



Des soins pour tous ? Principes éthiques et réalités du terrain

I. Introduction

Les soins de santé sont d'une importance fondamentale pour la santé et le bien-être des individus ainsi que pour le bon fonctionnement de la société dans son ensemble. Loin d'être réductible à un simple « service », l'accès à des soins de santé de qualité contribue directement à soutenir la dignité et les droits humains¹. Du point de vue éthique, un accès égal aux soins de santé relève du principe de justice. Ce principe reconnaît que chaque personne, quelle que soit son origine ou ses conditions de vie, a le droit de recevoir des soins médicaux appropriés et en temps opportun.

Pourtant, la réalité en Belgique et dans d'autres pays occidentaux montre qu'il existe des inégalités persistantes dans l'accès aux soins de santé, qui font du droit à la santé un défi, voire – pour certaines groupes de populations - une utopie. Ces disparités soulèvent des questions éthiques importantes concernant les obligations morales des systèmes de soins de santé et à la responsabilité des autorités publiques qui ont la charge d'en garantir le caractère équitable. Certains groupes de population doivent faire face à des obstacles considérables qui entravent leur accès aux soins nécessaires. Ces barrières apparaissent à plusieurs niveaux, notamment financier, moral, informationnel (ou lié à son absence), ainsi qu'au niveau structurel et organisationnel.

L'objectif de la conférence est :

- d'identifier un ensemble de situations dans lesquelles des groupes de population spécifiques sont disproportionnellement confrontés à des limitations dans l'accès à un soin de qualité, d'analyser les dilemmes éthiques découlant de ces inégalités, et d'examiner les solutions potentielles qui pourraient améliorer l'accessibilité aux soins de santé. En facilitant un dialogue critique, cette conférence vise à contribuer à un système de soins de santé plus juste et plus inclusif pour l'avenir ;
- d'élaborer un cadre éthique à même de renforcer l'accessibilité aux soins de santé ;
- d'identifier les axes importants qui requièrent l'attention des décideurs politiques.

¹ Comme le prévoit l'article 25, § 1er, de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948).

II. Que sait-on ?

a) Aperçu général.

Le rapport de performance le plus récent du système de santé belge, réalisé par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), définit l'accessibilité comme "le degré selon lequel la population a facilement accès aux services de santé. Il s'agit de l'accès physique, des coûts, du temps et de la disponibilité de personnel qualifié"². L'accessibilité est influencée par les décisions relatives à la génération et à l'utilisation des ressources. Une pratique qui décide d'instaurer un arrêt des admissions de patients, par exemple par le refus de prendre de nouveaux patients, crée à la fois des restrictions pour sa propre patientèle, une perte d'accès pour la population locale mais aussi un report des demandes de soins vers des confrères ou d'autres services, par exemple le service des urgences de l'hôpital le plus proche. Pour évaluer cette accessibilité, le KCE a utilisé 18 indicateurs : 9 concernant l'accessibilité financière, 3 relatifs à la répartition du personnel soignant.

La conclusion est que le système belge offre une large gamme de services, mais que la contribution financière des citoyens est nettement plus élevée que dans les pays voisins et que la disponibilité des services s'est détériorée.

b) Groupes Vulnérables

Les recherches³ montrent que certains groupes de population en Belgique sont disproportionnellement confrontés à des limitations dans l'accès aux soins de santé. Ces groupes rencontrent des obstacles *spécifiques* qui entravent leur capacité à recevoir des soins appropriés, abordables et en temps opportun.

- **Les personnes de faible statut socioéconomique** : ce groupe est confronté à des barrières financières considérables, les empêchant souvent de payer les assurances, les franchises ou les coûts indirects tels que le transport et/ou la perte de revenus ponctuels qu'implique le fait de s'absenter au travail. La pauvreté force les individus à faire des choix difficiles entre les besoins essentiels et les soins de santé, ce qui conduit à des soins retardés ou évités, avec pour conséquence des écarts de santé importants^{4,5}. Les études montrent que les personnes à revenu faible ont un

² Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2024. KCE Reports 376B. DOI : 10.57598/R376B

