"⁸, tous ces facteurs qui caractérisent les personnes qui vivent dans la pauvreté, constituent autant de difficultés pour devenir " patient " lorsque cela s'avère nécessaire.

Tous ces éléments qui provoquent le report de soins, qui empêchent des patients potentiels d'entrer dans le champ d'application de la loi risquent aussi de compromettre le respect des dispositions législatives pendant les périodes durant lesquelles elles devraient s'appliquer.

Les praticiens ne sont en effet tenus de respecter les droits du patient que *dans la mesure où le patient y apporte son concours* (art.4). Un patient qui ne se procure pas les médicaments prescrits par le médecin, par exemple, pourrait être considéré comme n'apportant pas son concours.

Un bref examen de quelques articles de la loi suffit pour entrevoir que la situation de pauvreté du patient limite la portée des droits dont il jouit.

La loi consacre notamment le droit du patient à des prestations de qualité, répondant à ses besoins (art.5). Le temps - l'obtention de soins au moment opportun et la continuité des soins - constitue un critère essentiel de qualité des soins, qui fait souvent défaut dans l'hypothèse où le patient vit dans la pauvreté.

La loi prévoit le droit du patient au libre choix du praticien et le droit de modifier ce choix (art.6). *Ce droit revêt une importance cruciale sur le plan de la confiance que le patient a dans son praticien professionnel,*

explique l'exposé des motifs qui précise que ce droit est d'application avant même qu'il ne soit question d'un rapport juridique individuel entre le patient et le praticien professionnel : le patient se voit conférer le droit de choisir lui-même le praticien professionnel auquel il souhaite recourir⁹.

Force est de constater que les personnes qui doivent s'adresser au CPAS pour avoir accès aux soins ne voient pas toujours ce droit respecté. La jurisprudence donne une réponse nuancée à la

question de savoir si le libre choix se limite aux prestataires conventionnés à l'INAMI ou s'il s'étend au-delà. Le libre choix des patients qui dépendent du CPAS est la plupart du temps limité aux prestataires qui exercent dans la commune du CPAS qui prend en charge le patient.

Cet article fait référence aussi à la possibilité pour le patient de demander un deuxième avis. Pour les patients qui vivent dans la pauvreté, il est à craindre que ce droit reste théorique : ils doivent déjà si souvent reporter la demande d'un premier avis.

La loi confirme le droit du patient à l'information sur son état de santé (art. 7§1). Elle prévoit que *la communication avec le*

***“ La faiblesse
des revenus
constitue
un obstacle
à l'accès
au statut
de patient. ”***

⁸ ATD Quart Monde, Union des Villes et Communes belges (section CPAS), Fondation Roi Baudouin, (1994), Rapport général sur la pauvreté, Bruxelles, p 132

⁹ Exposé des motifs du projet de loi relatif aux droits du patient, doc 50 1642/001, 19 février 2002, pp. 18-19

patient se déroule dans une langue claire (art.7 §2). L'exposé des motifs donne des précisions intéressantes : ... Afin de déterminer quelles informations doivent être données, la personne qui les fournit doit tenir compte du patient individuel. En effet, un patient nécessitera davantage d'informations qu'un autre ou des informations d'une autre nature. Le §2 prévoit que la manière dont les informations sont fournies doit être adaptée au patient individuel. En d'autres termes, la communication au patient doit se faire dans un langage clair et compréhensible pour lui. Cela signifie que, dans sa manière de communiquer les informations, le praticien professionnel doit tenir compte de l'individualité du patient, à savoir sa formation, ...¹⁰

¹⁰ Exposé des motifs du projet de loi relatif aux droits du patient, doc 50 1642/001, 19 février 2002, p 20

¹¹ ATD Quart Monde, Union des Villes et des Communes belges (section CPAS), Fondation Roi Baudouin (1994), Rapport Général sur la Pauvreté, Bruxelles, p 147

Cette disposition renvoie à la question de la formation des prestataires de soins à la communication avec les patients, mais aussi à la connaissance de la pauvreté, de l'incidence de la pauvreté sur l'état de santé et de la culture sanitaire. Déjà en 1994, le Rapport Général sur la Pauvreté formulait des propositions pour rendre possibles la capitalisation et la diffusion des évaluations de bonnes pratiques¹¹. Elles n'ont toutefois pas encore été suivies, sans doute parce que ces formations ne sont pas perçues comme une priorité, rien n'incite à les mettre en place ni à les améliorer au fil du temps.

La loi consacre le droit à la médiation (art.11). Il faut plutôt craindre, sur la base

des expériences de médiateurs dans d'autres secteurs, un non recours à cette fonction qu'une surconsommation de ce service, de la part des patients économiquement défavorisés. La médiation est une initiative particulièrement intéressante pour les cas de refus de soins, de la part de prestataires ou de structures hospitalières, hypothèses dans lesquelles les demandeurs de soins sont très démunis. Mais ce cas particulier entre-t-il dans le champ d'application de la loi ?

La loi crée une commission fédérale "droits du patient" (art.16). Qui sera attentif, dans cette commission, à l'application des droits des patients économiquement défavorisés ? Ces derniers ne revendiquent pas de droits particuliers mais seulement celui d'être en mesure de faire respecter les droits reconnus à tous les patients. Cela demande qu'il soit tenu compte de leur position particulièrement faible, que celle-ci soit relayée au sein de la commission.

Pour conclure notre propos illustrant les liens étroits entre les droits du patient et le libre accès de tous à des soins de qualité, nous voudrions simplement rappeler que cet accès ne peut être garanti que par le renforcement de l'assurance soins de santé telle qu'elle existe au sein de la sécurité sociale. Ou autrement dit, l'assurance soins de santé constitue un fondement des droits du patient.

“ En Belgique, des enfants, des femmes et des hommes ne bénéficient pas toujours des soins disponibles au moment où leur état de santé l'exigerait. ”