

(1)

**EUROPEAN COMMITTEE OF SOCIAL RIGHTS
COMITE EUROPEEN DES DROITS SOCIAUX**



5 mars 2003

RECLAMATION N° 14/2003

**Fédération Internationale des
Ligues des Droits de l'Homme (FIDH)**

c. France

enregistrée au Secrétariat le 3 mars 2003

Réclamation collective contre la France

**Réformes de l'Aide médicale d'Etat (AME) et de la
Couverture maladie universelle (CMU)
contraires aux articles 13, 17, E et G de la
Charte sociale européenne révisée.**

**Saisine du Comité européen des Droits sociaux du
Conseil de l'Europe**

I – Rappel préalable : la prise en charge intégrale des soins des étrangers en situation irrégulière en France jusqu'à la loi de finances rectificative pour 2002 du 31 décembre 2002¹

En France, depuis la loi du 15 juillet 1893, les personnes les plus démunies bénéficient d'un accès gratuit aux soins de santé quelque soit leur statut, français et étrangers, leurs frais de santé étant pris en charge par système de protection maladie..

– 1993 : généralisation de l'exigence de titre de séjour à l'exception de l'aide médicale

La loi du 24 août 1993, dite "loi Pasqua" a subordonné l'accès à la protection sociale à la régularité du séjour. Cette profonde réforme n'a cependant pas exclu les étrangers en situation précaire ou irrégulière de séjour, d'un accès gratuit aux soins. C'est pourquoi ils pouvaient bénéficier malgré tout d'un "filet de sécurité", appelé aide médicale, et qui concernait alors tous les exclus de la sécurité sociale (non cotisants, inactifs, RMistes, sans domicile fixe, etc...) français et étrangers.

Ce régime de l'aide médicale assurait une prise en charge intégrale des soins (sans qu'un ticket modérateur reste à la charge du bénéficiaire), mais ne couvrait que certains actes (correspondant à un "panier de soins", excluant notamment les prothèses optiques et dentaires).

Les étrangers en situation irrégulière dont le temps de présence en France était inférieur à 3 ans n'avaient accès qu'à l'hôpital (consultations et prescriptions afférentes), c'est à dire que les consultations en médecine de ville n'étaient pas financièrement prises en charge. Ce n'était qu'une fois accomplie une période de 3 ans de résidence en France qu'ils pouvaient prétendre à une prise en charge des soins "de ville" en plus des consultations auprès d'établissements de santé.

– 2000 : création de la Couverture maladie universelle et cantonnement des étrangers en situations irrégulière dans le dispositif de l'aide médicale Etat

En 2000, la réforme de la couverture maladie universelle (CMU) a eu pour objectif premier la disparition du régime de l'aide médicale pour unifier le système et intégrer toute la population (actifs et inactifs) à l'assurance maladie (assortie d'une complémentaire, éventuellement gratuite pour les plus démunis – disposant de moins de 542 € par mois pour une personne seule). L'accès à l'assurance maladie est désormais subordonné soit à des conditions socio-professionnelles (cotisants et assimilés), soit à des conditions de résidence stable et régulière (CMU).

Mais cette réforme CMU n'est pas allée jusqu'au bout de ses ambitions puisqu'elle n'a pas "réintégré" l'ensemble des bénéficiaires de l'aide médicale dans le dispositif de l'assurance maladie : elle a en effet exclu les étrangers en séjour irrégulier et les a maintenus dans le dispositif résiduel de " l'aide médicale de l'Etat " (AME).

Ce système de l'AME a les caractéristiques suivantes :

- c'est un système subsidiaire destiné aux seules personnes en situation non stable et non régulière. A l'exception des cas d'admission exceptionnelle, parmi lesquels les français rapatriés depuis moins de 3 mois et non assurés par ailleurs (article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles), l'AME est un système exclusivement destiné aux étrangers en situation irrégulière.