³ Emilie Op de Beeck, Hannah Ledegen, Gytha Slechten, Josefien Van Olmen, Hans De Loof, Hilde Bastiaens & Caroline Masquillier. Understanding challenges in healthcare access: qualitative insights from healthcare providers and people living in socio-economically vulnerable circumstances. International Journal for Equity in Health volume 24 (2025)

⁴ En Belgique, l'espérance de vie atteint **82,4 ans en 2024** en moyenne, mais un **important gradient socio-économique** persiste : les personnes au niveau socioéconomique le plus faible présentent une espérance de vie **nettement inférieure** à celle des groupes favorisés, un phénomène reconnu comme structurel par les autorités de santé. <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/life-expectancy-and-quality-of-life/life-expectancy>

⁵ Ces inégalités se traduisent également en termes de mortalité : en 2025, **113 100 décès** ont été enregistrés en Belgique, et les causes principales — maladies cardiovasculaires, cancers pulmonaires, démences ou accidents vasculaires cérébraux — touchent de manière disproportionnée les populations socialement défavorisées, qui cumulent davantage de **comorbidités** (diabète, maladies respiratoires, hypertension). Les maladies cardiovasculaires seules représentent **15,3 % de l'ensemble des décès**, et les cancers du poumon **7,3 %**, deux pathologies fortement corrélées aux inégalités sociales de santé. <https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/Belgium>

pourcentage élevé de besoins de soins non satisfaits pour des raisons financières, une situation qui s'est accentuée ces dernières années⁶. Il apparaît essentiel de bénéficier de l'expertise des acteurs de terrains sur ce point, soit par le biais de témoignages personnels, par la retranscription de certaines expériences au travers de cas concrets représentés par des comédiens ou au travers de séquences vidéo.

- **Les personnes âgées** : elles rencontrent des défis liés à la mobilité personnelle, aux modalités de transport et à l'accès aux services, notamment celles vivant en zones rurales ou ayant un handicap. Les personnes âgées rencontrent des problèmes croissants liés à la fracture numérique. Les dilemmes éthiques concernant la capacité de décision, le consentement éclairé et les soins palliatifs sont également pertinents pour ce groupe. En outre, il existe un risque de discrimination par âge, notamment au travers de politiques de rationnement des soins en fonction de l'âge, ce qui est une question éthique sensible. Ce type de dilemmes éthiques s'est notamment produit durant la pandémie de COVID-19⁷.
- **Les personnes avec un handicap** : ce groupe fait face à des barrières concrètes, physiques ou sensorielles, pour accéder aux installations de soins de santé, à des obstacles dans l'accès à des informations présentées sous une forme adaptées (braille, langue des signes,...), ainsi qu'à de la stigmatisation, de la discrimination et des préjugés négatifs. Les présupposés concernant la qualité de vie des personnes handicapées peuvent entraîner un traitement inégal, ce qui constitue un défi éthique important dans la quête de soins de santé inclusifs en Belgique.
- **Les migrants** : les migrants en Belgique rencontrent souvent des barrières linguistiques qui entravent une communication efficace avec les prestataires de soins, des différences culturelles qui influencent la compréhension des concepts de santé et les préférences de traitement, ainsi que des barrières administratives et juridiques, en particulier pour les personnes sans statut de séjour légal. Le statut migratoire peut limiter considérablement l'accès aux services de santé essentiels en Belgique, malgré les dispositions légales pour l'aide médicale urgente.
- **Les détenus** : les recherches montrent que les problèmes de santé et l'accès aux soins de santé dans les prisons diffèrent significativement de ceux de la population générale. Bien que la loi belge promeuve l'égalité des soins de santé à l'intérieur et à l'extérieur de la prison, ce principe n'est pas toujours respecté dans la pratique. Les dilemmes éthiques surviennent en raison de la double loyauté du personnel de santé envers le prisonnier et les autorités pénitentiaires, ce qui peut affecter la confidentialité et l'autonomie du patient. De plus, les longs délais d'attente pour des soins spécialisés, tels que l'aide psychiatrique, et les ressources limitées peuvent entraver l'accès aux traitements nécessaires. Les principes éthiques d'égalité et de continuité des soins sont souvent mis à l'épreuve dans le contexte des soins de santé en prison. Garantir l'accès à des soins de santé mentale de qualité, à des traitements pour addictions et à des soins préventifs, équivalents à ceux de la communauté, représente un défi permanent. La décision de procéder ou non à l'euthanasie pour un détenu a souligné la complexité de l'application de la législation sur l'euthanasie dans le contexte de la détention.

