

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur : ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite de ce travail expose à des poursuites pénales.

Contact : portail-publi@ut-capitole.fr

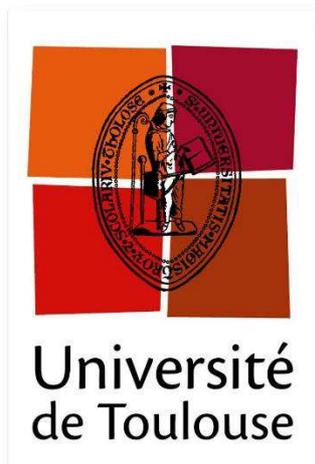
LIENS

Code la Propriété Intellectuelle – Articles L. 122-4 et L. 335-1 à L. 335-10

Loi n°92-597 du 1^{er} juillet 1992, publiée au *Journal Officiel* du 2 juillet 1992

<http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg-droi.php>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par

Université Toulouse 1 Capitole (UT1)

Discipline ou spécialité :

Droit de la santé et de la protection sociale

Présentée et soutenue par

Niramai PHITKHAE

Le vendredi 11 avril 2014

Titre :

L'accès aux soins : Comparaison des systèmes français et thaïlandais

JURY

M. Jean-Marie CROUZATIER, Professeur de l'Université Toulouse 1 Capitole, Directeur
Mme. Isabelle POIROT-MAZERES, Professeur de l'Université Toulouse 1 Capitole, Co-Directeur
M. Guy DROUOT, Professeur d'Institut d'Études Politiques d'Aix-en-Provence, Rapporteur
M. Vishnu VARUNYOU, Juge à la Cour administrative suprême en Thaïlande, Rapporteur

Ecole doctorale :

Sciences Juridiques et Politiques (SJP)

Unité de recherche :

Institut Maurice Hauriou

« L'université n'entend ni approuver ni désapprouver les opinions particulières du candidat. »

*À Chatree et Suwanna PHITKHAE, mes parents,
À Teerawat PHITKHAE, mon frère.*

Remerciements

C'est avec ma reconnaissance la plus vive et la plus sincère que je voudrais rendre hommage à tous ceux qui, à leur manière, m'ont aidée à mener cette thèse :

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à mon directeur de thèse Monsieur le Professeur Jean-Marie CROUZATIER, Professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole (UT1), qui a accepté de diriger ma thèse, et qui, avec sa grande expérience, ses suggestions et ses encouragements, m'a guidé tout au long de ce travail. J'ai été très touché par sa gentillesse, ainsi que sa profonde compréhension. Il m'a fait un réel honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.

Je remercie très sincèrement Madame le Professeur Isabelle POIROT-MAZERES pour avoir accepté d'être co-directrice de ma thèse et pour son soutien constant, son aide et ses conseils précieux pendant la période de préparation de cette thèse.

Je voudrais remercier chaleureusement Messieurs le Professeur Guy DROUOT et Vishnu VARUNYOU qui m'a fait l'honneur d'avoir accepté la charge d'être Rapporteurs de ma thèse. Je leur adresse toute ma gratitude pour leurs conseils importants et judicieux.

Mes remerciements vont particulièrement à Madame Geneviève CAPELLE et Madame Mélodie BOURGEGAIS pour avoir bien voulu relire, corriger et commenter mon manuscrit et pour m'avoir soutenue et aidée dans la préparation de la soutenance de ma thèse.

Je ne pourrais jamais oublier le soutien financier du Gouvernement français, l'Université Thammasat, et la Faculté de droit de l'Université Thammasat en Thaïlande, ainsi que leurs personnels pour la qualité de leur accueil et pour toutes les facilités qui m'ont été procurées pendant mes études en France. Je leur adresse toute ma gratitude.

Merci à Narin MANJIT pour son soutien inconditionnel dans la poursuite mes études. Mes remerciements vont également à tous de mes amis à Vichy et à Toulouse qui m'ont aidée et cordialement soutenue pendant tout au long de la réalisation de cette thèse.

Ces remerciements ne seraient pas complets sans exprimer ma reconnaissance à tous les membres de la famille PHITKHAE, en particulier mes parents et mon frère pour leur soutien et leurs encouragements, malgré l'éloignement.

Sommaire

Table des abréviations

Introduction

Première partie : L'identification du droit à l'accès aux soins

Titre I : Les fondements du droit à l'accès aux soins

Chapitre I : L'émergence du droit à l'accès aux soins

Chapitre II : Les principes fondateurs du droit à l'accès aux soins

Titre II : Le système de santé et l'accès aux soins

Chapitre I : Le système de gestion de la santé

Chapitre II : Le système de soins et la coopération sanitaire

Conclusion de la partie I

Deuxième partie : La mise en œuvre du droit à l'accès aux soins

Titre I : L'accès aux soins principaux

Chapitre I : Le système d'assurance sanitaire publique et le droit à l'accès aux soins

Chapitre II : L'organisation de la sécurité sociale et le droit à l'accès aux soins

Titre II : L'accès aux soins supplémentaires

Chapitre I : Le système général de l'accès aux soins supplémentaires

Chapitre II : L'accès aux soins des citoyens et des étrangers

Conclusion de la partie II

Conclusion générale

Bibliographie

Table des matières

Table des abréviations

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide pour une complémentaire santé
AJDA	Actualité juridique. Droit administratif
AMD	Aide médicale départementale
AME	Aide médicale d'Etat
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
Bull. civ.	Bulletin des arrêts des Chambres civiles de la Cour de cassation
CASF	Code de l'action sociale et des familles
Cass	Cour de cassation
CC	Conseil constitutionnel
C. civ.	Code civil
C. déontologie	Code déontologie médical
C. pén.	Code pénal
CDM	Code déontologie médicale
CE	Conseil d'Etat
CHR	Centre hospitalier régional
CJCE	Cour de justice des communautés européenne
CME	Commission médicale d'établissement
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
Cons	Constitution
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPI	Code de la propriété intellectuelle
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale

DAS	Données acquises de la science
Dr. Soc.	Droit social
Dr.ouv.	Droit ouvrier
EISS	European Institute of Social Security
EJA	European Journal of Anaesthesiology
FSV	Fonds de Solidarité Vieillesse
Gaz. Pal.	Gazette du Palais
GCS	Groupements de coopération sanitaire
HAS	Haut Autorité de Santé
Inform. Soc	The Information Society
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
JCP S	Jurisclasseur périodique, édition Social
JCP E	Jurisclasseur périodique, édition Entreprise
JO	Journal officiel de la République française
LGDJ	Librairie générale de droit et de jurisprudence
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIB	Product intérieur brut
PUF	Presses universitaires de France
PUR	Presses Universitaires de Rennes
RBP	Recommandations de bonnes pratiques
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
RDPC	Revue de droit pénal et de criminologie
REP	Revue d'économie politique
RFAS	Revue française des affaires sociales
RFDA	Revue française de droit administratif
RFDC	Revue française du dommage corporel
RFFP	Revue française de finances publiques
RFSP	Revue française de science politique
RISA	Revue internationale de science administrative
RJS	Revue de jurisprudence sociale
RLCT	Revue Lamy des collectivités territoriales
RMCUE	Revue du Marché Commun et de l'Union Européenne

RMI	Revenu minimum d'insertion
TPS	Travail et protection sociale
UIMM	Union des industries et métiers de la métallurgie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie.
URSSAF	Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales

Introduction

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain », énonce la Charte de l'Organisation mondiale de la santé du 27 juillet 1946 ; « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé (...) notamment (...) pour les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires (...) » rappelle dans son article 25-1 la Déclaration Universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948. Le droit à l'accès aux soins et services sanitaires est donc un droit fondamental de la personne qui doit être mis en place et offert par l'Etat. C'est un service public de l'Etat et qui doit être, de ce fait, le mieux assuré.

Qu'est-ce que l'accès aux soins ? Selon le dictionnaire français universel, « l'accès » est le « fait ou droit d'accéder à une fonction, un état, une dignité, etc. » ; le « soin » est constitué par les « actions, moyens hygiéniques ou thérapeutiques visant à l'entretien du corps et de la santé, ou au rétablissement de celle-ci »¹. Dans le cadre de la santé publique, « l'accès aux soins » est défini ainsi par deux professeurs américains, spécialistes dans le domaine de la santé publique, Andersen Aday et Avedis Donabedian : « l'accès aux soins est un des déterminants de la qualité du système de soins. L'individu est doté d'une prédisposition à consommer des soins (ses préférences qui peuvent être culturellement déterminées) et d'un besoin de consommer, lié à son état de santé ; il réalise alors sa demande de soins latente plus ou moins bien selon les obstacles qu'il rencontre »².

Au niveau international, « le droit à la santé » et « l'accès aux soins » énoncés dans les textes juridiques internationaux sont repris dans de nombreux textes plus spécifiques car consacrés à des catégories particulières : la convention de 1951 relative au statut des réfugiés (article 23 et 24), la convention 102 de 1952 de l'Organisation internationale du travail instituant « la norme minimale de sécurité sociale » qui, parmi les neuf risques retenus comme risques spécifiques de la sécurité sociale, cite en premier lieu les soins médicaux (chapitre 1), la convention européenne d'assistance sociale et médicale de 1953 (entre les Etats membres du Conseil de l'Europe ; article 1, 4 et 5), la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (article 5), la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (article 12 et 14), la déclaration des droits du déficient mental (par. 2), la convention des droits des personnes handicapées

¹CERQUIGLINI B. et OLLE J., *Dictionnaire universel*, 5^e édition, HACHETTE Edicef, Vanves, 2008, p. 8 et 1165.

²ADAY A. et DONABEDIAN A., *Conception et définition de l'accès aux soins de santé* [en ligne]. Rwanda : Doc'Mémoire online d'BAYEGE Innocent. Mise à jour : 2005 [ref. du 01/07/2013]. Disponible sur : http://www.memoireonline.com/07/08/1302/m_contribution-mutuelles-sante-accessibilite-population-services-de-sante3.html

(article 25), les principes d'éthique médicale applicables au personnel de santé dans la protection des prisonniers et détenus contre la torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants (principes 1, 2, et 3), la convention relative aux droits de l'enfant (article 23, 24, 25, et 29), la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (article 28) pour n'en citer que quelques-uns³.

Selon l'analyse de Jean-Marie Crouzatier, professeur de droit international, la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins suppose la réunion de deux conditions⁴ : la première condition consiste dans l'accès à la matérialité des soins. Il s'agit d'abord de ce que l'on appelle les soins de base, qui sont des soins de proximité (ce qui, historiquement, a pu être qualifié de « soins de santé primaires » : on sait que l'OMS a mis en avant cette catégorie de soins à partir des années 1970). Ces soins doivent être à la fois quantitatifs (structures et personnels en nombre suffisant, ainsi que médicaments disponibles) et qualitatifs (personnels bien formés, accueil de qualité, médicaments fiables, en ce qui concerne aussi bien la médecine moderne que la médecine traditionnelle). Il s'agit également de veiller à la protection des droits du patient: la délivrance d'une information spécifique, l'équité dans l'accès aux soins, et le respect de la dignité du patient en tant que personne humaine (notamment par le respect de ses opinions, y compris religieuses). La seconde condition est constituée par l'accès au financement des soins de santé. Il peut s'agir d'aides financières (de l'Etat, des collectivités locales, ou encore de la communauté internationale à travers des Organisations intergouvernementales et des Organisations non gouvernementales), mais également du système d'assurance-maladie, lorsqu'il existe.

Au niveau communautaire, il n'existe pas véritablement de système de la santé puisque les Etats membres ont leur souveraineté. Toutefois, les actions communautaires visent à compléter les politiques nationales de leur Etats membres. Dans le cadre de l'accès aux soins qui est une des stratégies communautaires dans le domaine de la santé, il existe le droit à l'accès aux soins en tant que droit subjectif; l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union, signée à Nice en 2000, énonce que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établit par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques

³CROUZATIER J., « L'accès aux soins des migrants au regard du droit international », *L'accès aux soins*, Actes du colloque n° 8, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, p. 147.

⁴*Id.*, p. 145 et 146.

et actions de l'Union ». Cela signifie concrètement que la santé, surtout l'accès aux soins, va être prise en compte désormais par les autres politiques communautaires, par exemple la politique de l'environnement ou la politique pour les consommateurs avec la sécurité des aliments, etc.

Dans le cadre juridique national, l'accès aux soins est considéré selon deux aspects : premièrement comme un service public que l'Etat doit prendre en charge ; deuxièmement il est envisagé comme un droit garanti pour la personne. Le droit à l'accès aux soins dispose d'une valeur constitutionnelle à la fois en France et en Thaïlande. Le Préambule de la Constitution française de la IV^e République, du 27 octobre 1946, affirme que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur, la protection de la santé (...) ». Alors que les législateurs thaïlandais établissent nettement le droit à l'accès aux soins dans le premier alinéa de l'article 51 de la Constitution de Thaïlande (de 2007) : « toute personne possède le droit de recevoir des soins de façon égale et efficace des services sanitaires publics, ainsi que les indigents ont le droit à l'accès aux soins gratuits auprès des établissements sanitaires publics ».

Le droit à l'accès aux soins se présente, du point de vue français, comme une composante législative du droit fondamental à la protection de la santé reconnu par le Préambule de la Constitution de 1946⁵ et trouve sa formulation solennelle au niveau législatif, à l'article L.1110-1 du Code de la santé publique. Plus précisément, « le droit fondamental à la protection de la santé » comprend la prévention, la garantie de l'égal accès aux soins nécessités par l'état de santé de chaque personne, de la continuité des soins et de la meilleure sécurité sanitaire possible⁶.

Quand on mentionne le droit à l'accès aux soins, on ne peut éviter de parler du droit à la santé qui présente des caractéristiques spécifiques au sein des droits fondamentaux. Le droit à la santé est un droit particulier qui se rapporte à la fois à l'individu en ce qu'il a de plus personnel et à l'organisation sociale en ce qu'elle a de plus essentiel. Selon Anne Laude, un professeur français, spécialiste du droit de la santé, « le droit à la santé ne peut se formuler que comme un droit à des prestations de santé »⁷. En comparaison, le droit à l'accès aux soins, présente un aspect plus concret et plus réel que le droit à la santé, comme l'écrit M. Bélanger : « c'est l'accès à la santé qui est véritablement un droit. Le droit à la santé est

⁵BIOY X., « Le droit à l'accès aux soins : un droit fondamental ? », *L'accès aux soins*, Actes du colloque n° 8, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, p. 47.

⁶SCARANO J., *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Ellipses, Paris, 2006, p. 180.

⁷LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *Droit de la santé*, 2^e édition, PUF, Paris, 2009, p. 2.

alors « un programme, un objectif »⁸. Car bien sûr n'existe nul droit à être en bonne santé et le « droit à la santé » signifie pouvoir être soigné de manière adaptée⁹.

Le droit à la santé ne peut être considéré, de manière générale, comme un droit subjectif mais comme une obligation pesant sur l'Etat ou sur la collectivité publique (les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, les autorités sanitaires, etc.). Cette approche est celle retenue tant par les textes constitutionnels que par la jurisprudence qui les applique. Ainsi, le Conseil d'Etat a jugé que le droit à la santé ne pouvait être considéré comme une liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative¹⁰.

Alors que, l'apparition du droit à l'accès aux soins présente deux faces selon la classification de Xavier Bioy : la première, de droit commun, est celle d'un droit objectif, consacré pour tous et dépendant des politiques publiques d'offre de soins, mais non « subjectivisé » car aucune procédure juridictionnelle efficace, encore moins spécifique, n'existe. En attestent l'absence de contentieux ou le refus d'ouvrir la procédure de référé-sauvegarde. La seconde serait celle d'un droit subjectif, reconnu comme tel grâce à ses formes de juridisation, notamment la judiciarisation. Mais le droit à l'accès aux soins se révèle alors plutôt catégoriel, garanti à certaines catégories ou situations seulement : les victimes de conflits armés, les enfants, les étrangers, les personnes handicapées, les malades en fin de vie, les gens du voyage¹¹.

La jurisprudence constitutionnelle laisse au législateur le soin de graduer l'accès aux soins par la politique de prise en charge par l'assurance maladie. Seuls les soins considérés comme vitaux forment le noyau dur impliquant éventuellement la gratuité pour les catégories les plus économiquement faibles (étrangers en situation irrégulière ne bénéficiant pas de l'Aide Médicale d'Etat). Au-delà, le législateur peut établir des différences de traitement ne garantissant pas nécessairement l'accès de fait à tous les soins (cela étant soumis aux niveaux de prise en charge par l'assurance maladie et les protections complémentaires) mais assurant un simple accès au système sanitaire, notamment aux urgences¹².

⁸BELANGER M., « Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne », *Journal international de bioéthique*, vol. 9, n° 3, 1998, p. 59.

⁹BIOY X., *op. cit.*, p. 38.

¹⁰LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 4.

¹¹BIOY X., *op. cit.*, p. 42.

¹²*Id.*, p. 48.

La valeur constitutionnelle et juridique du droit à l'accès aux soins nous renvoie à la question concernant la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins pour tous les habitants en France et aussi en Thaïlande. Cette question est au cœur de cette étude.

Quel est le système approprié pour la gestion de la santé ? L'accès aux soins est intimement lié à la gestion du système de la santé du pays. Avant de répondre à cette question, il faut identifier les types de système de santé dans le monde. L'histoire des systèmes de santé dans le monde montre qu'à différentes périodes, tous les pays ont des objectifs similaires en matière de santé (aider les pauvres malades, garantir un revenu de remplacement aux salariés malades et, garantir l'accès aux soins pour tous) mais choisissent des réponses différentes. A partir des choix qui ont été faits après 1945, différents systèmes de santé ont été mis en place. Ces différences sont issues surtout du type d'institutions de prise en charge de la demande de soins, du mode d'organisation de l'offre de soins et du mode des professions médicales développées dans le passé. Ces différences reflètent aussi les différences de priorité retenue pour chaque système. Comme l'écrit Bruno Palier, les types de système de santé dans le monde sont répartis en trois systèmes principaux¹³ ;

1. Les systèmes nationaux de santé se caractérisent par l'accès quasiment gratuit des soins pour l'ensemble des citoyens. L'idée est l'universalité de la couverture maladie. L'offre de soins est organisée principalement par l'Etat comme un service public et financée par l'impôt. Parmi les pays qui ont opté pour ce système, il y a la Suède, la Norvège, le Danemark, la Finlande, la Grèce, le Canada, l'Australie et la Nouvelle Zélande.

Ces systèmes garantissent généralement une grande égalité d'accès aux soins et des niveaux de dépense de santé relativement bas, mais peuvent fournir une qualité de soins discutable et sont surtout caractérisés par des files d'attente très longues avant de pouvoir accéder aux soins spécialisés.

2. Dans les systèmes libéraux de santé, le système public de protection maladie est résiduel et il n'est présent que pour les personnes en cas d'urgence, les personnes démunies, les personnes âgées et les invalides. Pour le reste, ce sont des mécanismes d'assurances privées contractées soit par employeurs, soit par individus. La conséquence est qu'une partie de la population se trouve sans couverture maladie et ne peut donc pas accéder aux soins. C'est le cas de certains pays d'Europe centrale et orientale, certains pays d'Amérique latine et des Etats-Unis jusqu'à la réforme qui faciliterait l'accès à plus de trente millions des personnes.

¹³PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, coll. « Que sais-je ? », 6^e édition, PUF, Paris, 2012, p. 26 et 28.

Le système américain combine trois systèmes de protection maladie possibles : assistance médicale gratuite pour les plus pauvres (Medicaid et SCHIP), assurance maladie pour les plus âgés (Medicare) et assurance privée (dont une majorité est à but non lucratif) pour les classes moyenne et aisées (financées par les employeurs ou bien par les individus eux-mêmes). Le système américain est très performant technologiquement et permet aux plus aisés d'avoir accès aux meilleurs soins. Les inconvénients sont le prix très élevé et les inégalités d'accès aux soins.