- les prestations prise en charge ("panier de soins") au titre de l'AME sont inférieures à celles couvertes par la complémentaire CMU (qui est accessible aux populations démunies, françaises ou étrangères en situation régulière) ;

- les conditions d'accès sont les suivantes :

- condition de ressources (plafond à 542 € par mois – 3600 frs, plafond identique à celui de la complémentaire CMU), et l'euro supplémentaire interdit l'accès à la protection ;

- condition de durée de résidence en France : il existe deux AME, l'AME en établissement de santé accessible à tous et l'AME pour les soins de ville (cabinets ou centres de soins) dont

¹ Voir annexe 1.

l'accès est subordonnée à une présence en France préalable de 3 ans (article L.111-2 du code de l'action sociale et des familles). Par conséquent, ce système oblige à consulter à l'hôpital pendant les trois premières années de présence en France

- gratuité des soins : une fois titulaire du droit, il n'y a rien à payer ;
- durée des droits ouverts : la protection est valable par période d'un an (article L.252-3, alinéa 2 du code de l'action sociale et des familles).

II – Contenu de la réforme (de l'AME et de la CMU)

A – L'introduction d'un ticket modérateur dans le cadre de l'aide médicale

Le gouvernement français, dans l'article 57 de la loi de finances rectificative pour 2002 du 31 décembre 2002, met fin à la dispense totale d'avance des frais pour les étrangers en situation irrégulière. Désormais, l'aide médicale ne couvrira plus la totalité des frais, et laissera à la charge du bénéficiaire :

- un " ticket modérateur " dont le montant varie selon qu'il s'agit d'une consultation auprès d'un praticien généraliste, d'un spécialiste ou de prescription de médicaments ou d'examens) ;
- un "forfait journalier" en cas d'hospitalisation.

Des exonérations devraient être prévues pour certains actes à destination des mineurs, des femmes enceintes et de personnes souffrant de pathologies lourdes et coûteuses. Des décrets à paraître devraient préciser les actes et pathologies exonérés ainsi que les différents taux de ticket modérateur.

B – La suppression des deux catégories d'aide médicale Etat

Jusqu'à présent, on distinguait l'AME en établissement de santé accessible à tous et l'AME pour les soins de ville dont l'accès était subordonnée à une présence en France préalable de 3 ans (article L.111-2 du code de l'action sociale et des familles).

La loi de finances rectificative pour 2002 prévoit la suppression de cette distinction et que seule restera en vigueur une AME ouvrant droit à une prise en charge des soins dispensés en établissement de santé et par la médecine de ville.

C – La restriction des droits pour les mineurs

Les ayants droit mineurs à la charge d'étrangers démunis de titre de séjour et les mineurs isolés se sont vu, fin 2001, reconnaître le droit à la CMU de base (article L.380-5 du Code de la sécurité sociale). Ainsi, ils accédaient à une prise en charge pour l'ensemble des soins qu'ils nécessitaient (absence du "panier de soins" opposable dans le cadre de l'AME). C'était là une véritable avancée de la législation française, correspondant à la mise en conformité du droit français avec les dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant qui accorde à tous les mineurs le droit à la sécurité sociale et prohibe toute discrimination fondée sur la situation juridique des parents. Ce progrès devait être complété par un mécanisme similaire pour l'accès à la CMU complémentaire, assurant ainsi une prise en charge totalement gratuite des soins pour les mineurs.

A contre-courant de cette logique, la loi de finances rectificative pour 2002 exclut de la CMU les mineurs à la charge d'étrangers démunis de titre de séjour et les mineurs isolés et les renvoie vers l'AME.

Un tel retour en arrière serait motivé par la non application des dispositions introduites en 2001. Pourquoi alors, plutôt que d'entériner les pratiques illégales des caisses chargées de l'application de ces dispositions, le législateur n'envisagerait-il pas de multiplier les informations auprès des services afin de rendre effective cette mesure ?

III – Procédure

Les dispositions présentement contestées sont en contradiction avec des principes à valeur constitutionnelle, tels que le droit à la santé ou le droit à la dignité (voir argumentaire détaillé en annexe 3).

Malheureusement, en France, le contrôle de la constitutionnalité d'une loi n'est ouvert qu'a priori et aux seuls parlementaires et il n'existe pas d'autre mode de saisine, citoyenne par exemple. En l'absence d'initiative parlementaire, le contrôle du respect de la Constitution peut ne pas s'opérer et ainsi une loi comportant des dispositions portant atteinte à des principes constitutionnels peut entrer en vigueur.