⁶ https://www.healthybelgium.be/metadata/hspa/2024/A6_CHR.pdf

⁷ Avis n°78 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif à l'égalité de traitement et l'autonomie des personnes résidant en maison de repos en contexte de pandémie (de) COVID-19. <https://www.belgiumnationalbioethicscommittee.be/autonomie>

- **Les femmes** rencontrent partout dans le monde des défis spécifiques en matière d'accès et de qualité des soins de santé⁸. La recherche clinique et scientifique, des études précliniques (sur l'animal) aux essais cliniques (sur les humains), a été menée pendant des décennies principalement sur des sujets mâles. On partait du principe que les résultats pouvaient simplement être extrapolés aux femmes, à l'exception de leurs organes reproducteurs. Les femmes ont en moyenne un poids corporel différent, une répartition des graisses différente et un équilibre hormonal distinct, ce qui entraîne une absorption et une métabolisation différentes des médicaments. De plus, la douleur et la fatigue sont plus souvent considérées comme psychologiques, liées au stress ou « normales » (« cela fait partie de la condition »). Ce phénomène est parfois appelé « medical gaslighting »: la patiente en vient à douter de sa propre perception. Les femmes sont plus souvent aidantes (pour les enfants, les parents) et reportent ainsi leurs propres besoins de soins. Elles travaillent également plus souvent à temps partiel, avec des revenus plus faibles et une moindre autonomie financière. Ces obstacles s'accumulent pour les femmes appartenant à plusieurs groupes marginalisés. Les femmes exposées à des discriminations liées à l'origine, les femmes issues de l'immigration, les femmes en situation de handicap ou les femmes LGBTIQ+ rencontrent encore davantage de barrières, ce qui pointe la nécessité d'avoir une approche intersectionnelle.
- **Les personnes présentant principalement des problématiques de santé mentale**, rencontrent des défis particuliers. Outre les barrières auxquelles sont confrontés d'autres groupes (telles que des obstacles financiers ou logistiques), ce groupe est confronté à un certain nombre de problèmes très spécifiques. La stigmatisation constitue probablement le principal obstacle et agit à plusieurs niveaux. L'auto-stigmatisation conduit à retarder longtemps la recherche d'aide, ce qui aggrave les troubles. L'incompréhension et les préjugés dans l'entourage (travail, famille) entraînent l'isolement. L'absence de réseau social de soutien rend plus difficile le maintien d'un parcours de soins. En outre, le phénomène de « *diagnostic overshadowing* » (masquage diagnostique) dans les soins somatiques signifie qu'une plainte physique réelle somatique d'un patient est à tort attribuée à son trouble psychique connu. Les listes d'attente de six mois à plus d'un an pour un traitement spécialisé sont courantes. Ces délais sont la conséquence d'un déséquilibre entre l'offre, la demande et l'accessibilité des soins de santé. Il existe une forte « séparation » (tant physique que financière) entre les soins somatiques et les soins de santé mentale. Autrement dit, la prise en charge est « en silos ». Le médecin généraliste doit coordonner l'ensemble, mais il manque souvent de temps ou de connaissances spécifiques pour bien accompagner l'interaction complexe entre les différentes structures. En outre, tous les soins ne sont pas intégralement remboursés. Les personnes souffrant de troubles psychiques ont parfois un revenu faible ou des dettes, ce qui fait de la participation financière ou du ticket modérateur un obstacle insurmontable.
- **Les jeunes enfants**: les premières années de vie constituent une période de vulnérabilité et de plasticité majeures pour le développement de l'enfant, tant sur le plan physique que psychique. Les connaissances actuelles soulignent l'importance déterminante des *1000 premiers jours*, de la conception jusqu'à l'âge de deux ans.

