

Les personnes précaires ont-elles des droits ? Le point de vue du droit

Delphine Tharaud

▶ **To cite this version:**

Delphine Tharaud. Les personnes précaires ont-elles des droits ? Le point de vue du droit. Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine, 2018, 2, p. 7-14. hal-02892037

HAL Id: hal-02892037
https://hal.science/hal-02892037

Submitted on 7 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

espace de réflexion éthique
NOUVELLE - AQUITAINE
Bordeaux / Limoges / Poitiers

REVUE DE BIOÉTHIQUE DE NOUVELLE-AQUITAINE

SOMMAIRE

- Les personnes précaires ont-elles des droits? Le point de vue du droit.
- Réflexions éthiques et méthodologiques d'un sociologue hospitalier sur la mobilisation de la méthode de l'observation *incognito* sur les réseaux sociaux
- Ethique, précarité et migrants en situation irrégulière
- Dans un monde de mensonges, l'éthique peut-elle encore offrir une espérance ?
- Mort médicalisée et don d'organes : quelle perception pour les vivants
- Comprendre le sens de la sédation profonde et continue jusqu'au décès
- Débats éthiques en région : faits et questionnements
- Actualités éthiques

2018
NUMÉRO 2

Rédacteurs en chef: Pr Bernard BIOULAC, Dr Maryse FIORENZA-GASQ, Pr Roger GIL, coordonnateur
Comité de rédaction: Dr Véronique AVEROUS, Céline BENOS, Milianie LE BIHAN, Muriel RAYMOND, Dr Geneviève PINGANAUD, Pr René ROBERT, Harold ASTRE, Claude DUBOIS-SOULAS, Christine RIBEYROLLE-CABANAC

N°ISSN: 2261-3676
Editeur: ERENA

Correspondance: milianie.lebihan@chu-poitiers.fr

Delphine THARAUD, Revue de bioéthique de Nouvelle Aquitaine, 2018, 2, p.-7 - 14

Les personnes précaires ont-elles des droits ? Le point de vue du droit.

Delphine THARAUD
Maître de conférences en droit privé - Université de Limoges
Observatoire des Mutations Institutionnelles et Juridiques (EA 3177)

Résumé
L'accès aux soins est une des déclinaisons du droit à la santé. Il permet à ce dernier d'être pensé en termes d'effectivité et d'efficacité, notamment par l'intermédiaire d'une égalité recherchée dans les faits.
L'Etat a ici un rôle moteur en créant des aides spécifiques au bénéfice des personnes en situation de précarité (CMU par exemple) ou en établissant des principes généraux de fonctionnement des activités liées à l'accès aux soins.
Quant aux professionnels de santé, ils sont également présents dans la recherche de l'égalité effective dans l'accès aux soins. Tantôt réprimés lorsqu'ils sont auteurs de discriminations, tantôt sollicités pour imaginer des manières de mieux accueillir les personnes en difficulté, ils sont plus que jamais des acteurs majeurs de l'égal accès aux soins.

Mots clés
Egalité – Discrimination – Précarité – Accès aux soins – Aides

Abstract
Access to healthcare is one of the declensions of the right to health. It allows the latter to be thought of in terms of effectiveness and efficiency, particularly through the equality sought in facts.
The State has a leading role here by creating specific assistance for the benefit of people in precarious situations (CMU for example) or by establishing general principles of operation of activities related to access to care.
As for health professionals, they are also present in the search for effective equality in access to care. Sometimes repressed when they are perpetrators of discrimination, sometimes asked to imagine ways to better accommodate people in difficulty, they are more than ever major players in equal access to care.