L'état de droit exige des remparts à de tels paradoxes : la saisine du Comité des droits sociaux en est un. Les développements qui suivent mettent en évidence la menace sanitaire d'une partie très exposée de la population, et à terme la mise en cause de la santé publique, en toute contradiction avec les droits énoncés et protégés par la Charte sociale européenne.

Nous comptons sur la bienveillance du Comité des droits sociaux pour accueillir favorablement nos arguments.

IV – Violations de dispositions de la Charte sociale révisée

A – Sur le point A de la réforme

A.1 – L'affirmation du droit à l'assistance sociale et médicale

L'article 13 de la Charte énonce que " *Toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale*". Les modalités d'exercice effectif de ce droit sont détaillées dans la partie II de la Charte. Il est notamment précisé que les Etats parties à la Charte doivent " *veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état*" (Partie II, article 13.1).

La jouissance effective de ce droit à la santé pour les plus démunis est-elle compatible avec l'existence d'un ticket modérateur à la charge du patient ?

Opposés à des assurés disposant de ressources suffisantes (et qui bénéficient le plus souvent, de surcroît, d'une couverture complémentaire), le ticket modérateur et le forfait hospitalier ont pour vocation initiale de limiter la consommation de soins superfétatoires. Cet effet dissuasif serait extrêmement limité (du fait, notamment des prises en charge par les assurances complémentaires).

Opposés à des patients disposant de très faibles ressources, le ticket modérateur et le forfait hospitalier dissuaderont en effet de recourir aux soins, voire empêcheront d'accéder aux soins.

Il s'agit là de véritables "tickets d'exclusion" pour ceux qui ont des difficultés financières. Avoir à assumer financièrement, en tout ou partie, une consultation et les prescriptions afférentes peut suffire à dissuader de recourir aux soins. Le Comité des droits sociaux a d'ailleurs eu, à maintes reprises, l'occasion d'affirmer que l'application effective de l'article 13 de la Charte suppose l'exonération du ticket modérateur (voir notamment annexe 2).

Cette mise à l'écart des personnes en situation irrégulière du système de santé va à contre-courant d'une politique pertinente de santé publique. Dissuadés de se soigner par des obstacles administratifs et surtout financiers, les étrangers en situation irrégulière échapperont à toute prévention efficace, et à tout suivi régulier. Des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne seront pas traitées, et dégèneront en complications graves et coûteuses à traiter.

En prétendant, par cette mesure, "responsabiliser" les étrangers en situation irrégulière dans leur consommation de soins, le gouvernement français les prive purement et simplement de leur droit à la santé, protégé par l'article 13 de la Charte.

A.2 – Un droit garanti aux personnes en situation irrégulière

Certes, en application du paragraphe 4 de l'article 13, le bénéfice des droits visés au paragraphe 1, "*sur un pied d'égalité avec l(es) nationaux*", est subordonné à la résidence régulière des ressortissants des Etats parties. Autrement dit, seuls les étrangers répondant à une condition de séjour régulier bénéficient de l'égalité de traitement dans la jouissance des droits protégés par les paragraphes 1, 2 et 3 de l'article 13.

Le système français de la CMU est conforme à ces dispositions en ce qu'il prévoit que les personnes disposant de moins de 542 € par mois aient leurs soins totalement et gratuitement pris en charge, qu'elles soient françaises ou étrangères résidant de manière stable et régulière.

Pour autant, le paragraphe 4 de l'article 13 n'interdit pas aux étrangers qui ne résideraient pas légalement sur le territoire français de jouir des droits énoncés au paragraphe 1, notamment. Simplement, ils ne peuvent pas prétendre en bénéficier "à égalité" avec les nationaux. Autrement dit, cette disposition envisage qu'un traitement distinct soit accordé aux étrangers démunis en situation irrégulière sans remettre en cause le fait qu'ils dussent bénéficier du droit effectif à la santé.

Le fait que les étrangers en situation irrégulière soient cantonnés au système de l'AME n'est donc pas en cause : un traitement différent leur est réservé ("panier de soins"). Mais cette différence de traitement ne doit pas aller jusqu'à menacer leur accès effectif à la santé : c'est cette frontière que franchit le législateur français en introduisant un ticket modérateur à la charge des étrangers en situation irrégulière.

En ce sens, les dispositions de la loi française en cause contredisent l'article 13 de la Charte sociale.