⁸ Si on prend le report des soins dans son ensemble et qu'on abandonne provisoirement la lecture par type de soin, c'est 52.6% (+0,8 pts) des femmes qui sont confrontées à au moins un renoncement de soins tandis que pour les hommes, c'est 40.8% (-7.1 pts). [reportsdessoins2020VF.pdf](#)

Durant cette période sensible se structurent des fonctions biologiques, neurodéveloppementales, affectives et relationnelles essentielles, susceptibles d'influencer durablement la santé, le bien-être et les trajectoires de vie futures. La toute petite enfance est également marquée par une prévalence significative de maladies et de troubles, qu'ils soient congénitaux, métaboliques, neurologiques, développementaux ou psychiques. Ces situations précoces, souvent complexes ou chroniques, ont un impact majeur sur la vie de l'enfant et sur celle de sa famille, affectant la parentalité, l'équilibre psychologique, les conditions sociales et l'organisation quotidienne. Elles requièrent des prises en charge spécialisées, coordonnées et continues, dès les premiers temps de la vie. En matière de santé mentale infantile, de nombreuses observations montrent une attention encore insuffisante. Les besoins des jeunes enfants sont difficiles à exprimer, peu repérés et donc insuffisamment pris en compte. Certains diagnostics précoces demeurent complexes à poser, en raison d'un manque de professionnels formés, de structures adaptées et d'une reconnaissance insuffisante des surspécialités médicales et paramédicales en pédiatrie, pourtant indispensables. Les marges d'amélioration concernent plusieurs niveaux : soutien à la parentalité dès la grossesse, prévention et détection précoces, actions sociales structurantes, formation spécifique des professionnels, reconnaissance des expertises pédiatriques spécialisées, et organisation de soins intégrés, accessibles et adaptés aux besoins des enfants et de leurs familles.

- **Les adolescents et jeunes adultes** constituent une catégorie présentant des défis spécifiques. Leurs obstacles à l'accès aux soins ne sont souvent pas d'ordre financier ou physique, mais psychologiques, sociaux et systémiques. L'adolescence est une période de développement qui influence directement la manière de rechercher des soins. Les jeunes ont tendance à minimiser leurs symptômes, voire à les dénier, ou à prendre volontairement des risques pour leur santé (tabac, alcool, drogues, rapports sexuels non protégés), en pensant que les conséquences négatives ne les concerneront pas. La peur d'être « différent » ou « fou » est particulièrement forte à cet âge. Demander de l'aide pour des troubles psychiques (anxiété, dépression, troubles alimentaires) est perçu comme un signe de faiblesse. Tout ce qui touche au corps en mutation, à la sexualité (contraception, IST) ou à la sphère gynécologique est extrêmement sensible. La transition des jeunes atteints d'une maladie chronique, du pédiatre vers la médecine adulte, constitue un défi. Les soins pour adultes supposent en effet une autonomie complète, une autogestion et une capacité de synthèse que le jeune adulte n'a pas toujours pu acquérir. La question de la vie privée et de la confidentialité est centrale pour les jeunes, notamment en matière d'aide psychologique, de contraception, de dépistage des IST et de consommation de drogues ou d'alcool. Comme pour les femmes, les plaintes des jeunes (surtout psychiques ou physiques diffuses) sont souvent rapidement écartées avec des phrases telles que « c'est la puberté », « c'est le stress scolaire » ou « ce sont les hormones ».
- **Les personnes ayant une faible littératie numérique** sont confrontées à une "fracture numérique" croissante. La digitalisation rapide des soins, censée améliorer l'efficacité et l'accessibilité, crée paradoxalement l'un des plus grands obstacles pour un groupe vulnérable. Des tâches simples comme trouver les horaires d'ouverture d'une pharmacie, le numéro de téléphone du spécialiste adéquat ou vérifier si des symptômes nécessitent une consultation chez le médecin se font désormais en ligne. Quiconque ne sait pas effectuer une recherche en ligne ou évaluer la fiabilité des sources fait face à des obstacles importants. De plus en plus d'hôpitaux et de cabinets

de médecine générale adoptent des systèmes de réservation en ligne. La disponibilité téléphonique diminue, avec des temps d'attente prolongés et des menus à choix multiples. Celui qui ne maîtrise pas un portail en ligne n'obtient tout simplement pas de rendez-vous. Les portails patients contiennent non seulement les rendez-vous et prescriptions, mais aussi les résultats d'analyses sanguines, les radiographies et d'autres informations essentielles. Remplir des questionnaires préopératoires, signaler des modifications de traitement ou payer des factures : tout exige une connexion et des compétences numériques. Ce groupe de patients devient entièrement dépendant (souvent de proches, de voisins ou d'aidants) pour les interactions de soins les plus basiques. Ils ne peuvent consulter leur propre dossier et perdent la maîtrise de leur suivi. La "médecine du futur" (par exemple le suivi à distance de l'insuffisance cardiaque, les applications pour le diabète) leur échappe complètement. Ils n'ont donc pas accès aux soins considérés comme "modernes" ou "efficaces".