Keywords
Equality - Discrimination - Precariousness - Access to healthcare – Aid

SOMMAIRE

1 – L'ÉTAT, MOTEUR DE LA RECHERCHE D'UNE ÉGALITÉ EFFECTIVE
1-1 LES AIDES SPÉCIFIQUES RÉSERVÉES AUX PLUS PRÉCAIRES
1-2 LES PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DES ACTIVITÉS MÉDICALES

2 – LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, ACTEURS DE LA RÉALISATION DE L'ÉGALITÉ DANS LES FAITS
2-1 LA RÉPRESSION CONTRE LES DISCRIMINATIONS LIÉES À LA PRÉCARITÉ
2-2 LA LIBERTÉ DE LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS LAISSÉES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Toute réflexion suppose au préalable la définition des termes du sujet. Cet effort est d'autant plus nécessaire lorsque la thématique est, comme aujourd'hui, pluridisciplinaire et que les notions peuvent avoir des acceptions différentes selon la discipline abordée.

A la lecture de l'intitulé du colloque, « Précarité et égalité d'accès aux soins », deux termes ou expressions retiennent immédiatement l'attention : accès aux soins et précarité.
Tout d'abord, concernant l'accès aux soins, nous partirons de la définition

suivante, il correspond au fait que « *toute personne puisse être vue et prise en charge par un médecin, en fonction de son état. Concrètement, cela nécessite, au minimum, de pouvoir accéder à un système de soins et d'être assuré de la prise en charge financière de cet accès* »[1]. Deux aspects principaux ressortent : la rencontre avec un professionnel de santé et la prise en charge financière. L'accès aux soins recouvre donc les préalables aux soins parmi lesquels la précarité émerge rapidement. A partir du moment où les soins doivent être financés par les patients, les considérations financières peuvent bloquer l'accès à un praticien pour ceux les plus en difficulté. Cette question est envisagée plus largement sous l'angle du droit à la santé, lequel est reconnu comme un droit social de l'homme tant en droit français[2] qu'en droit international[3].

Ensuite, il nous faut définir la notion de personnes précaires. Il est évident qu'il s'agit de personnes éprouvant des difficultés quotidiennes, sociales et/ou économiques. Dans le cadre de notre propos, il s'agit des individus qui se confrontent à des obstacles dans l'accès aux soins en raison de leurs ressources. Le droit français ne définit pas *a priori* la précarité. Il se contente, au fil des textes, de déterminer les seuils ou les conditions d'accès à certaines aides spécifiques qui permettent de déceler ce que le législateur entend par personne démunie. La précarité apparaît donc comme une notion à géométrie variable, du moins à l'égard du droit.

Difficultés sociales et économiques, uniquement difficultés économiques, pauvres, très pauvres, le législateur ne cesse d'osciller entre conception large et étroite. Nous nous laisserons donc guider par les différents textes au cours des développements qui vont suivre.

Cependant, un troisième terme, qui semble pourtant évident, que l'on voit partout, auquel on se réfère sans cesse, mérite notre attention : l'égalité. Or, cette notion est tout sauf simple en droit. En effet, l'égalité peut être de droit, de fait, théorique ou réelle, des chances ou encore de résultat. La définition donnée à l'égalité influence alors directement la réponse à la question posée par ce colloque, à savoir si les personnes précaires ont des droits dans l'accès aux soins.

Si nous nous contentons de considérer une égalité de droit, dans ce cas, une règle générale et universelle s'arrêtant à l'organisation de l'accès aux soins (corps médical, paramédical, règles d'hospitalisation…) suffit. La loi étant la même pour tous, l'égalité est atteinte directement par le texte juridique puisque chacun se voit appliquer la même règle, sans distinction. Mais est-ce suffisant ? On le pressent bien, lorsqu'on parle de précarité, il subsiste un problème d'accès effectif à un droit. Cela suppose alors de basculer dans une égalité matérielle ou réelle qui se lit non plus dans un droit théorique, mais dans un droit réalisé dans les faits. Cette égalité suppose alors une règle de droit qui traite de manière différente ceux qui se heurtent à des difficultés pratiques.

Or, le droit français marque une nette préférence pour l'égalité de droit, l'égalité théorique. C'est un héritage de la Révolution française avec l'article 1 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 :

---

[1] B. Feuillet, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS* 2008, p. 713.