3. Les systèmes d'assurance-maladie se situent entre le système national et le système libéral. L'offre de soins y est en partie privée (soins ambulatoires, certains hôpitaux ou cliniques), en partie publique (une grande partie du domaine hospitalier notamment). Ces systèmes sont dominés le choix du médecin pour le patient et le statut de la médecine libérale est garanti. Les frais occasionnés par les soins sont en majeure partie pris en charge par différentes caisses d'assurance-maladie obligatoires et financés par des cotisations sociales. Ce système fonctionne au Japon, Pays-Bas, certains pays d'Europe centrale et orientale, et en France.

Le système français est centralisé et s'inspire aussi, au niveau local, du concept de déconcentration, l'Etat reste toujours au cœur du système de la gestion de santé. Tandis que le système allemand est organisé au niveau des régions. Les systèmes d'assurance maladie permettent de garantir le choix du patient, le confort et souvent la qualité des soins, mais c'est le plus souvent au prix de dépenses élevées de santé, et parfois d'inégalités d'accès aux soins.

Pour la Thaïlande, pays d'Asie, il est difficile d'identifier le type du système de santé puisque, dans le cadre de l'assurance de la santé, le système thaïlandais est un système hybride à mi-chemin entre le système national de santé et le système d'assurance-maladie. Actuellement, les citoyens thaïlandais sont couverts de façon différente par les trois systèmes d'assurance de la santé publique : le système destiné aux fonctionnaires et aux autres agents publics, la Sécurité sociale, et la Couverture maladie universelle (ou dite aussi « l'assurance sanitaire nationale »). Ces trois systèmes disposent d'objectifs différents, et sont destinés à garantir les soins aux différentes catégories de personnes. Les deux premiers systèmes ont été instaurés graduellement en 1980 et en 1990. La CMU ou l'assurance sanitaire nationale a été juste créée en 2002 par le gouvernement de Chinawat Thanksin et a été améliorée et développée ensuite par plusieurs gouvernements. De plus, ces trois systèmes sont mis en œuvre et gérés indistinctement tant au niveau administratif que celui financier.

Cela donne lieu au problème actuel de la disparité entre les trois systèmes.

Ce problème nécessite pour le gouvernement thaïlandais et les organismes concernés de chercher des solutions appropriées. A la fin de cette étude, l'auteur suggérera des propositions liées à la mise en œuvre de l'assurance de la santé, à la fin de cette thèse.

Quant à savoir « quel est le système approprié pour la gestion de la santé ? », il est évident qu'aucun système idéal de la santé n'existe. Tous les systèmes comportent des limites. Dans chaque pays, il faut chercher un système qui est adapté au contexte politique, sociale, économique, etc., sans perdre de vue les buts essentiels, en matière sanitaire : assurer la qualité des soins, l'égalité d'accès aux soins, et la liberté des patients et des acteurs sanitaires.

Pourquoi l'Etat accorde-t-il une importance particulière à l'accès aux soins ? Les réponses sont diverses et dépendent du contexte dans lequel on se positionne (contexte humanitaire, contexte social, économique, médical et scientifique, etc). On ne traite que de l'accès aux soins dans le contexte social. La maladie est considérée comme l'un des risques sociaux qui réduit ou supprime la capacité de travail d'une personne. L'étymologie du terme risque n'est pas clairement établie¹⁴. Le « risque » apparaît au milieu du XVI^e siècle¹⁵. Il prend naissance au moment où se propage dans le monde marchand l'idée d'assurance contre « la fortune de mer », de « mauvaise fortune », c'est-à-dire des risques de naufrage ou de « bonne fortune » issue des activités commerciales¹⁶. Le risque est étroitement lié à l'activité humaine, mais tous les risques inhérents à la vie en société ne peuvent pas être considérés comme des risques « sociaux »¹⁷. On peut parler d'un risque social lorsque celui-ci a fait l'objet d'une intervention des pouvoirs publics. Mais le qualificatif de risque social peut également être affecté à des problèmes d'une gravité telle, qu'il convient de réfléchir à une possible ou souhaitable intervention publique¹⁸. Le risque maladie appelle donc l'intervention de l'Etat pour établir un système sanitaire fondamental pour garantir l'accès

¹⁴ODDONE I. et ODDONE A., « Risque et démocratie », *Revue prévenir* n° 24, 1995, p. 157.

¹⁵HESSE J., « Autour de l'histoire de la notion de risque », in *Les nouveaux risques sociaux*, Annuaire EISS 1996, 1997, p. 5 et s.

¹⁶KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Cours », 3^e édition, Dalloz, Paris, 2009, p.8.

¹⁷Voir pourtant les développements de la doctrine de droit administratif dans le domaine de la responsabilité de l'Etat. Ainsi on peut lire sous la plume de Léon Duguit « ... si donc il résulte de l'intervention étatique un préjudice spécial pour quelques-uns, la collectivité doit le réparer, soit qu'il y ait une faute des agents publics soit qu'il n'y en ait pas. L'Etat est en quelque sorte assureur de ce que l'on appelle souvent le risque social, c'est-à-dire provenant de l'activité sociale, se traduisant par l'intervention de l'Etat. Si l'Etat est responsable, ce n'est point parce qu'il aurait commis lui-même une faute par l'organe de ses agents ; c'est encore et uniquement parce qu'il assure les administrés contre tout risque social ». DUGUIT Léon, *Traité de droit constitutionnel*, tome III, Paris, 1910, p. 469.

¹⁸KESSLER F., *op. cit.*, p. 9.

aux soins destiné à sa population.

Du point de vue juridique, au niveau international, on s'en tient à une liste limitative de risques, ceux que prennent en compte les différents systèmes nationaux de sécurité sociale ; c'est la convention n° 102 de l'OIT, adoptée en 1952, qui donne la liste des neuf risques sociaux que tout système de sécurité sociale a vocation à compenser : maladie (soins médicaux – prestations en nature – et indemnités journalières – prestations en espèces), chômage, vieillesse (pension de retraite), accidents du travail et maladies professionnelles, prestations familiales, maternité, invalidité, décès (prestations aux survivants), veuvage¹⁹. De plus, le risque social est mentionné également dans des textes du Conseil de l'Europe, tel le Code européen de sécurité sociale ou encore le règlement du Conseil de l'Union européenne n° 1408/71 du 24 juin 1971 modifié sur « la coordination des régimes de base de sécurité sociale » des pays membres de l'Union européenne, de l'Association européenne de libre-échange (AELE) et de la Suisse.

Au niveau national, le préambule de la Constitution française de 1946 ne mentionne la définition du risque social dans les principes particulièrement nécessaires, ainsi que « les charges qui résultent des calamités nationales »²⁰ appellent la solidarité nationale. Ce texte affirme également que « la Nation garantit à l'individu et à sa famille les conditions nécessaires à leur développement »²¹. Enfin, selon le même préambule, la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »²².

Il n'existe pas de définition du risque social dans la Constitution thaïlandaise de 2007, mais cette dernière assure le droit à l'accès aux services sanitaires et à la protection sociale dans l'article 51-55 du troisième titre du « droit et la liberté des citoyens thaïlandais » et dans l'article 79-80 du cinquième titre des « Principes directeurs de la Politique Fondamentale de l'Etat ».

Dans le cadre législatif, « le risque social » est mentionné dans l'article L. 111-1, alinéa 2 du Code français de la sécurité sociale qui vise « les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer » la capacité de gain des travailleurs et de leur

¹⁹PETIT F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Master Pro », Gualino, Paris, 2009, p. 18.

²⁰Al. 12 du Préambule de la Constitution de 1946.

²¹Al. 10 du Préambule de la Constitution de 1946.

²²Al. 11 du Préambule de la Constitution de 1946.

famille²³. De plus, l'article L. 111-1 du Code de la mutualité vise parmi les activités relevant des mutuelles « les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie » mais également « le risque de perte de revenus lié au chômage » ou encore « la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ». D'autres textes français plus anciens inventorient également un certain nombre d'événements. On citera par exemple, l'article 1^o de la loi du 30 avril 1930, qui a instauré les assurances sociales en France : ce texte stipule que « les assurances sociales concernent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès et comportent une participation aux charges de la famille... »²⁴.

Lorsqu'il existe des risques sociaux qui menacent la vie des gens, ou empêchent totalement ou partiellement l'exercice de l'activité professionnelle, ou diminuent la capacité de gain d'une personne ou d'un groupe de personnes, surtout la maladie, l'Etat est donc appelé à intervenir pour créer un système fondamental qui a pour but de protéger la sécurité et la stabilité de vie de la population et contre les risques sociaux : ce que l'on appelle « la protection sociale ».

Avant même l'existence du système actuel de la protection sociale, il existe plusieurs techniques de protection contre les risques sociaux : l'assistance, l'épargne, la responsabilité civile prise en charge des accidents, l'assurance et la mutualité, etc.

« L'assistance » est la plus ancienne technique de protection qui trouve actuellement sa traduction dans ce que l'on appelle « l'aide sociale ». Selon le Vocabulaire juridique Capitant, l'assistance se définit comme un « système de protection sociale à base de solidarité qui tend principalement, par l'octroi de prestations diverses, à permettre aux personnes démunies de ressources suffisantes de subsister, mais peut également viser à la réadaptation ou au reclassement de ses bénéficiaires et présente, en tant que secours de la collectivité publique, un caractère subsidiaire par rapport à toute autre forme de protection individuelle ou sociale »²⁵. La traduction du devoir de charité, l'assistance, découle ainsi de l'action des institutions religieuses (on connaît le rôle des congrégations et confréries religieuses auprès des pauvres dans la France de l'Ancien Régime). L'Etat pourvoit également à la prise en charge des plus défavorisés, la politique d'assistance procédant à la

²³Art. L. 111-1, CSP.

²⁴KESSLER F., *op. cit.*, p. 6.

²⁵PETIT F., *op. cit.*, p. 18.

fois de la volonté de lutter contre la pauvreté et du souci de préserver l'ordre public (on a pu parler ainsi de « renfermement des pauvres »)²⁶.

Toutefois, la technique de l'assistance montre ses limites : d'une, elle est mal adaptée aux risques qui se répètent, telle la maladie ; d'autre part, elle place les « assistés » dans une situation de dépendance, qui convient mal au contexte de libération de l'individu. En outre, l'assistance n'encourage ni la prévoyance, ni la prévention des risques ; en d'autres termes, elle n'est pas un facteur de « responsabilisation » de l'individu ; pour certains, elle serait même néfaste, conduisant la personne dans des « trappes à chômage »²⁷.

« L'épargne » est une technique individuelle et la plus simple des protections contre les risques. Cette technique vise à préserver une partie de son revenu pour faire face aux risques de l'existence (maladie, chômage, retraite, etc.). Même si l'épargne constitue un encouragement à l'effort individuel, elle présente des sérieuses limites. Ainsi, cette technique implique que la personne dispose d'un revenu suffisamment élevé pour permettre une épargne significative, alors que les personnes les plus défavorisées ne peuvent épargner : « les groupes sociaux les plus défavorisés, ceux qui disposent seulement de moyens minima d'existence, rencontrent les plus grandes difficultés à épargner »²⁸. De plus, les aléas de certaines situations rendent l'épargne inefficace, tels que la dépréciation monétaire entre les deux guerres mondiales qui est un aléa économique.

« La responsabilité civile prise en charge des accidents » est établie, lorsque la réalisation d'un risque est imputable à un tiers, autrement dit lorsqu'un tiers est intervenu dans la genèse de l'accident, et que son action ou son abstention s'avèrent susceptibles d'engager sa responsabilité. L'application des règles de la responsabilité civile est de nature à garantir la réparation du préjudice subi, telle que les frais médicaux, hospitaliers, la perte de revenu. Au XIX^e siècle, avant la loi du 9 avril 1898, on appliquait ce principe de responsabilité du Code civil pour indemniser les ouvriers victimes d'accidents dans les usines.

Pendant, cette technique connaît des limites comme les autres techniques mentionnées précédemment²⁹. Ainsi, elle est largement inefficace lorsque le préjudice ne résulte pas du fait d'un tiers, lorsque par exemple l'ouvrier se blesse lui-même en raison de

²⁶PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Mémentos », 13^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 11.

²⁷MORVAN P., *Droit de la protection sociale*, 3^e édition, Litec, Paris, 2007, p. 466.

²⁸DURAND P., *La politique contemporaine de sécurité sociale*, 2^e édition, Dalloz, Paris 2005, p. 30.

²⁹AUBIN G., « La loi du 9 avril 1898, rupture ou continuité ? », *Dr.soc.*, 1998, p. 635 ; « La réforme sociale et la réparation des accidents du travail (1881-1898) », *Du droit du travail aux droits de l'humanité : Etudes offertes à Ph.-j. Hesse*, PUR, 2003, p. 17.

la fatigue accumulée, ou lorsque la machine à vapeur explose malgré tous les soins que lui a apporté l'employeur ; il était également difficile de prouver un lien entre le travail et une maladie que l'on souhaite imputer à la profession; surtout, le principe de responsabilité civile n'est d'aucune utilité contre les maladies d'origine non professionnelle ou contre l'usure physique découlant tout simplement de la vieillesse³⁰.

« L'assurance » est considérée comme une technique d'épargne collective et un acte de prévoyance devenu objet de commerce, qui justifie une activité à but lucratif. Elle repose sur la répartition des risques (la mutualisation des risques) entre l'ensemble des personnes appelées à participer à l'opération de prévoyance. Chacun supporte ainsi une prime et peut prétendre, en contrepartie, au bénéfice d'une indemnité s'il est victime de la réalisation du risque couvert³¹.

Selon le Vocabulaire Capitant, l'assurance correspond à « l'opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération – la prime -, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation (pécuniaire) par une autre partie, l'assureur (société d'assurance) qui, prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique ». En d'autres termes, l'assureur rassemble des primes auprès de chaque assuré et prend l'engagement, en cas de survenance du risque, d'indemniser la victime³².

« La mutualité » se passe d'intermédiaires entre la garantie offerte et l'individu désireux de se protéger ; le groupe se protège seul sans l'intervention d'un tiers organisateur³³. La mutualité est considérée comme une technique d'épargne collective mais elle s'inscrit dans une conception nettement différente de l'assurance. Ainsi, l'assurance tend à la couverture d'un risque au sens statistique du terme. Le montant des primes exigées de l'assuré est fonction de la fréquence et de la gravité prévisibles du risque. L'assurance revêt, par ailleurs, le caractère d'une activité commerciale qui comporte des charges (prospection de la clientèle, publicité) et doit dégager des bénéfices. En revanche, la mutualité tend davantage à promouvoir la solidarité entre ses membres, présente aussi l'avantage de son caractère volontaire, et ne poursuit pas de but lucratif. Qu'elles soient forfaitaires ou proportionnelles au revenu, les cotisations sont indifférentes au risque encouru par chacun. Elle est, dans ces conditions, nettement plus accessible.

³⁰PETIT F., *op. cit.*, p. 21.

³¹PRETOT X., *op. cit.*, p. 10.

³²PETIT F., *op. cit.*, p. 22.

³³KESSLER F., *op. cit.*, p. 88.

Toutefois, l'assurance et la mutualité comportent certaines limites, telles que l'inadaptation à la prise en charge de certains risques et charges insusceptibles d'une prévision, comme le risque de chômage, de charges de famille, ainsi que l'assurance découle du caractère insuffisant solidaire et purement volontaire³⁴.

On peut constater que ces techniques - l'assistance, l'épargne, la responsabilité civile prise en charge des accidents, l'assurance et la mutualité - ne sont pas adaptées à la totalité des risques sociaux survenant, notamment le risque maladie. Toutes les techniques traditionnelles comportent leurs limitations. Pourtant, l'Etat ne peut pas négliger son devoir fondamental de mettre en place en service public destiné à la population, notamment par la prise en charge des risques sociaux comme le risque maladie. Après avoir évoqué les limites des techniques traditionnelles, le système de sécurité sociale a été établi en France et en Thaïlande.

Comment est mis en place par l'Etat les systèmes de l'accès aux soins ? La réponse à cette question met l'accent sur des systèmes de base qui peuvent garantir le droit à l'accès aux soins de la population. Les systèmes visant à garantir le droit à l'accès aux soins en France sont différents de ceux de la Thaïlande, en raison des différences de l'histoire, de la société, de l'économie, des problèmes sanitaires, etc. Le système français destiné à garantir le droit à l'accès aux soins est attaché d'une manière étroite au système de la Sécurité sociale. Alors qu'en Thaïlande, il n'existe pas seulement un système de Sécurité sociale qui assure le droit à l'accès aux soins, mais aussi d'autres systèmes que l'on mentionnera ultérieurement.

La formation du concept de sécurité sociale est née de l'inadaptation des techniques traditionnelles à l'évolution des sociétés et, notamment, au développement du travail salarié. Au simple aménagement des techniques traditionnelles, a succédé, au tournant du XX^e siècle, une conception nouvelle de la prise en charge des risques : la Sécurité sociale, fondée sur une appréhension d'ensemble des risques et sur les exigences de la solidarité nationale³⁵.

Dans le cadre français, la France est plus attachée à la sécurité sociale que la Thaïlande. La sécurité sociale française prend en charge les risques sociaux, surtout le risque maladie. Elle fait la redistribution des opérations par lesquelles les prélèvements opérés sur les revenus de certains afin d'être reversés à d'autres. Monsieur Pierre Laroque qui est le créateur du système de la sécurité sociale français, disait qu'il faut instaurer une organisation

³⁴PRETOT X., *op.cit.* , p. 10.

³⁵*Id.*, p. 8.

qui a pour but « d'écarter l'incertitude des lendemains ». C'est la sécurité sociale qui permettra de répondre à cette incertitude.

Cette incertitude se traduit par des risques sociaux et aussi par des charges qui découlent de la situation personnelle des assurés. La sécurité sociale est considérée comme une action curative des risques sociaux. Cependant, au départ, la France avait utilisé la technique de l'assurance sociale, mais a changé de technique pour de nombreuses raisons, notamment la solidarité. La sécurité sociale est une technique qui n'a pas de but lucratif.

Monsieur Pierre Laroque a souhaité réaliser, en 1945, la démocratie sociale. Son idée était que les assurés devaient gérer eux-mêmes la sécurité sociale. Les caisses étaient donc des organismes de droit privé et gérés par des conseils d'administration dans lesquels il y avait $\frac{3}{4}$ de représentants des assurés (syndicats) et $\frac{1}{4}$ de représentants du patronat.

En ce qui concerne certaines caractéristiques remarquables de la sécurité sociale française, les risques sociaux sont distincts des risques économiques, surtout le risque de la perte de l'emploi, pour une raison historique. En 1945, le chômage n'existait pas. C'est la raison pour laquelle la sécurité sociale française ne prend pas en charge le risque économique. Actuellement, l'assurance chômage fait partie de la protection sociale mais n'est pas un risque protégé par la sécurité sociale. Néanmoins, l'assurance chômage a été mise en place par la convention du 31 décembre 1958 et prise en charge par l'Unédic, qui est un organisme gérant paritairement l'assurance chômage en France, et par l'ASSEDIC (Association pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce), qui est gérée par les partenaires sociaux.

En outre, la sécurité sociale française ne prend pas en charge en totalité la dépense survenue. Ainsi, le remboursement de la dépense par la sécurité sociale comporte la portée de la prise en charge. Pour l'assurance maladie, l'assuré peut être remboursé de 75% de la dépense totale par la sécurité sociale. Une partie des dépenses de santé reste donc à la charge du patient, ce qui a incité les mutuelles à intervenir. La sécurité sociale n'intervient plus seule, mais elle laisse une certaine place à de nouveaux acteurs, comme les mutuelles, les entreprises d'assurance, les complémentaires facultatives dans le cadre de la profession ou dans le cadre de l'entreprise qui permettent d'acquérir une protection supplémentaire corrélée avec le revenu d'activité.

Par ailleurs, la sécurité sociale dispose d'un volet familial. En fait, le système de la sécurité sociale française n'offre pas une protection seulement pour l'assuré, mais elle couvre aussi ses ayants droits. La signification de l'ayant droit est interprétée au sens large

ce qui comprend, par exemple, le conjoint (incluant les couples homosexuels), des personnes qui sont à la charge totale, effective et permanente de l'assuré, tous les enfants légitimes (incluant l'adoption), etc.