B – Sur le pont C de la réforme

B. 1 – Le droit à une protection sociale, juridique et économique appropriée en faveur des mineurs

Selon l'article 17, "*les enfants et les adolescents ont droit à une protection sociale, juridique et économique appropriée*". Concrètement, ce droit signifie que soient assurés "*aux enfants et aux adolescents, (...) les soins, l'assistance, l'éducation et la formation dont ils ont besoin, notamment en prévoyant la création ou le maintien d'institutions ou de services adéquats et suffisants à cette fin*" (Partie II, article 17.a).

B. 2 - Un droit dont la jouissance n'est pas subordonnée à la régularité de séjour du mineur

B.2.1. Le principe de dispense de titre de séjour pour les mineurs en France

Certes, les étrangers ne peuvent jouir effectivement des droits énoncés par l'article 17 de la Charte sociale "*que dans la mesure où ils sont des ressortissants des autres Parties résidant légalement ou travaillant régulièrement sur le territoire de la Partie intéressée*" (Annexe à la Charte sociale européenne révisée).

Or, la législation française ne contraint pas les mineurs à la détention de titre de séjour (sauf à ce qu'ils veuillent travailler à partir de l'âge de 16 ans, auquel cas une autorisation de travail leur est opposable).

Par conséquent, la compatibilité des dispositions de la Charte sociale avec les dispositions de la loi française relatives au séjour des mineurs étrangers aboutit à écarter l'exigence de régularité de séjour à l'égard des mineurs pour le bénéfice de la protection énoncée à l'article 17. La législation française relative au bénéfice de la protection sociale des mineurs étrangers ne saurait y contrevenir. Et c'est précisément ce à quoi aboutit l'introduction d'un ticket modérateur pour l'accès aux soins (certains d'entre eux à tout le moins) des mineurs.

De plus le fait de soumettre les enfants de sans papiers à un régime distinct de celui des autres mineurs porte atteinte au principe de non discrimination.

B.2.2. Une analyse confortée par le principe de non discrimination énoncé par la Charte sociale

Hormis les réserves relatives à l'exigence de titre de séjour (non opposable aux mineurs étrangers), la Charte sociale énonce un principe de non discrimination dans le bénéfice des droits qu'elle protège : "*La jouissance des droits reconnus dans la présente Charte doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur (...) l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation.*" (Partie V Article E).

Ainsi, les mineurs étrangers doivent bénéficier pour leur accès aux soins, notamment, d'un traitement égal à celui accordé aux mineurs nationaux. Les limiter à l'AME plutôt que de les intégrer dans le champ d'application de la CMU est en contradiction avec les articles 17 et E de la Charte sociale.

C – Sur les points A et C de la réforme

La protection de la santé publique peut seule autoriser à restreindre les droits protégés par la Charte.

En vertu de l'article G – 1, " Les droits et principes énoncés dans la partie I, lorsqu'ils seront effectivement mis en œuvre, et l'exercice effectif de ces droits et principes, tel qu'il est prévu dans la partie II, ne pourront faire l'objet de restrictions ou limitations non spécifiées dans les parties I et II, à l'exception de celles prescrites par la loi et qui sont nécessaires, dans une société démocratique, (...) pour protéger (...) la santé publique (...)."

Autrement dit, les restrictions ou limitations qui seraient apportées en plus de celles déjà prévues par la Charte sociale (pour ce qui nous concerne : la suppression de la gratuité des soins dans le cadre de l'aide médicale Etat et la suppression du bénéfice de la CMU pour les mineurs) ne valent que si elles sont nécessaires à la santé publique.

Or, le nouvel article L.251–2 du code de l'action sociale et des familles va à contre courant de cet objectif en introduisant un coût susceptible de dissuader les plus démunis de se soigner. Et ne pas recourir, ou tardivement, aux soins est en totale contradiction avec une politique de prévention, pilier fondamental d'une logique de santé publique.

De même, en limitant l'accès aux soins des mineurs à l'aide médicale Etat, restreinte à un "panier de soins" et sans couverture complémentaire, la réforme, plutôt que d'encourager un comportement sanitaire préventif auprès des jeunes populations, contredit l'objectif de santé publique.

Sur la base de ces analyses, la réforme de l'AME est donc en contradiction avec la Charte sociale.

