

La préposition « à » dans l'article 1 de la résolution n°1946, 2013 et le principe d'égalité en matière d'accès aux soins : Approche sémiotique.

Docteur DELLALOU NAOUEL

Faculté de Droit et des sciences politiques- université de Mostaganem

Au cours de ces dernières décennies, la communauté internationale a accordé un intérêt accru pour le secteur des soins de santé. Car elle s'est rendue compte que le « développement et le progrès » ne doivent pas être évalués uniquement en termes économiques, mais également en fonction du droit pour chaque personne de se réaliser harmonieusement ; ce qui a donné naissance au droit « à la santé ». En effet, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté le 26 juin 2013 deux résolutions relatives à « l'égalité d'accès au soins de santé ». L'une est adressée aux états membres (n°1946, 2013), l'autre aux Comité des ministres (n°2020, 2013). La seconde invite le comité des ministres à enjoindre aux Etats de prendre les mesures de nature à assurer le respect de la première.

Notre article s'intéresse à la résolution n°1946,2013, plus particulièrement au premier article qui stipule que:

« Le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain. La protection de la santé est une condition essentielle à la cohésion sociale et à la stabilité économique, et constitue l'un des piliers indispensables au développement. L'accès aux soins est un élément essentiel du droit à la santé. » (art.1)

La résolution 1946 s'intitule « L'égalité de l'accès aux soins de santé ». Pourtant, elle se fonde sur « le droit à la santé » en tant que « droit fondamental de l'être humain » (art.1), avant de dénoncer les

inégalités en la matière dans l'article 2 (annexe). Alors que paradoxalement, c'est bien le principe d'égalité d'accès aux soins qui est l'objet de cette résolution. Dès lors, il nous a semblé fructueux de s'interroger sur la portée sémiotique d'une telle notion. Ce qui nous a amené à passer d'emblée à la question de valeur sémantique de la notion du « droit à la santé », d'une part, et à l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins d'autre part.

Alors, qu'est ce qu'on entend par la notion du « droit à la santé » ? Et peut-on imaginer une obligation de résultat à la charge de l'Etat en matière de droit à une bonne santé et en matière d'égal d'accès aux soins, à l'image de ce qui a été jugé en matière de droit à l'enseignement ou au repos par exemple ?

D'un point de vue juridique, la façon dont on définit un problème, se détermine en grande partie par les retombées et les conséquences juridiques qui doivent s'y greffer. Théoriquement, il est essentiel, avant de définir un concept ou une notion, de déterminer s'il est suffisamment clair pour porter une obligation réelle à la charge de l'Etat. En d'autre terme, le droit à la santé d'un point de vue juridique pose problème. Et d'un point de vue linguistique nous pose problème.

« Le droit à la santé »: approche sémiotique

Nous entendons par approche sémiotique du « droit à la santé », une étude qui concerne, tout simplement, la compréhension et l'interprétation du sens que nous offre la signification de cette dernière, en analysant ses composantes syntaxiques, plus particulièrement la préposition « à ».

Sachant que les prépositions par définition sont des mots qui rendent possible une relation ; elles sont, en même temps des outils de dépassement puisqu'elles ont un caractère onomasiologique. Les prépositions remplissent des rôles syntaxiques et sémantiques. Elles sont des signes qui renvoient à des formes propres à la représentation

du monde. Par conséquent, se sont des mots qui permettent des incidences significatives.

Ce qui est dérangeant dans la notion « droit à la santé », c'est justement cette préposition « à » qui relie la notion de droit à la notion de santé, et dont l'association donne naissance à une formule dont la recherche d'une définition demeure infructueuse voire très difficile et implique un droit subjectif à la santé. Dans la mesure où le droit à la santé, principe à valeur constitutionnelle, supposerait ainsi le droit à la bonne santé.

Par ailleurs, consacrer un droit subjectif à la santé implique à son tour une obligation de résultat pour l'Etat, ce qui n'a à l'évidence guère de sens : le juge qui a le pouvoir d'appliquer le droit peut nous procurer une grande variété de prestations juridiques, mais ceci dit, il n'a pas le pouvoir de guérir qui que ce soit. Il serait vain de proclamer le droit à la santé car cela sous entendrait la proclamation du « droit à la vie » donc le « droit à l'impossible » car la vie est étroitement liée à la santé; Qui pourrait garantir à quiconque l'éternelle existence? Qui pourrait exiger de ne jamais être malade ?