La sécurité sociale française est créée et instaurée afin de contrer les risques sociaux et s'inspire du principe de la solidarité. Son objectif principal est que toute la population résidant sur le territoire français serait couverte par la sécurité sociale. Pourtant, la sécurité sociale ne peut pas couvrir tous les risques sociaux. On a donc besoin de « l'aide sociale » qui joue actuellement un rôle très important, dans la mesure où la sécurité sociale n'est pas capable de tout prendre en charge. L'aide sociale regroupe l'ensemble des prestations sociales versées aux personnes en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté, par exemple la Couverture maladie universelle (CMU). L'aide sociale a pour objectif de répondre aux besoins primordiaux des personnes.

En Thaïlande, il existe actuellement trois systèmes principaux garantissant le droit à l'accès aux soins destinés à la population : la Sécurité sociale, le système de l'assurance de la santé destinée aux fonctionnaires et autres agents publics et la CMU. Pourtant, avant la réforme de l'assurance sanitaire en 2002, des régimes d'assurance sanitaires thaïlandais ont été classés en quatre catégories, en fonction de leur nature et leurs objectifs, selon le classement de Monsieur Supachutikul³⁶ ;

1. L'Allocation médicale « *Medical Welfare Scheme : MWS* » : Ce schéma fournit des soins médicaux gratuits pour les indigents, par exemple les pauvres, les personnes âgées et les enfants jusqu'à l'école secondaire et les handicapés. Elle s'étend également aux moines, aux dirigeants communautaires, aux bénévoles de la santé et de leurs familles.

2. Le Schéma d'avantage médical du fonctionnaire « *Civil Servant Medical Benefit Scheme : CSMBS* » : Ceci est un avantage médical en nature pour les employés et personnel du gouvernement afin de compenser les faibles salaires du public.

3. L'Assurance sociale obligatoire « *Compulsory Social Insurance* » : Elle comprend trois modèles d'assurance ; (1) le régime de sécurité sociale « *Social Security Scheme : SSS* » : Le système de contribution tripartite par l'employeur, l'employé et le gouvernement assure la sécurité sanitaire pour les employés du secteur formel ; (2) le régime de la compensation ouvrier « *Workmen Compensation Scheme : WCS* » : le système de responsabilité de l'employeur pour protéger l'employé contre les blessures liées au travail,

³⁶SUPACHATIKUL A., *La situation analysable sur l'assurance sanitaire et le développement futur*, Presse de l'Institution de la Recherche du Système Sanitaire, Bangkok, 1995, p. 23.

les maladies et les frais funéraires ; et (3) l'assurance d'accident de la circulation « *Traffic Accident Insurance* » : assure l'accès aux soins des victimes d'accidents de la circulation par le biais de primes obligatoires versées par tous les propriétaires de véhicules à des entreprises d'assurance privées³⁷.

4. L'Assurance sanitaire volontaire : Elle comprend deux modèles d'assurance; (1) l'assurance sanitaire privée: la contribution volontaire des risques, la prime couvre principalement les mieux lotis³⁸ ; et (2) la carte sanitaire gouvernementale « *Government Health Card Scheme : HCS* » : l'alternative volontaire pour les personnes non assurées, par exemple des travailleurs ruraux du secteur informel qui n'étaient pas éligibles pour le régime à faible revenu, des travailleurs indépendants et des employés dans les petites entreprises de moins de dix salariés qui ne sont pas éligibles au régime d'assurance sociale.

De plus, il existe également plusieurs financements qui visent à fournir des avantages aux membres qui y cotisent. Les paiements sont effectués rétroactivement aux membres à la fin de l'année en fonction des fonds disponibles. Les allocations funéraires d'auto-assistance étaient plus communes que les prestations de santé.

Cependant, avant 2002, le système thaïlandais d'assurance était caractérisé par une fragmentation, une duplication et une couverture insuffisante dans certains régimes ; il ne pouvait pas répondre à l'objectif d'efficacité et d'équité que s'est fixé l'Etat thaïlandais. En effet, le manque de directives et de résultats ne permet pas un accès au soin efficace. A cela s'ajoute les problèmes de financement, tels que la croissance des dépenses de la santé qui est plus rapide que la croissance du PIB (même lors de la récession économique³⁹). De plus, on constate que les soins primaires sont inefficaces ; les plus démunis ont dû faire appel aux hôpitaux coûteux dont l'attente est plus longue et les services peu satisfaisants.

En outre, l'inégalité d'assurance sanitaire a été démontrée par une subvention fiscale inéquitable entre habitants, favorisant le Schéma d'avantage médical du fonctionnaire (CSMBS) par rapport au régime de faible revenu, et il existe alors un écart sur l'ensemble des prestations. Néanmoins, chaque système d'assurance sanitaire présentait des défauts :

³⁷NITAYARUMPONG S., SAELIM S. et KANGVANLERT R., *L'effet de la Loi de la Protection des Blessés d'Accident de la Circulation 1992*, Presse de l'Officine des Politiques et des Stratégies du Ministère de la Santé, 1995, p. 55.

³⁸SURASAENGSUNG S., *L'assurance sanitaire privée en Thaïlande*, Presse de l'Université de Chulalongkon et Presse de l'Institution de la Recherche du Système Sanitaire, 1998, p. 75.

³⁹PONGPANIT S., JANCHAROEN W., SRITHAMRONGSAWAT S., *Le premier rapport sur le compte sanitaire national en Thaïlande 1996 et 1998*, Presse de l'Institution de la Recherche du Système Sanitaire et presse d'Université de Chulalongkorn, Bangkok, 2000, p. 95.

1. « L'Allocation médicale » pour les pauvres était conditionnée⁴⁰ par les variations saisonnières et la difficulté de l'évaluation du revenu. De plus, ce système souffrait d'un budget relativement strict et les hôpitaux n'étaient pas responsables ou désireux de fournir des soins rapides et décents.

2. « Le Schéma d'avantage médical du fonctionnaire »⁴¹ présentait trois problèmes hérités de l'inefficacité (due à une multiplication des admissions inutiles et des hospitalisations souvent trop longues), l'escalade des coûts (l'augmentation de 14 % par an pendant 1988-1997) et l'inégalité de la subvention budgétaire par habitant⁴². Tous les malades ne sont pas préoccupés par les coûts ; des hôpitaux publics étaient incités à augmenter leur capacité de rendement et à offrir toujours plus de soins afin de pouvoir prendre en charge les patients de « l'Allocation médicale », comme les hôpitaux privés. Comme les bénéficiaires n'étaient confrontés à aucun affichage des prix, ils n'étaient pas conscients des coûts qu'ils prenaient pour acquis. Ces problèmes ont été aggravés par le fait que le Ministère du Contrôleur Général n'était ni capable d'agir, ni en mesure d'introduire une intervention politique raisonnable⁴³.

3. « L'Assurance sociale obligatoire » : la force de la capitation était la capacité de maîtrise des coûts⁴⁴. Cependant, la qualité des soins a été compromise par la suite et c'est devenue un problème important, surtout lorsque les travailleurs n'ont pas pu exercer leur droit de choisir le fournisseur avec lequel ils se sont inscrits. De plus, ils disposent de peu d'informations complètes sur la qualité clinique des soins. Ainsi, ils ne savent pas comment choisir les hôpitaux et en fonction de quels critères. Les prestations de santé étaient liées à l'emploi et lorsque l'emploi cessait, même si une période de grâce d'un an était accordée, les prestations n'étaient alors plus versées. La disposition sur l'adhésion volontaire par les

⁴⁰La Division Sanitaire Rural et la Faculté de la Santé Publique, *L'Etude sur la couverture de la carte sanitaire des revenus faibles*, Presse du Ministère de la Santé Publique, 1994, p. 80 et le projet du développement la ressource humaine, *L'évaluation du problème de la carte sanitaire pour les revenus faibles*, Presse d'Institution National du Développement et l'Administration (NIDA), 1996, p.105.

⁴¹SRITHAMRONGSAWAT S., « Le choix politique de réforme financière du Schéma d'Assistance Publique des indigents en Thaïlande », *Journal de Politique et Plan Sanitaire*, n°1, 1998, p. 27-42.

⁴²TANGCHAROENSATHIEN V., TANTIGATE N., KONGSAWAT S., *La Réforme du Schème l'Avantage Médical des Servants Civils : l'Etude de cas en 1995*, Presse de l'Institution de la Recherche du Système Sanitaire, Nonthaburi, 1997, p. 45.

⁴³TANGCHAROENSATHIEN V., NITTAYARUMPHONG S., BENNETT S., *La dépense médicale des impatients dans le Schème l'Avantage Médicale des Servants Civils*, Les séries de la monographie d'assurance sanitaire n°5, Presse du Ministère de la Santé Publique, 1993, p. 43.

⁴⁴TANGCHAROENSATHIEN V., SUPACHUTIKUL A., LERTIENDUMRONG J., « Le Schème de la Sécurité Sociale en Thaïlande : Qu'est-ce leçon pourrait être dessiné ? », *Journal de la Science Sociale et Médecine*, n°48, 1999, p. 913-923.

travailleurs de la sécurité sociale n'a pas été pleinement mise en œuvre par le Bureau de la sécurité sociale.

4. L'Assurance sanitaire volontaire : si les malades se représentaient souvent aux hôpitaux membres, les résultats négatifs étaient prévisibles⁴⁵. Ceci augmentait le coût moyen par personne inscrite. Le coût moyen par carte (2700 bahts) par an ne correspondait pas au produit de la vente de cartes (500 bahts) et subventions (1 000 bahts). La moitié des frais engagés étaient en dehors du système des services sanitaires de district.

En raison de l'inégalité, de l'inefficacité et de la non coopération des institutions sanitaires, la plupart des citoyens thaïlandais ne pouvaient pas accéder aux soins sauf les fonctionnaires et les travailleurs du domaine public qui étaient protégés par le Schéma d'avantage médical du fonctionnaire, ainsi que les salariés aux revenus élevés qui bénéficiaient d'une assurance maladie privée au titre d'une cotisation. Ces problèmes sanitaires ont abouti à la réforme du système d'assurance sanitaire thaïlandaise en 2002.

Le Ministère des Finances et le Ministère de la santé publique ont commencé la réforme de « l'Allocation médicale » en 1998, en mettant en place un cadre réglementaire, une amélioration de la responsabilisation, la décentralisation de la gestion des fonds, ce qui rendait le budget transparent et équitable et renforcer le réseau de soins primaires. L'attribution d'un budget aux provinces a été répartie sur la base du nombre de bénéficiaires inscrits, pondéré par des facteurs relatif aux besoins de la santé. Une prime de réassurance de 2,5 % du budget a été déduite par le Ministère de la santé publique, et destinée à payer pour les soins et les services ayant un coût élevé⁴⁶.

L'évaluation du co-paiement de « Schéma d'avantage médical du serviteur civile » (introduit en 1998)⁴⁷ a constaté une économie de 8 % pendant sept mois de l'efficacité des interventions en 1998. En 1999, lorsque l'intervention a eu son plein effet, une économie de coût de 21,7 % a été observée, principalement due aux dépenses d'hospitalisation qui ont

⁴⁵SRITHAMRONGSAWAT S., *L'évaluation de Carte Sanitaire*, Presse d'Officine d'Assurance Sanitaire, 1996, p. 23.

⁴⁶SRITHAMRONGSAWAT S., *La directive du ménagement financier sur le Schème d'Assistance Publique Médicale dans le projet d'investissement social*, Presse de l'Officine d'Assurance Sanitaire, Nonthaburi, 1999, p. 56.

⁴⁷L'Officine du Premier Ministre, Les stratégies en terme court pour la réforme du Schème d'Avantage Médicale des Servants Civils, L'ordre urgent du Premier Ministre n° 0204/1464 le 9 Février 1998, n° 0205/11998 le 17 Septembre 1998 et n° 0205/5808 le 4 May 1999.

diminué. Il y avait une réduction de 50 % des dépenses après la cessation des soins hospitaliers privés⁴⁸.

« L'Assurance sociale obligatoire » avait le plus fort potentiel d'extension de couverture des prestataires, en particulier pour les conjoints et les personnes à charge, avec une exigence de contribution supplémentaire minimale. En outre, ce régime étendait la couverture aux travailleurs autonomes sur une base obligatoire. Cela permettait aux non-assurés de bénéficier d'un rapport qualité-prix intéressant, ce qui renforçait la capacité de financement à long terme. De plus, on constate aussi une réforme des autres secteurs notamment concernant l'amélioration de la capacité de surveillance des régimes de qualité en améliorant l'information diffusée aux travailleurs pour un meilleur choix de leur hôpital.

Le gouvernement thaïlandais a la volonté d'améliorer fortement le système thaïlandais de la santé et il existe de nombreuses réformes et beaucoup de changements en ce sens. Toutefois, celui qui semble le plus essentiel et le plus important est la mise en place de la réforme du système de l'assurance sanitaire en 2002. En effet, cette réforme vise à combler les inégalités sociales, l'inefficacité et le non coopération des institutions sanitaires, puisqu'une partie de la population thaïlandaise ne peuvent pas accéder aux soins. Durant la période du gouvernement de Thaksin Chinawat, la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002 fut votée et effective le 19 novembre 2005. Cette loi aboutit à la réforme sanitaire en Thaïlande, notamment la réforme du système d'assurance sanitaire. La loi de 2002 installa une nouvelle politique sanitaire concernant le changement du système d'assurance sanitaire, surtout la création de la couverture universelle d'assurance sanitaire aux habitants, appelé aussi « trente bahts, pour accéder aux soins ». Cela permettait à la population d'être soigné en payant trente bahts par traitement. Après le changement du gouvernement thaïlandais en février 2005, il est repris par le Premier Ministre Apisit Vetchacheeva, et le 3 juillet 2011 par le nouveau Premier Ministre Yingluk Chinawat. Le système d'assurance sanitaire fonctionne continuellement jusqu'à aujourd'hui.

Actuellement, au-delà de l'assurance d'accident et l'assurance volontaire privée, il existe trois catégories principales d'assurance sanitaire qui sont sous la responsabilité de l'Etat. La première est la Sécurité sociale gérée par l'Office de la sécurité sociale. La deuxième est le système d'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents

⁴⁸PITAYARANGSARIT S., TANGCHAROENSATHIEN V. et ANIWAN S., *L'évaluation de co-paiement sur les médicaments non-essentiels, les chambres privées et les conseil dans le Schème d'Avantage Médicale des Servants Civils*, Presse de l'Institution de la Recherche du Système Sanitaire, 1999, p. 113.

publics sous la responsabilité du Département du contrôleur général, placé sous le Ministère des Finances. Et la dernière est la Couverture maladie universelle, appelée aussi l'assurance sanitaire nationale, incombant à l'Office de l'assurance sanitaire nationale. Grâce à ces trois catégories d'assurance sanitaire, le gouvernement peut assurer à 92,5 pourcents d'habitants d'accéder aux soins.

Les trois différents régimes d'assurance de la santé se sont développés à des rythmes différents entraînant des variations en termes de régimes d'avantages sociaux, de méthodes de paiement des fournisseurs, de sources de financement, de niveau de subvention du gouvernement, d'efficacité et de qualité des soins. La discussion sur les politiques actuelles se concentre donc sur l'amélioration du rendement, la réduction des inégalités entre les trois catégories, et l'extension de la couverture d'assurance pour toute la population, notamment les étrangers qui travaillent sur le territoire thaïlandais.

L'accès aux soins apparaît au cœur de l'évolution de la société et est considéré comme l'un des éléments essentiels qui supportent la démocratie sociale. Ainsi, lorsque des personnes, notamment des salariés, sont assurées, elles possèdent alors le droit à l'accès aux soins lorsqu'elles sont malades ; elles peuvent exiger le respect de ce droit auprès de leurs employeurs. Du point de vue juridique, le patron et le salarié voient leur statut rééquilibré.

Malgré les enjeux de l'assurance de la santé, peu d'études ont été effectuées sur son régime juridique. Les points juridiques de l'assurance de la santé sont donc peu connus des juristes thaïlandais car c'est à la fois un sujet nouveau et un domaine spécial. De plus, il s'agit là de souligner le caractère interdisciplinaire des questions relatives à l'accès aux soins et l'assurance de la santé, qui peuvent relever à la fois du droit à la santé publique, du droit à la protection sociale, du droit à la sécurité sociale et du droit à l'aide et l'action sociale. En conséquence, peu de juristes thaïlandais ont consacré leurs études à ce domaine. Les recherches sur ce sujet sont rares.

L'insuffisance des recherches juridiques systématiques sur l'accès aux soins, compte tenu de la portée de l'assurance de la santé à l'heure actuelle, nous paraît regrettable. C'est la raison pour laquelle nous avons entamé cette étude, qui a pour but de procéder à une analyse comparée du droit de la santé français et thaïlandais. Une telle analyse peut permettre de mieux comprendre les systèmes de la santé et les systèmes de l'assurance de la santé français et thaïlandais actuels, y compris leurs enjeux pour l'assurance publique de la santé dans l'avenir.

Etant donné que le système juridique thaïlandais s'est fortement inspiré du système juridique français, l'étude du système de la santé et la sécurité sociale en France revêt une grande importance pour la Thaïlande. La France agit en précurseur et fournit un exemple concret dont la Thaïlande pourrait s'inspirer. Non seulement cette étude présente un véritable avantage pour la Thaïlande, mais l'étude du modèle français permet aussi de revoir la logique du système de la santé et la sécurité sociale française.

De ce fait, il est nécessaire de mener une étude comparative du droit de la santé et du droit de la protection sociale en tenant compte des facteurs propres aux systèmes de la santé et la sécurité sociale français et thaïlandais. L'étude comparative de l'accès aux soins en France et en Thaïlande présente un intérêt essentiel pour comprendre l'ensemble des éléments du droit de la santé et la protection sociale français et thaïlandais, non seulement dans leurs aspects de droit positif, mais aussi dans leurs aspects philosophiques.

L'étude de l'accès aux soins et plus particulièrement l'assurance de la santé, permettra de mettre en évidence les possibilités d'importation du modèle français. Dans ce cadre, il est bien entendu indispensable de vérifier si le modèle français peut être importé tel quel ou si le contexte thaïlandais impose des modifications et des adaptations.

Avant de démontrer les modalités et la problématique de cette étude, il est utile d'évoquer les difficultés apparues lors de notre recherche afin de préciser le champ de cette étude. La difficulté concerne la comparaison entre le système de la santé et le système de l'assurance de la santé français et thaïlandais. Du fait que l'élaboration et le contenu des règles sanitaires répondent aux besoins de chaque pays, la différence entre les termes juridiques et sanitaires utilisés au sein de ces deux pays s'est souvent manifestée. En effet, la diversité des systèmes juridiques et des institutions en France et en Thaïlande a conduit à utiliser une terminologie commune comme outil d'explication secondaire. Ainsi notre étude a utilisé une terminologie française et parfois anglaise définissant un certain nombre d'expressions thaïlandaises afin de faire comprendre la spécificité de tel ou tel système – ce travail lexical étant déjà disponible. Les termes juridiques et sanitaires français utilisés dans cette étude sont en effet utilisés aussi bien par les groupes d'experts sanitaires français.

La complexité de l'étude de l'accès aux soins est accentuée par la diversité des matières liées à cette recherche. Une étude comparative de l'accès aux soins en France et en Thaïlande concerne non seulement le droit de la santé, mais aussi le droit constitutionnel, le droit médical, le droit de la protection sociale, le droit de la sécurité sociale, et le droit de l'aide et l'action sociale. De plus, l'accès aux soins en France et en Thaïlande s'étend

également à la mise en œuvre de l'assurance de la santé qui nécessite une bonne connaissance de l'assurance sanitaire publique.