ANNEXE 1

Nouvel article L.251-2 du Code de l'action sociale et des familles

La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais, concerne :

- 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6°, 7° et 8° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie ;
- 2° Le forfait journalier, institué par l'article L. 174-4 du même code.

Article L321-1 du Code de la sécurité sociale

L'assurance maladie comporte :

- 1°) la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examen de laboratoire, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
- 2°) la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;
- 3°) la couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;
- 4°) la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;
- 5°) l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.
- 6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes prioritaires de prévention définis en application des dispositions de l'article L. 1417-2 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du même code et aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- 7°) (Abrogé) ;
- 8°) (Abrogé) ;
- 9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

Article L331-2 du Code de la sécurité sociale

L'assurance maternité couvre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ainsi que les frais d'examen prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 154, de l'article L. 156 et du deuxième alinéa de l'article L. 164 du code de

la santé publique .

Les frais pharmaceutiques font l'objet d'un forfait fixé par le tarif de responsabilité de la caisse.

Article L174-4 du Code de la sécurité sociale

Un forfait journalier est supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des établissements mentionnés à l'article L. 174-6 du présent code, à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et à l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale, sauf dans le cas des enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle, des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des bénéficiaires de l'assurance maternité et des bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Le forfait journalier peut être modulé dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, en fonction de l'un ou de plusieurs des critères suivants : catégorie de l'établissement, nature du service, durée du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté.

Le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait.

Le forfait journalier peut être pris en charge par le régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle dans des conditions fixées par décret.

ANNEXE 2

Portugal, Conclusion XV – 1 tome 2

Doc-ID : c-15-1-fr2 **Type du texte** : Conclusion **Date de publication** : 01/01/2000

(...)

Le Comité prend note des informations communiquées sur les activités de la *Santa Casa de Misericórdia* de Lisbonne, qui propose diverses formes d'assistance aux personnes dans le besoin, y compris aux ressortissants étrangers.

Enfin, le Comité note qu'au cours de la période de référence, deux ressortissants chypriotes résidaient au Portugal. Le Comité avait déjà noté, au cours de son précédent cycle de contrôle (Conclusions XIII-5, p. 238), que les ressortissants chypriotes ne bénéficient pas de l'assistance médicale sous forme d'une exonération du ticket modérateur. Toutefois, depuis l'introduction du RMG toute personne, sans distinction de nationalité, qui bénéficie de cette prestation est exemptée de frais médicaux. Le Comité demande si les ressortissants des autres Parties contractantes qui bénéficient de prestations d'assistance sociale autres que le RMG sont également exonérés du ticket modérateur.

(...)

ANNEXE 3

Argumentaire du GISTI sur l'inconstitutionnalité de la réforme AME et CMU

Introduction

La réforme de l'Aide Médicale d'Etat prévoit d'imposer le paiement du ticket modérateur et du forfait hospitalier aux bénéficiaires de cette prestation, c'est à dire aux étrangers en situation irrégulière et aux ressortissants français résidant habituellement hors du territoire français.

Lorsqu'il sont appliqués à des personnes qui justifient de revenus suffisants, ou qui bénéficient d'une mutuelle, le ticket modérateur et le forfait hospitaliers ont peu d'effets dissuasifs. Mais, lorsqu'ils s'appliquent à des personnes en situation précaire et à faible revenus, ils deviennent un "ticket d'exclusion" qui est, au mieux, fortement dissuasif, et qui, dans la plupart des cas, entraîne l'impossibilité d'accéder aux soins.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le mécanisme de la couverture maladie universelle prévoit que les personnes gagnant moins de 542 euros (3600 F) par mois ne paient pas le ticket modérateur et le forfait hospitalier : 4 millions de personnes sont actuellement sous plafond de ressources, et bénéficient de cette dispense.

Une personne sans-papiers, qui a généralement des revenus faibles et irréguliers, et inférieurs au seuil de 542 euros, ne peut pas déboursier régulièrement 10 ou 15 euros pour consulter un médecin, et, à plus forte raison, acquitter le forfait hospitalier. La même observation vaut pour beaucoup de français de l'étranger bénéficiaires de l'AME, qui reviennent en France en situation de précarité. Ce n'est donc pas une "responsabilisation", comme l'a prétendu l'auteur de l'amendement, mais une privation pure et simple de soins.