S'interrogeant sur la formule « droit à la vie », le philosophe André Comte-Sponville constate qu'« on ne peut avoir droit qu'au possible¹ ». Et comme le droit à garantir la vie n'a pas de sens parce que cela relèverait de l'utopie, le droit à la santé n'en aurait pas non plus.

En somme, le « droit à la santé » n'existe pas. Il résulte d'un abus de langage relevé dans la littérature juridique. Ce n'est pas parce que la notion est mise en exergue dans l'art.1 de la résolution n° 1946, 2013 qu'elle fonde pour autant cette dernière. En réalité:

¹In. A propos de la vie...In. Ethique médicale et droit de l'homme, Actes Sud, 1988, p.275.

« Ce prétendu droit à la santé n'est autre qu'un droit aux soins, c'est-à-dire un droit objectif aux prestations de santé, et donc à leur mise en œuvre par l'Etat². »

C'est pour ainsi dire, un droit à la protection de la santé. Un droit qui se réalise par une panoplie de règles multiples, mais toutes destinées à créer des conditions juridiques favorables à une meilleure jouissance de la santé. Aussi, la résolution 1946 s'intitule « L'égalité de l'accès aux soins de santé », donc c'est le principe d'égalité d'accès aux soins qui est l'objet de cette résolution et non pas « le droit à la santé », même si ce dernier inaugure l'art.1 de la résolution.

Le «droit à la santé» dans le système de santé algérien

Si on se réfère au chapitre IV de la nouvelle constitution algérienne de mars 2016 concernant les devoirs et les libertés, l'article 66 stipule que :

« Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé.

L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques.

L'Etat veille à réunir les conditions de soins pour les personnes démunies ». (art.66)

Il en ressort clairement de cet article que le citoyen algérien a le droit à la préservation de sa santé. Par conséquent, le rôle de l'Etat est de veiller à réunir toutes les conditions requises pour lui faciliter l'accès aux soins, surtout pour les personnes démunies : les indigents.

Cependant, l'article en question ne fait, à aucun moment allusion littéralement parlant à la notion de « droit à la santé », mais ce dernier se traduit par le droit du citoyen algérien à un ensemble de mesures étatiques visant la prévention contre les maladies et au traitement du malade ; mesures épidémiologiques, vaccinations, mesures visant la salubrité de l'environnement, et même de certaines

² . J.Paul Markus, Les sources internationales et communautaires :Droit et politique communautaires, Le conseil de l'Europe et l'effectivité du principed'égalitéd'accès aux soins. RDSS, n°1.Dalloz, Janvier-février 2014.p.65.

prestations telles que l'assurance maladie ou le traitement gratuit. Le droit à la santé, selon la loi sanitaire algérienne, inclut même le droit au travail, aux loisirs, au logement... (art.2 L.S)

Cela implique que la santé publique est définie comme l'ensemble des mesures préventives et curatives, certes, mais également de mesures éducatives et sociales ayant pour but d'améliorer et de préserver la santé de l'individu et de la collectivité.

«Le droit à la santé » dans le système nationale de santé se définit, donc, comme l'ensemble des moyens et des activités destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Et dont les caractéristiques sont énumérées dans l'art. 5 :

- La prédominance et le développement du secteur public ;
- Une planification sanitaire qui s'insère dans le processus global du développement économique, social et national ;
- L'inter-sectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes nationaux arrêtés en matière de santé ;
- Le développement des ressources humaines, matérielles et financières, en adéquation avec les objectifs nationaux arrêtés en matière de santé ; la complémentarité des activités de prévention de soins et de réadaptation ;
- Des services de santé décentralisés, en vue d'une prise en charge totale des besoins sanitaires de la population.

En somme, le « droit à la santé » selon la législation algérienne se traduit, lui aussi, en un droit à la préservation et à la protection de la santé de ses citoyens.