Du fait que chaque matière du droit a son propre caractère et sa complexité particulière, notre étude ne peut pas englober tous les aspects de ces matières. C'est la raison pour laquelle notre étude se focalise, surtout sur la mise en place du droit et du système de l'assurance de la santé en France et en Thaïlande afin de savoir la possibilité de l'accès aux soins de la population, soit les citoyens, soit les étrangers. Ainsi, lorsqu'ils sont malades, quels sont les systèmes de base qui garantissent le droit à l'accès aux soins ou quels sont les systèmes fondamentaux qui financent les dépenses de la santé pour les malades ? Cette présente étude concernant la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins en France et en Thaïlande ne se concentre que dans le secteur public qui est géré et mis en place par des organismes de l'Etat. L'assurance privée, la mutualité ou des autres systèmes de secteur privé ne font donc pas l'objet de cette recherche. De plus, l'étude de l'accès aux soins, surtout par la Sécurité sociale en France et en Thaïlande, est limitée à la découverte seulement de la branche maladie non professionnelle. Enfin, pour mieux comparer le système de la Sécurité sociale en France et en Thaïlande, nous n'étudions que le régime général de la sécurité sociale française dont l'étendue et le contenu sont les plus semblables à la totalité du système de la sécurité sociale en Thaïlande. Compte tenu de la complexité de ces sujets, notre étude ne peut donc pas réunir tous les aspects sans dépasser la durée fixée pour notre recherche.

En ce qui concerne les modalités de cette recherche, la présente étude est divisée en quatre étapes. Nous analysons, tout d'abord, l'émergence du droit à l'accès aux soins en France et en Thaïlande qui s'est concentrée sur deux grandes périodes : avant l'apparition du système de la protection sociale, et la survenance du système de la protection sociale. On s'intéresse aussi aux conceptions de l'accès aux soins qui peuvent être appréciées au regard de la protection sociale et au regard du droit médical. Il est intéressant de comprendre les principes fondateurs et l'affirmation du droit à l'accès aux soins dans les textes constitutionnels et dans les contextes juridiques français et Thaïlandais. Cela nous permet de mieux comprendre la mise en œuvre actuelle du droit à l'accès aux soins.

Nous procédons ensuite à une étude du système de la santé en France et en Thaïlande en deux sections : le système de gestion de la santé et le système de soins et la coopération sanitaire. Cette étude est considérée comme élément principal et favorable à la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins dans ces deux pays, ainsi que l'étude du système de la

santé du pays permet la compréhension du système d'assurance de la santé qui est le cœur de cette recherche.

Nous étudions en outre la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins principaux et supplémentaires en France et en Thaïlande. Notre étude porte essentiellement sur les travaux de mise en œuvre du droit à l'accès aux soins, ainsi que les travaux gouvernementaux et les documents de travail imprimés et ceux diffusés sur les différents sites internet publics afin de mieux connaître la fonction et la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins pour des citoyens français et thaïlandais et aussi pour les étrangers dans ces deux pays.

Enfin, nous procédons à une analyse de l'ensemble de la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins, surtout la mise en œuvre en Thaïlande qui se traduit par les trois principaux systèmes différents : la Sécurité sociale, le système de l'assurance de la santé destinée aux fonctionnaires et autres agents publics, et la CMU. L'exécution et la gestion distinctes et séparées de ces trois systèmes, surtout dans le domaine administratif et financier, conduisent au problème actuel de la disparité, en ce qui concerne notamment les prestations médicales et sanitaires rendues à leurs bénéficiaires. C'est un grand débat politique actuel, dans le domaine d'assurance de la santé, en Thaïlande.

L'étude de la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins en France, réalisée par le système de la sécurité sociale a pour but de savoir si ce énorme système peut répondre à la question de la disparité d'accès aux soins de la population en Thaïlande, si cette forme de mise en œuvre de l'accès aux soins en France pourrait être un bon modèle, dans l'avenir, pour le système de l'assurance de la santé en Thaïlande.

De cette problématique, nous pouvons dégager trois sous-questions : d'une part, qu'est-ce que le droit à l'accès aux soins ?, et comment mettre en place un système permettant d'assurer le droit à l'accès aux soins destinées à la population en France et en Thaïlande ? Ces questions nous amèneront à nous interroger sur le système de l'assurance de la santé de chaque pays. Et d'autre part, il faudra s'interroger sur l'efficacité du système de l'assurance de la santé par la sécurité sociale en France et savoir s'il serait un bon modèle pour le système de l'assurance de la santé, dans l'avenir, en Thaïlande. Si les réponses sont négatives, quels sont les points qu'il faut améliorer dans le système de l'assurance de la santé, notamment en Thaïlande ? Cette question nécessite d'étudier la possibilité et les modalités du système de la sécurité sociale et la Couverture maladie universelle en France dans le cadre du projet de l'amélioration et du développement le système de l'assurance de la santé en Thaïlande.

Après avoir analysé les systèmes d'assurance de la santé en France et en Thaïlande, des propositions de l'auteur seront apportées dans chaque titre, notamment les propositions liées au problème à la disparité qui seront abordées à la fin de cette recherche. Certaines propositions découlent des modèles de la Sécurité sociale et de la Couverture maladie universelle de la France, et sont adaptées ensuite au contexte thaïlandais.

Afin d'apprécier l'importance de l'accès aux soins des citoyens et des étrangers en France et en Thaïlande, il est nécessaire de revenir sur la survenance du droit à l'accès aux soins dans ces deux pays, puis faire la recherche sur la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins en France et en Thaïlande. Le but est de comparer les systèmes de l'accès aux soins, notamment les systèmes de l'assurance de la santé, entre de la France et de la Thaïlande. Notre étude va s'articuler en deux parties.

La première partie présente l'identification du droit à l'accès aux soins en France et en Thaïlande. Elle s'attache, d'une part, aux fondements du droit à l'accès aux soins afin de comprendre l'émergence du droit à l'accès aux soins et les principes constitutionnels et juridiques qui garantissent à la population l'accès aux soins dans les deux pays. D'autre part, elle met l'accent sur le système de santé en France et en Thaïlande qui comportent de grands et nombreux organismes et professionnels sanitaires. L'étude de ces systèmes est un élément essentiel qui nous permet de mieux comprendre la mise en œuvre actuelle du droit à l'accès aux soins qui est gérée principalement par un des organismes constituant le système de la santé du pays.

L'évolution du droit à l'accès aux soins à la suite de l'émergence du système de la protection sociale, l'affirmation du droit à l'accès aux soins dans des textes constitutionnels et juridiques, et la bonne gestion du système de la santé, sont des facteurs essentiels favorables à la mise en œuvre de l'assurance de la santé destinée à la population dans les deux pays.

La deuxième partie présente la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins en France et en Thaïlande en insistant sur les systèmes de l'assurance de la santé. Ceux-ci vont concerner d'abord l'accès aux soins principaux qui se traduisent par la Sécurité sociale en France, et par la Sécurité sociale et les systèmes destinés aux fonctionnaires et aux autres agents publics en Thaïlande, afin de faire connaître la conception, les principes et la fonction, ainsi que l'organisation administrative et financière de ces systèmes.

La mise en œuvre du droit à l'accès aux soins s'est manifestée également par l'accès aux soins supplémentaires. Celui-ci est réalisé par la Couverture maladie universelle (CMU)

en France et par la Couverture maladie universelle dans le contexte thaïlandais ou dite l'assurance sanitaire nationale en Thaïlande. Cette étude a pour but la compréhension de la notion, l'évolution et la fonction, ainsi que l'organisation administrative et financière de système de l'accès aux soins supplémentaires pour les citoyens et aussi les étrangers. A la fin de cette partie, des propositions seront apportées concernant le problème actuel de la disparité entre les trois systèmes d'assurance de la santé en Thaïlande.

Première partie

L'identification du droit à l'accès aux soins

Le droit à l'accès aux soins est énoncé dans les alinéas 10 et 11 du préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946, et dans les articles 51-57 et 67 de la Constitution thaïlandaise de 2007. Les principes et les détails des droits liés à la santé sont affirmés aussi sur le plan législatif dans les articles L.1110-1 à L.1114-4 du Code de la santé publique en France, et par trois textes juridiques en Thaïlande : la loi sur la santé nationale de 2007, la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002 et la Déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998.

Le droit à l'accès aux soins est un droit fondamental de l'homme que tous les pays garantissent et mettent en œuvre pour leur population. Ce droit a progressivement évolué et apparaît dans l'histoire juridique de la France et la Thaïlande. Avant l'apparition du système de la protection sociale, l'église chrétienne et la pagode bouddhiste aidaient et soignaient les malades. Après l'instauration d'un système de protection sociale, un système de soins et un système de santé ont été créés par l'Etat, considérant le service sanitaire comme un service public que l'Etat doit mettre en œuvre et offrir pour la population.

Les personnes peuvent alors accéder à des soins de qualité, efficaces et de manière égale par la mise en place d'un système de santé dans le pays. Le système de la santé en France et également en Thaïlande est mis en œuvre et assuré par des nombreux organismes ; pourtant, l'Etat reste au cœur du système de la santé à la fois au niveau national et au niveau local. La création de l'Agence régionale de santé (ARS) en France, et l'instauration des Offices sanitaires provinciaux et des Offices sanitaires du district en Thaïlande chargés de la gestion sanitaire au niveau local, sont la parfaite illustration de l'application du processus de déconcentration instauré par l'Etat.

En outre, le système de soins en France et aussi en Thaïlande présente divers prestataires de soins : le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Dans le secteur hospitalier, il existe des établissements de santé publics et privés sur l'ensemble du territoire français et thaïlandais.

Notre présente étude porte sur l'identification du droit à l'accès aux soins ce qui nous conduira en premier lieu à considérer le fondement du droit à l'accès aux soins concernant l'émergence, la conception, et les principes constitutionnels et juridiques du droit à l'accès aux soins (titre I). Il faudra, en second lieu, aborder le système de santé au niveau national et local, le système de soins et aussi la coopération sanitaire (titre II).

Titre I

Les fondements du droit à l'accès aux soins

Le droit à l'accès aux soins ou l'égal accès aux soins est un droit fondamental des citoyens. Tout individu, indépendamment de ses conditions de ressources financières, doit pouvoir bénéficier de l'accès aux soins qui est géré par l'Etat. Le droit à l'accès aux soins présente une relation étroite avec le système de la protection sociale car son évaluation permet d'apprécier l'état de développement du système de protection sociale du pays.

Durant la période préindustrielle s'écoulant jusqu'en 1850, il n'existait pas de régimes ou de système de protection sociale mais une aide entre les membres de la société se déroulaient sous la forme d'une « assistance privée et publique » ; l'église chrétienne et la pagode bouddhiste ont notamment joué un rôle prépondérant. La première norme constitutionnelle de l'assistance sociale est consacrée dans l'article 21 de la Déclaration des droits de l'Homme du 21 juin 1793 affirmant le caractère de « dette sacrée » des secours publics.

Après la révolution industrielle en 1850, le droit à l'accès aux soins est assuré par l'instauration du système de l'assurance sociale selon le modèle proposé par Bismark (en Allemagne) en 1874 ; après la seconde guerre mondiale (1939-1945), le modèle de Beveridge (en Grande-Bretagne) sur la sécurité sociale s'est diffusé partout en Europe et dans le monde. Les systèmes de la protection sociale de la France et de la Thaïlande sont influencés par ces deux grands modèles, surtout le système de la sécurité sociale qui est l'élément central du système de la protection sociale. La protection sociale est donc un système fondamental établi pour mettre en œuvre et offrir des services publics destinés aux membres de la société, notamment le service public sanitaire qui est l'une des missions principal de l'Etat. Les obligations de service public doivent être définies par la loi dans leur généralité et par le cahier des charges de chaque organisme. A l'égard de personnels des établissements sanitaires, ils doivent être soumis au principe de continuité du service public ; ils ne peuvent qu'exercer ses droits, notamment le droit de grève, dans les mesures ou les conditions définies par la loi¹.

Le droit à l'accès aux soins affirmé dans le préambule de la Constitution de la France de 27 octobre 1946 et assuré dans la Constitution de la Thaïlande de 2007 appelle l'Etat à intervenir pour mettre en place le système de la santé et pour offrir des soins essentiels et de qualité à leur population. En outre, les droits liés à la santé, notamment le droit à l'accès aux soins, ne sont pas des droits subjectifs, mais ce sont des droits dits « créance » que les gens peuvent opposer à l'Etat.

¹DROUOT G., *Le nouveau droit de l'audiovisuel*, coll. « Sirey », SIREY, Paris, 1988, p. 174-175.

Afin de comprendre les fondements du droit à l'accès aux soins en France et en Thaïlande, nous nous intéresserons dans un premier temps à la mise en œuvre progressive de l'accès aux soins et les deux approches conceptuelles de l'accès aux soins (chapitre I). Dans un second temps, nous allons examiner les principes constitutionnels et les principes juridiques de garantie de l'accès aux soins en France et en Thaïlande (chapitre II).

Chapitre I

L'émergence du droit à l'accès aux soins

Le droit à l'accès aux soins aujourd'hui est le résultat d'une longue évolution historique et sociale depuis la mise en place du système de la protection sociale et notamment de l'instauration du système de la Sécurité sociale après la Seconde guerre mondiale, par l'ordonnance française du 4 octobre 1945 et par la loi thaïlandaise sur la sécurité sociale de 1990.

L'émergence du droit à l'accès aux soins peut s'analyser sous deux angles: le regard de la protection sociale et le regard du droit médical. Les deux domaines se déroulent autour du droit à l'accès aux soins. Au point de vue de la protection sociale, l'Etat est appelé à assurer la sécurité de la vie, notamment la sécurité de la santé aux membres de la société, contre les nouveaux risques sociaux se produisant à partir de la révolution industrielle en 1850. Au point de vue du droit médical, il s'agit du droit à l'accès aux soins axé sur la relation médicale dont il existe deux conceptions : la conception paternaliste et celle autonomiste.

La présente étude examine l'émergence du droit à l'accès aux soins. Elle est fondée, en premier lieu, sur l'accès aux soins avant et après l'apparition du système de la protection sociale (section 1). Elle s'appuie, en second lieu, sur la conception de l'accès aux soins au regard de la protection sociale et au regard du droit médical (section 2).

Section 1 : La mise en œuvre progressive de l'accès aux soins

La protection de la sécurité, l'élévation de la qualité de vie, notamment l'offre de meilleurs services sanitaires destinées à la population, sont l'une des charges et responsabilités évidentes de l'Etat. Le droit à l'accès aux soins est évoqué et évalué selon le développement du système de protection sociale dans chaque pays. On parle pour la première fois, de façon officielle, d'un droit à l'accès aux soins après la révolution industrielle de 1850 : il s'agit de la proposition du chancelier Bismark sur l'assurance sociale en 1874. La mise en œuvre progressive de l'accès aux soins se fera en deux périodes : avant l'apparition du système de protection sociale ; puis le droit à l'accès aux soins par le système de protection sociale.

§ 1 : Avant l'apparition du système de la protection sociale

Avant la révolution industrielle en 1850, il n'existait pas de système de « protection sociale », mais il existait « l'assistance privée et publique ». Au début, l'assistance résidait dans une entraide entre des membres d'une même famille, entre des amis et entre des membres dans la société. L'église chrétienne et la pagode bouddhiste ont joué le rôle

principal d'assistance sociale. Cette dernière a été fondée plus tard sous la forme d'organisation et s'est développée de façon formelle.

A : L'assistance privée et publique en Europe et en France

Le droit à l'accès aux soins aujourd'hui est le résultat d'une longue évolution historique et sociale. Durant la période préindustrielle qui va s'écouler jusqu'en 1850, il n'existe pas de régimes ou de système de protection sociale. Dans l'Antiquité, l'aide est fondée sur des motivations charitables qui s'inspirent de principes religieux. C'est ainsi que les Romains fournissaient du pain aux dockers du port d'Ostie pendant l'hiver quand ils ne pouvaient pas exercer leur métier du fait des conditions climatiques² ; au temps des Pharaons, dans l'ancienne Egypte, le droit, fondé sur la morale, ne permet pas d'abuser de la force : l'Etat règle selon ce principe l'organisation du travail qui est obligatoire, les salaires et l'assistance aux personnes âgées, infirmes et orphelins³.

Au Moyen Âge, des formes d'assistance privée se développent à l'initiative de l'Eglise, en raison de la tradition chrétienne de « charité » ; c'est un moyen simple de venir en aide aux plus démunis. L'Eglise organisait et administrait des « Maisons-Dieu » et des « Hôtels-Dieu » qui sont créés pour les malades, les blessés, les femmes enceintes et les enfants trouvés. Au XVII^e siècle, saint Vincent de Paul développera cette tendance dans de nouvelles formes : il fonde une congrégation de prêtres missionnaires, les Confréries de la Charité (1617) et les Dames de la Charité (1634)⁴ puis l'œuvre des enfants trouvés (1638). Quoiqu'il en soit, il n'existait pas de politique sociale publique qui permette d'accéder à l'aide et à la protection sur l'ensemble du territoire malgré l'existence d'une « institutionnalisation des secours charitables »⁵.

Le XVI^e siècle fut le siècle de l'interventionnisme croissant du pouvoir royal. Le processus de sécularisation de l'assistance prend véritablement son essor : face aux conséquences désastreuses engendrées par la guerre de Cent ans (destructions, aggravation des situations de pauvreté, diminution des ressources) et face au laxisme et à la corruption

²GRILHOT M., *Cadre juridique de l'aide et de l'action sociales décentralisées*, coll. « Social en pratique », Vuibert, Paris, 2007, p. 1.

³THEVENET A., *L'aide sociale aujourd'hui*, coll. « Action sociales », 15^e édition, ESF, Paris, 2004, p. 24.

⁴*Id.*, p. 25.

⁵ROMAN D., *Le droit public face à la pauvreté*, coll. « BCSP », tome 221, LGDL, Paris, 2002, p. 30.

régnant dans de multiples fondations, les pouvoirs publics sont amenés à réagir⁶. François 1^{er} créé un « Grand Bureau des pauvres », ancêtre des bureaux d'aide sociale, aujourd'hui centres communaux d'action sociale⁷. Il crée les premiers établissements « laïques » qui se multiplieront par la suite⁸. En Europe, l'étape suivante est franchie en Angleterre par la « loi des pauvres » de 1661 (Poor Law). C'est la première fois qu'une loi consacre, dans la civilisation occidentale, la responsabilité officielle de la collectivité publique à l'égard des personnes dans le besoin. Elle est, par-là, à l'origine des systèmes européens d'assistance publique⁹.

De plus, le dispositif de pouvoir royal sera complété au XVII^e par la création à Paris d'un Hôpital général chargé de recueillir les pauvres mendiants valides et invalides (1656)¹⁰, après la transformation de l'Hôtel-Dieu de Paris en service civil, on trouve également un hôpital général dans chaque ville importante. Il est géré par un bureau comprenant le procureur du roi, l'évêque et les échevins, administré par des représentants des pouvoirs publics et financé par un impôt spécial, « le droit des pauvres ». Le plus remarquable est qu'à cette époque les hôpitaux sont conçus autant comme des lieux de détention que comme des lieux de secours ; les personnes valides qui y sont enfermées sont tenues de travailler, la mendicité est interdite et frappée de peines très sévères¹¹.

L'époque suivante est marquée par l'influence de la philosophie des Lumières, de Montesquieu et de Jean-Jacques Rousseau ; de nouvelles idées émergent et pendant cette période ce sont ces courants d'idées qui vont inspirer de futures formes d'assistance.

Montesquieu (1689-1755) écrit : «Quelques aumônes distribuées dans la rue ne remplissent pas les obligations de l'Etat. Celui-ci doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable et un genre de vie qui ne soit pas contraire à la santé. »

Dans *Du contrat social*, Jean-Jacques Rousseau (1712-1788) explique que, si l'individu est lié et se soumet à la loi commune du « souverain » (le peuple souverain), la société doit alors assurer sa protection. Ce pacte social, objet de son essai devra donc

⁶BORGETTO M. et LAFORE R., *Droit de l'aide et de l'action sociales*, coll. « Domat droit public », 5^e édition, Editions Montchrestien, EJA, Paris, 2004, p. 15.