Certes, les enfants, les femmes enceintes et les personnes atteintes de maladie grave continueront de bénéficier d'une prise en charge intégrale. Mais cette dérogation est l'aveu même qu'en l'absence de dispense, ces personnes ne bénéficieraient pas d'un réel accès aux soins. Par ailleurs, la distinction entre des maladies graves et des maladies qui ne le seraient pas n'a aucune pertinence en matière de santé publique : une affection simple qui n'a pas été soignée ou dépistée à temps, faute de consultation médicale, ne sera prise en charge que lorsqu'elle sera devenue grave, ou difficilement curable. Une personne fragile qui n'a pas accès aux soins peut mourir d'une grippe. Une personne qui, pour des raisons financières, ne consulte un médecin qu'en dernière extrémité, peut ignorer les symptômes d'une maladie grave (cancer, sida, tuberculose) qui, même si elle est ensuite prise en charge, ne pourra plus être efficacement soignée.

Toutes les associations prodiguant des soins ou de l'aide aux personnes en situation de précarité (Médecins du Monde, Médecin sans Frontières, les associations regroupées dans l'Uniopss, Atd-Quart Monde, Act-Up, etc.) ont cherché, sans succès, à rappeler ces évidences aux auteurs du texte et au gouvernement.

Cette réforme n'est pas seulement absurde et dangereuse : elle est aussi contraire aux principes constitutionnels, car elle méconnaît à la fois la compétence du législateur et le droit constitutionnel à la protection de la santé.

1. L'affirmation du droit à la protection de la santé

Ce droit est doublement consacré par la jurisprudence du Conseil constitutionnel : sous l'angle de la protection de la santé publique, d'une part, et sous l'angle de la protection du droit à la santé de chaque individu, d'autre part.

1.1 La protection de la santé publique est une exigence de valeur constitutionnelle. Le Conseil l'a notamment rappelé à propos de l'interdiction de la publicité en faveur du tabac. Il a énoncé qu'il était possible d'apporter des limites à la liberté d'entreprendre et au droit de propriété dès lors que la prohibition de la publicité était fondée sur " les exigences de protection de la santé publique, qui ont une valeur constitutionnelle " (décision 90-283 DC du 8 janvier 1981, 15^{ème} considérant). Le " principe de protection de la santé publique " a ensuite été réitéré dans la décision 90-287 DC du 16 janvier 1991 (24^{ème} considérant).

Le législateur ne peut donc prendre aucune mesure qui ait pour objet ou pour effet de porter atteinte à la protection de la santé publique, par exemple en affaiblissant la prévention ou le dépistage de certaines maladies, et notamment des épidémies ou des maladies contagieuses.

1.2 Mais la protection de la santé n'est pas seulement une exigence de caractère collectif. C'est aussi un droit reconnu à chaque individu. Ce droit trouve son fondement dans le 11^{ème} alinéa du préambule de 1946, en vertu duquel la Nation " garantit à tous, (...) la protection de la santé ". La jurisprudence constitutionnelle en a fait application à de nombreuses reprises (par exemple, décision 89-269 DC du 22 janvier 1990, § 24 à 26).

A la différence du droit à la protection sociale, dont le Conseil estime, en l'état actuel de sa jurisprudence, qu'il ne bénéficie aux étrangers que s'ils séjournent en France de manière stable et régulière, le droit à la santé est un droit reconnu à toute personne humaine. Il a un champ d'application plus restreint que le droit à protection sociale, qui a des objectifs beaucoup plus larges que la simple protection de la santé. Mais, en contrepartie, le droit à la protection de la santé, dont le périmètre est plus restreint, ne peut être conçu que comme un droit absolu, car son exercice conditionne celui de tous les autres droits, et que celui qui en privé est atteint dans son intégrité physique.

Il serait en effet impensable qu'une personne se voit refuser un accès à des soins indispensables, et soumises à de graves dangers pour sa santé, du seul fait qu'elle est en situation irrégulière sur le territoire français.

