



European
Social
Charter

Charte
sociale
européenne



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

7 novembre 2022

Pièce N° 1

Amnesty International c. Grèce
Réclamation N°. 217/2022

**RECLAMATION
(Original en anglais)**

Enregistrée au Secrétariat le 2 novembre 2022

REF : TIGO EUR 25/2022.3400

À l'attention du Secrétaire exécutif du Comité européen des droits sociaux
(agissant au nom de la Secrétaire Générale du Conseil de l'Europe)
Service de la Charte sociale européenne
Direction générale Droits de l'homme et État de droit
Conseil de l'Europe F-67075
Strasbourg Cedex FRANCE

2 novembre 2022

DÉPÔT D'UNE RÉCLAMATION COLLECTIVE CONTRE LA GRÈCE

Veillez trouver ci-joint une réclamation collective formée par Amnesty International contre la République hellénique, soumise en version papier et par courrier électronique et accompagnée d'annexes.

Nous vous prions de noter que conformément à ses statuts, Amnesty International peut être représentée par sa secrétaire générale ; ce pouvoir peut être délégué aux directeurs et directrices, le cas échéant, conformément aux procédures internes établies.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir accuser réception du présent courrier.

Pour toute communication relative à la présente réclamation, merci de nous contacter à l'adresse mandi.mudarikwa@amnesty.org, en mettant Sanhita Ambast (sanhita.ambast@amnesty.org) et Kondylia Gogou (Kondylia.gogou@amnesty.org) en copie.

Veillez agréer, Monsieur le Secrétaire exécutif, mes salutations respectueuses,



Mandi Mudarikwa

Directrice du contentieux stratégique
Secrétariat international
Amnesty International

Service de la Charte sociale européenne
Conseil de l'Europe
Direction générale Droits de l'homme et État de droit
1, Quai Jacoutot
F-67075 Strasbourg Cedex
France
Courriel : social.charter@coe.int

RÉCLAMATION COLLECTIVE

POUR VIOLATION DU DROIT À LA PROTECTION DE LA SANTÉ
ET DU PRINCIPE DE NON-DISCRIMINATION
VIOLATION DE L'ARTICLE 11§1, LU SEUL OU EN COMBINAISON AVEC L'ARTICLE E

AMNESTY INTERNATIONAL

C.

GRÈCE

Date : 2 novembre 2022

ORGANISATION AUTEUR DE LA RÉCLAMATION :

Amnesty International
1 Benenson House, Easton Street
Londres WC1X 0DW
Royaume-Uni

Tél. : +44 (0)20 7413 5500

Fax : +44 (0)20 7956 1157

PERSONNES À CONTACTER :

Mandi Mudarikwa (mandi.mudarikwa@amnesty.org)

Sanhita Ambast (sanhita.ambast@amnesty.org) et

Kondylia Gogou (kondylia.gogou@amnesty.org)

SOMMAIRE

1.	RECEVABILITÉ	3
1.1	COMPÉTENCE D'AMNESTY INTERNATIONAL	3
1.2	APPLICATION DE LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE RÉVISÉE ET DU SYSTÈME DE RÉCLAMATIONS COLLECTIVES À L'ÉTAT PARTIE : GRÈCE	4
1.3	APPLICATION DE LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE RÉVISÉE ET DU SYSTÈME DE RÉCLAMATIONS COLLECTIVES À L'ÉTAT PARTIE : GRÈCE	5
1.4	ARTICLES CONCERNÉS	5
2.	CONTEXTE	5
2.1	LES MESURES D'AUSTÉRITÉ APPLIQUÉES AU SECTEUR DE LA SANTÉ	7
3.	OBJET DE LA RÉCLAMATION	11
3.1	VIOLATION 1 : LA DÉTÉRIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS RÉSULTANT DES MESURES D'AUSTÉRITÉ EST CONTRAIRE À L'ARTICLE 11	12
3.2	VIOLATION 2 : LES MESURES D'AUSTÉRITÉ ONT RENDU LES SOINS INABORDABLES	14
3.3	VIOLATION 3 : LES MESURES D'AUSTÉRITÉ ONT EU UN IMPACT PARTICULIER SUR CERTAINS GROUPES MARGINALISÉS, CE QUI EST INCOMPATIBLE AVEC L'ARTICLE E	17
3.4	VIOLATION 4 : LES MESURES D'AUSTÉRITÉ N'ONT PAS ÉTÉ CONÇUES NI MISES EN ŒUVRE D'UNE MANIÈRE COMPATIBLE AVEC LES NORMES INTERNATIONALES RELATIVES AUX DROITS HUMAINS	20
4.	NORMES JURIDIQUES APPLICABLES	22
4.1	DROIT À LA SANTÉ	22
4.2	ÉGALITÉ ET NON-DISCRIMINATION	24
4.3	DROITS HUMAINS ET MESURES D'AUSTÉRITÉ	25
5.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	27
6.	ANNEXES	28
6.1	Amnesty International, Greece: Resuscitation required – The Greek health system after a decade of austerity	28
6.2	Greece: Resuscitation required – The Greek health system after a decade of austerity – Annexe I	28

1. RECEVABILITÉ

1.1 COMPÉTENCE D'AMNESTY INTERNATIONAL

1. Amnesty International adresse au Secrétaire exécutif du Comité européen des droits sociaux, agissant au nom de la Secrétaire Générale du Conseil de l'Europe, la présente réclamation collective soumise en application du mécanisme de réclamations collectives établi le 9 novembre 1995 par le Conseil de l'Europe dans le Protocole additionnel à la Charte sociale européenne prévoyant un système de réclamations collectives (le Protocole additionnel), aux fins de garantir la pleine réalisation des droits sociaux pour tous.
2. Aux termes de l'article 1b du Protocole additionnel, les Parties contractantes reconnaissent le droit de faire des réclamations aux organisations internationales non gouvernementales dotées du statut consultatif. Amnesty International est actuellement inscrite jusqu'en juin 2023 sur la liste des OING habilitées à présenter des réclamations collectives établie par le Comité gouvernemental.
3. Contrairement aux organisations visées aux articles 1c et 2.1 du Protocole additionnel, les OING habilitées à introduire des réclamations collectives ne doivent pas nécessairement relever de la juridiction de la Partie contractante mise en cause. Amnesty International peut ainsi présenter une réclamation collective contre tout pays ayant ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne révisée, ou les deux, et ayant accepté d'être lié par le mécanisme des réclamations collectives, sans préjudice de toute autre condition de recevabilité.
4. Amnesty International est une organisation non gouvernementale internationale qui se consacre à la défense et à la promotion des droits consacrés par la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres traités internationaux dans le monde entier. Amnesty International Charity est enregistrée en Angleterre et au pays de Galle à la fois comme société à responsabilité limitée par garantie (n° 2007475) et comme organisme à but non lucratif (n° 294230).
5. L'organisation est un mouvement mondial qui mobilise plus de 10 millions de membres, militants et sympathisants dans plus de 150 pays. Elle est indépendante de tout gouvernement, de toute idéologie politique, de tout intérêt économique et de toute religion.
6. Amnesty International est reconnue comme une source fiable, impartiale et crédible en matière de recherche et analyse de la situation des droits humains partout dans le monde. Elle conduit des recherches et est à l'avant-garde des efforts visant à promouvoir les droits humains aux niveaux international, régional et national. Elle entretient des relations formelles avec plusieurs acteurs des droits humains à l'échelle internationale ou régionale.
7. Amnesty International est dotée du statut consultatif auprès du Conseil économique et social de l'Onu (Ecosoc) et de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco). Elle a le statut d'observateur auprès de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et est enregistrée auprès de l'Organisation des États américains en tant qu'organisation de la société civile. Elle entretient des relations de travail avec l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE), l'Union européenne (UE) et l'Union interparlementaire. Au Conseil de l'Europe, Amnesty International est membre de la Conférence des organisations internationales non gouvernementales (Conférence des OING) et bénéficie du statut d'observateur auprès du Comité directeur pour les droits de l'homme (CDDH). En 1977, Amnesty International a reçu le prix Nobel de la paix.
8. Amnesty International est depuis longtemps en première ligne, aux quatre coins du monde, du combat pour la défense des droits économiques et sociaux internationalement reconnus. À titre d'exemple, avec sa campagne mondiale « Exigeons la dignité » (2009-2014)¹, elle a contribué à renforcer la garantie juridique des droits économiques, sociaux et culturels et à promouvoir le droit à la santé par le biais de ses activités de recherche, de son travail de campagne et d'actions en justice. Ultérieurement, l'organisation a mené des recherches, publié des rapports, soumis des observations écrites et entrepris des actions en justice stratégiques sur diverses questions touchant aux droits économiques et sociaux, comme les droits à la santé, à un logement suffisant et à l'éducation et les droits liés au travail dans de nombreux pays, en Europe et au-delà². Amnesty International a ainsi une vaste expérience à l'échelle mondiale et une grande expertise dans le domaine des droits humains,

¹ Pour de plus amples informations sur cette campagne, voir ici : <https://www.amnesty.org/fr/documents/act35/003/2009/fr/>.

² Voir Recherches Archives – Amnesty International, <https://www.amnesty.org/fr/research/>.

notamment en ce qui concerne l'obligation des États en vertu du droit international de respecter, protéger et donner effet à tous les droits garantis par les traités internationaux et de garantir le respect du principe de non-discrimination ainsi que l'égalité dans la jouissance de tous les droits, y compris le droit à la santé.

9. Amnesty International a antérieurement déposé une autre réclamation collective (réclamation n° 178/2019, *Amnesty International c. Italie*)³, dans laquelle elle allègue que la situation des Roms et des Sintis en matière de logement en Italie constitue une violation de l'article 31 (droit au logement) de la Charte sociale, lu seul ou en combinaison avec l'article E (non-discrimination), en raison de la persistance des expulsions forcées, de la ségrégation de ces populations dans des zones d'habitat indigne, et de l'application de critères discriminatoires pour l'attribution des logements sociaux (réclamation en cours).
10. En Grèce, Amnesty International a mené des recherches sur diverses questions liées aux droits économiques, sociaux et culturels, comme les conséquences des mesures d'austérité sur le droit à la santé, les préoccupations concernant l'accès gratuit des demandeurs d'asile au système de santé public, les expulsions forcées des Roms et leur ségrégation dans l'éducation. Citons à cet égard :
 - un rapport publié en avril 2020 : [Greece: Resuscitation required – The Greek health system after a decade of austerity](https://rm.coe.int/cc178casedoc1-fr-reclamation/168098202f)⁴ ;
 - une déclaration publique en mai 2020 concernant la Grèce : [Greece: authorities must ensure that public spending in health care in the COVID-19 context effectively responds to the crisis](https://bit.ly/3PFuViU)⁵ ;
 - une déclaration publique en octobre 2019 intitulée [Greece must immediately ensure that asylum-seekers, unaccompanied children and children of irregular migrants have free access to the public health system](https://bit.ly/3S9Apmu)⁶ ; et
 - un rapport intitulé [Greece: Out of the Spotlight: The rights of foreigners and minorities are still a grey area](https://bit.ly/3vIrvck)⁷, publié en octobre 2005.

1.2 APPLICATION DE LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE RÉVISÉE ET DU SYSTÈME DE RÉCLAMATIONS COLLECTIVES À L'ÉTAT PARTIE : GRÈCE

11. La Grèce est partie à la Charte sociale européenne révisée de 1996 (Charte révisée) et au Protocole additionnel prévoyant un système de réclamations collectives. Elle a ratifié la Charte sociale européenne de 1961 le 6 juin 1984. La Grèce a signé et ratifié la Charte sociale européenne révisée le 18 mars 2016 et est liée par ses dispositions depuis l'entrée en vigueur de ce traité à son égard le 1^{er} mai 2016. Avec cette ratification, elle a accepté 96 des 98 paragraphes de la Charte sociale européenne révisée, dont l'article 11.
12. Aux termes de l'article B, paragraphe 2 de la Charte révisée, « l'acceptation des obligations de toute disposition de la présente Charte aura pour effet que, à partir de la date d'entrée en vigueur de ces obligations à l'égard de la Partie concernée, la disposition correspondante de la Charte sociale européenne et, le cas échéant, de son Protocole additionnel de 1988 cessera de s'appliquer à la Partie concernée au cas où cette Partie serait liée par le premier des deux instruments précités ou par les deux instruments ». L'article D de la Charte révisée dispose en outre que « les dispositions du Protocole additionnel à la Charte sociale européenne prévoyant un système de réclamations collectives s'appliqueront aux dispositions souscrites en application de la présente Charte pour les États qui ont ratifié ledit Protocole ». La Grèce a ratifié le Protocole additionnel prévoyant un système de réclamations collectives le 18 juin 1998.
13. La présente réclamation satisfait par conséquent aux conditions de recevabilité énoncées aux articles 1 et 13 du Protocole additionnel.

³ <https://rm.coe.int/cc178casedoc1-fr-reclamation/168098202f>.

⁴ Amnesty International, *Greece: Resuscitation required – The Greek health system after a decade of austerity*, 28 avril 2020 (index : EUR 25/2176/2020), disponible à l'adresse <https://bit.ly/3t16iS8>.

⁵ Amnesty International, *Greece: Authorities must ensure that public spending in health care in the COVID-19 context effectively responds to crisis*, déclaration publique, 15 mai 2020 (index : EUR 25/2338/2020), disponible à l'adresse <https://bit.ly/3PFuViU>.

⁶ *Greece must immediately ensure that asylum-seekers, unaccompanied children and children of irregular migrants have free access to the public health system*, déclaration publique, 14 octobre 2019 (index : EUR 25/1213/2019), <https://bit.ly/3S9Apmu> ; et *Migrant Children and Asylum-Seekers still denied healthcare*, Action urgente 2/20 (index : EUR 25/1801/2020), 12 février 2020, <https://bit.ly/3zCAIW3>.

⁷ Amnesty International, *Greece: Out of the spotlight: The rights of foreigners and minorities are still a grey area*, octobre 2005 (index : EUR 25/022/2005), disponible à l'adresse <https://bit.ly/3bd1sO4> ; voir aussi *Ségrégation, harcèlement et peur : l'éducation sacrifiée des enfants roms en Europe*, 8 avril 2015, disponible à l'adresse <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2015/04/the-stunted-education-of-romani-children-in-europe/>, et *Forcible eviction of Halandri Roma imminent*, Action urgente 35/14 (index : EUR 25/003/2014), <https://bit.ly/3vIrvck>.

14. En vertu de l'article 28, paragraphe 1, de la Constitution grecque : « *Les conventions internationales, dès leur ratification par la loi et leur entrée en vigueur conformément aux dispositions de chacune d'elles, font partie intégrante du droit hellénique interne et priment sur toute disposition législative contraire. L'application des règles du droit international et des conventions internationales à l'égard des étrangers est toujours soumise à la condition de réciprocité.* »

1.3 APPLICATION DE LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE RÉVISÉE ET DU SYSTÈME DE RÉCLAMATIONS COLLECTIVES À L'ÉTAT PARTIE : GRÈCE

15. La présente réclamation concerne les effets de l'austérité sur l'accès à la santé et l'application de l'interdiction de la discrimination à toute personne résidant sur le territoire grec.

1.4 ARTICLES CONCERNÉS

16. L'organisation réclamante fait valoir que la Grèce enfreint l'article 11§1, combiné à l'article E. En effet, les mesures d'austérité ont détérioré l'accessibilité, notamment financière, des soins de santé dans le pays, avec des conséquences disproportionnées sur certaines personnes et populations marginalisées. La Grèce a accepté d'être liée par l'article 11 de la partie II de la Charte sociale européenne révisée, qui garantit le droit à la protection de la santé. La Grèce est aussi liée par l'article E de la partie V de la Charte, qui interdit toute discrimination.