⁷Des bureaux des pauvres sont créés à partir de 1525-1530 dans les villes, et un Bureau général est institué en 1544 à Paris.

⁸GRILHOT M., *op. cit.*, p. 12.

⁹THEVENET A., *op. cit.*, p. 25.

¹⁰ALFANDARI E. et TOURETTE F., *Action et aide sociales*, 5^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 7.

¹¹BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 16.

« trouver une forme d'association qui défende et protège de toute la force commune la personne et les biens de chaque associé, et par laquelle chacun, s'unissant à tous, n'obéisse pourtant qu'à lui-même, et reste aussi libre qu'auparavant »¹².

Les deux grands philosophes du siècle des Lumières l'écrivent différemment, mais il apparaît un point commun : que la pauvreté ne peut plus être considérée comme un vice, mais comme un manquement de la société à l'égard de l'homme¹³. La philosophie des Lumières a transmis des valeurs fortes telles que l'espoir dans le progrès et les droits du peuple grâce à la science, à des idéaux d'égalité et de liberté. De plus, elle a modifié profondément les mentalités au sujet de la situation sociale de l'indigent ; l'Etat est donc responsable de la mise en œuvre des actions de prévention et de réparation.

Ensuite, au XVIII^e, la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 (DDHC) est le début d'un changement d'attitude à l'égard du pouvoir de l'Etat et la situation sociale, ainsi que l'amorce d'une nouvelle conception de l'homme selon son article 1^{er}¹⁴. Elle ne contient cependant aucune position concernant l'assistance publique, sans réalisation concrète pour les bénéficiaires à cette période¹⁵. Il faut attendre les révolutionnaires français qui ont porté sur les fonts baptismaux la notion de secours public qui a été gravée dans le marbre de la première Constitution française¹⁶. Robespierre affirmait, le 2 décembre 1792, que « la première loi sociale est celle qui garantit à tous les autres membres de la société les moyens d'exister ». Dans un discours à la Convention le 11 mai 1794, Barère souhaite que celle-ci « efface le nom de pauvre des annales de la République »¹⁷.

La base constitutionnelle de l'assistance apparaît dans l'article 21 de la Déclaration des droits du 21 juin 1793 qui est la première norme constitutionnelle affirmant le caractère de « dette sacrée » des secours publics ; « les secours publics sont une dette sacrée. La société

¹²GRILHOT M., *op. cit.*, p. 13.

¹³*Id.*, p. 13.

¹⁴La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 (DDHC) affirme, dans son article 1^{er}, que « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune ».

¹⁵Le sort réservé au principe d'assistance durant presque toute la première moitié du XIX^e siècle se révèle très en retrait par rapport aux solutions énoncées par la Révolution.

¹⁶La Constitution du 3 septembre 1791 dispose, dans son titre 1^{er}, qu' « il sera créé un établissement général de secours publics, pour élever les enfants abandonnés, les pauvres infirmes et fournir du travail aux pauvres valides qui n'auraient pu s'en procurer ».

¹⁷AUBIN E., *Droit de l'aide et de l'action sociales*, coll. « Fac-Universités », 2^e édition, Gualino, Lextenso Edition, Paris, 2008, p. 27-28.

doit la subsistance aux citoyens malheureux soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler »¹⁸. Des lois de 1793 et de l'an II organisent un service national de l'assistance. De plus, les secours publics font l'objet d'un plan, des « agences de secours » et des « livres de la bienfaisance nationale » sont créés. Mais, les moyens ne sont pas à la mesure des ambitions¹⁹.

Le plus remarquable est que la logique de la Révolution n'était donc plus la même que sous l'Ancien régime où l'assistance s'inscrivait dans le cadre d'une « société cadastrée » dans laquelle seules les personnes infirmes ou inaptes physiquement au travail étaient secourues ; les autres entraient dans la catégorie des « fainéants » et « gens sans aveu », c'est-à-dire, qui ne faisaient pas peiner leur corps à travailler et qui n'étaient pas liés à un seigneur. Cette acception négative du pauvre n'est toutefois pas propre à la France de l'Ancien régime²⁰.

Lors de la période suivante, celle des républiques à partir au printemps 1848, des idées révolutionnaires et de liberté traversent l'Europe. En France, la chute de la Monarchie de Juillet et l'instauration de la II^e République sont les résultats concrets de ces idées. La II^e République reprend à son compte les principes révolutionnaires en dégagant de la devise républicaine le concept de fraternité. Les hommes sont tous frères, ils se doivent donc assistance et protection. La devise républicaine « Liberté, Egalité, Fraternité » est consacrée comme devise officielle et comme signe distinctif de la République. « Etroitement associée à l'œuvre pionnière de la Révolution et à l'idée républicaine, bénéficiant d'un large consensus, cette devise était la mieux placée (...) pour garantir l'institution de la République et de la Démocratie : la liberté, parce qu'elle risque si elle n'est limitée, de déboucher sur la suppression de l'égalité et l'égalité parce qu'elle risque à son tour, si elle est entendue de manière absolue, de déboucher sur l'anéantissement de la liberté... Le couple Liberté-Egalité exige donc pour atteindre son équilibre, d'être tempéré par un troisième principe, le principe de fraternité. »²¹

¹⁸BORGETTO M., « Secours publics et service public », in Guglielmi G.J. (dir.), *Histoire et service public*, coll. « Politique aujourd'hui », PUF, Paris, 2004, 37 pp. et, du même auteur, « Le droit aux secours publics dans les déclarations de l'an I », in *Les déclarations de l'an I*, Colloque de Poitiers (2-3 décembre 1993), PUF, Paris, 1995, p. 145.

¹⁹ALFANDARI E. et TOURETTE F., *op. cit.*, p. 9.

²⁰AUBIN E., *op. cit.*, p. 31.

²¹BORGETTO M., *La Devise « Liberté, Egalité, Fraternité »*, coll. « Que sais-je ? », PUF, Paris, juin 1997, p. 58.

Durant cette période, apparaissent la proclamation du suffrage universel masculin à partir de 21 ans, la reconnaissance du droit de vote aux ouvriers et paysans, le renouveau des idées libérales et l'abolition de l'esclavage. Le préambule de la Constitution de 1848 énonce des principes très généraux, celui de la fraternité, de la famille, base même de la République, de l'obligation de protection, d'instruction, d'assistance mais elle ne sera pas à la hauteur de ce que les républicains les plus attachés aux droits sociaux auraient souhaité y lire²².

Les grandes lois sociales seront votées pendant la III^e République, en matière syndicale, de réglementation du travail des femmes et des enfants dans l'industrie, de l'hygiène et la sécurité du travail etc. En outre, dans le domaine de l'assistance et de la solidarité sont votées les lois du 15 juillet 1893 (la moitié seulement des départements se sont librement dotés d'un service d'aide médicale gratuite - AMG - ce qui couvre environ dix millions d'habitants)²³, les lois des 27 et 28 juin 1904 sur la réorganisation du service d'assistance à l'enfance, du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux « vieillards, infirmes et incurables », des 17 juin et 14 juillet 1913 sur l'aide aux familles nombreuses nécessiteuses (loi complétée par celle du 22 juillet 1923, puis par le décret-loi du 29 juillet 1939)²⁴.

L'évolution de l'assistance est en cours. Ainsi est créée l'assistance publique en 1880, et en 1889 a lieu à Paris le Congrès international de l'assistance publique au cours duquel est proclamée la Charte de l'assistance : « l'assistance publique est due à ceux qui se trouvent temporairement ou définitivement dans l'impossibilité physique de pouvoir aux nécessités de la vie »²⁵. On peut affirmer que l'assistance publique a été théorisée sous la III^e République et que sa conception ne reposait pas sur l'intérêt de l'individu mais sur l'intérêt public afin de rendre solubles les indigents dans la communauté nationale. Par ailleurs, la doctrine dominante de l'époque s'est interrogée sur la pertinence de la théorie du droit de créance dans le domaine social.

²²GRILHOT M., *op. cit.*, p. 15.

²³Chaque année sera établie une liste des indigents auxquels seront accordés gratuitement soins à domicile et soins hospitaliers. Loi décisive s'il en est puisqu'en mettant à la charge de la collectivité locale tant les soins hospitaliers que les soins à domicile, elle aboutissait à transformer l'assisté en malade payant et donc à faire perdre à l'hôpital son statut d'établissement d'assistance pour lui conférer celui d'établissement de soins.

²⁴GRILHOT M., *op. cit.*, p. 16.

²⁵THEVENET A., *L'Aide sociale en France*, coll. « Que sais-je ? », PUF, Paris, 1975, p. 45.

Dans le domaine de la santé, à la même époque, il n'y guère que 1 200 communes réparties dans une quarantaine de départements qui disposent d'un hôpital²⁶. De plus, la III^e République entreprenait de développer la prévoyance collective : après avoir mis en place plusieurs régimes de protection destinés à des catégories particulières de la population (mineurs, marins, fonctionnaires...), encouragé l'essor de la mutualité (loi du 1^{er} avril 1898) et garanti les travailleurs de l'industrie contre les conséquences des accidents du travail (loi du 9 avril 1898)²⁷, le législateur institua un régime d'assurance vieillesse obligatoire pour les salariés (loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes) : mais ce régime, qui était fondé sur un financement tripartite (salariés, employeurs, Etat), ne déboucha que sur des résultats très limités²⁸.

Après la Seconde Guerre mondiale, la volonté générale est d'aspirer à la paix et notamment à la paix sociale. En 1946, conscient de la nécessité de créer un espace pacifié dans lequel les hommes aspirent à vivre dignement, le constituant de la IV^e République écrit un préambule qui énumère des droits économiques et sociaux. Avec ce premier texte constitutionnel, l'aide sociale est élevée au rang des grands principes constitutionnels. D'autant que la crise économique de 1929 aura raison du Solidarisme (qui a été réhabilité récemment comme fondement de l'aide et de l'action sociales par Michel Borgetto). Concrètement, le Préambule de 1946 énonce un principe de solidarité nationale²⁹, la nation doit protection à l'égard des plus faibles du groupe social. L'alinéa 11 du Préambule confirme le droit pour toute personne d'obtenir de la collectivité des moyens convenables

²⁶L'implantation des établissements était au demeurant anarchique : alors que de nombreuses personnes se voyaient interdire leur accès car résidant dans une commune dépourvue d'une telle institution, on dénombrait en 1886 15 000 lits d'hôpital et 10 000 lits d'hospice demeurés vacants.

²⁷Cette loi qui, en consacrant le principe d'une responsabilité sans faute de l'employeur, incita ce dernier à s'assurer contre le risque d'accident, sera complétée par celle du 31 mars 1905, laquelle fera de l'assureur le débiteur direct de la victime.

²⁸BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 23-24.

²⁹La doctrine qui est énoncée dans un petit livre paru en 1896 et intitulé « Solidarité » est développée par l'un des chefs du parti radical, Léon Bourgeois, qui va achever les convaincre : partant de l'idée que tous les membres de la société sont et doivent rester unis par des liens étroits de solidarité, que les plus favorisés ont une dette à l'égard des plus démunis et que cette dette, en toute justice, doit être impérativement acquittée, Léon Bourgeois en arrive à la conclusion d'une part que l'assistance constitue, pour la collectivité tout entière, non pas une simple obligation morale mais bien plutôt une stricte obligation juridique, d'autre part que cette même collectivité doit mettre en place, par voie de conséquence, toute une série de services publics destinés à réparer les effets néfastes provenant de la survenance d'un certain nombre de risques sociaux (enfance abandonnée, maladie, invalidité, vieillesse, etc.) voir BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 22.

d'existence³⁰. C'est ce que l'on appelle un droit-créance, c'est-à-dire une créance de la collectivité à l'égard des citoyens.

Comme on l'aura compris, la doctrine du solidarisme repose sur l'idée d'une dette intergénérationnelle et d'un lien social qui se matérialise par l'existence d'un contrat d'association liant les hommes entre eux. En somme, chaque être humain devrait être, pour reprendre l'expression de la fille de Camus, conscient de la richesse humaine de son héritage, « un ayant-devoir et non un ayant-droit »³¹.

Il faut noter l'évolution du langage : l'Assistance publique a changé d'appellation pour devenir l'Aide sociale avec l'adoption, en 1953-1954, de trois décrets³² qui ont rénové ce droit codifié en 1956 dans le Code de la famille et de l'aide sociale (CFAS) ainsi que les institutions chargées de le mettre en œuvre³³. Sous la V^e République, l'aide sociale a été rénovée et redynamisée par la décentralisation ainsi que l'a montré M. Thévenet dans son ouvrage de référence³⁴.

Ensuite, la promotion de la personne et le besoin général de sécurité ont pour conséquence de développer un système de protection plus généralisé qui prend la forme de la Sécurité sociale en 1945. Mais l'assistance conserve un rôle complémentaire.

B : L'assistance privée et publique en Thaïlande

L'origine de la protection sociale de la Thaïlande est similaire à celle des autres pays, notamment les pays européens. L'assistance publique en Thaïlande a émergé grâce à l'aide et la générosité des uns et des autres, entre membres d'une même famille, entre différentes familles, entre membres d'une même société. Cette morale est caractéristique du comportement des thaïlandais. Cependant, l'assistance publique en Thaïlande est différente de l'Angleterre et des Etats-Unis. Il n'a jamais été question dans l'histoire de l'assistance publique en Thaïlande d'emprisonnement, d'amputation, de coupe des oreilles ou de pendaison des pauvres.

³⁰L'alinéa 11 du Préambule de 1946 énonce que « ...notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

³¹AUBIN E., *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Master Pro du droit, d'économie et de gestion, coll. « Fac-Universités », 3^e édition, Gualino, Lextenso Edition, Paris, 2011, p. 32.

³²Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953, 54-611 du 11 juin 1954 et 54-883 du 2 septembre 1954.

³³AUBIN E., *op. cit.*, p. 29.

³⁴THEVENET A., *op. cit.*, p. 29-35.

L'assistance publique de l'Angleterre est le résultat de l'abolition de l'esclavage. La loi des pauvres de 1661 (*Poor Law*) a été adoptée et engagea ainsi la responsabilité officielle de la collectivité publique à l'égard des pauvres. Cette loi prévoyait que la charité envers les pauvres aurait lieu tous les dimanches. Toute personne faisant un don aux pauvres un autre jour que le dimanche se verrait condamner à verser une amende d'une valeur équivalente à dix fois la somme versée. Ainsi cette loi a séparé les démunis en deux catégories. D'une part, les pauvres physiquement aptes à travailler devront retourner dans leur ville d'origine et devront trouver un travail approprié. D'autre part, les pauvres atteints d'un handicap et ne pouvant plus travailler, y compris les pauvres de moins de 21 ans, seront envoyés à l'Hôtel-Dieu. Si ces pauvres s'échappent de l'Hôtel-Dieu pour pratiquer la mendicité, ils seront condamnés à des peines telles que la flagellation, la coupe des oreilles, des jambes ou la pendaison. C'est un châtement très cruel³⁵.

Auparavant, l'assistance publique en Thaïlande se traduisait par l'aide de tous et également par l'aide du roi. Au cours du règne de Roi Ramkhamhaeng (1279-1299), pendant la période de Sukhothai (1249-1438)³⁶, il existait une méthode dominante d'assistance publique. Si des personnes étaient mécontentes ou tristes, elles faisaient sonner une cloche suspendue à la cour du roi. Le roi venait alors pour écouter leurs plaintes et juger de l'action en justice. Il les aidait à résoudre le problème. Ces actions royales et la bienfaisance du roi participaient à l'assistance publique. En outre, la pagode bouddhiste a joué également un rôle important d'assistance publique dans la société thaïlandaise. La pagode n'est pas seulement un lieu de culte ou dédié aux loisirs et à l'éducation ; elle est également le centre de traitement des malades et de logement temporaire des pauvres. Ce n'est pas un élément du système officiel de la protection sociale mais il est à son origine.

Le développement de l'assistance publique en Thaïlande est associé à l'institution monarchique depuis la période de Sukhothai et notamment à celle de Rattanakosin (ou de « Bangkok »), sous la dynastie de Chakri³⁷. L'assistance publique est intégrée progressivement dans les différentes époques de la Famille Royale des Chakri, de la façon suivante³⁸.

³⁵AOICHAÏ P., « L'assistance sociale », *L'encyclopédie pour les jeunesses thaïlandaises*, 12^e volume, numéro 3, 17^e édition, presse de conseil des enseignants de la Thaïlande, Bangkok, 2550, p. 35.

³⁶« Sukhothai » est la première capitale officielle de la Thaïlande.

³⁷« Rattanakosin ou Bangkok » est la quatrième capitale officielle de la Thaïlande créée sous la dynastie des Chakri depuis 1782.

³⁸L'Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé publique de Thaïlande 2008-2010*, presses de l'organisation des vétérans de la guerre de Thaïlande, 2010, p.1s.

Sous le règne du Roi Rama I (1782-1809), un grand roi dénommé « PhrabatSomdetPhra Bouddha YodfaChulaloke », la pagode de Photharam (WatPho) dans un monastère royal a été rénové et renommé « WatPhraChetuphonVimolmangklaram ». Le roi a rassemblé des formules de médecine traditionnelle et les a faites inscrire sur les murs de cette pagode. En ce qui concerne l'approvisionnement des médicaments, le Département de pharmacie (Krom Mo RongPhraOsot) a été créé ; il était semblable à celui de la période d'Ayutthaya³⁹. Le médecin, un fonctionnaire, était appelé « médecin royal » (Mo Luang) et les médecins fournissant des services médicaux au public étaient appelés « médecin privé » (Mo Ratsadon ou Mo ChaloeiSak).

Le Roi Rama II (1809-1824) dénommé « Phrabat Somdet Phra Bouddha Loetla Nabhalai », a réuni de nouveaux manuels de médecine traditionnelle. Ainsi, il a invité tous les experts et praticiens à rassembler leurs indications sur différents médicaments. Toute personne disposant de formules de médicaments ayant fait preuve de leur efficacité était priée de se présenter au roi. Le Département de pharmacie devait sélectionner les bonnes formules et les inscrire dans « le livre royal consacré aux médicaments » au profit du public.

Le Roi Rama III (1824 - 1851) - « Phrabat Somdet Phra Nangklae Chao Yuhua » - a gracieusement rénové « Wat Phra Chetuphon Vimolmangklaram » et a fait enregistrer de nouvelles formules de médecine traditionnelle, notamment les causes et les remèdes des maladies, sur des tablettes de marbre apposées sur les murs de la pagode. Des herbes rares médicinales ont été plantées afin que les gens puissent les étudier et les utiliser eux-mêmes pour leur famille. La pagode est donc considérée comme la première « université ouverte » pour tous.

En 1828, la cinquième année du règne du Roi Rama III a été considérée comme la période de l'arrivée des médecins occidentaux. Ces derniers ont joué un rôle important dans l'assistance publique et le système de soins du pays. Pendant cette période, le grand médecin Dan Beach Bradley, un missionnaire chrétien américain arrivé en 1835, a lancé un grand programme efficace de prévention de la variole. C'est la première fois en Thaïlande qu'est mis en place un plan de prévention des maladies infectieuses. Puis, en 1838, le roi conseille aux médecins royaux d'apprendre les techniques d'inoculation de Dr. Bradley afin de fournir des services de vaccination pour les fonctionnaires et la population.

³⁹Ayutthaya (1893-2310) est la deuxième capitale officielle de la Thaïlande.

L'assistance publique débute en Thaïlande sous une forme organisée sous le règne du roi Rama V (1868-1910) dénommé « Phrabat Somdet Phra Jullajamkiao Chao Yuhua ». De nombreuses réformes ont été entreprises telles que la réforme de l'éducation, de l'administration publique, de la santé publique et l'abolition de l'esclavage en 1905. De même, des agences publiques liées à la protection sociale ont été instaurées, par exemple l'hôpital Siriraj a été créé en 1886 par le gouvernement pour traiter des malades et offrir des services médicaux à la population ; la Croix-Rouge a été fondée en 1895 (le nom ancien est Sapha Aunalom Dang) afin de secourir les militaires blessés.