2. *L'interdiction de priver ce droit de garanties légales*

2.1. En matière de protection des droits fondamentaux, la jurisprudence du Conseil constitutionnel a depuis longtemps posé le principe du " cliquet anti-retour ". Selon ce principe, " s'il est à tout moment loisible au législateur statuant dans le domaine qui lui est réservé par l'article 34 de la constitution de modifier des textes anciens ou d'abroger ceux-ci en leur substituant, le cas échéant, d'autres dispositions (...), l'exercice de ce pouvoir ne saurait aboutir à priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnelle " (Décision 86-210 DC du 29 juillet 1986, AJDA 186, p. 527).

2.2 Cette règle a reçu application en matière de droit au logement (Décision 94-359 DC du 19 janvier 1995), de droit au développement et à la protection de la famille (Décision 97-393 DC du 18 décembre 1997).

Elle s'applique également s'agissant du droit à la protection de la santé. Ainsi, la décision 90-287 DC du 16 janvier 1991 vérifie que la modification du régime d'homologation des tarifs conventionnels des soins apportés par les établissements privés de santé " n'a pas pour effet de priver de garanties légales des principes de valeur constitutionnelle " et ne " remettent pas en cause le principe de protection de la santé publique proclamé par le 11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution de 1946 ".

De même, la décision 89-269 du 27 janvier 1990 (§ 26) énonce que l'action du législateur doit " fixer des règles appropriées tendant à la réalisation de l'objectif (*de protection de la santé*) défini par le préambule ". Illustrant ce principe, elle relève que la " diminution de la part des honoraires médicaux qui restera, en définitive, à la charge des assurés sociaux " est " de nature à permettre une application effective du principe posé par les dispositions " du 11^{ème} alinéa du préambule de la constitution de 1946.

Tout récemment, dans la décision 2002-463 DC du 12 décembre 2002 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le conseil a énoncé que le tarif forfaitaire de responsabilité de la sécurité sociale doit être fixé “ de telle façon que ne soient pas remises en cause les exigences du 11 ème alinéa du préambule de la constitution de 1946 ”.

Examinée sous l’angle de ces principes, l’inconstitutionnalité de la réforme de l’AME apparaît manifeste.

3. La réforme est en contradiction avec tous les aspects qui viennent d’être évoqués.

3.1 Elle méconnaît directement l’objectif constitutionnel de protection de la santé publique. En effet, des centaines de milliers de personnes démunies mais présentes de manière permanente sur le territoire ne pourront se faire soigner, ou hésiteront fortement à le faire. Cette situation ne peut que favoriser la propagation de maladies contagieuses ou d’épidémies, et notamment des “ maladies de la pauvreté ”, comme la tuberculose, ou de maladies qui ne sont pas encore éradiquées dans les pays d’origine des étrangers en situation irrégulière. Les sans-papiers échapperont, de plus, à tous les dispositifs de prévention ou de dépistage précoce, qui sont généralement présentés comme l’avenir de la santé publique en France.

3.2 Elle méconnaît le droit à la protection de la santé reconnu à tout individu. Ce n’est pas exagérer que d’affirmer que cette réforme mettra en péril la santé, et, dans un certain nombre de cas, la vie, de ceux qui en feront les frais. On pourrait en citer d’innombrables exemples : un étrangère en situation irrégulière qui, faute de consultations gynécologiques régulières, ne s’apercevra pas en temps utiles qu’elle est atteinte d’un cancer du sein ; un étranger séropositif que ne sera pas informé en temps utiles de son état ; un enfant, théoriquement à l’abri de la réforme, mais qui contractera une maladie contagieuse véhiculée par ses parents, et non dépistée, car ceux ci ne consultent pas régulièrement un médecin.

3.3 Elle constitue une régression dans la protection du droit à la santé, et, à ce titre, viole le principe selon laquelle le législateur ne peut faire modifier le régime des droits et libertés fondamentaux que pour en assurer un exercice effectif.

La combinaison de la Couverture Maladie Universelle, pour les Français résidant en France et les étrangers en situation régulière, et de l’AME, avait constitué, malgré certaines limites, un progrès important dans la protection de la santé publique. La réforme en cause revient sur cet acquis.

Elle va d’ailleurs bien au delà, puisque des dispositifs de prise en charge intégrale des soins pour les étrangers en situation régulière existaient avant la réforme de 1999. Même en 1993, lorsque fut adoptée, par la loi dite “ Pasqua ”, la législation la plus restrictive vis à vis des étrangers, le droit d’accès aux soins de ces étrangers n’a pas été remis en cause.