[2] Al. 11 Préambule Constitution 1946 : « La Nation garantit à tous […] la protection de la santé »

[3] Article 25-1 Déclaration Universelle des Droits de l'Homme : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires »

« *Tous les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits* ». La lutte contre l'ancien régime, fait de classes et privilèges et donc d'inégalités, a conduit à mettre en place un système juridique universel dans lequel la loi est la même pour tous. L'égalité est apportée par une règle de droit identique pour tous les citoyens.

A l'égard de la question de l'égalité dans l'accès aux soins, cela pose grandement problème. Si la loi est la même pour tous dans l'organisation des soins, il y a fort à parier que l'absence de revenus ou de fonds entrave l'accès effectif aux services médicaux ou hospitaliers. Mais ici, l'accès aux soins bénéficie d'un avantage pour que l'on se place dans une logique d'égalité dans les faits. Par son affirmation même, l'accès aux soins comporte l'idée d'effectivité.

C'est en effet lui qui permet au droit de la santé d'être réalisé puisque nous avons vu qu'il enfermait les préalables aux soins. Ainsi, s'appuyer sur l'idée d'accès aux soins, c'est déjà affirmer la recherche d'efficacité et l'effectivité du droit à la santé. Dès lors, c'est aussi prétendre à une égalité réelle qui suppose de créer des règles de droit spécifiques au bénéfice des individus placés dans une situation plus difficile.

Ce point est clairement réaffirmé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le projet de loi indique que la nouvelle législation incarne « *la volonté du gouvernement de renouer avec l'égalité républicaine (en améliorant) l'accès de tous à la santé et à des soins de qualité* ». L'exposé des motifs est encore plus limpide puisqu'il y est indiqué que « *le renoncement à des soins pour raison financière ne doit pas exister dans notre pays* ».

Le but est incontestablement de rendre effectif, par l'accès aux soins, le droit à la santé. Mais au-delà des grandes déclarations de principe, comment cette poursuite de l'égalité réelle se concrétise-t-elle?

Deux mouvements complémentaires peuvent de ce point de vue être identifiés : la lutte contre les inégalités et la lutte contre les discriminations. Deux notions qui entretiennent des relations extrêmement fortes, voire fusionnelles, mais qui, pour autant, ne peuvent se confondre. Le terme inégalité recouvre celui de discrimination. En effet, l'inégalité peut être naturelle ou de fait, originelle ou accidentelle… Elle comprend donc plusieurs types de situations dans lesquelles le constat est identique : il y a une rupture de l'égalité. Le constat est le même pour une discrimination à la différence près que celle-ci n'est identifiable que dans un seul contexte : elle provient du jeu social et de la décision prise par autrui (un employeur, un bailleur, mais aussi une collectivité territoriale et même parfois le législateur qui peut se faire à l'occasion censurer par le Conseil constitutionnel). La discrimination est donc une inégalité particulière, celle qui naît du rapport à l'Autre. Cet Autre, responsable de la rupture l'égalité par une prise de décision motivée par un préjugé ou un stéréotype, fait de la discrimination une forme particulière d'inégalité.

La recherche d'une égalité réelle, autrement dit d'un accès aux soins effectif pour les personnes précaires, nécessite de lutter contre les inégalités initiales et les discriminations. Ce combat implique d'identifier le rôle moteur de l'Etat qui construit des règles de droit s'intéressant spécifiquement aux plus vulnérables (I). La place des professionnels de santé n'est pas non plus à négliger car ils sont les détenteurs d'un pouvoir d'action envers les patients. Ils participent alors activement à la réalisation d'une égalité effective (II).

1-L'ETAT, MOTEUR DE LA RECHERCHE D'UNE EGALITE EFFECTIVE

Tout d'abord, le législateur peut agir au cas par cas, en créant des textes qui ouvrent droit à des aides réservées aux plus précaires (A). Ensuite, il peut intervenir de manière plus globale en s'appuyant sur les règles de fonctionnement des services médicaux (B).