2. CONTEXTE

17. En 2008, la Grèce a connu une crise économique majeure dont les effets se faisaient encore sentir au cours de la dernière décennie. Le ralentissement brutal de l'activité économique début 2008 a entraîné une chute du produit intérieur brut (PIB) réel. Alors que le PIB affichait une croissance de 3,3 % en 2007, il a commencé à baisser l'année suivante ; en 2011, le PIB réel (PIB corrigé de l'inflation) était tombé à son niveau le plus bas (- 9,10 %) ⁸. Parallèlement, le déficit des administrations publiques s'est creusé et a presque doublé, passant de 6,7 % du PIB en 2007 à 13,2 % du PIB en 2013 ⁹. En 2010, la Grèce a demandé l'aide financière internationale des pays de la zone euro (pays de l'Union européenne utilisant l'euro comme devise) et du Fonds monétaire international (FMI). Depuis, trois programmes d'assistance financière ont été mis en place en 2010, 2012 et 2015 par le FMI, les pays de la zone euro, le Fonds européen de stabilité financière et le Mécanisme européen de stabilité ¹⁰.
18. La crise économique a durement frappé la population grecque en provoquant une envolée du chômage, de la pauvreté et du nombre de sans-abri. Il ressort des statistiques que, pendant la période couverte par le rapport initial d'Amnesty International (2009-2020), la pauvreté et les inégalités ont augmenté dans le pays. Ainsi, en 2009, 27,6 % de la population grecque était menacée de pauvreté ou d'exclusion sociale. Après un pic de 36 % atteint en 2014, le taux s'établissait à 29 % en 2019. Autrement dit, quasiment un tiers de la population était toujours exposé à ce risque ¹¹. Le taux de privation matérielle sévère – qui donne une estimation de la proportion de personnes dont les conditions de vie sont fortement affectées par le manque de ressources – est passé de 11 % en 2010 à 16,5 % en 2020 ¹². Le revenu des ménages a chuté au cours de cette période. Le revenu disponible brut ajusté

⁸ Eurostat, Taux de croissance du PIB réel en volume, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00115/default/table>.

⁹ Eurostat, Déficit/excédent des administrations publiques,

<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tec00127&plugin=1>.

¹⁰ Pour de plus amples informations sur ces programmes d'assistance financière, voir le chapitre 6 du rapport d'Amnesty International intitulé *Resuscitation Required: The Greek Health System After a Decade of Austerity* (index : 25/2176/2020).

¹¹ Eurostat, Personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale par âge et sexe [Dernière mise à jour : 16-04-2020].

¹² Le taux de privation matérielle sévère représente la proportion de personnes qui ne peuvent pas se permettre au moins quatre des neuf items suivants : payer à temps le loyer ou l'emprunt hypothécaire, les factures d'eau, d'électricité ou de gaz, les crédits à la consommation et autres remboursements d'emprunt ; partir une semaine en vacances une fois par an ; s'offrir un repas avec de la viande, du poulet, du poisson (ou un équivalent végétarien) tous les deux jours ; faire face à des dépenses imprévues ; acheter un téléphone (y compris un téléphone portable) ; acheter une télévision couleur ; acheter un lave-linge ; acheter une voiture ; chauffer correctement son logement. Eurostat – Taux de privation matérielle sévère [Dernière mise à jour : 18-4-2020]. La part de la population menacée de pauvreté ou d'exclusion sociale demeurerait significativement élevée en 2021. Selon une étude publiée le 27 juillet 2022 par l'institut grec de la statistique (Elstat), 28,3 % de la population grecque était menacée de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elstat a constaté une hausse de 0,9 % par rapport à 2020. Voir : Elstat, communiqué de presse, 27 juillet 2022, consultable à l'adresse <https://bit.ly/3cH48nz>.

des ménages a diminué d'environ 9 % entre 2009 (24 571 USD) et 2019 (22 431 USD)¹³.

19. La part des ménages se trouvant dans l'incapacité de faire face à des dépenses financières imprévues est passée de 26,6 % (2008) à 50,4 % (2020)¹⁴. Pendant les années de crise, le chômage a considérablement augmenté en Grèce. En 2008, le taux de chômage total (nombre de personnes au chômage en pourcentage de la population active totale) était de 7,8 %. Ce taux a atteint un pic de 27,5 % en 2013 : autrement dit, plus d'une personne sur quatre pouvant travailler en Grèce était au chômage¹⁵. Même si la situation s'est améliorée depuis, en 2019 le taux de chômage s'élevait encore à 17,3 %, soit un taux deux fois plus élevé par rapport au niveau d'avant crise¹⁶, et presque trois fois plus élevé que la moyenne européenne en 2019 (UE-28)¹⁷.
20. En réponse à la crise économique, à compter de 2010 le Gouvernement grec a commencé à réduire les dépenses publiques et a mis en place une série de mesures d'austérité. Les dépenses publiques ont chuté de 32,4 % (soit 41,723 milliards d'euros) entre 2009 et 2018¹⁸. La réduction des dépenses a affecté plusieurs secteurs clés de l'économie, y compris la défense, l'ordre public et la sécurité publique, ainsi que les dépenses dans des secteurs importants pour la réalisation des droits humains, comme la santé, l'éducation et la protection sociale. Ces coupes budgétaires généralisées se sont accompagnées de changements structurels dans plusieurs secteurs de l'administration publique, conçus pour limiter les dépenses et augmenter les recettes publiques. Cela englobait des réformes des retraites, des hausses d'impôts, et une baisse des salaires dans le secteur public¹⁹.
21. Le rapport initial d'Amnesty International sur les conséquences des mesures d'austérité sur la santé était fondé sur des recherches documentaires approfondies et sur des entretiens menés auprès de plus de 210 personnes, parmi lesquelles des usagers du système de santé²⁰, des professionnels de santé en Grèce, des experts en santé publique et des personnes représentant le Gouvernement grec²¹. Il est à noter qu'après la propagation de la maladie à coronavirus (covid-19), les chercheurs et chercheuses d'Amnesty International ont entrepris, entre 2020 et 2022, une nouvelle revue de la littérature sur le sujet et se sont entretenus avec 17 personnes, dont 11 professionnels de santé, pour engager une réflexion sur la manière dont une décennie d'austérité a pu saper la capacité de la Grèce à répondre à la crise sanitaire²². Ce travail de suivi a été effectué à distance en raison des contraintes de déplacement durant la pandémie²³. Nous étudions encore les effets des politiques d'austérité sur la préparation aux pandémies, mais nos réflexions initiales figurant dans les travaux déjà publiés, de même que des avis d'experts, sont également présentées dans cette partie²⁴. Les données chiffrées figurant dans le

¹³ <https://data.oecd.org/fr/hha/revenu-disponible-des-menages.htm>.

¹⁴ Incapacité à faire face à des dépenses financières imprévues – Enquête EU-SILC [Dernière mise à jour : 18-09-2021].

¹⁵ Eurostat, Taux de chômage total [Dernière mise à jour : 1-4-2020].

¹⁶ Eurostat, Taux de chômage total [Dernière mise à jour : 1-4-2020].

¹⁷ La moyenne des 28 pays de l'UE s'établissait à 6,3 % en 2019. Eurostat, Taux de chômage total [Dernière mise à jour : 1-4-2020].

¹⁸ Les dépenses totales des administrations publiques s'élevaient à 128,469 milliards d'euros en 2009 et à 86,746 milliards d'euros en 2018. Voir Eurostat, Dépenses des administrations publiques par fonction (CFAP) [Dernière mise à jour : 24-02-2020].

¹⁹ Voir, entre autres : loi 4051/2012, portant dispositions relatives aux retraites et autres dispositions urgentes mettant en œuvre le Mémoire d'accord, résumé en anglais :

http://ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=fr&p_isn=99834&p_count=96312&p_classification=15.02&p_classcount=6355 ; loi

4093/2012, portant sur l'approbation du cadre de stratégie financière à moyen terme 2013-2016 – Mesures urgentes de mise en œuvre de la loi 4046/2012 et du cadre de stratégie financière à moyen terme 2013-2016, résumé en anglais :

https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=fr&p_isn=99876 ; loi 4387/2016 sur le système unifié de sécurité sociale – Réforme du système de sécurité sociale et des régimes de retraite et autres dispositions :

https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=fr&p_isn=104502, <http://www.tsay.gr/Documents2/Neos%20nomos%20EFKA.pdf> ; Commission européenne, The New Greek System Pension reform, ESPN Flash Report 2016/63.

²⁰ Entretiens avec 75 patients (38 hommes et 37 femmes) qui cherchaient ou avaient cherché à se faire soigner dans le cadre du système de santé public. Sur la base de consultations avec des groupes de la société civile et des experts en santé publique, Amnesty International a choisi de mettre l'accent sur les catégories de personnes susceptibles d'avoir été touchées de manière disproportionnée par la crise économique et par les mesures d'austérité en général, comme les personnes à revenus modestes et, au sein de ce groupe, les personnes ayant des problèmes de santé chroniques, les personnes handicapées, les personnes âgées, et les personnes ayant besoin de soins de santé mentale. Au moins 42 des personnes interrogées n'avaient pas d'emploi, n'étaient pas assurées (la plupart avaient néanmoins accès au système de santé public à la suite des changements apportés à la loi en 2016 – quatre seulement ne pouvaient pas y accéder parce qu'elles n'avaient pas de numéro de sécurité sociale au moment de l'entretien) et/ou étaient sans-abri.

²¹ Amnesty International a rencontré des représentants du ministère de la Santé, du ministère du Travail et des Affaires sociales et du ministère des Finances en février et en septembre 2019. En décembre 2019, nous avons transmis aux autorités grecques compétentes un résumé des conclusions de ce rapport, en leur demandant de bien vouloir y répondre. Les réponses obtenues des autorités et les informations communiquées par diverses institutions à Amnesty International ont été incluses dans notre rapport.

²² Entre le 26 mars 2020 et le 1^{er} avril 2020, Amnesty International a mené des entretiens téléphoniques avec huit professionnels de santé en Grèce continentale et dans les îles. Ces entretiens ont été réalisés dans le cadre du rapport initial d'Amnesty International. Par la suite, Amnesty International s'est entretenue par téléphone avec un professionnel de santé en septembre 2020, un professionnel de santé en mars 2021, puis quatre professionnels de santé, un expert en santé publique, un usager du système de santé public et quatre personnes représentant la société civile entre janvier et juin 2022. Certaines personnes se sont entretenues avec l'organisation aux premiers stades de la pandémie et en 2022.

²³ Plusieurs personnes ont été interrogées à la fois pour les besoins du rapport initial et dans le cadre de l'étude de suivi.

²⁴ Pour de plus amples informations sur les effets de la pandémie de covid-19 et des réponses apportées par les États sur les groupes marginalisés, voir : OMS Europe, *Factsheet October 2020: Vulnerable populations during COVID-19 response*, <https://bit.ly/3DNbxNn> ; Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, *Guidance on the provision of support for medically and socially vulnerable*

rapport et reprises ici sont des statistiques correspondant aux années 2009 à 2020, période pendant laquelle Amnesty International s'est attachée à évaluer les conséquences des mesures d'austérité.

2.1 LES MESURES D'AUSTÉRITÉ APPLIQUÉES AU SECTEUR DE LA SANTÉ

22. Dès le début de la crise économique en Grèce, le gouvernement a commencé à réduire les dépenses publiques en matière de santé. Les dépenses publiques de santé en Grèce se sont effondrées, passant de 15,4 milliards d'euros en 2009 à 8,8 milliards en 2017, soit une réduction de 42,8 %²⁵. Au cours de la même période, les dépenses de santé par habitant (autrement dit, pour chaque personne) ont aussi chuté de 40 %²⁶. Pendant cette période, les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB ont également baissé : elles sont passées de 6,49 % en 2009 à 4,89 % en 2017²⁷. D'autres données permettent d'obtenir un tableau plus détaillé de la façon dont tel ou tel secteur du système de santé public a été affecté par les coupes budgétaires²⁸. Les « produits médicaux » (catégorie qui englobe les dépenses pharmaceutiques) et les « services hospitaliers » ont été particulièrement touchés. Malgré une hausse depuis 2014, les dépenses de biens médicaux ont accusé une baisse de plus de 50 % entre 2009 et 2018²⁹. De même, les dépenses au titre des services hospitaliers se sont réduites de 43 % sur la même période³⁰. Dans le même temps, on a aussi assisté à une réduction des dépenses publiques consacrées à la rémunération des personnels de santé, ainsi que de celles consacrées à la prévention. Les dépenses de prévention ont chuté de 33 % entre 2009 et 2016³¹.
23. La réduction des dépenses publiques de santé s'est accompagnée de changements structurels dans le système de santé public, comme la création de l'Organisme national pour la prestation de services de santé (EOPYY), la mise en place d'un système obligatoire de prescription électronique (les ordonnances de soins devant désormais être établies par voie électronique et non plus à la main comme auparavant) et la promotion du recours aux médicaments génériques. Si certaines des mesures introduites visaient à améliorer l'efficacité du système de santé, d'autres ont eu pour effet d'accroître la part des coûts supportés par les patients. Cela s'est fait de plusieurs façons.

Premièrement : l'unification des prestations opérée par l'EOPYY s'est traduite par une moindre couverture de certains services pour certains assurés. Bien que le panier de soins pris en charge par l'EOPYY soit considéré comme étant assez complet, des tests coûteux – comme les tests PCR (acronyme de Polymerase Chain Reaction – réaction de polymérisation en chaîne) servant au dépistage du VIH, d'autres virus et de certains champignons et les tests de thrombophilie – jusqu'alors couverts par certaines caisses professionnelles ont été retirés du catalogue des prestations. Des restrictions du droit à prestation ont aussi été instaurées pour différents services (accouchement, aérothérapie, balnéothérapie, traitement des thalassémies, logothérapie, traitement de la néphropathie, soins optiques)³². Autrement dit, les patients allaient désormais devoir payer de leur poche des services pour lesquels ils bénéficiaient jusqu'à présent d'une prise en charge.

Deuxièmement : la participation aux frais pharmaceutiques a été accrue. Comme indiqué précédemment, avant les mesures d'austérité, la contribution financière des patients (non plafonnée) s'élevait en règle générale à 25 % du coût des médicaments prescrits, mais il existait des exonérations : le montant du ticket modérateur était de 0 % pour certains médicaments et de 10 % pour d'autres. Après la crise économique,

populations in EU/EEA countries and the United Kingdom during the COVID-19 pandemic, 3 juillet 2020, <https://bit.ly/3FwOkjy>.

²⁵ Dépenses de santé des mécanismes publics et des systèmes de financement de la santé à contribution obligatoire, telles qu'elles figurent dans la base de données d'Eurostat. Eurostat, Dépenses de santé par mécanisme de financement [Dernière mise à jour : 24-2-2020]. Si l'on considère les dépenses publiques de santé telles que mesurées par Eurostat sous la rubrique « Dépenses des administrations publiques par fonction (CFAP) », les données sont légèrement différentes. La première formule a été choisie dans la mesure où d'autres éléments sont pris en considération, comme les dépenses de santé par habitant et les dépenses de santé en pourcentage du PIB, qui étaient pertinentes pour notre analyse. Même si les chiffres sont un peu différents dans le second cas, la tendance globale est la même. Ainsi, il ressort des données publiées par Eurostat sous la rubrique « Dépenses des administrations publiques par fonction (CFAP) » que les dépenses publiques de santé ont chuté de 43 % entre 2009 et 2018 en Grèce. Voir Eurostat, Dépenses des administrations publiques par fonction (CFAP), [Dernière mise à jour : 24-2-2020].

²⁶ Dépenses de santé des mécanismes publics et des systèmes de financement de la santé à contribution obligatoire, telles qu'elles figurent dans la base de données d'Eurostat. Eurostat, Dépenses de santé par mécanisme de financement [Dernière mise à jour : 24-2-2020].

²⁷ Dépenses de santé des mécanismes publics et des systèmes de financement de la santé à contribution obligatoire, telles qu'elles figurent dans la base de données d'Eurostat. Eurostat, Dépenses de santé par mécanisme de financement [Dernière mise à jour : 24-2-2020].

²⁸ Eurostat, Dépenses des administrations publiques par fonction (CFAP) [Dernière mise à jour : 24-2-2020].

²⁹ Eurostat, Dépenses des administrations publiques par fonction (CFAP) [Dernière mise à jour : 24-2-2020].

³⁰ Eurostat, Dépenses des administrations publiques par fonction (CFAP) [Dernière mise à jour : 24-2-2020].

³¹ Les données statistiques sont disponibles ici : Elstat, Health Accounts System / 2018, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/->.

³² Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, « Greece: Health System Review 2017 », *Health Systems in Transition*, p. 52, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330204/HiT-19-5-2017-eng.pdf?sequence=13&isAllowed=y>.

les pourcentages appliqués à la population générale ont été relevés, passant de 0 % à 10 % pour certains médicaments³³, et de 10 % à 25 % pour d'autres³⁴. En outre, une participation forfaitaire de 1 € a été introduite pour toutes les ordonnances³⁵. Certains groupes ont toutefois bénéficié d'une exonération³⁶. D'une manière générale, la participation aux frais pharmaceutiques est passée de 13,3 % en 2012 à 18 % en 2013³⁷.

Troisièmement : les médecins ayant désormais l'obligation de prescrire des médicaments génériques, si un patient reçoit un médicament d'origine ou de la marque de son choix, il doit payer la différence entre le coût du générique et celui du médicament d'origine.

Quatrièmement : une liste de médicaments non remboursables a été établie en 2012, de même qu'une liste de médicaments en vente libre qui incluait des médicaments auparavant remboursés (comme les antalgiques), que les patients devaient désormais payer eux-mêmes³⁸.

Cinquièmement : pendant les premières années de la crise, les usagers du système de santé ont dû assumer des frais supplémentaires : en 2011, la participation forfaitaire à payer par les patients dans le cadre des consultations externes des hôpitaux publics et des cliniques a été portée de 3 à 5 €. Ce copaiement a finalement été aboli en 2015³⁹. En 2012, un droit d'admission de 25 € a été mis en place dans les hôpitaux publics. Cette mesure a elle aussi été abolie dès 2014. Même si elles ont été finalement supprimées, lorsqu'elles étaient en vigueur, ces contributions s'ajoutaient aux sommes que les patients devaient déjà déboursier, par exemple, pour accéder à une consultation privée l'après-midi (dont le coût oscillait entre 16 et 72 €)⁴⁰.

Enfin, les mesures d'austérité ont aussi frappé de plein fouet les professionnels de santé. Dans le cadre des mesures prises pour réduire les dépenses de santé, les salaires des personnels des établissements publics de santé ont été revus à la baisse en 2010 : - 12 % en janvier puis à nouveau - 8 % en juin⁴¹. La quasi-totalité des subventions ont été supprimées et aucune prime liée à la performance n'a été versée⁴². Le recrutement a en outre été limité en fixant un ratio de 1:5 pour le remplacement des départs (à la retraite ou autre)⁴³. De nouvelles coupes dans les salaires des médecins de l'ESY (le système national de santé) ont été réalisées en 2012 et en 2017⁴⁴.

³³ Médicaments pour traiter la maladie d'Alzheimer, la démence, l'épilepsie, l'angiopathie, la maladie de Buerger, le diabète de type 2 et la maladie de Charcot. Voir C. Economou *et al.*, *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*, Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, 2014, p. 17, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

³⁴ Médicaments pour traiter les maladies coronariennes, l'hyperlipidémie, la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique, le lupus, la vasculite, la spondyloarthrite, la sclérodémie, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'adénome hypophysaire, l'ostéoporose, la maladie de Paget, la maladie de Crohn et la cirrhose. *Ibid.*

³⁵ Loi 4093/2012.

³⁶ Ainsi, aucune participation aux frais n'est demandée aux patients pour certains médicaments prescrits pour le traitement de maladies chroniques, les personnes ou familles à revenus modestes bénéficient d'une exonération du copaiement, et les retraités à faibles revenus ne paient que 10 % du prix de certains médicaments.

³⁷ C. Economou *et al.*, *op. cit.*

³⁸ Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, « Greece: Health System Review 2017 », *Health Systems in Transition*, vol. 19, n° 5, 2017, p. 52, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330204/HiT-19-5-2017-eng.pdf?sequence=13&isAllowed=y>.

³⁹ C. Economou, « Greece's health care system and the crisis: a case study in the struggle for the capable welfare state », *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, vol. 17 (supplément n° 1), décembre 2018 ; voir aussi C. Crookes, R. Palladino, P. Seferidi *et al.*, « Impact of the economic crisis on household health expenditure in Greece: an interrupted time series analysis », *BMJ Open*, 2020, 10:e038158, doi:10.1136/bmjopen-2020-038158.

⁴⁰ C. Crookes, R. Palladino, P. Seferidi *et al.*, *ibid.*

⁴¹ C. Economou *et al.*, *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*, Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, 2014, p. 33, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

⁴² *Ibid.*, p. 22.

⁴³ Voir *Greece: Reducing the number of public servants – latest developments*, 23 juin 2016, <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2016/greece-reducing-the-number-of-public-servants-latest-developments>.

⁴⁴ La loi 4093/2012 prévoyait de nouvelles coupes dans les salaires des médecins de l'ESY. En 2018, le Conseil d'État, réuni en assemblée plénière, a jugé ces dispositions contraires à la Constitution. Les syndicats de médecins ont exprimé leurs préoccupations concernant la baisse des revenus nets résultant des réformes introduites par la loi 4472/2017. En mars 2019, les dispositions de cette loi ont aussi été jugées inconstitutionnelles par les juridictions de première instance. Le texte de la loi 4093/2012, portant sur l'approbation du cadre de stratégie financière à moyen terme 2013-2016 – Mesures urgentes de mise en œuvre de la loi 4046/2012 et du cadre de stratégie financière à moyen terme 2013-2016, est disponible (en grec), à l'adresse <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/99876/119456/F1056585399/GRC99876%20Grk.pdf> ; voir aussi l'arrêt n° 431/2018 du Conseil d'État (texte disponible en grec à l'adresse http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomologia/steol%20431_2018.htm) et la loi 4472/2017 (texte disponible en grec à l'adresse <https://www.e-nomothesia.gr/suntaksiodotika/nomos-4472-2017-fek-74a-19-5-2017.html>).

24. Entre janvier 2018 et avril 2020, Amnesty International s'est entretenue avec 55 personnes occupant différents postes dans des établissements de santé du secteur public (membres du personnel médical, infirmier ou paramédical)⁴⁵. Toutes ont fait part de leurs inquiétudes concernant les coupes opérées dans les salaires et dans les prestations. Ces professionnels de santé ont aussi indiqué à Amnesty International que ces mesures s'étaient accompagnées d'une augmentation de leur charge de travail, due à la combinaison de deux facteurs : moins de postes étaient pourvus alors que la demande de soins augmentait. Certaines personnes ont aussi expliqué que la charge de travail accrue et l'insuffisance des effectifs pouvaient avoir des répercussions sur la qualité des soins reçus. Par exemple, une personne travaillant comme aide-soignante dans un hôpital public a décrit la situation en ces termes aux chercheurs d'Amnesty International : « *Il y a des jours où on n'arrête pas de courir partout et on n'y arrive jamais. Les patients sont mécontents. Parfois, je suis la seule aide-soignante pendant mon roulement [dans tout l'hôpital]. Notre salaire se réduit comme peau de chagrin et nous avons de plus en plus de travail. Je fais tout, je porte les patients, j'emmène le sang au labo. Il y a des jours où il n'y a qu'un seul aide-soignant pour tout l'hôpital.* »⁴⁶
25. Lors des entretiens menés depuis le début de la pandémie avec Amnesty International, certains des professionnels de santé et un expert en santé publique qui ont parlé avec l'organisation ont fait observer que ces mesures d'austérité avaient également eu des conséquences sur la réponse de la Grèce à la pandémie de covid-19⁴⁷. Plusieurs professionnels ont aussi décrit à quel point le système de santé en général était mal préparé pour réagir face à cette crise sanitaire⁴⁸. Comme l'a expliqué un médecin à Amnesty International : « *Nous manquons cruellement de moyens. Ces dix dernières années, le système a été démantelé.* »⁴⁹ « *Nous faisons les frais des coupes imposées par l'austérité* », observe une infirmière⁵⁰. Un autre professionnel de la santé s'est fait l'écho de ces préoccupations : « *Pendant la crise financière il y a eu des coupes sombres dans le secteur de la santé ; du coup, la plupart des hôpitaux fonctionnent avec la moitié du personnel requis... il est presque impossible de s'en sortir... Concernant la fourniture des soins et la sécurité du personnel, nous ne sommes pas du tout protégés. [Dans notre hôpital] nous travaillons avec la moitié du personnel requis et si le nombre de patients [covid-19] augmentait, ce serait impossible.* »⁵¹
26. Ces déclarations sont cohérentes avec d'autres travaux de recherche récemment menés sur cette question par des experts en santé publique. Kondilis, Tarantilis et Benos se sont ainsi penchés sur les besoins de santé (non liés à la covid) non satisfaits et affirment que « *ces premiers résultats montrent qu'un système de santé confronté à une pénurie de moyens, après des années d'austérité, peut être déstabilisé lorsqu'il s'efforce de faire face à une menace pour la santé publique, en sacrifiant l'accès à des services de santé pourtant essentiels pour les patients chroniques qui en sont très dépendants, afin de pouvoir affronter l'épidémie* »⁵². De même, une étude de Thomson, García-Ramírez et autres visant à déterminer si le financement du système de santé était résilient aux chocs économiques (y compris en Grèce) note que « *certain systèmes de santé en Europe ont été affaiblis par les mesures prises en réaction à la crise financière mondiale de 2008. L'austérité a clairement sapé la résilience et toute perspective de progrès vers la couverture sanitaire universelle* ». Les auteurs lancent aussi un avertissement : « *Les pays devront probablement dépenser beaucoup plus pour la santé à moyen terme afin de relever les multiples défis qui se présentent dans le sillage de la pandémie [...] Les pays devront également investir pour faire en sorte que les systèmes de santé soient mieux préparés pour affronter les chocs futurs [...]* »⁵³
27. Les six professionnels de santé (dont des représentants de syndicats des professionnels de santé) interviewés par Amnesty International après la publication de son rapport initial ont continué à pointer du doigt le manque criant de personnel, en soulignant qu'il s'agit d'un problème chronique qui met le système de santé grec à rude épreuve. Selon ces personnes, les mesures prises par les pouvoirs publics n'étaient pas suffisantes pour pallier la pénurie préexistante⁵⁴. Quatre d'entre elles ont fait part de leurs inquiétudes concernant la perte de personnel pour des

⁴⁵ Il s'agissait généralement d'entretiens téléphoniques ou en personne. Lorsqu'un entretien est cité dans le présent document, une note en bas de page indique la date et le lieu.

⁴⁶ Entretien avec Amnesty International, 16 février 2019, Céphalonie.

⁴⁷ Voir note 22 *supra*.

⁴⁸ Voir note 22 *supra*.

⁴⁹ Entretien téléphonique avec un médecin travaillant dans les unités covid-19 du service des urgences, 30 mars 2020, hôpital du continent. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁵⁰ Entretien téléphonique avec une infirmière, 31 mars 2020, hôpital du continent. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁵¹ Entretien avec un professionnel de santé, 1^{er} avril 2020, hôpital d'une île grecque. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁵² E. Kondilis, F. Tarantilis, A. Benos, "Essential public healthcare services utilization and excess non-COVID-19 mortality in Greece", *Public Health*, vol. 198, 2021, [10.1016/j.puhe.2021.06.025](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.06.025).

⁵³ Sarah Thomson, Jorge Alejandro García-Ramírez, Baktygul Akkazieva, Trijn Habicht, Jonathan Cylus et Tamás Eyetovits, « How resilient is health financing policy in Europe to economic shocks? Evidence from the first year of the COVID-19 pandemic and the 2008 global financial crisis », *Health Policy*, janvier 2022, vol. 126, n° 1, p. 7-15, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8591973/>.

⁵⁴ Après la publication de son rapport initial en avril 2020, Amnesty International s'est entretenue par téléphone avec un professionnel de santé en septembre 2020, un professionnel de santé en mars 2021, puis quatre professionnels de santé, un expert en santé publique, un usager du système de santé et quatre personnes représentant la société civile entre janvier et juin 2022. Cinq des professionnels de santé interrogés entre septembre 2020 et juin 2022 avaient déjà été interviewés précédemment pour les besoins du rapport initial. Selon un rapport publié en 2021 par l'OCDE, 7 500 personnes sont venues renforcer les effectifs du système de santé entre mars 2020 et février 2021. Voir OCDE, *State of Health in the EU, Greece: Country Health Profile 2021*, <https://www.oecd.org/health/greece-country-health-profile-2021-4ab8ea73-en.htm>, p. 20.

raisons telles que les départs en retraite, le non-renouvellement des contrats à durée déterminée, les démissions motivées par des conditions de travail très difficiles, et le fait qu'un nombre significatif de soignants ont été suspendus après avoir refusé de se soumettre à la vaccination obligatoire contre la covid-19⁵⁵.

« Les hôpitaux régionaux s'effondrent et nous sommes contraints d'admettre un plus grand nombre de patients [...]. Des médecins démissionnent parce qu'il n'y a pas de recrutement de personnel médical permanent »⁵⁶, explique l'un des médecins interrogés. Un autre médecin expose la situation en ces termes : « Il y a des pénuries de personnel parce que beaucoup de soignants font valoir leur droit à la retraite mais aussi en raison de ce qui s'est passé pour tous ceux qui ont été suspendus parce qu'ils n'étaient pas vaccinés. Autant de postes qui ne peuvent pas être pourvus... Le personnel infirmier et les autres agents sous contrat à durée déterminée ne sont pas en nombre suffisant pour couvrir les besoins. »⁵⁷

3. OBJET DE LA RÉCLAMATION

28. La présente réclamation allègue la violation, par la Grèce, de l'article 11 de la Charte révisée, combiné à l'article E.
29. Aux termes de l'article 11, « toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre ». Dans la partie I de la Charte révisée, il est indiqué que les Parties « reconnaissent comme objectif d'une politique qu'elles poursuivront par tous les moyens utiles, sur les plans national et international, la réalisation de conditions propres à assurer l'exercice effectif des droits et principes suivants : [dont] « Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre. » L'article 11 de la Charte révisée précise qu'en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, « les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ».
30. Le Comité européen des droits sociaux a indiqué que la notion de santé au sens de l'article 11 couvre le bien-être physique et mental conformément à la définition de la santé figurant dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce qui englobe la santé physique et mentale⁵⁸. Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le système de santé doit être accessible à toute la population. Le droit à l'accès aux soins de santé implique que : i) le coût des soins ne représente pas une charge trop lourde pour les individus. Des mesures visant à atténuer les effets de la participation financière des patients parmi les catégories défavorisées de la population doivent être prises ; ii) les modes d'accès aux soins n'entraînent pas des retards indus dans la fourniture des soins, ce qui englobe une gestion appropriée des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé ; et iii) les professionnels et équipements de santé soient en nombre suffisant, étant donné que « la densité très faible des lits d'hôpitaux parallèlement à l'existence de listes d'attente pourrait constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé par le plus grand nombre »⁵⁹.
31. Quant à l'article E, il est ainsi libellé : « La jouissance des droits reconnus dans la présente Charte doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation. »⁶⁰

⁵⁵ Voir l'article 206 de la [loi n° 4820/2021](#). Le nombre de professionnels de santé [suspendus](#) de leur poste après l'introduction de la vaccination obligatoire pour les soignants en Grèce est estimé à près de 6 500 personnes. Selon les informations reçues, environ la moitié des professionnels concernés auraient réintégré leur poste après s'être fait vacciner contre la covid-19. Voir <https://bit.ly/3DM9WHB> ; <https://bit.ly/3SXg9oi>. Panos Papanikolaou, secrétaire général de la Fédération des associations de médecins hospitaliers de Grèce (OENGE), a déclaré lors d'une interview télévisée que le « nombre total de personnes travaillant dans le secteur des soins de santé primaires et secondaires est inférieur à celui d'avant la pandémie. Des milliers de soignants partent à la retraite, mettent fin à leur carrière ou sont suspendus à cause de l'obligation vaccinale. » Consultable à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=mnfy0MjdvLc>, janvier 2022.

⁵⁶ Interview, janvier 2022. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁵⁷ Interview, janvier 2022. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁵⁸ *Digest of jurisprudence* du Comité européen des droits sociaux au 1^{er} septembre 2008, <https://rm.coe.int/168049159f>.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ Voir les articles 11 et E de la Charte sociale européenne révisée. Les textes de la Charte peuvent être consultés à l'adresse <https://www.coe.int/fr/web/european-social-charter/charter-texts>.