Il est important de noter que l'intersectionnalité joue un rôle considérable. Les individus appartiennent souvent à plusieurs groupes vulnérables, ce qui renforce les barrières qu'ils rencontrent dans l'accès aux soins de santé. Un migrant âgé ayant un handicap et un faible statut socioéconomique rencontrera probablement plus de défis qu'une personne n'appartenant qu'à un seul de ces groupes.

III. Le Modèle de Levesque pour méthode⁹

La conférence s'appuiera, pour les analyses et la discussion, sur le modèle de Levesque¹⁰. Ce modèle comporte deux dimensions : d'une part, les caractéristiques du système, et d'autre part, celles des usagers de soins.

Le modèle présente un caractère processuel, allant de la reconnaissance des besoins en soins jusqu'aux conséquences de l'utilisation des services de santé. À chaque étape, il identifie des caractéristiques tant du système que des patients qui influencent l'accessibilité. Contrairement à des indicateurs plus limités, tels que le report de soins, ce modèle fournit des outils concrets pour appréhender l'accessibilité.

IV. Cadres de référence éthique

1. Principes de bioéthique¹¹

Presque chaque barrière à l'accessibilité des soins entraîne une violation d'un ou plusieurs des quatre principes fondamentaux de l'éthique médicale définis par Beauchamp et Childress¹². Il existe une équité horizontale : les personnes ayant un besoin similaire doivent pouvoir

⁹ Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12, 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18

¹⁰ Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12, 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18

¹¹ Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*, 7th edition. Oxford: Oxford University Press.

¹² Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*, 7th edition. Oxford: Oxford University Press.

bénéficier d'un traitement similaire. À cela s'ajoute l'équité verticale : les personnes ayant des besoins différents doivent pouvoir bénéficier d'un traitement différencié ¹³.

Lorsque le système comporte des barrières, il en résulte une injustice distributive et les soins ne sont plus répartis en fonction des besoins médicaux, mais en fonction de facteurs tels que le revenu, le lieu de résidence, la compétence numérique, le sexe ou l'origine ethnique. Le système crée des gagnants (ceux qui disposent des compétences et des moyens pour s'y retrouver) et des perdants.

Un professionnel de santé ne peut remplir sa mission de soin (principe de bienfaisance) si le patient ne peut pas le joindre. La barrière numérique, le délai d'attente pour la santé mentale ou la honte ressentie par un jeune empêchent donc le soignant de remplir sa mission.

L'inaccessibilité viole également le principe de non-malfaisance chez la personne âgée ou le patient cognitivement limité ayant une faible littératie numérique. Attribuer une plainte physique à un trouble psychique connu constitue une violation de ce principe mais aussi celui de justice, en raison des préjugés sous-jacents à ce type d'attribution erronée.

Le respect de l'autonomie exige que nous reconnaissons le patient comme une personne dont l'autonomie doit être soutenue autant que possible, ce qui met en lumière la nécessité éthique d'aplanir les obstacles dans l'accès aux soins, notamment par un accompagnement adapté . Si un patient (en raison d'une faible littératie ou de troubles cognitifs) ne peut pas lire son propre dossier numérique, il devient *de facto* dépendant de tiers.

2. Éthiques du *care*

En complément des principes de la bioéthique principiste, les éthiques du *care* offrent un cadre particulièrement pertinent pour penser l'accessibilité des soins à partir des situations concrètes de vulnérabilité, des relations de dépendance et des inégalités structurelles qui traversent les parcours de soins. Elles déplacent l'analyse d'une conception abstraite et individualisée de l'autonomie vers une compréhension située des capacités réelles des personnes à accéder aux soins et à y faire entendre leur voix.