1-1 Les aides spécifiques réservées aux plus précaires

Pour comprendre le fonctionnement de ces aides spécifiques, il faut parler de l'organisation de la santé en France. Le droit de la santé repose sur un socle solide, essentiel, qui est celui de la solidarité. Cette dernière est évoquée dès le premier article du Code de la sécurité sociale (l'article L.111-1) : « *La sécurité sociale repose sur le principe de la solidarité nationale. Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille* ». Le dernier alinéa de cet article rappelle explicitement que la sécurité sociale « *assure la prise en charge des frais de santé* ». Ainsi, le droit de la santé, parce qu'il est voulu et donc conçu comme un droit à la santé, suppose une forme d'organisation collective permettant aux plus démunis d'accéder aux soins nécessaires à leur bonne santé.

Dès le départ, le droit individuel à l'accès aux soins nécessite un effort financier collectif, « *national* » pour reprendre le terme du Code de la sécurité sociale. La santé de chacun suppose l'effort de tous, c'est la condition de la réalité d'un accès aux soins.

Cette organisation collective passe par la sécurité sociale et le remboursement, au moins partiel, des frais de santé. Cependant, cette aide collective n'est pas suffisante pour certaines personnes vivant dans la précarité.

C'est la raison pour laquelle le droit français a mis en place des aides supplémentaires. Nous pouvons en citer trois :

- La CMU (Couverture Médicale Universelle)[4] qui permet l'accès à la sécurité sociale pour toute personne qui n'est pas couverte au titre du régime général résidant de manière stable et régulière en France depuis plus de trois mois, sans condition de nationalité. L'accès à ce dispositif s'explique par le statut du bénéficiaire : une personne vivant seule et sans activité professionnelle ou un chômeur non indemnisé par exemple. La CMU est gratuite au-dessous d'un certain seuil de revenu. Elle est complétée par la CMU complémentaire qui, elle, est exclusivement destinée à l'accès aux soins des plus démunis[5].
- L'ACS (Aide à la Complémentaire Santé). Cette aide suit la même logique que la CMU complémentaire puisqu'il s'agit d'aider au financement d'une complémentaire santé pour les personnes dont les revenus sont compris entre le plafond du bénéfice de la CMU et 35% au-delà.
- L'AME (Aide Médicale de l'Etat) destinée aux personnes étrangères résidant depuis plus de trois mois de manière ininterrompue en France, mais en étant en situation irrégulière.

Ce qui intéresse ici c'est que la précarité n'est pas conçue de manière uniquement financière puisque les étrangers sont aussi visés, et cela sans conditions de revenus. Une dynamique identique se retrouve également dans le cadre des principes de fonctionnement des activités médicales.

---

[4] Pour une vue d'ensemble de ces dispositifs et des conditions d'accès : P. Berthet, « Couverture maladie universelle et CMU complémentaire », *AJ Fam.* 2012, p. 210.

[5] Pour les personnes dépassant de peu le plafond de ressources, une aide de la part de leur caisse primaire d'assurance maladie est prévue.

1-2 Les principes de fonctionnement des activités médicales

Au-delà des actions spécifiques, il faut considérer les principes de fonctionnement du service public hospitalier[6]. La loi de 2016 de modernisation de notre système de santé[7] vient ainsi restaurer[8] les principes de prise en charge et évoque l'idée d'une adaptation du service public hospitalier comportant notamment deux axes majeurs : un accueil adapté et une égalité d'accès à des activités de prévention et à des soins de qualité[9]. S'agissant du premier axe, elle cite expressément deux caractéristiques à prendre en compte : le handicap et la précarité sociale. Relativement à cette dernière, la loi de 2016 entrouvre la porte aux tarifs réglementés[10] pour quelques soins *a priori* onéreux (soins dentaires ou prothèses auditives)[11] Il s'agit d'une mesure concrète permettant de lutter contre les renoncements aux soins. Il me faut préciser que ces obligations créées par la loi de janvier 2016 peuvent être sanctionnées, après une procédure contradictoire initiée par le directeur général de l'ARS, par le versement d'une somme égale au maximum à 5% des produits reçus par l'établissement de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie au cours de l'année précédente[12].