Le droit à la protection de la santé est, selon l'OMS, « *la possession du meilleur état de santé que tout être humain est capable d'atteindre quelles que soient sa religion, sa race, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ³ ».

³. J.Paul Markus, op-cit, p. 65.

Cette définition met en exergue deux principes : le premier concerne le droit aux soins, et le second, le droit à l'égal accès aux soins : qui constitue en réalité une déclinaison du principe d'égalité.

Par ailleurs, parmi les grands principes qui régissent le système national de santé, nous retrouvons également celui de l'égalité (art.11), qu'on retrouve aussi dans la nouvelle constitution de 2016 dans l'art. 32:

« Art.32.Les citoyens sont égaux devant la loi, sans que puisse prévaloir aucune discrimination pour cause de naissance, de race, de sexe, d'opinion ou de toute autre condition ou circonstance personnelle ou sociale⁴. »

Et l'article 34:

« Art.34. Les institutions ont pour finalité d'assurer l'égalité en droits et devoirs de tous les citoyens et citoyennes en supprimant les obstacles qui entravent l'épanouissement de la personne humaine et empêchent la participation effective de tous, à la vie politique, économique, sociale et culturelle⁵. »

Il en résulte clairement que le droit à la protection de la santé se conjugue indubitablement avec le principe d'égalité, et dans le cas présent avec le principe d'égalité en matière d'accès aux soins. Ce qui nous amène à nous interroger sur l'effectivité de cette égalité proclamée.

Droit à la protection de la santé et le principe d'égalité

La volonté de préserver le bien être et la santé de la population n'est pas seulement un devoir politique, mais elle s'inscrit dans la constitution comme norme fondamentale à respecter. L'accès aux soins est un élément essentiel du droit fondamental à la santé. Les inégalités d'accès aux soins de santé sont en train de s'accroître dans les Etats membres du Conseil de l'Europe, en raison notamment des

⁴ La nouvelle constitution algérienne de mars 2016. Chapitre IV, art.32, p. 6.

⁵ Id.art.34, p.6.

barrières financières, géographiques et linguistiques, la corruption, les inégalités socio-économiques, certaines politiques migratoires et sécuritaires et la crise économique qui a eu des répercussions sur les systèmes de santé.

Ces inégalités touchent particulièrement les groupes vulnérables et conduisent à un phénomène de non recours ou de recours tardif aux soins, susceptible d'avoir des implications catastrophiques tant pour la santé individuelle que publique et de conduire, à long terme, à une augmentation des dépenses de santé.

Comme il a été invoqué plus haut, le droit à la protection de la santé convoque logiquement l'égalité en matière d'accès aux soins. Un principe d'égalité qui prône un accès plus ou moins équitable à des soins sanitaires de qualité appropriée.

es institutions ont pour finalité d'assurer l'égalité en droits et devoirs de tous les citoyens et citoyennes en supprimant les obstacles qui entravent l'épanouissement de la personne humaine et empêchent la. Toutefois, et même si un arsenal juridique et institutionnel a été mis en œuvre par la communauté internationale tendant, d'une part à établir un droit aux soins là où il n'existait pas, et d'autre part, à élargir le champ réel de ce droit par la création d'institutions dédiées à l'égal accès aux soins, il demeure regrettable de constater la croissance des inégalités en matière d'accès aux soins.

Toute démarche étatique et toute politique publique tendant à établir une égalité d'accès aux soins se heurte indubitablement à certains obstacles, tant structurels que comportementaux.

Les obstacles structurels

On assiste aujourd'hui à une technicisation croissante qui se conjugue avec la spécialisation de la médecine. En effet, la spécialisation accrue de la médecine améliore, certes, l'efficacité des soins, mais en même temps les complexifient. Le parcours de soins qui se complique et surtout se renchérit crée un effet d'éviction de certaines catégories de patients. De même que le « labyrinthe

médico-bureautique », œuvre à évincer des patients devenus culturellement inaptes à suivre le mouvement : le creusement des inégalités d'accès aux soins, se lit également au creusement des inégalités culturelles. C'est pourquoi, la résolution 1946 a pointé ce phénomène, et en propose de limiter les effets en « *simplifiant les procédures administratives requises pour pouvoir bénéficier de soins de santé* » (art.6.5).