En 1892, l'une des femmes du Roi Rama V appelée Suttatip Sinee a fait don de terrains pour fonder l'école dédiée aux orphelines et aux enfants de parents pauvres. Le but de cette école était l'éducation des enfants, notamment des filles. L'école a ensuite été abandonnée, mais refondée par Madame Yamarach en 1911, sous le nouveau nom de « l'école de Benchama Rachutich ». A partir de 1948, cette école est transférée sous le contrôle de Bangkok⁴⁰ et porte désormais le nom de « maison de Rachavithi »⁴¹.

En 1911, le roi Rama VI (1910-1925) - « Phrabat Somdet Phra Monkutkiao Chao Yuhua » - a mis en place l'Organisation des éclaireurs afin de promouvoir l'esprit d'unité et de sacrifice entre ses membres et également pour la société. A ce jour, 90.000 personnes sont adhérentes. Elle est devenue l'Organisation nationale des scouts de Thaïlande.

Dans cette période, le gouvernement a pris conscience de l'importance de l'assistance publique ; le Département des affaires sociales a donc été mis en place en 1940 afin de fournir une assistance et de promouvoir le bien-être de la population. Ce département a utilisé des méthodes officielles d'« assistance sociale » pour fournir directement des services sociaux à la population (*First setting*) telles que l'assistance sociale individuelle, l'assistance sociale de groupe, la mise en place des communautés, etc. Enfin, la faculté de l'administration sociale de l'Université de Thammasat a été fondée en 1954 ; elle est la première faculté et la première université thaïlandaise consacrée à l'étude sur l'assistance sociale⁴².

L'assistance sociale se développe alors rapidement : notamment la première conférence nationale d'assistance sociale sera organisée en 1960 à Bangkok. Trois cents organisations administratives et privées ont participé et assisté dans cette conférence. La création du « Conseil de l'assistance sociale de la Thaïlande » sous le patronage royal est le

⁴⁰« Bangkok » est l'une des collectivités décentralisées à statut spécial de la Thaïlande.

⁴¹AOICHAÏ P., *op. cit.*, p. 36.

⁴²*Id.*, p. 36.

résultat évident de cette réunion. Ce conseil est responsable de la coordination et de la promotion de l'assistance sociale dans le pays. D'autres organisations d'assistance sociale ont été également mises en place telles que la Fondation d'assistance et de secours des handicapés, l'Organisation consacrée aux mères et enfants. De plus, l'assistance sociale médicale a été lancée en premier en 1960 par l'hôpital de Siriraj. C'est le premier hôpital public en Thaïlande à accueillir et aider des malades pauvres dans le besoin. C'est la raison pour laquelle un département de service de l'assistance sociale médicale a été installé plus tard dans chaque hôpital. On a ainsi vu apparaître progressivement l'assistance sociale en Thaïlande.

On peut constater que l'origine de l'assistance sociale en Thaïlande est semblable à celle de la France qui a été prise en charge au départ par la charité et l'église chrétienne. Cependant, l'assistance sociale des deux pays est différente sur un point. Elle est soutenue et promue consécutivement dans chaque période par des rois thaïlandais, depuis la période de Sukhothai. Au début, l'assistance sociale en France et également en Thaïlande a débuté pour résoudre un problème immédiat. Ensuite, l'assistance sociale a été fondée sous la forme d'organisation et s'est développée de forme officielle de l'assistance. Enfin, les écoles de formation d'assistance sociale ont été fondées, notamment la faculté de l'administration sociale de l'Université de Thammasat.

§ 2 : Le droit à l'accès aux soins par le système de protection sociale

Après la révolution industrielle en 1850, le droit à l'accès aux soins est assuré par l'instauration du système de l'assurance sociale selon le modèle proposé en 1874 par Bismarck (en Allemagne). Ensuite, après la seconde guerre mondiale (1939-1945), le modèle de Beveridge (en Grande-Bretagne) sur la sécurité sociale s'est diffusé partout en Europe et dans le monde. Ces deux modèles sont à l'origine du système de la protection sociale de la France et de la Thaïlande, notamment de la sécurité sociale qui est l'élément central du système de la protection sociale.

A : La diversité des modèles du système de protection sociale en Europe et en France

Le droit à l'accès aux soins apparaît évidemment depuis la mise en place du système de la protection sociale et notamment l'instauration de système de la Sécurité sociale par le législateur républicain après la Seconde guerre mondiale. L'histoire de la Sécurité sociale,

entendue comme un système d'assistance pris en charge par un Etat qui se considère officiellement comme le débiteur des indigents, eux-mêmes considérés comme créanciers d'un droit de subsister ou de travailler, commence véritablement avec les travaux du Comité de mendicité de l'Assemblée constituante (auteur de 21 rapports tongous actuels) et la Déclaration des droits de l'homme du 24 juin 1793. Ces textes proclament les premiers un droit de subsistance ou de travailler au profit de chaque citoyen⁴³.

L'innovation majeure de la fin du XIX^e siècle réside dans la loi du 9 avril 1898. Contemporaine de lois équivalentes en Europe (Allemagne, Autriche, Angleterre, Italie...), son adoption fut précédée en France par vingt années de controverses juridiques et politiques sur la condition sociale des ouvriers victimes du « risque professionnel » engendré par l'essor de l'industrie⁴⁴. Elle introduit dans les entreprises industrielles (le régime sera ensuite étendu à l'agriculture par la loi du 30 juin 1899, aux exploitations commerciales par celle du 12 avril 1906 puis à toutes les entreprises) un régime de responsabilité sans faute, accordant une réparation forfaitaire aux salariés victimes d'accidents du travail. Prenant acte de cette pratique, le législateur a ouvert, par la loi du 31 mars 1905, une action directe au profit de la victime contre l'organisme assureur. La loi du 25 octobre 1919 élargit le système aux maladies professionnelles dont elle crée deux premiers tableaux⁴⁵. L'évolution est parachevée lorsque les lois du 30 octobre 1945 et du 30 octobre 1946 transfèrent aux organismes de sécurité sociale la responsabilité d'indemniser les salariés victimes.

La protection sociale se caractérisait principalement par le choix sélectif de la population concernée ; par-delà les modalités qu'elle pouvait revêtir (assistance ou assurance), cette protection s'adressait en priorité à tous ceux qui, en étant placés par un contrat de travail dans une situation de subordination vis-à-vis de l'employeur et en constituant ainsi des indigents potentiels, étaient considérés comme plus particulièrement exposés aux aléas de l'existence : à savoir, pour l'essentiel, les membres de la classe ouvrière⁴⁶.

L'évolution des conceptions de la protection se manifeste surtout à la Libération, avec l'institution de la Sécurité sociale ; c'est à ce moment que s'opère une transformation

⁴³MORVAN P., *Droit de la protection sociale*, coll. « Manuel », 5^e édition, LexisNexis, Paris, 2011, p. 3.

⁴⁴AUBIN G., « La réforme sociale et la réparation des accidents du travail (1881-1898) », in *Du droit du travail aux droits de l'humanité : Etudes offertes à Ph.-j. Hesse*, PUR, 2003, p. 17.

⁴⁵MORVAN P., *op. cit.*, p. 3.

⁴⁶BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 25.

en profondeur. Plusieurs éléments sont à l'origine de cette institution : c'est notamment l'influence exercée par les expériences faites dans certains pays étrangers (*Social Security Act* aux Etats-Unis en 1935, système de protection créé en Union soviétique en 1917 et renforcé en 1936-1938, loi néo-zélandaise de 1938) ; c'est encore le fameux rapport Beveridge de 1942 proposant, pour « libérer l'homme du besoin », de verser à l'ensemble de la population des prestations uniformes couvrant les grands risques sociaux. Le projet de sécurité sociale, présenté par Michel Laroque à partir des travaux du Conseil national de la Résistance, ne cherche pas seulement à soustraire le travailleur et sa famille à l'incertitude du lendemain. Il soutient aussi un objectif plus ambitieux, indispensable à l'installation de la Démocratie : libérer l'homme du besoin. Pour novateur qu'il soit, ce projet se nourrit de l'expérience⁴⁷.

La modèle de Bismarck. C'est en Allemagne à la fin du XIX^e siècle, patrie de Marx et terre d'élection de la critique du libéralisme (favorisée par un essor industriel rapide) que chancelier Otto von Bismarck, en réponse aux attentes des ouvriers de l'Allemagne industrialisée et pour combattre l'influence de la doctrine socialiste, crée les premières assurances sociales⁴⁸. A partir de 1874, à cause de la crise économique et dans un « message impérial » au Reichstage, Bismarck proclame l'obligation de l'Etat d'accorder des réparations pour la réalisation des risques inhérents à l'ère industrielle⁴⁹ ; il promulgue donc, entre 1883 et 1889, une série de lois instituant des assurances maladie, accidents du travail, invalidité et vieillesse. L'objectif de ce modèle est de garantir à l'ouvrier le revenu du travail qu'il percevait avant la réalisation du risque.

En 1911, un Code des assurances sociales les regroupe. L'affiliation des travailleurs est obligatoire, les cotisations sont proportionnelles aux salaires et partagées entre salariés et employeurs. Cette technique de couverture sociale est dite contributive ou assurantielle car seul celui qui est couvert par la cotisation, c'est-à-dire l'assuré, possède des droits à prestation et peut faire naître des droits dérivés au profit des membres de sa famille qui sont alors ses ayants droit. L'ensemble est géré par des « associations coopératives » qui sont des institutions d'assurés et d'employeurs administrées de façon autonomes, sous le contrôle de

⁴⁷DURAND P., *La politique contemporaine de sécurité sociale*, 2^e édition, Dalloz, Paris, 2004, p. 120 ; DELBREL Y., *L'essentiel de l'histoire du droit social*, coll. « Les Carrés », Gualino, Lextenso Edition, Paris, 2006, p. 125.

⁴⁸BAURIEDL V., « Cent ans d'assurances sociales allemandes », *RISS*, 1981, p. 439 ; PALIER B. et BONOLI G., « Entre Bismarck et Beveridge Crises de la sécurité sociale et politique (s) », *RFSP*, 1995, p. 668.

⁴⁹BADEL M., *Droit de la sécurité sociale*, Ellipses, Paris, 2007, p. 10.

l'Etat. Cependant, le système des assurances sociales obligatoire fait l'objet de critiques sévères. On lui reproche de manquer d'unité et de simplicité et, surtout, de concerner un nombre trop limité de salariés⁵⁰. Néanmoins, les lois bismarckiennes posent les bases d'un système appelé à connaître un succès prodigieux en Europe et dans le monde.

La modèle de Beveridge. En novembre 1942, le fameux rapport de la commission présidée par l'Anglais Lord William Beveridge est publié, renouvelant en profondeur la doctrine de la sécurité sociale. L'objectif est d'éradiquer la pauvreté, de mettre l'homme à l'abri du besoin et de mettre fin aux dysfonctionnements et incohérences du système britannique de protection sociale. Beveridge a pour ambition de généraliser et de simplifier le système d'assurance sociale, d'unifier l'organisation administrative et de garantir les moyens de subsistance aux individus.

Beveridge, qui exclut ainsi tout *abject test of means* (odieuse condition de ressources), s'expose à un double critique⁵¹ :

1) Les personnes possédant de hauts revenus sont défavorisées ; mais Beveridge les renvoie à l'assurance privée ;

2) les plus nécessiteux auraient besoin de davantage et l'uniformité des prestations conduit à fixer un niveau très bas de prestations au lieu qu'elles soient modulées en fonction des besoins ; mais le Britannique ne veut que « glisser un plancher sous la société libérale », offrir un minimum social-non un substitut de rémunération-acquis en contrepartie du paiement de cotisations.

Du point de vue institutionnel, un service public placé sous la tutelle d'un ministère de la Sécurité sociale doit regrouper l'ensemble des organismes sociaux ; les formalités doivent être simplifiées et accélérées ; un *National Health Service* (service national de santé), financé par l'impôt, doit prodiguer des soins gratuits. Le financement des prestations découlera de cotisations forfaitaires ou, pour les prestations familiales et de santé, de l'impôt.

En résumé, dans le système beveridgien, tous les citoyens doivent avoir le droit à une retraite (ou à un minimum) ; le droit aux prestations est déterminé de manière forfaitaire, et est financé par l'impôt en fonction de ce que décide l'Etat. Ce système se caractérise par la règle des 3U : unité (un seul système, une seule caisse), uniformité (les prestations doivent

⁵⁰*Id.*, p. 10.

⁵¹MORVAN P., *op. cit.*, p. 4-5.

être identiques), universalité (tous les risques doivent être couverts sur l'ensemble de la population).

En France, avant 1945, les théoriciens français avaient été parmi les premiers à soutenir l'idée de l'assurance obligatoire des risques sociaux ; il faut attendre les lois des 5 et 30 avril 1928 pour que les premières assurances sociales soient instituées et juillet 1930 pour qu'elles entrent en vigueur. Les personnes concernées par le dispositif sont les salariés de l'industrie et du commerce dont la rémunération est inférieure à un certain montant, selon la technique du plafond d'affiliation. Les risques couverts sont la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et le décès, et les prestations sont financées par des cotisations partagées également entre le salarié et l'employeur. Le dispositif institué ne garantit pas le risque chômage et ne couvre pas les charges familiales qui relèvent de l'initiative patronale. Il est nettement marqué par la logique contributive, le non-paiement des cotisations entraînant la déchéance du droit aux prestations. Il est aussi étroitement dépendant du contrat de travail, le lien de subordination déterminant les bénéficiaires⁵².

Ces assurances ont des caractéristiques très proches du système bismarckien ; c'est un système assurantiel : sont protégés uniquement les salariés, sauf en ce qui concerne les avantages familiaux afin qu'ils soient acquis à toute la population ; son financement repose sur des cotisations assises sur les salaires et sa gestion libre car les mutuelles ne veulent pas lâcher le marché. Cependant, si l'assuré ne peut pas trouver de mutuelle, l'Etat met en place progressivement des caisses départementales chargées de gérer des risques.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 est le premier système de protection sociale basé sur la création de la sécurité sociale. Elle répond aux lacunes et au caractère incomplet du système d'assurance social obligatoire en 1930 qui était spécifique à un secteur d'activité professionnelle ou limité à certains risques. Le Plan Français de Sécurité Sociale est constitué par plusieurs documents, sur le modèle du rapport Beveridge⁵³ : les débats de l'Assemblée consultative provisoire, la présentation par Pierre Laroque⁵⁴ qui est élaborée à

⁵²BADEL M., *op. cit.*, p. 13.

⁵³KERSCHEN N., « L'influence du rapport Beveridge sur le plan français de sécurité sociale de 1945 », *RFSP*, n°4, 1995, p. 570 ; KERSCHEN N., « La doctrine du rapport Beveridge et le plan français de sécurité sociale de 1945. Unité, universalité, uniformité », *Dr.ouv.*, 1995, p. 415.

⁵⁴LAROQUE P., « La sécurité sociale de 1944 à 1951 », *RFAS*, 1971, p. 3 ; KERSCHEN N., *op. cit.*, p. 415.

la suite des travaux du Conseil national de la Résistance⁵⁵. Ce plan définit les finalités de la protection sociale et fait de la sécurité sociale son élément central.

Le système français naît de l'ordonnance-cadre du 4 octobre 1945 ; dans son article 1^{er}, l'ordonnance énonce qu' « il est institué une organisation de sécurité sociale, destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges générales de famille qu'ils supportent ». Selon le Plan Français de Sécurité sociale, l'organisation de la sécurité sociale repose sur quatre principes : l'universalité, l'unité, l'uniformité, et l'autonomie⁵⁶.

Selon Patrick Morvan, c'est un régime professionnel, géré par une pluralité de caisses ; la mosaïque ne cessera de s'étendre pour couvrir toutes les professions et une compensation entre les régimes sera organisée par la loi du 24 décembre 1974. Financé par des cotisations sociales, il verse des prestations proportionnelles aux revenus, sous réserve de certains plafonds et plafonds. Il est doté, du moins en France, d'une « assurance maladie » qui rembourse par l'intermédiaire de caisses de sécurité sociale les soins prodigués dans le secteur public comme le secteur privé. C'est un modèle de type bismarckien, retenu également en Allemagne, en Autriche et dans les pays de l'ancien Benelux⁵⁷.

Il faut constater que ce plan n'a pas été réalisé comme prévu. L'universalité n'est pas réalisée, toujours empêchée par la nature contributive du droit. Le lien étroit entre travail et assurance sociale induit une conception restrictive du risque social. Le risque est celui qui atteint le travailleur dans sa capacité de travail ou de gain et, par extension, celui qui affecte ses proches. Compte tenu de cette approche, la sécurité sociale s'est refusé à considérer la pauvreté comme un risque social qui est plutôt considéré comme le besoin ; ainsi, le risque

⁵⁵Le souhait du Conseil national de la Résistance est l'élaboration « un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils seront incapables de se les procurer par le travail » et la volonté « d'assurer à la masse des travailleurs, et pour commencer aux salariés, une sécurité véritable du lendemain » va conduire le législateur français à adopter une profonde réforme de la protection sociale. ; LAROQUE P., « Sécurité sociale et assurances sociales (sténographie de l'allocation prononcée à l'inauguration de la section des assurances sociales à l'Ecole nationale d'organisation économique et sociale le 23 mars 1945) », *BHSS*, n°13, 1985, p. 34.

⁵⁶L'universalité, qui concerne les champs matériel et personnel de la couverture, signifie que cette dernière doit s'étendre à tous les risques et tous les travailleurs. L'unité porte sur le régime et l'organisation administrative. L'uniformité veut que les prestations et les cotisations soient les mêmes pour tous. L'autonomie, enfin, fait référence à la gestion des organismes de sécurité sociale dans un cadre paritaire, ce qui témoigne d'une certaine défiance à l'égard de l'Etat. ; BADEL M., *op. cit.*, p. 15.

⁵⁷MORVAN P., *op. cit.*, p. 5.

de perte d'emploi n'a pas été retenu⁵⁸. Selon Jean-Pierre Laborde, il semble que les risques du droit français de la sécurité sociale sont plutôt ceux qui atteignent l'assuré dans sa chair, dans son intégrité ou sa capacité physique⁵⁹.

Concernant le principe d'unité, dès 1945, les spécificités et les intérêts de certains groupes socioprofessionnels (agriculteurs, fonctionnaires, indépendants...) ont permis le maintien d'une pluralité de régimes et empêché l'unité, rendant par là même l'objectif d'uniformité inaccessible.

Les lois du 19 avril 1946, du 22 mai 1946, du 13 septembre 1946 et celle du 22 août 1946 constituent les manifestations les plus évidentes de l'irréalité du plan. La première et deuxième lois prévoyaient la généralisation des assurances sociales. Force est cependant d'observer que ce vaste dessein s'est heurté très vite à des résistances insurmontables et que le régime général n'a jamais véritablement mérité son nom⁶⁰. Le troisième texte décide de l'extension de l'assurance vieillesse à l'ensemble de la population active et la loi d'août 1946 réalise la quasi-généralisation des prestations familiales dans le cadre du régime général. Ces textes resteront lettre morte.

Une loi du 17 janvier 1948 qui va créer des caisses autonomes d'assurance vieillesse pour les travailleurs indépendants va sonner le glas du principe de la caisse unique. De même, le législateur va agréger au régime général des éléments de la population ne relevant d'aucune des catégories professionnelles prévues par la loi, telle la population non active en matière d'allocations familiales ou pour la garantie desquels aucune ressource n'est dégagée tels les vieux travailleurs de l'agriculture. Ainsi, les contraintes économiques, les nécessaires compromis politiques et les résistances de certaines catégories socioprofessionnelles ont rapidement eu raison des ambitions initiales. La redistribution du revenu national qui devait résulter de la généralisation de la sécurité sociale a été, en raison même de l'insuccès de cette généralisation, limitée à une simple redistribution des salaires du secteur industriel et commercial⁶¹.

⁵⁸Cela s'explique par l'absence de chômage massif en 1945 et par la crainte qu'une assurance chômage dès incite au travail ; RUEFF J., « L'assurance-chômage, cause de chômage permanent », *Rev.éco.po.*, 1934, p. 211.