Le directeur de l'ARS peut également résilier l'habilitation des établissements privés de santé[13].

L'idée de l'effectivité de l'accès aux soins pour tous, quelles que soient les ressources du patient, transparaît également par une autre mesure de la loi de 2016 : la généralisation du tiers payant. Le fait que le patient n'ait pas à avancer les frais revient, dans l'esprit du législateur, à faciliter l'accès aux soins des personnes qui ne disposent pas des ressources suffisantes pour financer les professionnels de santé. Les études montrent effectivement que l'avance de frais a un réel effet dissuasif à l'égard des plus modestes[14]. Cependant, cette idée, bienvenue pour les patients, vient en contradiction d'un principe qui est qualifié de « *déontologique fondamental* » par le Code de la sécurité sociale et qui est celui du paiement direct des honoraires par le patient (Article L. 162-2). Cet équilibre à trouver entre intérêt des patients et celui des professionnels montre combien l'égalité, même si elle est considérée comme un principe matriciel, ne peut être envisagée de manière absolue. Elle doit être combinée avec d'autres règles essentielles de fonctionnement du droit de la santé. L'organisation objective du système de santé français peut parfois justifier une atteinte à l'égalité réelle, et donc au droit à la santé.

Quant aux professionnels de santé, ils ont eux aussi un rôle à jouer dans la poursuite d'une égalité dans les faits.

2-LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, ACTEURS DE LA RÉALISATION DE L'ÉGALITÉ DANS LES FAITS

Les professionnels de santé, parce qu'ils sont ceux qui se confrontent en premier lieu à la précarité de certains patients,

---

[6] Pour une vue d'ensemble sur l'évolution du service public hospitalier : S. Boussard, « Les vicissitudes du service public hospitalier », *RFDA* 2016, p. 565.

[7] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[8] Nous nous permettons ici d'emprunter les termes de Michel Borgetto : M. Borgetto, « La loi santé », *RDSS* 2016, p. 595.

[9] Art. L.6112-2 du Code de la santé publique.

[10] Art. L.6112-2 du Code de la santé publique.

[11] La loi du 26 janvier 2016 vient modifier l'article L.165-6 CSP de sorte que la conclusion d'accords nationaux ou locaux portant sur la fixation d'un prix maximum de prestations soit possible, de manière générale, mais aussi de manière plus spécifique en ciblant uniquement les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'ACS.

[12] Art. L.6112-4 du Code de la santé publique.

[13] Art. L.6112-4 du Code de la santé publique.

[14] D. Tabuteau, « Politique de santé et accès aux soins », in A. Laude et D. Tabuteau (Dir.), La loi santé. Regards sur la modernisation de notre système de santé, Presses de l'EHESP, 2016, p. 25.

pèsent sur la réalisation de l'égalité dans l'accès aux soins. De ce point de vue, la dynamique du droit français est double. Il peut aussi bien sanctionner les professionnels de santé lorsqu'ils sont à l'origine d'une discrimination (A), que les laisser, voire les encourager, à agir pour lutter contre les effets de la précarité (B).

2-1 La répression contre les discriminations liées à la précarité

Il existe une véritable politique de répression des discriminations qui se révèle par un ensemble de mesures récentes allant toutes dans le sens de la responsabilisation des acteurs du monde de la santé.

La première innovation consiste en la création d'un nouveau motif de discrimination qui s'intéresse à la précarité. Depuis deux ans, nous assistons à une sorte d'inflation législative multipliant les critères de discriminations plus ou moins lisibles, plus ou moins utiles. Nous connaissions déjà la discrimination relative au handicap ou à l'état de santé, est venue s'y ajouter celle sur la perte d'autonomie et, depuis une loi du 24 juin 2016, celle relative à la précarité[15]. A cette occasion, le législateur a créé le critère le plus long et le plus alambiqué de ceux jusqu'à présent reconnus : « *la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur* ».