A ces obstacles techniques d'inégalité d'accès aux soins, s'ajoute le facteur financier qui découle des multiples franchises qui ne sont pas pris en charge par l'assurance sociale :

« Ce reste à charge disqualifie le système de santé en tant qu'instrument de redistribution des richesses, et apparaît comme une des causes de l'aggravation des inégalités de santé⁶. »

Les obstacles comportementaux

Le facteur majeur en termes d'obstacles comportementaux se relie directement aux professionnels de santé.

D'abord, et ce depuis les années quatre-vingts, ils subissent ce qu'ils considèrent comme une bureaucratisation et une fonctionnarisation de leur métier. En plus de la dégradation du niveau global de leurs revenus comparé à d'autres catégories sociales. Souvent érigé en bouc-émissaire des défaillances du système sanitaire, les professionnels de santé se considèrent « *comme des victimes d'un déclassé social*.⁷ » Conséquemment, l'obligation de soigner gratuitement les malades indigents a disparu du code de déontologie médicale, en particulier chez les spécialistes, parce qu'elle n'avait plus de sens dans un système de soins qui se généralisait.

L'Institut de Recherche Documentaire en Economie de Santé (l'IRDES) en France, a réalisé une étude en recourant à la méthode du « *testing* ». Les chercheurs de cet institut ont formulé des

⁶ R. Pellet, L'égalité « l'accroissement du reste à charge », RDSS, 2013. P.38

⁷ D. Levy, Le métier de médecin aujourd'hui, RFAS, 2011/2 n°2-3, p.297.

demandes fictives de consultation de patients CMU par téléphone. Résultats : 19.4% des généralistes refusaient les patients CMU, 31.6% des chirurgiens-dentistes, 28.1% des ophtalmologues, et 38.1% des gynécologues dont les refus s'expliquaient par des rendez-vous très tardifs, refus de devis, orientation systématique vers un centre de santé, ou plus rarement rejet net.

En somme, l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins ne saurait relever uniquement du système de santé. Et sa mise en œuvre dépend de facteurs sociaux de la santé. Autrement dit, l'inégalité en matière d'accès aux soins est d'abord et avant tout, une inégalité sociale comme en témoigne la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, qui était à cet égard déjà très pertinente :

«Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé. »

Bibliographie

- M. Bartelet, C. Collin, M. Bigard et D. Lévy, Offre de soins de proximité ne rime pas toujours avec accessibilité, Etudes et résultats, n° 817, oct. 2012.
- Constitution algérienne de mars 2016.
- J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto, R. Lafore, Droit de la sécurité sociale, coll. Précis, 17^e éd., Dalloz, 2011.
- IRDES, Rapport C. Desprès, 2009 (site de l'IRDES).
- G. Jorland, Une société à soigner, Hygiène et salubrité publique en France au XIX^e siècle, Gallimard, 2010.
- F. Jussot. Inégalité sociale de santé : Quels constats ? Quels leviers d'action ? 2010.
- A. Laude, B. Mathieu et D. Tabuteau, Droit de la santé, PUF, 3^e éd., 2012.
- D. Lévy. Le métier de médecin aujourd'hui, RFAS, 2011/2 n°2-3.

- J.Paul Markus, Les sources internationales et communautaires : Droit et politique communautaires, Le conseil de l'Europe et l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins. RDSS, n°1. Dalloz, Janvier-février 2014.
- A. Ossoukine. Traité de droit médical. Publication du Laboratoire de recherche de Droit et des Nouvelles Technologies. Univ. D'Oran, 2003.
- R. Pellet, L'égalité et «l'accroissement du reste à charge », RDSS, 2013.
- T. Revet, Droits et libertés fondamentaux, Dalloz, 17^e éd., 2011.

Annexe

La résolution n°1946, 2013

1- Le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain. La protection de la santé est une condition essentielle à la cohésion sociale et à la stabilité économique, et constitue l'un des piliers indispensables au développement. L'accès aux soins est un élément essentiel du droit à la santé.