⁵⁹BADEL M., *op. cit.*, p. 16.

⁶⁰LABORDE J., *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Thémis Droit Public», PUF, Paris, 2005, p. 52.

⁶¹KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Cours », 3^e édition, Dalloz, Paris, 2009, p. 74-75.

Les opportunités de l'unification s'étaient répandues avec le temps et l'élan de la Libération. Le développement du système français de Sécurité sociale devait nécessairement s'en ressentir.

Les trois décennies qui séparent l'après-guerre des deux chocs pétroliers ont permis un développement considérable des systèmes de protection sociale. Les Trente glorieuses sont des années d'inflation monétaire, d'essor démographique (accroissement des populations urbaines, immigrée et salariée, outre le baby-boom) et de progrès médical (entraînant la hausse des dépenses de santé). Elles s'achèvent néanmoins dans une crise financière profonde et multiple. La crise de l'emploi provoque une chute des ressources (perte de cotisations) et une augmentation des dépenses (notamment au travers de l'indemnisation du chômage) ; la sécurité sociale est, en outre, utilisée comme un instrument coûteux de la politique en faveur de l'emploi (exemple : préretraites, exonérations de charges sociales). La crise démographique résultant du vieillissement de la population - qui, fatalement, est de plus en plus à la retraite, malade, invalide ou dépendante – alourdit les charges des assurances sociales. Une crise de légitimité, enfin, est régulièrement nourrie par la thèse libérale selon laquelle les prélèvements sociaux (qui atteignent des sommets) engendrent plus d'effets néfastes sur la croissance que d'effets sociaux bénéfiques⁶².

En résumé, après la deuxième guerre mondiale, l'on a mis en place dans pratiquement tous les pays développés une sécurité sociale mais selon des objectifs différents ; c'est notamment en 1945 qu'il y eut un mouvement particulièrement favorable à la protection sociale et à la sécurité sociale. En France, Pierre Laroque, les organisations syndicales, certains partis politiques vont être très attirés par ce nouveau système qui présente l'intérêt pour eux de couvrir toute la population qui en a bien besoin à cette époque-là. L'ordonnance du 4 octobre 1945 est publiée ; elle crée l'organisation de sécurité sociale qui a objectif de mettre les personnes à l'abri des soucis du lendemain. Même si le Plan Français de Sécurité Sociale ou le plan de Pierre Laroque n'est pas réalisé dans sa totalité, il reste un fondement sur lequel bâtir et améliorer dans l'avenir.

⁶²MORVAN P., *op. cit.*, p. 5-6.

B : L'évolution du système de protection sociale en Thaïlande

Le droit à l'accès aux soins est évoqué concrètement par la mise en place du système de protection sociale. L'évolution de la protection sociale en Thaïlande peut se décomposer en deux périodes.

a : La période de post-changement du régime du pays

L'Etat a eu l'idée d'établir le système de protection sociale en Thaïlande, le seul pays asiatique qui a pu préserver son indépendance politique, lors du changement de régime du pays en 1932, lors du passage du régime de monarchie absolue à celui de monarchie constitutionnelle (« la démocratie avec le roi comme chef de l'Etat »)⁶³. La première constitution de la Thaïlande s'appelant « la Constitution provisoire du Siam de 1932 » qui est le résultat de la révolution du 24 juin 1932. Cette révolution a été provoquée par un groupe de fonctionnaires et militaires portant le nom de « Kanarassadorn »⁶⁴. Ce dernier a établi six grands principes fondamentaux visant à développer le pays. L'un de ces principes mentionne l'instauration du système de l'assurance sociale⁶⁵ ;

« Les personnes doivent avoir le bonheur, être maintenues en bonne santé, être promues dans leur statut économique ; tout ceci est à la charge du gouvernement. Ce dernier proposera des emplois à la population et mettra en place un projet national d'économie ; il ne laissera pas les gens mourir de faim ».

Monsieur Pridi Banomyong⁶⁶, l'un des membres de « Kanarassadorn » a élaboré « un Projet d'économie » et l'a proposé au Conseil des ministres. Le projet de loi sur l'assurance sociale était l'une des propositions mentionnées dans ce projet d'économie, mais le gouvernement ne l'a pas approuvé. Ceci a conduit au conflit et à de graves attaques de toutes parts de la société. Même sa Majesté le Roi Rama VII (1925-1935) - « Phrabat Somdet Phra Pokklao Chao Yuhua » - jugeait que « ce projet d'économie était certainement un projet

⁶³VARUNYOU V., *Les sources nationales et étrangères du constitutionnalisme thaïlandais depuis 1932 : recherche sur l'instabilité constitutionnelle en Thaïlande*, thèse de l'Université Paris 2, ANRT, Lille, 1988, p. 11.

⁶⁴Le groupe de Kanarassadorn était initié par des étudiants et des militaires qui ont fait leurs études en Europe. Ils se sont réunis la première fois le 5 février 1926 à Paris, en France afin de planifier la révolution de 24 juin 1932.

⁶⁵CHANTARAVITTOON N., *Le droit de la sécurité sociale : le concept, l'évolution et l'initiative de la mise en place en Thaïlande*, presses de l'université de Thammasat, Bangkok, 1994, p. 67.

⁶⁶Pridi Banomyong (1900-1983) était le Premier ministre de la Thaïlande en 1946 et l'un des membres du groupe de Kanarassadorn. Il s'est vraiment consacré au développement du pays. Et en 1999, l'UNESCO a énoncé que Pridi Banomyong est l'une des grandes personnes du monde du 20^e siècle.

effectué dans l'union soviétique⁶⁷ ». Les Thaïlandais n'ont pas compris que ce nouveau système d'assurance sociale pouvait leur apporter de nombreux avantages. Lors de la réunion du Conseil des ministres, la plupart des ministres ne s'y sont pas intéressés et beaucoup ont accusé Pridi Banomyong d'être communiste. A la fin de sa vie, Pridi Banomyong a reconnu que cette proposition était une erreur dans la mesure où elle était inappropriée au contexte social et trop "révolutionnaire" pour l'époque⁶⁸.

Ensuite, le gouvernement du Général Pau Pibulsongkram (1938-1944 et 1948-1957), a lancé une politique concernant l'assurance sociale pour les Thaïlandais. Il a nommé un comité dénommé « comité de l'assistance sociale », présidé par le Premier ministre, composé de onze membres ayant pour tâche de trouver les moyens appropriés pour mettre en place l'assistance sociale et l'assurance sociale. Suite à de nombreux travaux, ce comité a estimé que le système de l'assurance sociale devrait être établi en Thaïlande et il a proposé au gouvernement un projet de loi, à la fin du mois de décembre 1954, contenant la définition, des principes et des méthodes appropriées à l'assurance sociale. Enfin, l'Assemblée Nationale a adopté la loi sur l'assurance sociale de 1954, et a créé le département chargé de l'assurance sociale, placé sous le contrôle du Ministère des Finances. C'est ainsi la première loi de Thaïlande concernant l'assurance sociale qui a vu le jour. Pourtant, les législateurs ont considéré que cette loi ne pourrait entrer en vigueur que lorsque serait promulguée l'ordonnance la concernant. Or à ce jour, aucune ordonnance n'a été promulguée. De ce fait, la loi sur l'assurance sociale de 1954 n'est pas effective juridiquement⁶⁹.

En 1973, le concept de protection des employés a été initié dans le cas d'atteinte physique des employés (accident ou maladie liés au travail). La Déclaration du Ministère de l'Intérieur sur la compensation des employés le 15 avril 1973 a été donc publiée⁷⁰. C'est le fondement du système de sécurité sociale actuel.

L'idée de la création d'un système de sécurité sociale en Thaïlande a été promue consécutivement par le gouvernement de chaque époque, mais cette idée n'a pas abouti. Le Ministère des Finances a tenté de promouvoir et d'établir un fond de prévoyance. Le règlement ministériel n°162 relatif au fond de prévoyance mentionné dans le Code du revenu

⁶⁷A cette époque-là, l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques (URSS) connaissait un régime socialiste ou communiste.

⁶⁸CHANTARAVITON N., *op. cit.*, p. 68s.

⁶⁹TOSUWANJINDA V., *La loi sur la sécurité sociale : des charges d'employeur*, presses de Thammaniti, Bangkok, 1994, p. 11s.

⁷⁰FONGLADDA VICHENCHOM V., *Le droit de la protection sociale*, presses du deantula, Bangkok, 2012, p. 20.

a été adopté par la suite et est entré en vigueur à partir du 1^{er} janvier 1984⁷¹. Il permet aux employeurs et aux employés de mettre en place conjointement et volontairement un fond de prévoyance. Les cotisations étaient issues d'employeurs et d'employés permettant une compensation à l'employé lorsqu'il quittait son travail.

Seize ans plus tard, entre en vigueur la loi sur la sécurité sociale de 1990. Cette loi prévoit d'instaurer un système de la sécurité sociale en Thaïlande afin d'aider les membres qui contribuent à la cotisation de la caisse de la sécurité sociale en contrepartie d'une assurance pour risque ou maladie hors travail, une assurance invalidité, décès, maternité, la prestation familiale, l'assurance vieillesse et chômage⁷².

La loi sur la sécurité sociale de 1990 est publiée dans le Journal Officiel le 1er septembre 1990, entrée en vigueur à partir de 2 septembre 1990. Toutefois, la distribution des cotisations à la caisse de la sécurité sociale est effectuée après 180 jours à compter de la date à laquelle cette loi entre en vigueur, afin de laisser le temps aux personnels de l'Office de la sécurité sociale de préparer et mettre en place les subventions. En ce qui concerne des personnes non-employées, elles peuvent être membres de la caisse de la sécurité sociale, mais elles doivent attendre quatre ans à compter de la date à laquelle cette loi est entrée en vigueur⁷³.

De plus, en 1991 le gouvernement a vu la nécessité de légiférer pour protéger des personnes handicapées car elles sont des citoyens et membres de la société. A cause de leur handicap physique ou mental, elles rencontrent de nombreux obstacles dans la vie quotidienne, au travail, et dans leur participation aux activités publiques. Le gouvernement voudrait donc encourager ces personnes handicapées à s'intégrer, à participer aux activités sociales, ainsi que promouvoir l'emploi des personnes handicapés. En conséquence, la loi sur l'aide aux personnes handicapées de 1991 a été adoptée en raison de la protection, de l'assistance, du développement et de la restauration destinée aux personnes handicapées par diverses méthodes, comme des méthodes médicales, sociales, scolaires et de formation professionnelle.

Seize ans plus tard, la loi sur l'aide aux personnes handicapées de 1991 est remplacée par une nouvelle loi : la loi sur la promotion et le développement de la qualité de vie des

⁷¹TOSUWANJINDA V., *op. cit.*, p. 11.

⁷²FONGLADDA VICHICHOM V., *op. cit.*, p. 20.

⁷³TOSUWANJINDA V., *op. cit.*, p. 14.

personnes handicapées de 2007⁷⁴ ; elle vise à prévoir de nouvelles directives et à améliorer des dispositifs appropriés de développement de la qualité de vie des personnes handicapées, ainsi qu'à éliminer la discrimination en raison de leur état physique ou mental. De plus, cette loi permet également aux personnes handicapées l'accès aux prestations publiques et autres assistances publiques fournies par l'Etat.

b : La période de post-réforme politique et gouvernementale

La réforme politique et gouvernementale en Thaïlande a été évoquée récemment par la Constitution thaïlandaise de 1997. Cette Constitution met l'accent sur la participation de la population à travers le référendum, sur la garantie et la protection des droits et des libertés destinés aux citoyens prescrits dans le troisième titre de la Constitution. L'un des droits assurés dans le neuvième chapitre de la Constitution est le droit à l'accès des services sanitaires et à la protection sociale organisé par l'Etat (l'article 51-55). Afin que les Thaïlandais puissent accéder concrètement et pratiquement à la protection sociale pris en charge par l'Etat, la loi sur la promotion et la mise en place de la protection sociale de 2003 est donc adoptée conformément à la Constitution.

Cette loi permet à la population de bien connaître et mieux comprendre le système de protection sociale. La loi sur la promotion et la mise en place de la protection sociale de 2003 comporte une définition, notamment de « la protection sociale », des directives et des dispositifs pour gérer le système de la protection sociale destinée au peuple et également de l'instauration des organisations. Par ailleurs, deux lois liées à la protection sociale ont été également adoptées : la loi sur la protection des enfants de 2003 et la loi sur des personnes âgées de 2003⁷⁵. En ce qui concerne la protection sociale adressée aux enfants, cette loi met l'accent sur des notions essentielles et des détails relatif à l'aide, la protection, la sécurité et la promotion des bons comportements des enfants afin qu'ils soient accueillis par des familles d'accueil, reçoivent une formation appropriée et dispose d'un bon développement. C'est l'un des dispositifs juridique pour encourager la stabilité de la famille.

On peut constater que le système de la protection sociale en Thaïlande, a été long à se mettre en place par rapport à celui de la France qui a été établie juridiquement par les lois des 5 et 30 avril 1928 mettant l'accent sur l'assurance obligatoire des risques sociaux. La première loi de la Thaïlande sur l'assurance sociale a été adoptée en 1954 mais elle n'est pas

⁷⁴FONGLADDA VICHENCHOM V., *op. cit.*, p. 21s.

⁷⁵*Id.*, p. 21s.

en vigueur. Trente-six ans plus tard, les législateurs thaïlandais adoptent alors une nouvelle loi sur la sécurité sociale de 1990, désormais effective. Pourtant, le système de la sécurité sociale de la Thaïlande s'inspire du modèle de l'assurance sociale de Bismarck (en Allemagne), alors que le système de la sécurité sociale de la France est issu du modèle de Bismarck et également du modèle de Beveridge (en Grande-Bretagne) ; mais les deux systèmes ont été mis en place de façon différente en fonction du contexte social, politique, des traditions et mœurs de chaque pays.

Section 2 : Les deux approches conceptuelles de l'accès aux soins

L'accès aux soins repose sur deux conceptions importantes et indispensables : la conception au regard de la protection sociale et celle du droit médical. La gestion du système de santé, notamment l'accès aux soins des malades, nécessite de mieux comprendre ces deux conceptions.

§ 1 : La conception de l'accès aux soins au regard de la protection sociale

A partir de la révolution industrielle, de nouveaux risques sociaux sont apparus qui n'existaient pas à l'époque précédente. Ces risques sociaux peuvent menacer la sécurité et la stabilité de l'existence des individus et également de la société ; l'Etat est donc appelé à assurer la sécurité de la vie et notamment garantir l'accès aux soins. Cette exigence d'un accès aux soins pour tous a des implications tout à la fois sociales et économiques.

A : L'accès aux soins du point de vue social

La révolution industrielle se manifeste en Angleterre dès la fin du XVIII^e siècle. Sans doute, l'industrialisation a été marquée par des rythmes forts différents d'un pays à l'autre. Pour autant, elle a suivi partout un processus assez comparable. La France est touchée dans la première moitié du siècle suivant, après la Révolution politique de 1789.

Cette période est marquée par l'utilisation de sources d'énergie nouvelles tel le charbon en même temps que la recherche d'une production de masse par l'utilisation intensive de machines. L'augmentation du nombre des prolétaires est spectaculaire : la plupart viennent naturellement de la campagne, avec laquelle ils perdent progressivement tout lien. Ils sont attirés par la perspective d'un salaire régulier ; ils pensent échapper aux conditions du monde rural en s'engageant dans une société entièrement nouvelle, caractérisée par le rôle du contrat autant que par l'aléa des trajectoires individuelles et

collectives⁷⁶. Cependant, apparaissent également des risques nouveaux qui invitent l'Etat à intervenir pour assurer la sécurité individuelle et aussi sociale.

La Sécurité sociale est instaurée pour répondre à ce défi. Elle tend à la couverture de divers événements, aléas et charges qui affectent l'existence des personnes. Ces événements, aléas et charges sont réunis sous l'appellation de *risques sociaux*.

L'étymologie du terme « risque » n'est pas clairement établie⁷⁷. Le « risque » apparaît au milieu du XVI^e siècle. Il prend naissance au moment où se répand dans le monde marchand l'idée d'assurance contre « la fortune de mer », la « mauvaise fortune », c'est-à-dire les risques de naufrage ou de « bonne fortune » issue des activités commerciales⁷⁸. Mais le risque social n'est pas seulement celui qui procède de la vie en société : chaque personne n'a pas de droit subjectif, puisqu'il n'y a pas de droit sans société, mais il demeure exposé aux risques de vieillesse et de décès. En réalité, le risque social est celui qui menace les hommes vivant en société ; l'on peut véritablement parler de risque social lorsque celui-ci fait l'objet d'une intervention des pouvoirs publics. Le qualificatif de risque social peut également être affecté à des problèmes d'une gravité telle, qu'il convient de réfléchir à une possible ou souhaitable intervention publique. Le risque social est donc marqué par la prise de conscience d'une nécessité d'agir⁷⁹.

On peut constater que tous les risques inhérents à la vie en société ou la vie sociale ne peuvent pas être considérés comme des risques sociaux.

Le risque social est celui qui est susceptible d'empêcher totalement ou partiellement l'exercice de l'activité professionnelle ou de diminuer la capacité de gain d'une personne ou d'un groupe de personnes. La notion de risque social repose sur deux critères : d'une part l'incapacité de l'individu à faire face seul à un événement. Généralement, les risques sociaux ont en commun d'atteindre la sécurité économique des individus, soit en réduisant ou en supprimant leur capacité de faire face à leurs besoins tels que l'arrêt de travail pour la maladie, l'accident du travail, le chômage, la retraite, soit en accroissant les charges qu'ils

⁷⁶LABORDE J., *op. cit.*, p. 24.

⁷⁷ODDONE I. et ODDONE A., « Risque et démocratie », *Revue prévenir*, n° 24, 1995, p.157.

⁷⁸KESSLER F., *op. cit.*, p. 7.

⁷⁹HESSE J., « Autour de l'histoire de la notion de risque », in *Les nouveaux risques sociaux*, Annuaire EISS 1996, 1997, p. 5s.

supportent telles que les soins, la maternité, les charges de famille. Cette part est prévue dans l'article L. 111-1, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale⁸⁰.

Le second critère réside dans la reconnaissance collective du caractère inacceptable de la situation qui frappe un nombre significatif de membres de la collectivité.

Les types de risques sociaux peuvent être classifiés de plusieurs manières : la première repose sur une perspective internationale. Ainsi, la convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail (OIT) énumère les risques couverts : la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, la vieillesse, l'accident du travail et la maladie professionnelle, le chômage ; s'y ajoutent les charges familiales. L'étendue des branches de la Sécurité sociale varie toutefois d'un pays à l'autre, étant largement conditionnée par leur développement économique ou leurs traditions culturelles⁸¹.

La deuxième repose sur la cause. Suivant l'usage, les risques sociaux recouvrent en effet, d'une part, des événements *malheureux* : la maladie, l'invalidité, le décès, les accidents du travail et le chômage ; d'autre part, des événements *heureux* : la maternité, les charges de famille, seconde catégorie à laquelle, en définitive, on rattachera la retraite, sinon la vieillesse. On le constatera aisément, réserve faite des risques professionnels tels que les accidents du travail et le chômage, les risques ainsi énumérés sont inhérents à la condition humaine et affectent chacun indépendamment de la vie en société. C'est l'*intervention de la collectivité* dans leur prise en charge qui leur confère, en définitive, le caractère de risques sociaux⁸².

La dernière typologie prend en compte les impacts sur le revenu⁸³ : soit un accroissement de charges telles que médicales, familiales, etc ; soit une perte de revenus professionnels : à la suite d'une altération physique de la force de travail, d'origine professionnelle (accidents du travail et maladies professionnelles) ou non (maladie-maternité-invalidité-décès) ; et à la suite d'une altération économique de la force de travail (chômage).

⁸⁰L'article L. 111-1, alinéa 2, CSS définit que « la sécurité sociale garantit les travailleur et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain et qu'elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille ».

⁸¹HUTEAU G., *Sécurité sociale et politiques sociales*, coll. « Concours Droit », 3^e édition, Armand Colin, Paris, 2001, p. 1.

