

Le droit, au service de l'égalité?

Il y a bien une volonté constante des pouvoirs publics, depuis 1945, de rendre effectif le droit à la protection de la santé et de garantir une égalité qui ne soit pas seulement formelle. Mais cette volonté est de plus en plus contredite par le souci, tout aussi réel, de maîtriser les dépenses.

Tatiana GRÜNDLER, juriste, Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux (Credof-université Paris-Ouest-Nanterre)*

Selon une enquête de l'Irdes⁽¹⁾ datant de 2009, sur neuf cents médecins parisiens testés par téléphone, plus de 30 % des spécialistes et près de 20 % des généralistes refusaient des patients titulaires de la couverture maladie universelle (CMU)⁽²⁾. Le législateur a tenté de répondre à cette pratique en ajoutant à la liste des motifs classiques tels que le sexe, l'âge, l'origine, la religion ou l'orientation sexuelle, sur lesquels il est interdit, pour un praticien, de se fonder pour refuser des soins, le fait de bénéficier de la CMU⁽³⁾. De leur côté, près de 16 % des patients disaient, à la même époque, avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois pour des raisons financières, en particulier dans les domaines du dentaire et de l'optique. Ces enquêtes donnent la mesure des conséquences de la pauvreté en matière d'accès aux soins. L'on peut dès lors se demander si notre système de protection sociale, dont on vient de célébrer les 70 ans, remplit toujours sa mission initiale, à savoir lutter contre les aléas de la vie, en particulier celui de la maladie. Pourtant, tout avait bien commencé. En effet, à l'issue de la

* Voir ses nombreux écrits et travaux de recherche sur les droits fondamentaux et le droit à la protection de la santé (<http://combatsdroitshomme.blog.lemonde.fr/tag/tatiana-grundler/>).

(1) Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

(2) Très exactement 8 % des gynécologues, 28 % des ophtalmologistes, 31 % des chirurgiens-dentistes et 19,5 % des généralistes.

(3) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Deuxième Guerre mondiale, la France a fait un double choix cohérent et particulièrement positif: l'instauration en 1945 de la sécurité sociale avec l'assurance maladie, qui participe de la réalisation du droit à la protection de la santé consacré au même moment par le constituant de 1946. Mais l'effectivité de ce droit a été progressivement remise en cause au nom de contraintes financières. Alors que précisément la mise en place de la sécurité sociale cherchait à ce que la santé ne dépende plus des ressources de chacun, en socialisant les dépenses de santé, peu à peu les considérations financières ont pris le dessus et la collectivité publique a jugé, pour des raisons à la fois conjoncturelles et structurelles, qu'elle n'avait plus les moyens d'assurer cet ambitieux objectif et qu'il était nécessaire de maîtriser les dépenses de santé. C'est à ce moment que la question de l'exclusion des soins a pris toute sa dimension. D'un point de vue juridique, ce processus n'est toutefois pas univoque; des mesures récentes tentent d'aller dans le sens d'une plus grande effectivité du droit.

La seconde moitié du XX^e siècle voit, en France et dans le monde,

la consécration unanime du droit à la santé, conçu comme impliquant l'égalité d'accès aux soins. Au plan mondial, c'est d'abord la Déclaration universelle des droits de l'Homme en 1948 puis le Pacte international des droits économiques et sociaux et culturels en 1966, tout comme la Convention internationale des droits de l'enfant en 1989, pour ne citer que quelques-uns des principaux textes.

Le droit à la santé au niveau européen

En Europe, si la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950 ne mentionne pas ce droit parce qu'elle ne porte que sur des droits civils et politiques, la protection de la santé figure dans les Chartes sociales européennes de 1961 et 1996: non seulement ces textes reconnaissent le droit à la santé, mais ils l'articulent avec un droit à la protection sociale. Tous ces textes internationaux n'impliquent, certes, pour les Etats parties, qu'une obligation de moyens en vertu de laquelle ils sont tenus de consacrer une part de leurs ressources à la mise en œuvre de ce droit. Le Comité euro-

péen des droits sociaux, chargé de l'application de la Charte, ne dit pas autre chose à l'occasion de l'examen des mesures d'austérité imposées depuis plusieurs années à la Grèce : malgré la crise, les gouvernements doivent assurer l'effectivité des droits garantis par la Charte, précisément au moment où le besoin de protection se fait le plus sentir.