32. Dans la présente réclamation, les éléments attestant des violations apportés par Amnesty International reposent sur : i) une recherche documentaire approfondie menée entre 2018 et 2022 et ii) des entretiens réalisés entre 2018 et 2022 auprès de plus de 217 personnes – parmi lesquelles 75 usagers du système de santé, 56 professionnels de santé, 86 experts en santé publique, défenseurs des droits humains, prestataires de services à but non lucratif, experts de l’analyse budgétaire ou universitaires, et des représentants du gouvernement. Certaines personnes ont été interviewées à plusieurs reprises. Beaucoup des personnes interrogées étaient dans une précarité extrême : sans emploi, sans assurance maladie ou sans abri et, partant, plus susceptibles de rencontrer des difficultés et des obstacles dans l’accès aux soins.

3.1 VIOLATION 1 : LA DÉTÉRIORATION DE L’ACCESSIBILITÉ DES SOINS RÉSULTANT DES MESURES D’AUSTÉRITÉ EST CONTRAIRE À L’ARTICLE 11

RESTRICTION DE L’ACCÈS AUX SOINS EN DROIT ET EN PRATIQUE

33. S’agissant de l’accès aux soins, les premières difficultés sont apparues du fait de l’envolée du chômage en Grèce au lendemain de la crise en 2009. Pour pouvoir bénéficier de l’accès gratuit aux soins dans le système de santé public, il fallait en effet justifier de l’assurance liée à l’emploi. Avec la montée du chômage, en 2016 plus de 2,5 millions de personnes n’étaient plus assurées et n’avaient plus accès au système de santé comme auparavant⁶¹ ; elles devaient désormais payer de leur poche. La perte de l’assurance était l’un des plus grands obstacles à l’accès aux soins durant la crise. À compter de 2013, les gouvernements successifs ont mis en place des dispositifs visant à répondre aux besoins de santé des personnes non assurées, comme le programme de coupons mis en place en 2013 par arrêté ministériel. Deux autres arrêtés ministériels ont suivi en 2014. Cependant, les personnes concernées se heurtaient toujours à des obstacles administratifs à l’accès aux soins, compte tenu des multiples difficultés qui entravaient la mise en œuvre du dispositif⁶².
34. Enfin, en 2016, le gouvernement a promulgué la loi 4368/2016 (ci-après « la loi de 2016 »), laquelle avait vocation à assurer l’accès universel à la santé pour les personnes non assurées et les groupes dits « vulnérables »⁶³. Il est extrêmement préoccupant de constater qu’il aura fallu attendre 2016 – soit huit ans après le début de la crise économique – pour que les pouvoirs publics mettent en place des mesures visant à garantir effectivement l’égal accès aux soins pour les personnes non assurées. L’article 33 de la loi de 2016 prévoit aussi l’accès aux soins pour les demandeurs d’asile et les enfants, quel que soit leur statut juridique. Toutefois, des problèmes d’accès demeurent pour ces groupes, à la fois en raison des restrictions prévues par la loi et des difficultés pratiques de mise en œuvre (voir *infra*).
35. De graves inquiétudes ont été exprimées par les professionnels de santé, les experts et les usagers du système de santé interviewés par Amnesty International, de même que par les groupes de défense des droits des personnes handicapées, concernant les conséquences préjudiciables d’une réforme de la loi de 2016 introduite par l’article 38 de la loi 4865/2021, s’agissant de l’accès des patients non assurés aux soins pharmaceutiques requis par leur état⁶⁴. En vertu des nouvelles dispositions⁶⁵, les personnes non assurées ne pourront plus s’adresser à des médecins privés pour obtenir une ordonnance prescrivant un médicament, un traitement médical ou la réalisation de tests diagnostiques : elles devront nécessairement passer par un médecin du système de santé public. Leurs médicaments ne pourront être délivrés que par les pharmacies enregistrées auprès de l’Organisme national pour la prestation de services de santé (EOPYY). On s’attend à ce que la réforme complique considérablement l’accès aux soins pharmaceutiques pour les personnes non assurées, étant donné que les délais d’attente pour voir un médecin dans les hôpitaux publics ou dans les centres de soins primaires peuvent être très longs, dans un contexte de sous-effectif chronique amplifié par la pandémie de covid-19, qui accentue les pressions pesant sur le système. Un médecin interviewé en janvier 2022 par les chercheurs d’Amnesty International se lamente : « *Maintenant, ils [les personnes non assurées] n’ont pas d’autre alternative que de se tourner vers le système de santé public, qui est déjà débordé et doit*

⁶¹ Voir par exemple Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, « Greece: Health System Review 2017 », *Health Systems in Transition*, p. 76, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330204/HiT-19-5-2017-eng.pdf?sequence=13&isAllowed=y>.

⁶² *Ibid.*, p. 50 et 51.

⁶³ Loi 4368/2016, article 33 ; arrêté interministériel A A3(γ)/ΤΠ/οικ.25132 fixant les dispositions propres à assurer l’accès des personnes non assurées au système national de santé, <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-%20anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>.

⁶⁴ Voir Confédération nationale des personnes handicapées (E.S.A.me.A), Lettre ouverte au Premier ministre grec, 8 décembre 2021, esamea.gr ; entretiens avec Amnesty International, janvier 2022.

⁶⁵ [Loi 4865/2021](https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-%20anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias).

maintenant recevoir toutes les personnes non assurées pour leur prescrire des médicaments. Et d'une manière générale, la loi de 2016 a permis l'accès aux soins de patients non assurés sans que l'État ait doté pour autant les hôpitaux du budget correspondant... »⁶⁶ À la fin mai 2022, un arrêté ministériel a défini les catégories de patients non assurés non soumis aux exigences fixées par la loi 4865/2021. Il s'agit notamment des jeunes non assurés de moins de 18 ans, des patients non assurés atteints de déficiences intellectuelles ou de troubles mentaux ou d'un handicap grave à expressions multiples, ou encore de ceux présentant un taux d'invalidité ou d'incapacité égal ou supérieur à 80 %, dûment certifié⁶⁷.

INSUFFISANCE DU FINANCEMENT

36. Alors que la loi de 2016 cherchait à garantir l'accès universel aux soins pour les quelque 2,5 millions de personnes qui n'étaient plus assurées, elle n'a pas été accompagnée de dotations budgétaires suffisantes. Des professionnels de santé ont indiqué à Amnesty International que la loi de 2016 a accru la charge de travail sans prévoir une augmentation correspondante des moyens alloués au système de santé. Or il y avait un besoin impérieux d'effectifs supplémentaires et de financement. Comme l'a confié un médecin à Amnesty International : *« Tout le monde est affecté, de manière générale, même si la loi de 2016 a élargi l'accès aux soins. Il n'y a pas eu de hausse équivalente des financements et des effectifs. Du coup, les hôpitaux ne peuvent pas faire face à cette demande accrue. Alors que nous sommes confrontés à une hausse de 30 à 40 % des patients, nous n'avons pas plus de moyens ni de personnels [...] Cela met les soignants dans une position très difficile. Ils ont deux fois plus de travail et font des journées à rallonge. [...] Il ne suffit pas que les patients puissent accéder à l'hôpital. Encore faut-il que les médecins puissent les aider. »*⁶⁸

HAUSSE SENSIBLE DES DÉLAIS D'ATTENTE

37. La dégradation de l'accès aux soins après les mesures d'austérité prend une deuxième forme : la hausse des délais d'attente en matière d'accès aux soins. Amnesty International s'est entretenue avec 75 usagers du système de santé grec⁶⁹. S'agissant de l'accessibilité du système de santé, il est apparu que les longs délais d'attente étaient une préoccupation majeure. Près de 90 % des personnes interrogées ont affirmé que lorsqu'elles avaient besoin de soins, les longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous représentaient l'un des principaux obstacles auxquels elles se heurtaient⁷⁰ ; plusieurs personnes ont expliqué que les délais pour voir un médecin ou un spécialiste ou pour faire des examens à l'hôpital avaient augmenté pendant la crise. D'après les informations recueillies, il fallait attendre des mois avant de pouvoir consulter un médecin, réaliser des tests diagnostiques et accéder à un traitement. Alors que certains pays européens collectent des données relatives aux délais d'attente pour les services de santé à l'échelle nationale, la Grèce omet de le faire. Il n'est donc pas possible de vérifier quantitativement dans quelle mesure les délais d'attente ont augmenté, ni de déterminer si des services spécifiques sont plus particulièrement touchés.
38. Cependant, les professionnels de santé, les bénévoles des dispensaires sociaux solidaires (structures de soins opérant en marge du système de santé grec, qui se sont donné pour mission d'offrir des soins gratuits et des médicaments aux personnes ayant un accès limité aux soins de santé) et les représentants du gouvernement rencontrés par les chercheurs d'Amnesty International ont tous confirmé que les délais d'attente avaient bel et bien augmenté durant la crise et représentaient un défi majeur. Ceci est cohérent avec les constatations d'un rapport de l'OMS à ce sujet : *« Même s'il n'y a pas de données officielles, les témoignages recueillis auprès des personnels de santé suggèrent*

⁶⁶ Interview, janvier 2022. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁶⁷ Arrêté ministériel relatif à la prescription de médicaments aux personnes non assurées, communiqué du ministère grec de la Santé consultable à l'adresse <https://bit.ly/3t5FAdq>.

⁶⁸ Entretien avec un médecin, 3 février 2019, Patras.

⁶⁹ Entretiens menés entre 2018 et 2020 à Athènes, Patras, Corinthe, Chania, Thessalonique et Céphalonie. Sur la base de consultations avec des groupes de la société civile et des experts en santé publique, Amnesty International a choisi de mettre l'accent sur les catégories de personnes susceptibles d'avoir été touchées de manière disproportionnée par la crise économique et par les mesures d'austérité en général, comme les personnes à revenus modestes et, au sein de ce groupe, les personnes ayant des problèmes de santé chroniques, les personnes handicapées, les personnes âgées, et les personnes ayant besoin de soins de santé mentale. Au moins 42 des personnes interrogées n'avaient pas d'emploi, n'étaient pas assurées (la plupart avaient néanmoins accès au système de santé public à la suite des changements apportés à la loi en 2016 – quatre seulement ne pouvaient pas y accéder parce qu'elles n'avaient pas de numéro de sécurité sociale au moment de l'entretien) et/ou étaient sans-abri. La majorité des entretiens ont été organisés par l'intermédiaire des dispensaires sociaux solidaires et d'associations et de groupes représentant les personnes handicapées. Beaucoup des personnes avec qui Amnesty International s'est entretenue ont pu avoir accès à des soins grâce à ces dispensaires sociaux solidaires, mais il est probable que nous n'aurons pas pu atteindre tout le monde : bien des individus ne sont pas en rapport avec ces structures et ne reçoivent aucun soutien, pas même à ce niveau.

⁷⁰ Entretiens menés par Amnesty International. Pour de plus amples informations, voir Amnesty International, *Greece: Resuscitation required – The Greek health system after a decade of austerity*, 28 avril 2020 (index : EUR 25/2176/2020), p. 38.

que les délais d'attente pour recevoir des soins dans le système de santé public ont augmenté. »⁷¹ Bien des raisons expliquent cette évolution : la réduction des effectifs, le manque de moyens dans le secteur de la santé, et le plus grand nombre de personnes accédant au système de santé public.

39. Des usagers du système de santé et des professionnels de santé ont exposé à Amnesty International les problèmes induits par ces temps d'attente prolongés pour les patients. Les délais prolongés pour obtenir des soins augmentent la période pendant laquelle ils doivent vivre avec des symptômes douloureux et évitables. Cela prolonge le stress et les inquiétudes quant à la maladie dont ils pourraient être atteints. Plus grave encore, dans certains cas, les délais d'attente augmentent le risque de survenue d'une maladie et provoquent l'aggravation des problèmes de santé non traités.
- Amnesty International a notamment recueilli le témoignage de S*, 58 ans, chômeur et non assuré. Il y a une dizaine d'années, il a fait une crise cardiaque et doit depuis prendre régulièrement des médicaments et bénéficier d'un suivi médical. Ses médicaments lui coûtent de l'ordre de 80 € par mois. Pendant les premières années de la crise, il dépendait des dispensaires sociaux solidaires. Toutefois, après la loi de 2016, il a commencé à avoir recours au système de santé public. « *Mais il y a de longues listes d'attente et il est difficile d'obtenir un rendez-vous* », explique-t-il. Par exemple, il lui a fallu huit semaines pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue et attendre six mois pour une coloscopie⁷².
 - Même son de cloche pour AG*, mère célibataire avec un enfant de cinq ans. Elle travaille comme aidante à raison de quatre heures par jour et gagne environ 500 € par mois. Elle a de nombreux problèmes de santé et est tributaire du système de santé public. « *Je garde mon argent pour mon fils, au cas où il me faudrait devoir payer une consultation privée chez un pédiatre... Pour moi, j'attends* », dit-elle. Elle explique à Amnesty International avoir subi les conséquences des longues listes d'attente : « *J'ai eu une mauvaise grippe, et j'ai donc appelé mon médecin. Le premier rendez-vous disponible était un mois plus tard. Je suis donc allée aux urgences à la place, et j'ai attendu quatre heures. [Et puis] Je me suis dit qu'il valait mieux rentrer chez moi et mourir dans mon lit.* » Elle a par ailleurs un problème à l'œil. « *J'ai besoin de voir un spécialiste pour contrôler ma vue. J'ai appelé en octobre 2018 et j'ai eu un rendez-vous en février 2019... [En attendant] Lire ou écrire me fatigue* », ajoute-t-elle⁷³.
40. Un bénévole d'un dispensaire social solidaire d'Athènes qui s'occupe spécifiquement de la santé mentale s'insurge : « *Il y a de longues listes d'attente dans le système de santé public. Mais si quelqu'un fait une dépression ou a une crise de panique, vous ne pouvez pas lui dire de venir dans trois ou quatre mois* », dit-il à Amnesty International⁷⁴.

3.2 VIOLATION 2 : LES MESURES D'AUSTÉRITÉ ONT RENDU LES SOINS INABORDABLES

41. La crise économique a accru la vulnérabilité financière des citoyens grecs et démultiplié le risque de devenir pauvre, à tel point que nombre d'entre eux ont des difficultés à assumer le coût des soins de santé. D'une manière générale, les dépenses totales de santé (qui comprennent les dépenses publiques et privées) ont baissé en Grèce entre 2009 et 2017. Alors qu'elles s'élevaient à plus de 22 milliards d'euros en 2009, elles s'étaient contractées à 14,5 milliards d'euros en 2017, soit un recul de 35,56 %⁷⁵. La part des dépenses publiques dans la dépense totale en santé a chuté, tandis que les dépenses privées, exprimées en pourcentage de l'ensemble des dépenses de santé, ne cessaient d'augmenter⁷⁶. Autrement dit, la part restant à la charge des patients était en hausse tandis que la contribution de l'État diminuait.
42. Aujourd'hui encore, les dépenses de santé en Grèce demeurent très en deçà de la moyenne européenne : en 2019, elles s'établissaient à 7,8 % du PIB, contre 9,9 % dans l'UE⁷⁷. À peine 60 % des dépenses de santé étaient financées par les sources publiques, tandis qu'une très large part (35 %) était couverte par les paiements directs des ménages, principalement sous forme de participation aux coûts pour les produits pharmaceutiques (ticket

⁷¹ Organisation mondiale de la santé, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", 2014, p. 27, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

⁷² Entretien avec S*, 5 février 2019, Athènes. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁷³ Entretien avec AG*, 31 janvier 2019, Athènes. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁷⁴ Entretien avec un bénévole d'un dispensaire social solidaire, 4 février 2019, Athènes. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁷⁵ Eurostat, Dépenses de santé par mécanisme de financement [Dernière mise à jour : 24-2-2020].

⁷⁶ Eurostat, Dépenses de santé par mécanisme de financement [Dernière mise à jour : 24-2-2020].

⁷⁷ OCDE et Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, *State of Health in the EU – Greece: Country Health Profile 2021*, décembre 2021, p. 8, disponible ici : <https://www.oecd.org/health/greece-country-health-profile-2021-4ab8ea73-en.htm>.

modérateur) et de paiements directs pour les services ne faisant pas partie du panier de soins⁷⁸.