Voici une liste rapide de questions qui peuvent être soulevées à la lecture de ce nouveau motif :

1. Bien que l'intitulé de la loi parle de précarité, le critère retenu et inscrit dans les codes pénal et du travail s'articule uniquement autour de l'aspect économique. Est-ce à dire que les autres facteurs de précarité tels que la situation familiale ou le logement sont écartés définitivement ?

2. Est prise en compte la particulière vulnérabilité économique. Cela signifierait non pas la pauvreté, mais la grande pauvreté, impliquant dès lors de pouvoir déterminer des seuils pour délimiter cette gradation.

3. La situation de particulière vulnérabilité peut être connue de l'auteur de la discrimination. Ici, il est possible de penser au traitement administratif des soins et au bénéfice de la CMU par exemple. Mais si l'on s'en tient à cette définition, le nouveau motif de discrimination révèlerait son inutilité puisqu'il existe déjà une disposition spécifique du Code de la santé publique. L'article L.1110-3 indique en effet qu' « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.*

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ». Le nouveau motif de discrimination n'apportera une protection supplémentaire qu'à la condition que la jurisprudence décèle des situations de discrimination hors les cas envisagés par le Code de la santé publique.

4. Si la pauvreté n'est pas connue de l'auteur, elle peut être apparente. Nécessairement, l'interrogation est celle des stigmates de la précarité. Il faudrait alors associer la particulière vulnérabilité économique à des signes visibles ou perceptibles (manque d'hygiène, état des vêtements…). Il s'agirait là de présupposés, voire de préjugés, qui peuvent être détrompés par la situation réelle du patient. Or, l'erreur n'est pas permise par le législateur car, contrairement à d'autres motifs tels que

[15] Loi n°2016-832 du 24 juin 2016 visant à lutter contre la précarité.

l'appartenance à une ethnie ou une nation, il ne précise pas si la catégorisation faite par l'auteur de la discrimination est vraie ou supposée.

Quelles que soient les critiques que l'on peut formuler à l'encontre de ce nouveau critère, il n'en demeure pas moins que la volonté du législateur pour lutter contre les discriminations liées à la précarité est palpable. En revanche, ce nouveau motif pourrait se révéler plus utile dans les cas de discriminations multiples, autrement dit les situations dans lesquelles plusieurs critères se combinent. Par exemple, un rapport récent indique que 64% des renoncements aux soins proviennent de femmes[16]. Il existe donc une difficulté spécifique d'accès aux soins pour les femmes qui pourrait ouvrir des perspectives en matière de discrimination en reliant la particulière vulnérabilité économique au sexe ou à la situation familiale par exemple. Ceci étant dit, cela semble démontrer que la vulnérabilité économique est le plus souvent une conséquence d'un autre facteur. Conséquence et non cause des difficultés, la vulnérabilité économique relèverait alors plus des questions d'inégalités que de discriminations.

Une deuxième innovation vient confirmer l'intérêt du droit français pour la précarité dans l'accès aux soins, cette fois sous un angle disciplinaire. En effet, depuis la loi de janvier 2016, le conseil national de l'ordre de chaque profession médicale possède une nouvelle compétence en matière de discrimination. Selon le texte, il « *évalue, en lien avec des associations de patients agréées* (…) *le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre. Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés* ».

Cet ajout dans le texte de l'article L.4122-1 du Code de la santé publique est encore plus intéressant lorsqu'il se combine avec l'affirmation d'un droit à ester en justice pour le président du conseil national de l'ordre[17].