2- L'Assemblée parlementaire constate que les inégalités d'accès aux soins de santé sont en train de s'accroître dans les Etats membres du Conseil de l'Europe. Différents facteurs sont à l'origine de ce phénomène, dont les barrières financières, géographiques et linguistiques, la corruption, les inégalités socio-économiques et certaines politiques migratoires et sécuritaires peu soucieuses des besoins de santé. Dans beaucoup de pays, la crise économique a conduit à des coupes budgétaires imposées par les politiques d'austérité, créant ainsi une pression sur les systèmes de santé. En conséquence, plusieurs pays ont instauré des frais à la charge des patients ou les ont augmentés, notamment pour les services de santé essentiels.

3- L'Assemblée note que les inégalités d'accès aux soins, y compris les soins de santé mentale, touchent particulièrement les groupes

vulnérables, dont les personnes en difficulté économique telles que les chômeurs, les familles monoparentales, les enfants et les personnes âgées, ainsi que les Roms, les réfugiés, les migrants – notamment ceux en situation irrégulière –, les transsexuels, les personnes détenues et les personnes sans domicile fixe. Ces inégalités conduisent à un phénomène de non-recours ou de recours tardif aux soins, ce qui pourrait avoir des implications catastrophiques pour la santé tant individuelle que publique et conduire, à long terme, à une augmentation des dépenses de santé.

4- Rappelant sa Résolution 1884 (2012) «Mesures d'austérité – un danger pour la démocratie et les droits sociaux», l'Assemblée attire une fois de plus l'attention sur l'impact négatif des mesures d'austérité sur les droits sociaux et leurs effets sur les catégories les plus vulnérables. A cet égard, elle note avec inquiétude l'impact de la crise économique et des mesures d'austérité sur l'accessibilité aux soins dans plusieurs pays membres dont la Grèce, qui fait désormais face à une crise sanitaire, voire humanitaire, ainsi qu'à une augmentation des actes xénophobes et racistes contre des réfugiés et des migrants.

5- L'Assemblée estime que la crise devrait être considérée comme une opportunité pour repenser les systèmes de santé et être utilisée pour augmenter leur efficacité, et non pas comme une excuse pour procéder à des mesures de régression.

6- L'Assemblée invite donc les Etats membres du Conseil de l'Europe: à réduire, le cas échéant, la part des dépenses de santé restant à la charge des patients les plus démunis et à prendre toute autre mesure nécessaire afin d'assurer que le coût des soins ne devienne pas un obstacle à l'accès aux soins, y compris la promotion d'une plus grande utilisation des médicaments génériques;

6-1. à réduire, le cas échéant, la part des dépenses de santé restant à la charge des patients les plus démunis et à prendre toute autre mesure nécessaire afin d'assurer que le coût des soins ne devienne

pas un obstacle à l'accès aux soins, y compris la promotion d'une plus grande utilisation des médicaments génériques.

6-2. à assurer l'accessibilité aux établissements et aux professionnels de santé sur l'ensemble du territoire par des mesures appropriées, le cas échéant en ayant recours à des mesures incitatives;

6-3. à assurer l'accessibilité aux informations relatives au système de santé, y compris les programmes de vaccination et de dépistage, et à mettre en place des programmes d'éducation à la santé, tout en tenant compte des besoins spécifiques des différents groupes vulnérables et de l'exigence de réduire au minimum les barrières linguistiques;

6-4. à garantir que les femmes enceintes et les enfants, en tant que groupes particulièrement vulnérables, bénéficient d'un plein accès aux soins de santé et à la protection sociale, quel que soit leur statut;

6-5. à simplifier les procédures administratives requises pour pouvoir bénéficier de soins de santé;

6-6. à mettre en place des mesures de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé, en coopération étroite avec le Groupe d'Etats contre la corruption (GRECO);

6-7. à dissocier leurs politiques de sécurité et de l'immigration de celle de la santé, le cas échéant en supprimant l'obligation de signalement des migrants en situation irrégulière faite aux professionnels de santé;

6-8 à mettre en place des politiques de formation du personnel de santé qui insistent sur la nécessité de lutter contre l'arbitraire, les discriminations et la corruption dans le secteur de la santé.