43. Le fait que les ménages assument désormais une plus grande part des dépenses totales est lié à d'autres données qui montrent les conséquences néfastes de cette tendance, y compris en termes d'accessibilité financière des soins. L'OMS a analysé l'incidence des dépenses de santé appauvrissantes et catastrophiques dans les pays de l'Union européenne. En Grèce, les dépenses de santé catastrophiques n'ont cessé d'augmenter entre 2010 et 2015. Leur part est passé de 7 % en 2010 à 10 % en 2016. Environ 2 % des ménages grecs sont confrontés à ce problème⁷⁹.
44. Ces données sont aussi étroitement liées à la hausse des besoins non satisfaits pour raisons financières. En moyenne, les besoins de santé non satisfaits ont presque doublé en Grèce entre 2009 (4,2 %) et 2018 (8,3 %), pour atteindre un pic de 12 % en 2016⁸⁰. Ces taux sont largement supérieurs à la moyenne de l'Union européenne à 27 (UE-27), qui s'établissait à 1,7 % en 2016 et 1 % en 2018⁸¹. Les personnes appartenant au quintile le plus bas (revenus les plus faibles) sont particulièrement concernées. De surcroît, la différence entre les quintiles inférieur et supérieur a aussi augmenté de 2,3 % au cours de la dernière décennie⁸². Les besoins de santé non satisfaits sont également plus élevés pour les femmes que pour les hommes : ils s'élevaient à 2,9 % pour les hommes et 5,1 % pour les femmes en 2009 et à 7,3 % pour les hommes et 9,3 % pour les femmes en 2018, dans tous les quintiles de revenu⁸³. Selon l'OMS, les données montrent que la hausse des dépenses catastrophiques était concentrée dans les 2^e, 3^e, 4^e et 5^e quintiles les plus riches, et celle des besoins non satisfaits en matière de santé et de soins dentaires dans le quintile le plus pauvre⁸⁴.
45. Malgré quelques améliorations depuis 2016⁸⁵, en 2019 la Grèce a enregistré le deuxième taux le plus élevé de besoins de soins médicaux non satisfaits immédiatement avant la pandémie de covid-19 ; le pays affichait toujours l'écart de loin le plus considérable entre le taux de besoins non satisfaits entre les groupes de revenu à l'échelle de l'UE⁸⁶. Le taux pour les ménages se situant dans le quintile de revenu le plus bas (18,1 %) était 20 fois supérieur à celui des ménages du quintile supérieur (0,9 %). Le coût était le principal motif invoqué pour expliquer les besoins non satisfaits : cette raison a été mentionnée par 7,5 % des répondants – soit le taux le plus élevé dans l'UE, où la moyenne est de 0,9 %. Environ une personne sur quatre a déclaré avoir renoncé à des soins durant les douze premiers mois de la pandémie⁸⁷.
46. Autrement dit, l'obligation de dépenser davantage pour les soins de santé n'a pas eu les mêmes répercussions pour tous : les personnes ayant des revenus plus élevés ont dû y consacrer des montants « catastrophiques », tandis que celles ayant des revenus plus modestes ont eu tendance à renoncer aux soins dont elles avaient besoin, faute de moyens. Les difficultés d'accès aux soins pour raisons financières étaient en partie liées à la réduction du revenu disponible de la population pendant cette période, due à la fois à la crise économique et à l'élargissement des mesures d'austérité. Cependant, les mesures d'austérité spécifiquement appliquées au secteur de la santé, notamment celles consistant à transférer les coûts aux patients, sont aussi un élément d'explication très important. Selon un rapport de l'OMS sur l'impact de la crise sur les soins de santé en Grèce : « *La crise a exacerbé les problèmes existants, et beaucoup des conditions imposées dans le cadre des plans de sauvetage ont rendu le financement du secteur de la santé plus inéquitable. [...] D'autres mesures font peser une charge toujours plus lourde sur la population et particulièrement sur les couches les plus pauvres de la société, comme la hausse de la participation financière des usagers, notamment pour*

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, "Can people afford to pay for health care?" [Les soins de santé sont-ils abordables ?], rapport régional, 2019, p. 30, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Résumé en français disponible à l'adresse <https://www.who.int/europe/fr/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3439-431980-60514>.

⁸⁰ Eurostat, Besoins auto-déclarés d'examen ou de traitement médical non satisfaits, par sexe, âge, raison principale déclarée et quintile de revenu [Dernière mise à jour : 30-3-2020]. Les données statistiques communiquées par l'institut national de la statistique (Elstat) sont légèrement différentes. La proportion de personnes déclarant des besoins non satisfaits est passée de 4,2 % en 2010 à 10,4 % en 2018, puis à 14,4 % en 2016. Les chiffres sont consultables ici : https://www.statistics.gr/documents/20181/16865455/LivingConditionsInGreece_0320.pdf/8a3983e0-821a-5551-df1c-%202c115477c386.

⁸¹ Eurostat, Besoins auto-déclarés d'examen ou de traitement médical non satisfaits, par sexe, âge, raison principale déclarée et quintile de revenu [Dernière mise à jour : 30-3-2020].

⁸² *Ibid.*

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *op. cit.*, p. 69.

⁸⁵ Les besoins de soins médicaux non satisfaits ont atteint un pic de 13,1 % en 2016, puis n'ont cessé de diminuer, en affichant une baisse d'environ 15 % chaque année. Voir OCDE et Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, *State of Health in the EU – Greece: Country Health Profile 2021*, décembre 2021, p. 13, disponible ici : <https://www.oecd.org/health/greece-country-health-profile-2021-4ab8ea73-en.htm>.

⁸⁶ En 2019, la Grèce a enregistré le deuxième taux le plus élevé dans l'UE après l'Estonie : 8,1 % de la population grecque a déclaré des besoins non satisfaits en raison des coûts, de la distance ou des délais d'attente, contre 1,7 % à l'échelle de l'UE. Voir OCDE et Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, *ibid.*, p. 13.

⁸⁷ *Id.*, *ibid.*, p. 3.

les consultations externes ; l'ouverture de consultations chirurgicales privées l'après-midi dans les hôpitaux publics, avec paiement à l'acte ; les frais exigés lors d'admission à l'hôpital public ; les augmentations du ticket modérateur pour les médicaments, et le retrait de certains tests de laboratoire ou autres de la liste des produits et prestations remboursables par l'EOPYY. »⁸⁸

47. Le coût élevé des soins de santé est un thème récurrent qui revient dans la quasi-totalité des 130 entretiens menés pour le rapport initial d'avril 2020 auprès d'utilisateurs du système de santé et de professionnels de santé. Comme décrit ci-dessous, plusieurs personnes ont fait observer que même si le taux du ticket modérateur semblait peu élevé – de 10 à 25 % –, en l'absence de plafonnement du copaiement pour les médicaments, les sommes laissées à la charge des assurés pouvaient s'avérer importantes. E*, par exemple, une pharmacienne retraitée depuis peu, qui travaillait encore il y a quelques mois, l'a ainsi expliqué à Amnesty International : « *Je connais des gens qui paient jusqu'à 150 € en copaiements : par exemple, une personne âgée qui a des problèmes cardiaques, du cholestérol, et une affection respiratoire.* »⁸⁹
48. D'autres personnes ont cité d'autres raisons pour lesquelles les patients finissent par payer des médicaments et des biens médicaux durables comme les aides à la mobilité, prothèses, etc. Par exemple, si le médicament générique demandé n'était pas disponible, ou si le médecin avait prescrit un médicament de marque, le patient devait payer la différence de prix entre le médicament de marque et sa version générique. Par ailleurs, certaines personnes avaient besoin de médicaments qui n'étaient plus couverts par le système de santé public à la suite des mesures d'austérité, et devaient donc désormais les payer intégralement de leur poche. FA*, tétraplégique depuis l'âge de 12 ans, touche une prestation d'invalidité qu'elle juge insuffisante au regard de ses besoins : « *Avant nous avions accès aux médicaments... Je veux dire, ils nous étaient dispensés sans copaiement. Durant la crise, tout cela a pris fin... Maintenant, en plus du fardeau que représente le copaiement des médicaments, nous devons supporter une charge financière additionnelle pour les produits jetables [qui ne sont plus fournis gratuitement].* »⁹⁰
49. Près de 70 % des personnes avec qui Amnesty International s'est entretenue n'avaient pas les moyens de payer des soins dans le secteur privé et n'avaient d'autre choix que de s'adresser aux pharmacies sociales (pharmacies opérant en marge du système de santé public, délivrant gratuitement les médicaments aux personnes ayant un accès limité aux soins) pour tout problème de santé (même si s'en tenir là est inapproprié dans bien des cas) ; elles avaient tendance à repousser le moment de se faire soigner, voire ne se faisaient pas soigner.
50. P*, retraitée, atteinte d'une maladie auto-immune, a subi de plein fouet la hausse du coût des soins. « *L'accès au système de santé est problématique. Si vous n'avez pas d'argent, vous ne pouvez pas vous faire soigner aujourd'hui* », a-t-elle expliqué à Amnesty International. Lorsque P* a pris sa retraite en 2009, elle touchait une pension de 1 450 €, sa seule source de revenu. Ce montant avait été réduit à 1 050 € en 2019. Le reste à charge pour ses médicaments oscille entre 40 et 50 € par mois. Elle doit consulter un spécialiste une fois par mois, mais les créneaux disponibles sont généralement réservés longtemps à l'avance. Elle paie donc 65 € pour voir un spécialiste le soir. Par ailleurs, elle va régulièrement chez un kinésithérapeute. Cela lui coûte 20 € par séance et il lui faut une quinzaine de séances par mois. Au total, elle doit déboursier plus de 400 € par mois, soit près de 40 % de son revenu mensuel⁹¹.

3.3 VIOLATION 3 : LES MESURES D'AUSTÉRITÉ ONT EU UN IMPACT PARTICULIER SUR CERTAINS GROUPES MARGINALISÉS, CE QUI EST INCOMPATIBLE AVEC L'ARTICLE E

51. Plusieurs travaux de recherche se sont intéressés spécifiquement aux effets des mesures d'austérité sur certains groupes de population en Grèce, notamment les personnes à revenus modestes et les personnes handicapées, les chômeurs et/ou les sans-abri, les réfugiés et les demandeurs d'asile, et les personnes ayant des problèmes de santé chroniques. Selon les résultats d'une étude menée en 2014 auprès de 1 594 patients atteints d'une maladie chronique, 63,5 % des personnes interrogées se heurtaient à des barrières financières à l'accès aux soins ; pour 58,5 % des répondants, la longueur des listes d'attente constituait aussi un obstacle. Les chômeurs à bas revenus étaient plus susceptibles de rencontrer des difficultés d'accès aux soins⁹².

⁸⁸ C. Economou et al., *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*, Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, 2014, p. 26 et 27, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

⁸⁹ Entretien avec E*, 30 janvier 2019, Athènes. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁹⁰ Entretien avec FA*, 12 février 2019, Thessalonique. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁹¹ Entretien avec P*, 1^{er} février 2019, Athènes. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁹² I. Kyriopoulos et al., « Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in

52. Les entretiens menés par Amnesty International auprès de personnes subissant les conséquences des mesures d'austérité ont également illustré l'impact particulier de ces mesures sur des groupes déjà exposés à la discrimination et à la marginalisation. Dans bien des cas, l'austérité frappait singulièrement ces personnes. Elles étaient plus durement touchées du fait de la combinaison de diverses formes de discrimination à leur égard (discrimination intersectionnelle).
- Par exemple, E*, 51 ans, professeure de lettres classiques dans un collège, a perdu son poste dans le secteur public en 2012, puis son mari a perdu son emploi en 2014. Tous deux se retrouvaient au chômage et sans assurance maladie. En 2014, E* a eu besoin d'un traitement par insuline mais ne pouvait pas être prise en charge par le système de santé public puisqu'elle n'était plus assurée : « *Cela coûtait 100 € par mois. J'ai dit à mon médecin que je ne pouvais pas me le permettre. Finalement, j'ai été dirigée sur ce dispensaire social solidaire, où j'ai pu obtenir de l'aide.* »
 - Après l'adoption de la loi de 2016, E* et son mari ont pu accéder au système de santé public, mais ils doivent encore naviguer entre les nombreux écueils rencontrés, comme l'explique E* : « *Il y a de longues listes d'attente. Par exemple, il faut un an pour une mammographie. J'ai attendu quatre mois pour faire l'examen et huit mois pour la consultation. En décembre 2018, j'aurais dû voir un spécialiste pour mon pancréas. Il y avait une liste d'attente de trois mois. Un autre médecin m'a prescrit une IRM, et il n'y avait pas de rendez-vous avant juin [2019].* »
 - E* a finalement trouvé un emploi à temps partiel, rémunéré 3 000 € par an. Du coup, elle doit payer le ticket modérateur pour réaliser des tests et obtenir des médicaments dans le système de santé public : son reste à charge est de 25 % pour les tests et de 10 % pour le traitement du diabète. Comme elle ne peut pas se le permettre, elle dépend entièrement du dispensaire social solidaire. « *J'ai souvent entendu dire que la pauvreté est une maladie* », confie-t-elle à Amnesty International. « *En somme, je suis malade de deux manières : parce que je suis diabétique, mais aussi du fait de ma situation financière.* »⁹³ L'expérience vécue par E* était d'autant plus éprouvante qu'elle était atteinte d'une maladie chronique et s'était retrouvée sans emploi.
53. De même, une étude menée en 2017 par les universitaires Rotarou et Sakellariou constate qu'à la suite des mesures d'austérité, les personnes handicapées en Grèce avaient des besoins de santé non satisfaits plus importants que la population générale, les principaux obstacles étant les transports, les coûts et les longues listes d'attente. Les auteurs observent une corrélation positive avec des indicateurs socio-économiques défavorables (comme le niveau des revenus ou la situation au regard de l'emploi), « *qui se sont détériorés avec la crise financière en cours. C'est alarmant, car la combinaison de besoins de soins accrus et d'un statut socio-économique moins élevé rend cette population particulièrement vulnérable aux risques sanitaires* ». L'étude relève que les personnes handicapées sont 2,2 fois plus susceptibles d'avoir des besoins de santé non satisfaits en raison des coûts et souligne le rôle déterminant joué à cet égard par les contributions exigées des patients (ticket modérateur et autres formes de copaiement)⁹⁴.
54. Cela concorde avec l'expérience des personnes qui ont parlé avec Amnesty International.
55. M*, atteinte de sclérose en plaques, explique l'impact que la crise a eu sur elle en termes d'accès aux soins. M* a travaillé comme infirmière jusqu'en 2010, puis a dû quitter son emploi car elle ne pouvait plus continuer à travailler du fait de sa maladie. Elle reçoit maintenant une pension. Elle bénéficie d'une exonération du ticket modérateur pour les médicaments prescrits pour le traitement de la sclérose en plaques. En revanche, les médicaments destinés à traiter les effets secondaires et d'autres problèmes de santé liés à la sclérose en plaques ne sont pas entièrement pris en charge. À titre d'exemple, M* paie 25 % du montant des médicaments indiqués pour le traitement de la dépression, de la douleur, des infections urinaires ou des spasmes musculaires. Soulignant que ces médicaments étaient gratuits avant la crise, elle s'interroge : « *Puisque tous ces problèmes sont provoqués par ma maladie, pourquoi devrais-je assumer 25 % du coût de ces médicaments ?* » Elle débourse environ 200 € par mois pour couvrir des frais liés à la santé. Elle fait aussi observer que les temps d'attente ont augmenté après la crise : « *J'ai voulu une année prendre rendez-vous avec un spécialiste des yeux à l'hôpital en février, et il n'y avait pas de créneau libre avant juillet ! Obtenir un rendez-vous avec votre médecin traitant peut prendre trois semaines. Et notre santé alors ? Si c'est urgent, il n'y a plus qu'à se rendre aux urgences.* »⁹⁵
56. K* est paraplégique et utilise un fauteuil roulant. Elle travaille comme ingénieure en mécanique et a toujours été couverte par l'assurance maladie publique. Pour elle, la crise économique a renchéri le coût des soins et

Greece », *International Journal for Equity in Health*, vol. 13 (54), 2014.