Les travaux de Carol Gilligan ont mis en lumière l'existence d'une « voix différente » dans le raisonnement moral, centrée sur les relations, la responsabilité envers autrui et l'attention portée aux conséquences vécues des décisions^{14, 15, 16}. Cette perspective, longtemps marginalisée dans des cadres normatifs dominés par des modèles patriarcaux de justice abstraite, permet de mieux comprendre pourquoi certains besoins restent invisibilisés dans les systèmes de soins. Les groupes vulnérables — femmes, enfants, personnes précarisées, migrantes, en situation de handicap ou de troubles psychiques — sont particulièrement exposés à ces mécanismes de silence, de disqualification de leur parole ou de non-reconnaissance de leurs expériences. L'approche de Gilligan invite ainsi à interroger la manière dont les normes institutionnelles et professionnelles peuvent entraver l'expression des besoins réels et accentuer les inégalités d'accès.

¹³ Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2021). Hoe universeel en billijk is de Belgische ziekteverzekering? . Tijdschr Geneesk & Gezondheidszorg, 77, 873-883.

¹⁴ Gilligan, C. (1982). In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Cambridge (MA): Harvard University Press.

¹⁵ Gilligan, C. (2023). In a Human Voice. Cambridge / Medford: Polity.

¹⁶ Gilligan, C., & Snider, N. (2018). Why Does Patriarchy Persist? Cambridge / Medford: Polity Press.

Dans le prolongement de cette approche, Joan Tronto a développé une éthique du *care* explicitement politique et sociale^{17,18}. Elle conçoit le care comme une pratique collective essentielle, structurée par des dimensions normatives — attention, responsabilité, compétence, réactivité et justice — et profondément traversée par des rapports de pouvoir. L'accessibilité aux soins apparaît alors comme le produit d'organisations sociales, économiques et institutionnelles qui distribuent inégalement la charge du care et la possibilité d'en bénéficier. L'approche de Tronto met en évidence l'importance de l'intersectionnalité : l'appartenance simultanée à plusieurs groupes vulnérables renforce les obstacles à l'accès aux soins et exige des réponses systémiques.

Dans cette perspective, les éthiques du care constitue un cadre critique essentiel pour analyser et transformer les politiques d'accessibilité, en orientant l'action publique vers la reconnaissance des vulnérabilités, le soutien aux relations de soin et une justice sociale effective.

3. Cadre éthique *Public health* ^{19, 20}

Dans le modèle de Levesque, « le système » correspond concrètement à la santé publique (*Public Health*). Le cadre éthique de la santé publique est de nature plutôt utilitariste : « *Il faut décider et agir de manière à maximiser les conséquences positives pour la collectivité. Celles-ci sont mesurées en termes de quantité de bonheur ou de plaisir, ou de quantité de conséquences négatives évitées* » ²¹.

En d'autres termes, du point de vue de la santé publique, l'objectif est d'éviter — idéalement — tout report de consultation lié à un manque d'accessibilité. Or, en Belgique, on observait encore en 2016 **2,3% de reports de soins médicaux** et **3,7% de reports de soins dentaires** pour raisons d'accessibilité ²². Ces résultats demeurent moins favorables que ceux de pays voisins, particulièrement pour les ménages à faible revenu, qui restent les plus exposés à ces difficultés.

La conférence bisannuelle du Comité consultatif de Bioéthique se tiendra le 8 octobre 2026 au Théâtre Royal Flamand (KVS) et vise à explorer les aspects éthiques de l'accessibilité aux soins de santé.

¹⁷ Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York / London: Routledge.

¹⁸ Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. New York / London: New York University Press.

¹⁹ Ravez, L. (2020). Introduction à l'éthique de la santé publique. Montpellier Sauramps Médical.

²⁰ Ravez, L. (2021). De volksgezondheid heeft specifieke ethische ijkpunten nodig. *Tijdschr Geneesk. Gezondheidszorg*, 77(10), 845_851.

²¹ Ravez, L. (2021). De volksgezondheid heeft specifieke ethische ijkpunten nodig. *Tijdschr Geneesk. Gezondheidszorg*, 77(10), 845_851.

²² Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2021). Hoe universeel en billijk is de Belgische ziekteverzekering? . *Tijdschr Geneesk & Gezondheidszorg*, 77, 873_883.