Enfin, une autre innovation se révèle dans la récente possibilité d'exercer une action de groupe, laquelle intéresse le droit de la santé de deux manières. Tout d'abord, le législateur a créé, par l'intermédiaire de la loi du 26 janvier 2016, une action qui vise à réparer le préjudice subi par un groupe d'usagers en raison d'un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur d'un produit de santé. Ensuite, ce qui nous intéresse plus directement en matière d'accès aux soins, la loi du 18 novembre 2016[18] a créé une action de groupe en matière de discrimination. Dorénavant, en plus des possibilités d'agir individuellement devant les juridictions civiles, pénales ou administratives selon la situation, il est possible de saisir le juge par l'intermédiaire d'une association de lutte contre les discriminations[19]. Il s'agit d'une action en justice qui renforce l'accès aux soins par l'amélioration de l'accès au juge. L'association porte ainsi l'action devant le juge compétent en demandant la cessation du manquement ou une réparation. Après décision de la juridiction, les victimes individuelles doivent se faire connaître auprès de l'association afin de percevoir leur indemnisation réparant leur préjudice individuel.

Ces exemples donnent l'impression d'un poids supplémentaire à supporter par les professionnels de santé puisque les possibilités de recours judiciaires ou disciplinaires se multiplient à leur

[16] Haut Conseil à l'égalité, *La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*, Rapport n°2017-05-29-SAN-O27, haut-conseil-egalite.gouv.fr.

[17] Article L.4122-1 CSP. Cette nouvelle possibilité est offerte par l'ordonnance n°2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé.

[18] Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle.

[19] Ou un syndicat dans le cadre des litiges intéressant le droit du travail.

encontre. Cependant, le législateur leur laisse parallèlement une certaine latitude pour agir contre les inégalités.

2-2 La liberté de lutter contre les inégalités laissée aux professionnels de santé

Le législateur laisse la possibilité aux professionnels de santé d'organiser un accueil ou des structures d'accueil permettant de répondre aux besoins spécifiques de personnes en situation de précarité. A ce titre nous pouvons citer la création et l'organisation d'une PASS (Permanence dans l'Accès aux Soins de Santé) afin de rendre effectifs l'accès aux soins et la prise en charge de plusieurs catégories en difficulté, notamment les plus démunis[20]. Ces permanences peuvent être mises en place au sein d'établissements publics et privés pour accueillir les patients dont les difficultés éprouvées peuvent constituer un obstacle à l'accès aux soins. Les personnes bénéficiaires sont reçues, informées et orientées dans leur parcours de soins par un binôme composé d'un médecin et d'un assistant du service social. Les quelques 400 PASS aujourd'hui créées sont généralistes ou spécialisées dans un type de soins (psychiatrie ou médecine dentaire par exemple). Certaines sont même mobiles grâce à un camion aménagé[21].

La Cour de cassation vient aussi laisser les acteurs de la santé agir en faveur de certains patients en validant un réseau de santé spécifiquement mis en place pour des patients diabétiques et qui posait des difficultés sous un angle discriminatoire quant aux conditions posées pour y accéder La Cour refuse de censurer le dispositif, faisant alors écho[22] au Conseil d'Etat qui a mis en avant l'idée d'une adaptation de l'orientation et de la prise en charge des patients en situation de précarité[23]. Les juridictions françaises s'arriment à la dynamique de traitement différencié dans l'accès aux soins, permettant ainsi la réalisation d'une égalité effective.

Egalité effective et lutte contre les discriminations sont au cœur des politiques actuelles en matière d'accès aux soins. Cependant, s'arrêter à ce seul et simple constat pourrait s'avérer trompeur. Si le législateur est actif, ce sont les professionnels de santé qui sont au cœur des dispositifs. L'accent est mis sur leurs actions, négatives ou positives. L'écueil est alors de parvenir à une situation où l'Etat se désengage de la recherche d'un accès aux soins effectif, laissant l'entière maîtrise, et par conséquent l'entière responsabilité, aux acteurs eux-mêmes.

[20] Dispositif créé par la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

[21] Circ. n°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé.

[22] Cass. Civ. 1ère, 22 septembre 2016, n°15-23664.

[23] CE, 9 mars 2007, *Guiot et section française de l'observatoire international des prisons*, n°302182, *AJ pénal* 2007, p.191, obs. Péchillon (E.) : Les établissements hospitaliers « *sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services (...) dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement* » et « *orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation* ».