⁹³ Entretien avec E*, 30 janvier 2019, Athènes. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁹⁴ E. Rotarou et al., « Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece », *Critical Public Health*, vol. 29, n° 1, 2019, <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1394575>.

⁹⁵ Entretien avec M*, 11 février 2019, Thessalonique. Versé au dossier d'Amnesty International.

démultiplié les démarches administratives à accomplir pour accéder aux soins. Par exemple, elle doit désormais payer pour beaucoup de produits qui lui étaient auparavant fournis gratuitement et dont elle a régulièrement besoin : laxatifs, produits d'hygiène, produits pour l'incontinence, etc. Le tout peut lui coûter entre 50 et 90 € par mois. Avant la crise, elle recevait une aide financière de 1 800 € tous les quatre ans pour l'achat d'un fauteuil roulant ; maintenant, la subvention a été réduite à 1 080 € tous les cinq ans. De même, on lui verse un montant compris entre 210 à 240 € pour le coussin d'assise, qui coûte entre 400 et 500 €. Auparavant, elle voyait un kinésithérapeute. Cependant, après la crise, elle a été informée qu'en tant que paraplégique, elle aurait besoin de faire valider chaque mois ses séances par une commission, ce qui conditionnait fortement les délais d'accès au service. K* a été découragée par la lourdeur de la procédure et a abandonné⁹⁶. Même si elle n'a pas perdu son emploi, son accès aux soins de santé s'est détérioré en raison de la hausse des coûts qu'elle devait désormais assumer elle-même et ne payait pas en temps ordinaire.

LES IMPACTS SPÉCIFIQUES SUR LES DEMANDEURS D'ASILE

57. En 2019, la loi grecque relative à la protection internationale (loi 4636/2019) a lié l'accès à la gratuité des soins au sein du système de santé public à l'obtention d'un numéro de sécurité sociale provisoire (PAAYPE) qui permet aux étrangers de bénéficier de la couverture de l'assurance maladie. En vertu de l'article 55 de la loi précitée, seules les personnes ayant fait enregistrer leur demande d'asile et obtenu une carte d'asile peuvent se voir attribuer un numéro PAAYPE. La loi de 2019 exclut également du PAAYPE certaines catégories de demandeurs d'asile dont la demande a été rejetée et dont le retour est inéluctable, même s'ils ont formé un recours contre la décision négative, ainsi que les enfants des migrants en situation irrégulière⁹⁷.

Plus généralement, l'accès des demandeurs d'asile aux soins de santé a été sérieusement limité entre 2019 et 2020 par les lacunes légales et par le retard accusé dans la mise en œuvre du dispositif PAAYPE. Il aura en effet fallu plusieurs mois pour concrétiser cette mesure⁹⁸. En juin 2021, dans le rapport pour la Grèce établi dans le cadre du projet AIDA (Asylum Information Database – base de données sur le droit d'asile et sa pratique, gérée par le Conseil européen sur les réfugiés et les exilés), le Conseil grec pour les réfugiés indique que « *même si des difficultés persistent [...] en février 2021, la question du PAAYPE semble en passe d'être résolue ; 80 % des bénéficiaires éligibles disposent du numéro PAAYPE et des efforts sont déployés pour couvrir le reste de la population* »⁹⁹.

58. Néanmoins, des retards sont toujours signalés et aujourd'hui encore, les obstacles à l'enregistrement des demandes d'asile empêchent l'accès aux soins des intéressés. Comme indiqué par le Conseil grec pour les réfugiés dans le rapport AIDA publié en juin 2021, « *comme l'accès au PAAYPE est subordonné, entre autres, à l'enregistrement du dossier complet, et vu la longueur des délais de traitement des demandes, particulièrement sur le continent, la mesure dans laquelle les*

⁹⁶ Entretien avec K*, 5 février 2019, Athènes. Versé au dossier d'Amnesty International.

⁹⁷ Le PAAYPE reste valide pour les mineurs non accompagnés dont la demande d'asile a été rejetée jusqu'à l'exécution de la décision de renvoi ou jusqu'à l'âge de leur majorité (article 55 de la loi relative à la protection internationale). Dans une décision adoptée en janvier 2021 et publiée en juillet 2021, le Comité européen des droits sociaux a conclu à la violation de l'article 11, paragraphes 1 et 3 de la Charte en raison de l'absence de mesures prises pour fournir un hébergement approprié et une prise en charge sanitaire suffisante aux enfants migrants accompagnés et non accompagnés dans les îles. Voir Comité européen des droits sociaux, décision sur le bien-fondé, Adoption : 26 janvier 2021, Notification : 11 mars 2021, Publicité : 12 juillet 2021, réclamation n° 173/2018, *Commission internationale de juristes (CIJ) et Conseil européen sur les réfugiés et les exilés (ECRE) c. Grèce*, consultable ici : <https://hudoc.esc.coe.int/fre/?i=cc-173-2018-dmerits-fr>.

⁹⁸ Avant l'introduction du PAAYPE, l'accès aux soins pour ces groupes était garanti par l'octroi d'un numéro de sécurité sociale (AMKA) ou, pour les personnes qui ne remplissaient pas les conditions requises pour obtenir l'AMKA ou qui n'avaient pas ce numéro, par l'attribution d'une carte de soins de santé spécialement destinée aux étrangers (KYPA). Le ministère du Travail et des Affaires sociales a publié en juillet 2019 un arrêté portant retrait de la circulaire qui réglementait l'attribution de l'AMKA aux ressortissants non grecs, sans qu'aucune autre procédure n'ait été mise en place pour accorder l'AMKA aux demandeurs d'asile et aux enfants de migrants en situation irrégulière. En octobre 2019, une nouvelle circulaire a réglementé la situation des personnes reconnues en tant que réfugiées, mais pas celle des personnes demandant l'asile et des enfants de personnes migrantes dont le statut n'était pas régularisé. Or le processus d'attribution des cartes KYPA n'était plus opérationnel. En janvier 2020, Amnesty International a lancé une action urgente appelant les autorités grecques à remédier à ces lacunes. Il aura fallu attendre le 31 janvier 2020 pour que les autorités grecques publient un arrêté interministériel fixant les modalités d'octroi du numéro PAAYPE, et le 1^{er} avril 2020 pour qu'il commence à s'appliquer. Amnesty International a salué l'arrêté de janvier 2020 tout en soulignant que les dispositions prises n'abordaient pas la situation des enfants des migrants en situation irrégulière et des demandeurs d'asile qui n'avaient pas encore réussi à déposer formellement une demande d'asile, contrairement à la loi grecque n° 4368/2016, qui garantit l'accès aux soins aux mineurs quel que soit leur statut juridique, ainsi qu'aux demandeurs d'asile à compter du jour où ils expriment leur intention de demander l'asile. Voir arrêté interministériel n° 717/2020, Journal officiel 199/B/31-1- 2020, Dispositions visant à assurer aux demandeurs d'asile l'accès aux services de santé, aux soins médicaux et pharmaceutiques, à l'assurance sociale et au marché du travail, Attribution du PAAYPE, <https://www.enomothesia.gr/kat-allodapoi/prosphuges-politiko-asulo/koine-upourgike-apophase-717-2020.html> et Octroi d'un numéro de sécurité sociale provisoire permettant aux ressortissants de pays tiers de bénéficier de l'assurance maladie (Déclaration). Voir aussi Amnesty International, *Greece: Resuscitation required*, p. 37-38.

⁹⁹ Pour de plus amples informations, voir *AIDA, Rapport par pays : Grèce*, juin 2021, <https://bit.ly/3NwS59L>, p. 187. D'après les statistiques de l'OIM, en janvier 2022, 14,9 % des demandeurs d'asile résidant dans les 24 camps implantés sur le continent n'avaient pas de numéro de sécurité sociale et n'avaient donc pas accès à la gratuité des soins dans le système de santé public. Voir « Supporting the Greek Authorities in Managing the National Reception System for Asylum-Seekers and Vulnerable Migrants », [fiches d'information de l'OIM](#), janvier 2022, p. 3.

demandeurs d'asile non enregistrés (ou les personnes à qui la police a remis un procès-verbal de demande d'asile ou qui n'en sont qu'aux premiers stades de l'enregistrement de leur dossier) bénéficient de l'accès au système de santé grec – et le temps que cela prend – devrait faire l'objet d'une analyse plus approfondie »¹⁰⁰.

59. Les bénéficiaires de la protection internationale sont également confrontés à des difficultés pour accéder aux soins en raison des retards dont il est fait état pour obtenir les documents requis. Dans un rapport publié en 2022, Refugee Support Aegean (RSA) et Stiftung PRO ASYL illustrent les délais chroniques auxquels se heurtent les bénéficiaires de la protection internationale pour obtenir la délivrance et le renouvellement de leur permis de séjour (ADET), titre pourtant indispensable pour obtenir le numéro de sécurité sociale (AMKA) et, par conséquent, accéder à la gratuité des soins dans le système de santé public¹⁰¹.
60. Par ailleurs, en 2021, des ONG militant pour que les personnes en situation irrégulière puissent avoir accès à la vaccination anti-COVID-19 ont dénoncé la persistance d'un certain nombre d'obstacles¹⁰². Une mesure juridique adoptée en octobre 2021 a élargi les possibilités pour les migrants sans papier de s'inscrire pour se faire vacciner et d'obtenir un certificat de vaccination, et a introduit des garanties contre l'expulsion¹⁰³. En décembre, un arrêté ministériel a autorisé des acteurs de la société civile à administrer des vaccins anti-covid-19 aux personnes exposées aux virus, y compris lorsqu'elles étaient en situation irrégulière¹⁰⁴. En pratique, la vaccination des personnes sans papiers n'aurait commencé qu'à partir de mai 2022.

3.4 VIOLATION 4 : LES MESURES D'AUSTÉRITÉ N'ONT PAS ÉTÉ CONÇUES NI MISES EN ŒUVRE D'UNE MANIÈRE COMPATIBLE AVEC LES NORMES INTERNATIONALES RELATIVES AUX DROITS HUMAINS

61. Les normes internationales relatives aux droits humains prescrivent certaines obligations procédurales que les États sont tenus de respecter lorsqu'ils conçoivent et mettent en œuvre des mesures d'austérité. La façon dont la Grèce a appliqué les mesures d'austérité décrites plus haut entraine en contradiction avec ces obligations.
62. *Premièrement*, les États doivent veiller à ce que les mesures d'austérité ne soient pas directement ou indirectement discriminatoires, que ce soit intentionnellement ou par leurs effets¹⁰⁵.
 - L'un des moyens d'identifier et atténuer les effets potentiellement discriminatoires des mesures d'austérité est de conduire des études de l'impact de ces mesures sur les droits de l'homme, avant et après leur élaboration et leur mise en œuvre. Les États devraient par conséquent réaliser des études de l'impact sur les droits de l'homme des réformes économiques envisagées et adoptées en réponse à des crises économiques et financières aiguës susceptibles d'avoir des effets négatifs sur les droits de l'homme¹⁰⁶.
 - Il y avait tout lieu de penser que l'ampleur de l'austérité et de la consolidation budgétaire en Grèce pourrait produire des conséquences néfastes en matière de droits humains. Au cours de la dernière décennie, de

¹⁰⁰ Pour de plus amples informations, voir *AIDA, Rapport par pays : Grèce*, juin 2021, <https://bit.ly/3NwS59L>, p. 187. En juin 2021, à la suite d'un rapport établi par Médecins Sans Frontières (MSF) et Equal Rights Beyond Borders, l'Ombudsman grec a appelé le Service d'asile grec à étendre la validité du PAAYPA de façon à ce qu'il corresponde à la durée de validité de toutes les cartes d'asile et suggéré que le dispositif soit de même étendu aux demandeurs n'ayant pas encore obtenu le numéro PAAYPA. Voir <https://bit.ly/3PyC5FW>.

¹⁰¹ RSA et Stiftung PRO ASYL, *Beneficiaries of International Protection in Greece. Access to documents and socio-economic rights*, mars 2022, <https://bit.ly/3MxCEhe>.

¹⁰² Amnesty International, *Rapport 2021/22 – La situation des droits humains dans le monde*, 29 mars 2022 (index : POL 10/4870/2022), <https://www.amnesty.org/fr/documents/pol10/4870/2022/fr/>, p. 228.

¹⁰³ En avril 2021, une disposition législative (l'article 97 de la loi 4796/2021) a ouvert aux personnes sans numéro AMKA ou PAAYPA la possibilité d'obtenir un numéro AMKA temporaire (le PAMKA) afin qu'elles puissent s'inscrire pour se faire vacciner contre la covid-19 et obtenir l'attestation de vaccination covid. Les possibilités d'accès à la vaccination des personnes sans papiers ont été renforcées par de nouvelles garanties juridiques en octobre 2021. Voir aussi Amnesty International, *ibid.*, p. 228. Dans son rapport 2021, l'Ombudsman grec a mis en exergue les difficultés rencontrées par les ressortissants de pays tiers qui résident de manière permanente dans le pays pour obtenir un numéro PAMKA, et dénoncé la quasi-impossibilité, pour ceux disposant du PAMKA, de prendre rendez-vous pour se faire vacciner contre la covid-19 sur la plateforme électronique du ministère de la Santé (<https://bit.ly/38Km0MC>, p. 90).

¹⁰⁴ Arrêté interministériel 75769/2021 portant mesures d'application de la procédure de vaccination des groupes vulnérables contre la covid-19 par les acteurs de la société civile et les centres de soins municipaux, 14 décembre 2021.

¹⁰⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Report on austerity measures and economic and social rights*, https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Development/RightsCrisis/E-2013-82_en.pdf. Pour la version française, consulter le rapport de la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme sur les effets des mesures d'austérité sur les droits économiques, sociaux et culturels, E/203/82, 7 mai 2013, disponible ici : <https://www.ohchr.org/fr/social-security>.

¹⁰⁶ Nations Unies, Conseil des droits de l'homme, rapport de l'Expert indépendant chargé d'examiner les effets de la dette extérieure et des obligations financières internationales connexes des États sur le plein exercice de tous les droits de l'homme, en particulier des droits économiques, sociaux et culturels, *Principes directeurs applicables aux études de l'impact des réformes économiques sur les droits de l'homme*, A/HRC/40/57, 19 décembre 2018.

multiples reportages et dossiers d'actualité, travaux universitaires, actions de mobilisation de la société civile, et observations formulées par les organes régionaux et internationaux de défense des droits humains ont souligné à quel point la population grecque a souffert de ces mesures¹⁰⁷.