Une marge de manœuvre laissée au législateur

De ce droit largement consacré découlent des implications égalitaires, comme le montre le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé qui définit la santé comme « la possession du meilleur état de santé que [tout être humain] est capable d'atteindre quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale ». Le droit à la protection de la santé, tel que consacré par la Constitution de la IV^e République, comporte la même logique égalitaire dans son alinéa 11, qui dispose que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ». Surtout, le système de protection sociale fondé, en France, sur un principe redistributif selon lequel « chacun contribue en fonction de ses revenus et reçoit en fonction de ses besoins », permet de tendre vers une égalité réelle, en matière sanitaire notamment. Ce système a plutôt bien fonctionné jusqu'à ce que des considérations financières commencent à le gripper. Juridiquement, le premier accroc réside dans la modification de la Constitution, intervenue en 1996, qui permet au législateur, à travers les nouvelles lois de financement de la sécurité sociale, de fixer « les conditions générales de [son] équilibre financier ». Il s'agit d'un des éléments de la « réforme Juppé ». Cela conduira le Conseil constitutionnel en 1997 à affir-

Si l'aide médicale d'Etat, dont les étrangers en situation irrégulière sont les seuls à relever, est peu coûteuse, elle cristallise nombre d'oppositions si bien que le législateur n'a eu de cesse de prendre des mesures pour en restreindre la portée.

mer que le principe d'équilibre financier de la sécurité sociale a valeur constitutionnelle, tout en prenant la précaution de dire qu'il s'agit d'un équilibre général et non d'un équilibre branche par branche, ce qui laisse quelques marges de manœuvre. Le juge constitutionnel va même ajouter, à l'occasion de l'examen de la loi créant la CMU, que « l'équilibre financier de la sécurité sociale ne peut priver de garanties légales les exigences de caractère constitutionnel [notamment le droit à la protection de la santé] ». Malgré l'apparente protection assurée par le juge constitutionnel, cette formule n'interdit pas de réduire les garanties prévues par la loi. Elle signifie simplement qu'il existe un seuil de protection en deçà duquel le législateur ne peut abaisser la protection, sans que, pour l'heure, le Conseil n'ait jamais indiqué le niveau de ce seuil.

Des inégalités qui se creusent

Une telle préoccupation financière a conduit les pouvoirs publics à creuser des inégalités sanitaires par l'adoption de mesures dites de « responsabilisation des usagers ». L'exemple le plus illustre est donné par le ticket modérateur. La logique de ce type de dispositif repose sur l'idée que certains abusent du système. Aussi est-il nécessaire que la consommation de soins, pourtant largement induite par les soignants, ne soit pas totalement indolore d'un point de vue financier pour le patient, afin d'inciter à sa réduction et donc, in fine, de contenir les dépenses de santé. Or l'efficacité économique de cet instrument s'est trouvée peu à peu restreinte du fait de la multiplication des exonérations, fondées sur des raisons tantôt sociales tantôt médicales, et de la couverture par les complémentaires de santé de ces restes à charge. En conséquence, seule une partie des assurés, la plus précaire, a fini par être concer-



née par cette responsabilisation. Cela a conduit en 2004 le législateur, toujours mû par l'objectif de maîtrise des dépenses de santé, à créer des forfaits et des franchises, en instaurant cette fois l'impossibilité, pour les complémentaires, dans le cadre des contrats dits responsables, de les prendre en charge. De telles tentatives de maîtrise mécanique des dépenses de santé par la contraction de la demande de soins, pour logiques qu'elles paraissent sur le plan sanitaire, sont en fait des foyers d'inégalités. L'inégalité dans la prise en charge des dépenses de santé est encore accrue s'agissant d'une population spécifique, les étrangers en situation irrégulière. Si l'aide médicale d'Etat (AME), dont ils sont les seuls à relever depuis la création de la CMU, est peu coûteuse, elle cristallise nombre d'oppositions si bien que le légis-



l'attente n'a eu de cesse de prendre des mesures pour en restreindre la portée. Ainsi, en 2003, une condition de résidence ininterrompue de trois mois pour bénéficier de l'AME a été ajoutée avant que les parlementaires ne mettent fin au système déclaratif qui s'appliquait jusqu'en 2005, en exigeant la fourniture de justificatifs pour prouver cette résidence, ce qui, pour des sans-papiers, constitue indéniablement un obstacle majeur. Ces exigences ont généré de multiples renoncements de la part des bénéficiaires potentiels, sans oublier le fait que les droits ouverts par l'AME ne sont pas aussi larges que dans le cadre de la CMU.