- Amnesty International s'est entretenue avec des représentants du ministère de la Santé, du ministère du Travail et des Affaires sociales, et du ministère des Finances. Aucun d'entre eux n'avait connaissance de la réalisation d'études évaluant l'impact sur les droits humains des mesures d'austérité et des processus de consolidation budgétaire décrits aux chapitres précédents, ni avant leur adoption ni après leur mise en œuvre¹⁰⁸. Ceci vaut à la fois pour les mesures d'ordre général et pour celles visant spécifiquement le secteur public de la santé. Si ces études d'impact avaient été effectuées, les effets potentiellement négatifs sur les droits humains auraient pu être identifiés à un stade précoce, et des mesures d'atténuation auraient pu être mises en place.
63. *Deuxièmement*, les normes internationales relatives aux droits humains exigent que les mesures d'austérité soient fondées sur la transparence et la participation effective des groupes concernés¹⁰⁹.
- En Grèce, cependant, ces mesures ont été largement conçues par des organismes gouvernementaux et officiels et mises en œuvre dans les plus brefs délais, limitant ainsi les possibilités d'organiser des consultations publiques. Les mesures d'austérité ont été accueillies par d'énormes protestations et ont suscité une vive opposition¹¹⁰.
 - Amnesty International s'est entretenue avec des représentants du ministère de la Santé, du ministère du Travail et des Affaires sociales, et du ministère des Finances¹¹¹. Aucun d'entre eux n'avait connaissance du moindre processus participatif sollicitant les publics affectés durant l'élaboration et la mise en œuvre des mesures d'austérité¹¹². Aucune des personnes interviewées par Amnesty International n'a déclaré avoir participé à l'élaboration de propositions concernant les mesures d'austérité et leur mise en œuvre¹¹³.
 - En 2015, le gouvernement a organisé un référendum demandant s'il fallait accepter les conditions du plan de sauvetage prévues par le troisième programme d'aide financière : le « non » l'a emporté à 61 % des voix¹¹⁴. Deux experts des Nations Unies en matière de droits humains « ont salué la tenue d'un référendum pour décider démocratiquement de la voie à suivre pour résoudre la crise économique grecque sans détériorer davantage la situation des droits humains »¹¹⁵. Cependant, le gouvernement a finalement participé au programme et accepté les conditions rejetées par référendum¹¹⁶.
64. *Troisièmement*, en vertu des normes internationales relatives aux droits humains, il incombe aux gouvernements de démontrer que les mesures d'austérité sont nécessaires, en ce sens qu'elles doivent être justifiables après un examen minutieux de toutes les autres possibilités moins restrictives¹¹⁷.
- Les autorités n'ont fourni aucune explication sur le point de savoir quelles autres options avaient été envisagées avant de procéder à la réduction des dépenses publiques de santé et d'autres dépenses sociales. Au lieu de quoi, ces coupes budgétaires ont commencé au début de la période d'austérité, en 2009. Comme indiqué précédemment, rien que dans le secteur de la santé, les dépenses publiques en Grèce se sont

¹⁰⁷ Voir, par exemple, Rapport de l'Expert indépendant chargé d'examiner les effets de la dette extérieure et des obligations financières internationales connexes des États sur le plein exercice de tous les droits de l'homme, en particulier des droits économiques, sociaux et culturels, A/HRC/25/50/Add.1, 27 mars 2014, et Rapport de l'Expert indépendant chargé d'examiner les effets de la dette extérieure et des obligations financières internationales connexes des États sur le plein exercice de tous les droits de l'homme, en particulier des droits économiques, sociaux et culturels, sur sa mission en Grèce, A/HRC/31/60/Add.2, 21 avril 2016.

¹⁰⁸ Entretiens avec des représentants des ministères en février et en septembre 2019, versés au dossier d'Amnesty International.

¹⁰⁹ Nations Unies, Conseil des droits de l'homme, Rapport de l'Expert indépendant chargé d'examiner les effets de la dette extérieure, A/HRC/37/54, 20 décembre 2017.

¹¹⁰ Voir par exemple N. Kitsantonis et R. Donadio, « Greek Parliament Passes Austerity Plan After Riots Rage », *New York Times*, 12 février 2020, <https://www.nytimes.com/2012/02/13/world/europe/greeks-pessimistic-in-anti-austerity-protests.html> ; E. Labropoulou, « Thousands protest austerity measures in Greece », *CNN News*, 26 septembre 2012, <https://edition.cnn.com/2012/09/26/world/europe/greece-protests/index.html> ; « Thousands protest against Greek government's austerity measures », *Independent*, 1^{er} mai 2013, <https://www.independent.co.uk/news/world/europe/thousands-protest-against-greek-governments-austerity-measures-8599669.html>.

¹¹¹ Amnesty International a rencontré des représentants du ministère de la Santé, du ministère du Travail et des Affaires sociales et du ministère des Finances en février et en septembre 2019.

¹¹² Entretiens avec des représentants des ministères en février et en septembre 2019, versés au dossier d'Amnesty International.

¹¹³ I. Traynor *et al.*, « Greek referendum no vote signals huge challenge to eurozone leaders », *The Guardian*, 5 juillet 2015, <https://www.theguardian.com/business/2015/jul/05/greek-referendum-no-vote-signals-huge-challenge-to-eurozone-leaders> ; « Greece debt crisis: Greek voters reject bailout offer », *BBC News*, 6 juillet 2015, <https://www.bbc.com/news/world-europe-33403665>.

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « UN human rights experts welcome Greek referendum and call for international solidarity », 30 juin 2015, <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16170&LangID=E>. Une traduction en français de Virginie de Romanet est disponible ici : https://www.cadtm.org/spip.php?page=imprimer&id_article=11859.

¹¹⁶ M. Lowen, « Greek debt crisis: What was the point of the referendum? », *BBC News*, 11 juillet 2015, <https://www.bbc.com/news/world-europe-33492387>.

¹¹⁷ Nations Unies, Conseil des droits de l'homme, Rapport de l'Expert indépendant chargé d'examiner les effets de la dette extérieure, A/HRC/37/54, 20 décembre 2017.

effondrées, passant de 15,4 milliards d'euros en 2009 à 8,8 milliards en 2017, soit une réduction de 42,8 %¹¹⁸. Au cours des premières années d'austérité, les commentateurs ont noté que du fait des pressions subies, la Grèce avait opéré des coupes budgétaires générales et horizontales¹¹⁹.

- Des mécanismes moins restrictifs, comme la clause de *clawback* (récupération d'une partie des marges pharmaceutiques) qui a permis d'importantes économies, n'ont été mis en place qu'en 2012. Par conséquent, des mesures ayant un effet régressif sur le droit à la santé (c.-à-d. qui amoindrieraient la protection de ce droit) – y compris les coupes horizontales dans le budget alloué à la santé, la réduction de la rémunération des professionnels de santé et l'augmentation des copaiements – ont été mises en œuvre avant d'autres mesures qui auraient permis de faire des économies dans le système de santé public sans porter indûment atteinte au droit à la santé.

Au cours des dernières années de la crise, lorsque l'ampleur de ses conséquences sur le plan humain a été mise en lumière, le gouvernement a adopté des mesures destinées à aider les personnes vivant dans la pauvreté ou avec de très faibles revenus. Amnesty International n'a pas examiné de manière exhaustive les différentes mesures introduites durant cette période, mais souhaite attirer ici l'attention sur quelques initiatives clés qui ont été essentielles et devraient être poursuivies et amplifiées.

- L'une de ces initiatives a consisté à permettre l'accès au système public de santé des personnes non assurées (souvent parce qu'elles subissaient un chômage de longue durée), par la voie d'arrêtés ministériels en 2014 et 2015 puis par la voie d'une loi en 2016¹²⁰.
- En 2018, le gouvernement a aussi mis en place une allocation de logement pour les locataires versée sur la base de critères tels que le revenu et le patrimoine¹²¹.
- Le gouvernement a aussi mis en place un revenu minimum garanti (auparavant connu sous l'appellation « revenu de solidarité sociale » ou SSI) durant les dernières années de la crise¹²². Le SSI s'adressait aux ménages (personne isolée ou famille) vivant dans l'extrême pauvreté et consistait en l'octroi d'une allocation en espèces¹²³. Le SSI est un programme extrêmement important, mais il n'en reste pas moins très limité. Selon l'évaluation effectuée par la Banque mondiale, le SSI a réduit les écarts de pauvreté et les inégalités, mais n'a guère eu d'effet en termes d'incidence de la pauvreté dans la mesure où il ne ciblait que les ménages vivant largement sous le seuil de pauvreté. Dès lors, la plupart des bénéficiaires du SSI, même après les transferts reçus, se situaient toujours en deçà du seuil de pauvreté. L'évaluation a aussi relevé la faible couverture du programme : seulement 37 % des ménages du premier décile (soit les 10 % des personnes les plus pauvres) percevaient cette prestation. Constatant que le manque d'information sur le programme au sein de la population ciblée était une contrainte importante, elle a souligné la nécessité d'intensifier les efforts de communication et de développer une démarche d'aller-vers¹²⁴.

Des personnes interviewées par Amnesty International ont indiqué avoir accédé à ces dispositifs et déclaré que cela constituait une aide appréciable. Il ressort toutefois des entretiens menés par Amnesty International et des données indiquées que malgré ces mesures, la population continuait à faire face à des difficultés socio-économiques, y compris en termes d'accès aux soins (voir parties 3.1 et 3.2 *supra*).

4. NORMES JURIDIQUES APPLICABLES

¹¹⁸ Entretien avec Amnesty International, 8 février 2019, Thessalonique. Versé au dossier d'Amnesty International.

¹¹⁹ Voir, par exemple, Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, « Greece: Health System Review 2017 », *Health Systems in Transition*, p. 145, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330204/HiT-19-5-2017-eng.pdf?sequence=13&isAllowed=y> : « Les mesures de maîtrise des coûts ont pris la forme de coupes budgétaires horizontales au lieu de privilégier une approche plus sophistiquée et stratégique ciblant l'affectation des ressources, en partie en raison de la pression exercée par le programme d'ajustement économique qui exigeait des résultats immédiats en termes de réduction des dépenses de santé. »

¹²⁰ Loi 4368/2016, article 33 ; arrêté interministériel A A3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 fixant les dispositions propres à assurer l'accès des personnes non assurées au système national de santé, <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anaptyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-%20anasfalistwn-sto-dhmiosio-systhma-ygeias>.

¹²¹ Pour de plus amples informations, voir ici : <https://opeka.gr/oikogeneies/epidoma-stegasis/>.

¹²² Voir article 235 de la loi 4389/2016 ; arrêté interministériel n° Δ13/οικ./33475/1935, du 15 juin 2018, portant détermination des conditions d'attribution du revenu de solidarité sociale et portant modification de l'arrêté du 30 octobre 2018, <https://keaprogram.gr/pubnr/Home/Contact/>.

¹²³ Pour connaître le montant des allocations servies aux personnes éligibles, voir ici : <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/51291>.

¹²⁴ The World Bank Social Protection and Jobs Global Practice, *A Quantitative Evaluation of the Greek Social Solidarity Income*, janvier 2019, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/882751548273358885/pdf/133962-WP-P160622-Evaluation-of-the-SSI-Program-Jan-2019.pdf>.

4.1 DROIT À LA SANTÉ

65. La Charte révisée énonce l'obligation des États parties d'assurer le droit à la santé. Dans la partie I de la Charte révisée, il est indiqué que « *les Parties reconnaissent comme objectif d'une politique qu'elles poursuivront par tous les moyens utiles, sur les plans national et international, la réalisation de conditions propres à assurer l'exercice effectif des droits et principes suivants : [dont] « Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre. »* L'article 11 de la Charte révisée précise qu'en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, « *les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente* ».
66. Le Comité européen des droits sociaux a indiqué que la notion de santé au sens de l'article 11 couvre le bien-être physique et mental conformément à la définition de la santé figurant dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce qui englobe la santé physique et mentale¹²⁵. Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le système de santé doit être accessible à toute la population. Le droit à l'accès aux soins de santé implique que : i) le coût des soins ne représente pas une charge trop lourde pour les individus. Des mesures visant à atténuer les effets de la participation financière des patients parmi les catégories défavorisées de la population doivent être prises ; ii) les modes d'accès aux soins n'entraînent pas des retards indus dans la fourniture des soins, ce qui englobe une gestion appropriée des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé ; et iii) les professionnels et équipements de santé soient en nombre suffisant, étant donné que « *la densité très faible des lits d'hôpitaux parallèlement à l'existence de listes d'attente pourrait constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé par le plus grand nombre* »¹²⁶.
67. Les obligations des États ne se limitent pas non plus à la prise des seules mesures énoncées dans l'article 11 de la Charte. La notion de protection de la santé inclut l'obligation de respecter le droit à la santé, qui exige que l'État s'abstienne d'en entraver directement ou indirectement l'exercice¹²⁷. Cette lecture de l'article 11 est conforme à la protection juridique offerte par d'autres dispositions importantes du droit international des droits de l'homme relatives à la santé, auxquelles la Grèce doit également se conformer. Le Comité estime que la Charte doit être vue comme un instrument vivant qui a pour objet de « protéger des droits non pas théoriques mais effectifs »¹²⁸. La Grèce a ratifié toute une série d'instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits humains qui imposent l'obligation de respecter, de protéger et de mettre en œuvre le droit à la santé, parmi lesquels le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pidesc) et le Protocole facultatif s'y rapportant¹²⁹, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes¹³⁰, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale¹³¹, la Convention relative aux droits de l'enfant¹³² et la Convention relative aux droits des personnes handicapées¹³³. La Grèce s'est aussi engagée à assurer une mise en œuvre concrète des droits et principes figurant dans le socle européen des droits sociaux, dont le Principe 16 concernant les soins de santé, selon lequel « *toute personne a le droit d'accéder en temps utile à des soins de santé préventifs et curatifs abordables et de qualité.* »¹³⁴

¹²⁵ *Digest de jurisprudence* du Comité européen des droits sociaux au 1^{er} septembre 2008, <https://rm.coe.int/168049159f>.

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, E/C.12/2000/4, 11 août 2000.

¹²⁸ *Commission internationale de juristes c. Portugal*, réclamation n° 1/1998, décision sur le bien-fondé du 9 septembre 1999, § 32, <https://hudoc.esc.coe.int/eng/?i=cc-01-1998-dmerits-fr>.

¹²⁹ Article 12, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. L'article 12, paragraphe 1, dispose que : « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. »

¹³⁰ Article 12, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. L'article 12, paragraphe 1, dispose que : « Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille. »

¹³¹ Article 5, Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale. L'article 5 dispose que : « Conformément aux obligations fondamentales énoncées à l'article 2 de la présente Convention, les États parties s'engagent à interdire et à éliminer la discrimination raciale sous toutes ses formes et à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique, notamment dans la jouissance des droits suivants : [...] e) Droits économiques, sociaux et culturels, notamment : [...] Droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux. »

¹³² Article 24, Convention relative aux droits de l'enfant. L'article 24, paragraphe 1, dispose que : « Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. »

¹³³ Article 25, Convention relative aux droits des personnes handicapées. Aux termes de l'article 25, les États Parties « reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation ».

¹³⁴ Commission européenne, Les 20 principes clés du socle européen des droits sociaux, <https://commission.europa.eu/strategy-and->

68. La réalisation du droit à la santé suppose que les installations, biens et services en matière de santé soient : disponibles en quantité suffisante ; accessibles à tous sans discrimination, ce qui recouvre l'accessibilité physique, l'accessibilité économique (abordabilité) et l'accessibilité de l'information ; acceptables par tous, autrement dit respectueux de l'éthique médicale et appropriés sur le plan culturel ; et de bonne qualité¹³⁵. Le droit à la santé s'étend aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau salubre et potable et à un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain¹³⁶. La « *participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international* » est également essentielle¹³⁷.
69. Les devoirs nés du droit à la santé se recoupent aussi dans certains cas avec l'obligation de protéger le droit à la vie¹³⁸, qui est garanti par divers instruments, dont la Convention européenne des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a indiqué que les « *mesures requises pour créer des conditions adéquates permettant de protéger le droit à la vie peuvent notamment comprendre, si besoin, des mesures propres à garantir l'accès immédiat aux biens et services essentiels tels que [...] les soins de santé [...]* »¹³⁹.

4.2 ÉGALITÉ ET NON-DISCRIMINATION

70. Aux termes de l'article E de la Charte révisée, « *la jouissance des droits reconnus dans la présente Charte doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation* ».
71. Le Comité européen des droits sociaux a par ailleurs indiqué que les États doivent « *employer comme principal critère pour apprécier le succès des systèmes de santé, l'accès effectif aux services de soins pour tous sans discrimination en tant que droit fondamental de l'individu* ».
72. D'autres instruments juridiques internationaux renforcent l'interdiction de la discrimination. Dans son Observation générale n° 20, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels réaffirme que « *la non-discrimination est dans le Pacte une obligation immédiate et transversale [...]* Les États parties doivent donc adopter immédiatement les mesures nécessaires afin de prévenir, de réduire et d'éliminer les situations et les comportements qui génèrent ou perpétuent une discrimination concrète ou de facto ». Il précise que la discrimination fondée sur la « *race et la couleur* », l'identité sexuelle, le handicap, l'âge, la nationalité, l'état de santé et la « *situation économique et sociale* » sont autant de raisons reconnues parmi les motifs de discrimination interdits. Il demande en outre aux États « *de prendre des mesures concrètes, délibérées et ciblées pour mettre fin à la discrimination dans l'exercice des droits consacrés par le Pacte* »¹⁴⁰.
73. Il est aussi de plus en plus largement admis que pour garantir l'égalité et la non-discrimination, il faut nécessairement aborder les discriminations dans une perspective intersectionnelle. Selon le Conseil de l'Europe, il y a discrimination intersectionnelle « *lorsqu'une personne est victime de discrimination pour deux ou plusieurs motifs, qui agissent simultanément et interagissent d'une manière inséparable, produisant des formes distinctes et spécifiques de discrimination* »¹⁴¹. Le Comité des droits des personnes handicapées parle aussi de « *discrimination croisée* », qu'il définit comme « *une situation dans laquelle plusieurs motifs opèrent et interagissent simultanément, de telle façon qu'ils sont indissociables et exposent donc les personnes concernées à des types exceptionnels de désavantages et de discrimination* »¹⁴².

policy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_fr.

¹³⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, E/C.12/2000/4, 11 août 2000.

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ Voir, par exemple, *Fédération internationale des Ligues des Droits de l'homme (FIDH) c. France*, réclamation n° 14/2003, décision sur le bien-fondé du 8 septembre 2004, § 31, <https://hudoc.esc.coe.int/fre/?i=cc-14-2003-dmerits-fr>.

¹³⁹ Nations Unies, Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 36 (2018) sur l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, concernant le droit à la vie, CCPR/C/GC/36, 30 octobre 2018, par. 26.

¹⁴⁰ Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, E/C.12/GC/20, 2 juillet 2009.

¹⁴¹ <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/intersectionality-and-multiple-discrimination>.

¹⁴² Comité des droits des personnes handicapées, Observation générale n° 6 (2018) sur l'égalité et la non-discrimination, CRPD/C/GC/6,

4.3 DROITS HUMAINS ET MESURES D'AUSTÉRITÉ

74. Les organes de suivi des traités relatifs aux droits humains ont à la fois pointé les risques en matière de droits humains associés aux programmes d'austérité et souligné que les États ne sauraient se soustraire à leurs obligations en matière de droits humains, y compris en période de crise économique, lorsque des « *ajustements dans l'application de certains des droits protégés par le Pacte sont parfois inévitables* ». Sur cette base, ils ont défini des critères précisant la façon dont les mesures d'austérité devraient être élaborées et mises en œuvre. Il est de plus en plus reconnu à l'échelle internationale, comme le confirment les observations générales, les observations finales et les déclarations des mécanismes de défense des droits de l'homme, que les mesures potentiellement régressives ne peuvent être considérées comme compatibles avec les obligations relatives aux droits économiques, sociaux et culturels que si ces critères sont remplis¹⁴³.
75. En bref, les mesures d'austérité devraient être :
- a) temporaires et ne rester en vigueur que le temps que durera la période de crise économique ;
 - b) légitimes, le but ultime étant de préserver la totalité des droits de l'homme ;
 - c) nécessaires, en ce sens qu'elles doivent être justifiables après un examen minutieux de toutes les autres possibilités moins restrictives ;
 - d) raisonnables, c'est-à-dire que les moyens choisis sont les plus appropriés et les plus capables pour ce qui est d'atteindre le but légitime ;
 - e) proportionnées, en ce sens que l'adoption de toute autre politique, ou l'absence de mesures, serait encore plus néfaste pour les droits économiques, sociaux et culturels ;
 - f) non discriminatoires et capables d'atténuer les inégalités qui peuvent apparaître en période de crise et de faire en sorte que les droits des personnes et des groupes défavorisés et marginalisés ne soient pas touchés de façon disproportionnée ;
 - g) garantes du contenu essentiel minimum des droits économiques, sociaux et culturels, et fondées sur la transparence et la participation effective des groupes concernés à l'examen des mesures et des solutions de rechange proposées ; et
 - h) soumises à des procédures efficaces d'examen et de mise en cause de la responsabilité¹⁴⁴.
76. En 2015, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a entériné ces critères en affirmant que la « *grande latitude accordée par la Cour européenne des droits de l'homme aux États lors de l'introduction de mesures d'austérité ne signifie pas nécessairement que le Conseil de l'Europe ne peut pas recommander certaines lignes directrices à prendre en compte par les États lors de l'adoption de ces mesures, en évitant en particulier qu'elles n'affectent de manière disproportionnée les droits de l'homme. À cet égard, le Comité des Ministres pourrait s'inspirer d'un certain nombre de principes généraux employés par la Cour dans l'application et l'interprétation de la Convention. Parmi les exemples pertinents figurent « l'intérêt public », « le caractère nécessaire », « la proportionnalité », « l'efficacité » ou « les mesures discriminatoires » (concernant par exemple les réductions des dépenses publiques qui touchent plus particulièrement les femmes, les jeunes, les enfants ou encore les personnes handicapées). Dans ce contexte, on pourrait également s'inspirer d'autres forums internationaux comme les Nations Unies* »¹⁴⁵.
77. En 2015, dans son examen de la situation de la Grèce au titre de l'article 11, le Comité des droits sociaux a noté que le rapport soumis par le gouvernement ne donnait aucune information sur les indicateurs de santé (y compris l'accès aux soins et l'impact des mesures d'austérité) dont le Comité avait besoin pour apprécier la situation. Par conséquent, le Comité, tout en citant d'autres sources, comme la Commission nationale grecque

26 avril 2018, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/119/06/PDF/G1811906.pdf?OpenElement>, par. 19.

¹⁴³ Les experts ci-après ont tous développé et approuvé ces critères : l'experte indépendante sur la question des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté (désignée par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies), le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) des Nations Unies, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDR), et l'expert indépendant chargé d'examiner les effets de la dette extérieure. Voir : Nations Unies, Conseil des droits de l'homme, Rapport de l'experte indépendante sur la question des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté, A/HRC/17/34, 17 mars 2011 ; lettre du 16 mai 2012 adressée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels aux États parties au Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ; Voir aussi CESCR, « La dette publique et les mesures d'austérité sous l'angle du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », E/C.12/2016/1, 22 juillet 2016, déclaration dans laquelle le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a précisé plus avant ces critères ; HCDR, rapport sur les mesures d'austérité, 2013. Ces critères ont également été cités de manière approuvée dans une étude du Conseil de l'Europe sur le sujet, *L'impact de la crise économique et des mesures d'austérité sur les droits de l'homme en Europe. Étude de faisabilité*, adoptée par le Comité directeur pour les droits de l'homme (CDDH) le 11 décembre 2015.

¹⁴⁴ Nations Unies, Conseil des droits de l'homme, Rapport de l'Expert indépendant chargé d'examiner les effets de la dette extérieure, A/HRC/37/54, 20 décembre 2017, par. 29.

¹⁴⁵ <https://rm.coe.int/1-impact-de-la-crise-economique-et-des-mesures-d-austerite-sur-les-dro/16806f202f>.

des droits de l'homme, a réservé sa position. Il a toutefois demandé que le rapport suivant fournisse des informations complètes sur l'accès aux soins de santé : réformes engagées ou mesures prises dans les domaines susmentionnés, dépenses de santé et frais restant à la charge des patients, délais moyens d'attente pour bénéficier de soins de santé (soins de santé primaires et spécialisés, soins hospitaliers et ambulatoires), évolution des délais d'attente constatés¹⁴⁶.

78. En 2018, la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a publié un rapport analysant les conséquences des mesures d'austérité sur l'accès aux soins de santé en Grèce. Dans ce rapport, elle se dit préoccupée par les informations faisant état du manque de personnel et d'équipements et des difficultés de fonctionnement du système de santé grec, qui résultent des mesures d'austérité successives adoptées depuis le début de la crise économique. Elle considère que ces mesures et leurs implications concrètes portent atteinte au droit à la santé consacré par l'article 11 de la Charte sociale européenne, à laquelle la Grèce est partie¹⁴⁷.
79. Au cours de la dernière décennie, plusieurs organes conventionnels des Nations Unies ont examiné la manière dont les mesures d'austérité étaient appliquées en Grèce au regard de ces normes et ont noté leurs effets.
- a) En 2012, le Comité des droits de l'enfant s'est dit « *profondément préoccupé par les conséquences négatives de cette crise sur les dépenses publiques consacrées aux services destinés aux enfants, ainsi que sur les coûts qu'entraînent pour les familles la satisfaction de leurs besoins essentiels, tels que l'alimentation, le carburant et le logement, notamment par la tendance croissante à rendre payants des services publics comme les soins de santé* »¹⁴⁸.
 - b) En 2013, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a exprimé ses préoccupations concernant « *la diminution des dépenses allouées au secteur de la santé, qui touchera principalement la santé des femmes et des filles* », et recommandé « *d'accroître le pourcentage des crédits budgétaires alloués aux services de santé en matière de sexualité et de procréation* »¹⁴⁹.
 - c) En 2015, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a recommandé à la Grèce de réexaminer les politiques et programmes menés dans l'après-crise pour « *faire en sorte que les mesures d'austérité soient progressivement retirées et que la protection effective des droits visés par le Pacte soit renforcée* »¹⁵⁰.
 - d) En 2016, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale a observé que « *les mesures d'austérité prises pour faire face à la crise économique dans l'État partie ont touché le plus durement les groupes minoritaires, dont les Roms, les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile* » et recommandé à l'État partie « *d'effectuer des études d'impacts avant d'adopter de telles mesures d'austérité pour s'assurer qu'elles n'aient pas d'effets discriminatoires envers les personnes exposées à la discrimination raciale* »¹⁵¹.
 - e) En 2019, le Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles a constaté que les mesures d'austérité appliquées en Grèce avaient eu des répercussions particulièrement préjudiciables sur les femmes¹⁵². Étant donné la persistance de normes et stéréotypes discriminatoires et les conséquences durables de la crise et des mesures d'austérité, il a conclu qu'en ce qui concerne la réalisation des droits des femmes, la Grèce était à la traîne par rapport à d'autres pays de l'Union européenne¹⁵³.
80. En outre, l'expert indépendant des Nations Unies chargé d'examiner les effets de la dette extérieure a publié deux rapports concernant la Grèce dans lesquels figurent ses observations sur les conséquences des mesures d'austérité sur le droit à la santé. En 2014, il a considéré que les réductions massives des financements publics du secteur de la santé et l'instauration de mesures de mise à contribution financière des usagers, qui ont conduit à priver une grande partie de la population de la jouissance des niveaux essentiels minimums du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, tel que consacré par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, constituaient des mesures régressives¹⁵⁴. Dans son rapport de 2016, il a noté que la réduction sans précédent du budget de santé publique s'est traduite par un manque de personnel particulièrement grave dans certains

¹⁴⁶ <https://hudoc.esc.coe.int/fre/?i=XXI-2/def/GRC/11/1/FR>.

¹⁴⁷ Rapport de la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe faisant suite à sa visite en Grèce du 25 au 29 juin 2018, CommDH(2018)24, 6 novembre 2018, <https://rm.coe.int/report-on-the-visit-to-greece-from-2025-to-29-june-2018-by-dunja-mijatov/16808ea5bd> [anglais seulement].

¹⁴⁸ Comité des droits de l'enfant, Observations finales : Grèce, CRC/C/GRC/CO/2-3, 13 août 2012, par. 17.

¹⁴⁹ Comité CEDAW, Observations finales : Grèce, CEDAW/C/GRC/CO/7, 26 mars 2013, par. 31.

¹⁵⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observations finales : Grèce, E/C.12/GRC/CO/2, 27 octobre 2015, par. 7 et 8.

¹⁵¹ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, Observations finales : Grèce, CERD/C/GRC/CO/20-22, 3 octobre 2016, par. 6 et 7.

¹⁵² Conseil des droits de l'homme, Visite en Grèce. Rapport du Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles, A/HRC/44/51/Add.1, 29 juin 2020, par. 3.

¹⁵³ *Ibid.*, par. 86.

¹⁵⁴ Rapport de l'Expert indépendant chargé d'examiner les effets de la dette extérieure et des obligations financières internationales connexes des États sur le plein exercice de tous les droits de l'homme, en particulier des droits économiques, sociaux et culturels, A/HRC/25/50/Add.1, 27 mars 2014.

secteurs de la santé publique, par une hausse du ticket modérateur et l'allongement des listes d'attente, et par des difficultés à assurer un accès effectif et abordable de l'ensemble de la population à des soins de santé adéquats¹⁵⁵.

5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

81. La présente réclamation collective expose de manière exhaustive des éléments de preuve attestant des multiples obstacles auxquels les Grecs se heurtent, aujourd'hui encore, pour accéder au système de santé public, comme les longs délais d'attente et le coût élevé des soins. Les mesures d'austérité ont donné lieu à une régression du droit à la santé qui touche de manière disproportionnée certains groupes marginalisés. De surcroît, la façon dont ces mesures ont été mises en œuvre par la Grèce est incompatible avec ses obligations en matière de droits humains. Aucune évaluation de l'impact sur les droits humains n'a été menée en amont, et les niveaux de participation et consultation concernant la définition et les modalités de la mise en œuvre des mesures ont été insuffisants. Qui plus est, la Grèce n'avait pas épuisé toutes les autres solutions possibles avant l'application des mesures d'austérité régressives. Leurs répercussions continuaient à se faire sentir lorsqu'elle a dû faire face à la pandémie de covid-19. Cela amène Amnesty International à conclure que la Grèce contrevient à l'article 11§1, lu seul ou en combinaison avec l'article E de la Charte sociale européenne révisée.
82. Pour ces raisons, Amnesty International demande au Comité européen des droits sociaux de déclarer recevable la présente réclamation et de conclure à une violation de l'article 11§1, lu en combinaison avec l'article E de la Charte sociale européenne révisée.
83. Amnesty International avait formulé les recommandations ci-après au Gouvernement grec [la liste complète des recommandations figure dans le rapport d'Amnesty International intitulé *Greece: Resuscitation required – The Greek health system after a decade of austerity*] :
 - i. examiner d'autres solutions possibles pour obtenir toutes les ressources susceptibles d'être mobilisées pour s'acquitter des obligations en matière de droits humains, par exemple en luttant efficacement contre l'évasion fiscale et la fraude fiscale ;
 - ii. veiller à ce que les obligations de la Grèce en matière de droits humains, de même que le périmètre budgétaire nécessaire pour les dépenses liées aux droits humains, soient un facteur clé des futures négociations sur la dette grecque, y compris dans le cadre d'une évaluation d'un éventuel allègement de la dette et d'une modification des échéances de remboursement, et à ce que tout engagement ultérieur concernant la dette grecque ne compromette pas la capacité de l'État à se conformer à ses obligations en matière de droits humains ;
 - iii. réduire de toute urgence les besoins de santé non satisfaits et le lourd fardeau des dépenses de santé porté par les ménages, tout spécialement pour les personnes ayant les revenus les plus faibles ;
 - iv. supprimer au plus vite tous les obstacles, administratifs ou autres, auxquels se heurtent nombre de personnes en droit d'accéder au système de santé public, notamment les groupes marginalisés qui sont affectés de manière disproportionnée ;
 - v. mener de toute urgence une étude de l'impact sur les droits humains afin d'évaluer les répercussions des mesures d'austérité sur le droit à la santé en Grèce et tout particulièrement sur les droits des groupes marginalisés et des groupes qui risquaient d'être le plus durement touchés. L'étude devrait comporter une analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle. Les résultats de l'évaluation devraient être rendus publics ;
 - vi. améliorer les conditions de travail des professionnels de santé, notamment les aspects qui ont des effets sur l'accessibilité et la qualité des soins. En particulier, rétablir les avantages, réduire la précarité des contrats dans le secteur de la santé, et assurer le recrutement de travailleurs en nombre suffisant pour pouvoir répondre à la demande de services de santé ;
 - vii. augmenter les crédits budgétaires alloués au système de santé public afin d'inverser la tendance et d'assurer, au moins, que les mesures régressives imposées par les plans d'austérité seront corrigées dès que possible ;

¹⁵⁵ Rapport de l'Expert indépendant chargé d'examiner les effets de la dette extérieure et des obligations financières internationales connexes des États sur le plein exercice de tous les droits de l'homme, en particulier des droits économiques, sociaux et culturels, sur sa mission en Grèce, A/HRC/31/60/Add.2, 21 avril 2016.

- Viii. élaborer un plan visant à assurer que le système de santé public sera correctement financé à moyen et long terme. Ce plan devrait inclure une évaluation détaillée du montant des dépenses publiques de santé nécessaires pour assurer à tous, en Grèce, la jouissance du droit à la santé, et proposer des options envisageables pour financer la hausse des dépenses publiques de santé.