⁸²PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, coll. « Mémentos », 13^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 3s.

⁸³MORVAN P., *op. cit.*, p.1.

L'arrivée des risques sociaux en société invite l'Etat à intervenir pour satisfaire le besoin de sécurité et de stabilité des citoyens. L'instauration de la protection sociale et notamment de la Sécurité sociale sont des initiatives de l'Etat pour répondre à cette question. La Sécurité sociale est une institution ou un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de garantir collectivement les individus de toutes conditions, contre un certain nombre de risques de l'existence susceptibles de porter atteinte à leur sécurité économique et auxquels la société attache une importance particulière⁸⁴. Les risques sociaux sont mutualisés par la Sécurité sociale au moyen de techniques particulières destinées à promouvoir la solidarité et la redistribution des revenus.

Les principes essentiels de la Sécurité sociale sont au nombre de deux : la couverture des risques et des charges et le principe de solidarité.

La couverture des risques et des charges : l'article L. 111-1, second alinéa affirme que « *la sécurité sociale garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain et les charges de famille* ».

La couverture des risques sociaux revient ainsi à garantir la sécurité économique des individus au moyen de *prestations* qui compensent, pour partie au moins, la réduction ou la perte de revenu ou l'accroissement des charges résultant de la réalisation des risques. Les prestations prennent la forme, le plus souvent, de versement de revenus de remplacement, pensions, allocations et indemnités ; elles peuvent se traduire également par l'accès à des services gratuits (il en va ainsi, par exemple, pour les soins dans les pays qui, tel le Royaume Uni en 1945, ont opté pour la création d'un service national de santé)⁸⁵.

De plus, l'ambition est bien d'offrir à l'ensemble de la population une couverture minimale ou essentielle. Tel est bien le sens de l'article L. 111-1, dans le troisième alinéa, CSS, il dispose que « *la sécurité sociale assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille* ». C'est dire qu'une partie tout au moins de la protection n'est plus strictement liée à l'exercice d'une activité professionnelle⁸⁶.

⁸⁴HUTEAU G., *op. cit.*, p. 1.

⁸⁵PRETOT X., *op. cit.*, p. 3s.

⁸⁶LABORDE J., *op. cit.*, p. 8.

*Le principe de solidarité*⁸⁷: le système de sécurité sociale se réclame d'une conception particulière et exigeante du lien social qui existe dans le premier alinéa de l'article L. 111-1, CSS : « *l'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale* ». La référence à la solidarité est en effet au cœur de tout système de sécurité sociale, qu'elle permet de libérer de la stricte logique de l'assurance. Entre autres exemples, c'est en vertu de ce principe de solidarité que les cotisations sont déterminées en fonction du revenu et non pas en fonction du risque ; de la sorte, les personnes à faibles revenus mais à risques élevés peuvent être aussi bien couvertes que les assurés à forts revenus et à faibles risques ; dès lors, du moins, que les personnes à faibles risques et à revenus élevés sont, elles aussi, obligées de cotiser.

Quand bien même cette disposition ne découle pas de l'ordonnance fondatrice du 4 octobre 1945 mais de la loi du 2 janvier 1978, elle doit assurément être prise au sérieux. Nul doute que c'est aussi au titre de la solidarité que le système de sécurité sociale participe par exemple à la lutte contre les discriminations et notamment par l'intermédiaire d'un fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations, existe dans l'article L. 767-2, CSS. De surcroît, le nouvel article L. 111-2-1, CSS, issu de la loi relative à l'assurance maladie, du 13 août 2004, énonce dans ses deux premiers alinéas que « *la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie* » et que « *indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources* ».

Enfin, la solidarité n'est nullement contraire à la responsabilité, elle a même sans aucun doute partie liée avec elle, et c'est donc fort logiquement que le même article L. 111-2-1 nouveau, CSS, énonce dans son dernier alinéa, que « *chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie* ».

B : Les considérations économiques

En France, la part de la consommation médicale dans la consommation totale des ménages et dans le produit intérieur brut croît régulièrement. En moyenne, le taux

⁸⁷*Id.*, p. 9s.

d'accroissement annuel de la consommation médicale avoisine 6%⁸⁸. Cette augmentation est l'un des conséquences de l'objectif de l'Etat qui a la mission d'assurer l'accès aux soins de ses citoyens.

Dans les sociétés traditionnelles, la situation des individus est très étroitement déterminée par leur condition sociale et la place laissée à l'aléa et donc au risque est nécessairement réduite. Avant la Révolution de 1789, il n'y avait pas encore de système de protection sociale, mais il existait le système de l'assistance assurée par l'Eglise et aussi, dans une mesure croissante avec le temps, par le pouvoir royal. Comme on le voit, c'est l'esprit de l'assistance qui l'emporte presque exclusivement. Par la suite, la situation va en revanche changer profondément au XIX^e siècle, aussi bien sur le terrain socio-économique que dans le domaine des mentalités⁸⁹.

Dès la première moitié du XVIII^e, la révolution industrielle touche la France avant la révolution politique de 1789. Elle va profondément en modifier la physionomie, en créant de nouveaux risques et aussi en donnant aux risques traditionnels des conséquences sur la société. Il apparaît plusieurs types de nouveaux risques et c'est pour cette raison que le problème de la couverture sociale ouvrière a été posé. La situation nouvelle du travailleur de l'industrie, entièrement dépendant de son salaire, pose désormais avec gravité la question essentielle du maintien du revenu au cas de réalisation d'un risque. Elle soulève aussi celle de la concordance de ce revenu aux charges aussi bien individuelles que familiales que les salariés doivent approvisionner. De plus, l'on peut voir que la dépendance du travailleur s'entend aussi bien en face de sa seule source de revenu que de l'employeur, les deux acceptations étant tout à la fois distinctes et étroitement liées.

Les risques ont toujours accompagné l'expérience humaine. Après l'apparition de nouveaux risques sociaux, notamment dans le domaine économique, la création du système de la Sécurité sociale a eu pour but de contrer les risques sociaux et également d'assurer l'accès aux soins à toute la population. Au final, point de vue économique et financier, l'organisation et le fonctionnement de la Sécurité sociale reposent sur plusieurs principes traditionnels⁹⁰.

⁸⁸DREES, « Les comptes de la protection sociale en 2006 » (*Etudes et résultats*, novembre 2007, n°609) ; en 2007 (*Etudes et résultats*, octobre 2008, n°667). « Les comptes nationaux de la santé » (*Etudes et résultats*, septembre 2009, n°701).

⁸⁹LABORDE J, *op. cit.*, p. 24.

⁹⁰S'il n'est pas sans parenté avec les règles qui s'appliquent aux finances des collectivités publiques, le régime financier de la Sécurité sociale n'en conserve pas moins une originalité certaine : PRETOT X., *op. cit.*, p. 74-75.

Le principe de l'autonomie des régimes et des branches : les recettes et les dépenses afférentes à chaque régime (ou à chaque branche pour les régimes qui, tel le régime général, comportent plusieurs branches) sont effectuées séparément ; elles font également l'objet de comptes distincts. L'autonomie s'applique, de même, à l'égard de l'Etat (les relations entre les régimes et le Trésor public et la Caisse des dépôts et consignations donnent d'ailleurs lieu, pour la gestion de la trésorerie, à la conclusion de conventions).

Le principe de l'affectation des recettes : à chaque régime ou à chaque branche, correspondent des recettes distinctes dont le produit ne peut concourir qu'au financement des charges du régime ou de la branche. Le principe s'oppose au principe de l'*universalité* retenu dans le droit des finances publiques, qui conduit à la non-affectation des recettes, toutes également inscrites au budget de l'Etat et affectées au financement indifférencié des dépenses.

La distinction des gestions techniques et des gestions budgétaires : à la différence des collectivités publiques qui ne peuvent normalement poursuivre leurs dépenses que dans la limite des crédits inscrits à cette fin à leur budget (*crédits limitatifs*), la Sécurité sociale est tenue de verser les prestations à ceux de ses usagers qui remplissent les conditions à cette fin, indépendamment des fonds disponibles. Il n'y a pas, à proprement parler, de budget de la Sécurité sociale, mais une simple gestion technique des recettes et des dépenses⁹¹.

Toutefois, certains régimes et branches de la Sécurité sociale ont du faire évoluer leurs pratiques financières et comptables pour répondre à leurs problèmes financiers. Par exemple, l'évolution affecte ainsi l'autonomie des régimes, certains d'entre eux étant appelés à procéder à des transferts au profit d'autres régimes de manière à compléter leurs ressources. Ces transferts prennent l'appellation de compensations.

Du point de vue du droit économique communautaire, la Cour de justice des communautés européenne énonce que les organismes de protection sociale sont exclus de l'application du droit communautaire de la concurrence, dès lors qu'ils exercent « des

⁹¹Seul le financement de la gestion administrative et de l'action sanitaire et sociale donne lieu, au sein de chaque organisme, à l'adoption de véritables budgets (alimentés par un prélèvement sur les ressources du régime ou de la branche et dotés de crédits limitatifs), mais l'ensemble des gestions budgétaires ne représente qu'une faible partie des recettes et des dépenses de la Sécurité sociale.

fonctions de solidarité qu'ils accomplissent par dévolution de l'Etat »⁹². Pour la CJUE⁹³, leur activité n'est pas économique ; dès lors, « les organismes qui en sont chargés ne constituent pas des entreprises au sens des articles 85 et 86 du traité »⁹⁴.

Sur le plan financier, la sécurité sociale se heurte, depuis deux à trois décennies, à des difficultés qui mettent en cause son équilibre. Le déficit récurrent des systèmes de Sécurité sociale suit l'adoption de mesures et de réforme des prestations et des cotisations pour rétablir l'équilibre et la stabilité financière et comptable dans chaque régime et branche.

Les difficultés auxquelles la Sécurité sociale est confrontée découlent de l'évolution des conditions dans lesquelles elle est appelée à se développer :

Certaines difficultés tiennent à l'évolution de la *démographie*, c'est à dire la composition en groupes d'âge de la population française. Le recours à la médecine est en effet fréquent chez les jeunes enfants jusqu'à l'âge de deux ans et chez les personnes âgées. L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population pèsent à la fois sur les dépenses de santé et de retraite ; en revanche, le nombre des actifs dont les cotisations demeurent la première source du financement des systèmes de Sécurité sociale, est réduit.

Les difficultés sont également d'ordre *économique* : l'augmentation du chômage qui frappe les sociétés développées depuis trente ans accroît les dépenses des systèmes de Sécurité sociale et diminue leurs ressources car ils devraient indemniser du chômage, développer des pré-retraites et préparer pour le départ précoce en retraite.

Par ailleurs, l'évolution de l'économie aidant, tels le progrès de l'automatisation ou les gains de productivité, la reprise de la croissance économique ne se traduit plus par une réduction significative du chômage. Enfin les contraintes de l'économie mondialisée conduisent à la réduction des coûts du travail et exercent ainsi leurs effets sur les capacités de financement des systèmes de Sécurité sociale⁹⁵.

Les réponses à ces difficultés qui aboutissent à la remise en cause de l'accès aux soins, ont été recherchées de deux manières : d'abord dans l'organisation de la sécurité sociale elle-même, ensuite dans l'organisation en dehors de la sécurité sociale. D'abord, en raison de

⁹² CJCE, 17 févr. 1993, aff. jointes C-159/91 et C-160/91, *Poucet et Pistre*, *RD sanit. soc.* 1993, 554, obs. Chenillet Ph. ; CJCE, 26 mars 1996, aff. C-238/94 *Garcia*, 705 obs. Laigre Ph., *Dr. soc.* 1996.

⁹³ Avant le 1 décembre 2009, la Cour de justice des Communauté européennes était l'une des cinq institutions, créée en 1952, de l'Union européenne. Depuis l'entrée en vigueur du traité de Lisbonne (13 décembre 2007), elle a été renommée Cour de justice de l'Union européenne (CJUE).

⁹⁴ ORY P., « L'abandon de la condition d'activité professionnelle pour l'ouverture du droit aux prestations familiales », *Dr. soc.* 1978, n° spéc, p. 14.

⁹⁵ PRETOT X., *op. cit.*, p. 19.

défaut d'unification du système de sécurité sociale, des compensations financières entre régimes ont été instaurées progressivement. Ainsi, des régimes qui ont vu leur nombre de cotisants se réduire ont été maintenus alors même que les déséquilibres financiers étaient tels que ces régimes auraient dû disparaître⁹⁶. Les déséquilibres structurels de certains régimes sont ainsi masqués sous le vocable de « solidarité entre les régimes ». Des régimes, auxquels les catégories socioprofessionnelles sont très attachées, sont maintenus en vie grâce à des flux financiers de nature très différente entre régimes⁹⁷.

Dans les articles L. 134-1 à L. 134-15, le Code de la sécurité sociale définit une série de compensations, soit bilatérales entre certains régimes spéciaux et le régime général, soit « généralisées », et donc applicables à l'ensemble des régimes de base, et ce pour les trois risques maladie, accidents de travail et vieillesse. Seules les prestations familiales, dont la prise en charge est harmonisée pour l'ensemble des régimes, ne donnent pas lieu à de tels transferts financiers. Pourtant, le Code de la sécurité sociale ne comporte aucune disposition applicable à l'ensemble de ces transferts, et plus essentiellement, aucune définition de ce qui doit être compensé.

Cependant l'article L. 134-1 du Code de la sécurité sociale, relatif à la compensation généralisée, dispose seulement que « la compensation tend à remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les régimes ». Ni l'objectif, ni les modalités de sa mise en œuvre ne sont définis par un texte de portée générale. De même, la loi n'a pas posé le principe de la comparaison des taux de rendement ou des taux d'effort de chaque régime, pour compenser les régimes les moins favorisés⁹⁸.

Ensuite, en dehors de la sécurité sociale, des réformes portent sur des mesures d'ordre fiscal. La couverture de risques sociaux, notamment de risques des maladies et soins, au moyen de l'instrument fiscal, est considérée comme le symbole de la réorientation de la protection sociale vers la lutte contre la seule pauvreté et l'exclusion de l'Etat envers les classes moyennes. Ils sont synonymes du changement des politiques sociales en politiques « fisco-financières », dont les objectifs premiers sont la lutte contre l'inflation et la limitation

⁹⁶L'exemple le plus frappant est certainement celui du régime des mineurs qui ne peut plus assurer depuis longtemps le financement des prestations qu'il offre avec les seules cotisations des cotisants au régime. La mutualisation du risque n'est plus, dans ce régime, raisonnablement possible : les cotisations exigées de chaque assuré (et de leurs employeurs) seraient trop élevées pour assurer à elle seules l'équilibre financier du régime.

⁹⁷KESSLER F., *op. cit.*, p. 105.

⁹⁸*Id.*, p. 105.

des dépenses publiques et de réduction des déficits budgétaires étatiques. Ceux-ci sont essentiellement au nombre de deux : l'exemption ou la diminution d'impôts d'une part et l'impôt négatif, manifestation d'une vaste ambition de réforme des dispositifs de protection sociale, d'autre part⁹⁹.

Pour les diminutions ou exonérations d'impôts, cette technique est indifférenciée. En France, la diminution d'impôt sur les revenus la plus connue est le quotient familial défini à l'article 194 du Code général des impôts. Le système du *quotient familial* est un élément essentiel de la politique familiale publique et consiste à diviser le revenu imposable du contribuable en un certain nombre de parts en fonction de sa situation de famille et du nombre de personnes qui sont à sa charge. Il tend à réduire la progressivité de l'impôt en fonction du revenu.

Second type d'instrument de diminution d'impôts, les *exonérations fiscales*, parfois appelées « crédits d'impôt » (ce qui conduit à des confusions) permettent aux ménages ou aux entreprises de déduire de leur impôt sur le revenu une partie des dépenses réalisées à l'occasion de certains événements. Elle marque également la volonté de l'Etat d'orienter les comportements des contribuables. Si ce crédit d'impôt est supérieur au montant de l'impôt dû, l'excédent est remboursé au ménage ou aux entreprises. Autrement dit, le crédit d'impôt est une créance d'un contribuable sur l'administration fiscale. Tel est le cas par exemple de la loi n°2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes ; elle permet notamment à une entreprise de déduire 25% des dépenses qu'elle a engagées et destinées à financer la création et le fonctionnement d'établissements assurant la garde des enfants des salariés.

Ensuite, l'impôt négatif consiste à remplacer les différentes aides de l'Etat aux familles les plus défavorisées, celles qui ont atteint le seuil de pauvreté, ou aux chômeurs par le versement annuel d'une subvention calculée, comme en matière fiscale, d'après le revenu. L'impôt négatif (*taxcredit*) a été mis en œuvre aux Etats-Unis dans les années 70 et en France pour la première fois par la loi n°2001-458 du 30 mai 2001 portant création d'une prime pour l'emploi¹⁰⁰ : il s'agit de lutter contre « les trappes à inactivité » des « peu qualifiés » : un individu, chômeur ou inactif, ne serait pas incité financièrement à prendre un emploi, parce que la rémunération à laquelle il pourrait prétendre serait à peine

⁹⁹*Ibid*, p. 28s.

¹⁰⁰*JORF* n° 125 du 31 mai 2001 p. 8639 ; PERIVIER H., « La prime pour l'emploi : pour qui, pourquoi ? », *Dr. soc*, 2005, p. 1160.

supérieure, voire inférieure, aux revenus de transferts qu'il perçoit en restant inoccupé ; l'impôt négatif est ainsi conçu comme un élément destiné à rendre le travail attractif ¹⁰¹.

Dans la pratique récente, les personnes entrant dans le champ d'application de cet impôt négatif, c'est-à-dire celles dont les revenus n'atteignent pas un minimum garanti, produisent une déclaration qui fait apparaître l'intégralité des ressources dont elles disposent. A partir de cette déclaration, l'Etat fixe le montant de l'allocation destinée à compléter les revenus perçus pour que soit atteint le minimum légal.

Quoi qu'il en soit, tous les mesures financières, économiques ou fiscales comme l'on a vu antérieurement, sont des dispositions par lesquelles l'Etat remplit la mission essentielle de gérer et d'organiser des risques sociaux, notamment le risque sanitaire pour l'assurance et la stabilité de la vie des citoyens.

§ 2 : La conception de l'accès aux soins au regard du droit médical

Traiter cette question suppose d'évoquer d'abord l'évolution de la relation médicale pour bien connaître l'influence sur l'accès aux soins actuels, et de concentrer l'analyse ensuite sur l'évolution du droit du malade aux soins.

A : L'évolution de la relation médicale : l'influence sur l'accès aux soins actuels

En théorie, il existe deux conceptions de la relation médicale : celle du paternalisme et celle de l'autonomie ; mais dans la période la plus récente, le paternalisme ne semble plus adéquat et la relation médecin-malade s'oriente vers une plus grande autonomie des malades. Cette conception alternative, qui exerce une grande attraction, fait elle-même l'objet de présentations différentes dans le monde anglo-saxon et dans l'Europe continentale. En France, la relation médicale aujourd'hui est parfaitement dépourvue de certains aspects paternalistes et se fonde sur un nouveau modèle qualifié de « modèle de la confiance justifiée ». De plus, la prise en considération juridique de l'acte médical s'est beaucoup modifiée et le contentieux médical ne cesse de prendre de l'importance.

¹⁰¹MILLAR J., « Rendre le travail financièrement intéressant, réussir les crédits d'impôt : une évaluation axée en particulier sur l'emploi des chefs de famille monoparentale », *RIS*, vol. 61, n° 2, 2008, p. 21.

a : L'opposition des modèles

Le débat concernant la relation médicale s'est établi autour de deux modèles : le modèle paternaliste et le modèle autonomiste, fruits d'une tradition historique traduisant une différence de culture médicale entre l'Europe et l'Amérique du Nord.

Le modèle paternaliste. Cela fait longtemps que la relation médicale dans le monde, et également en France, se fonde sur le modèle paternaliste. On estime que la maladie affaiblit le malade dans son physique comme dans sa conscience. Cette situation de vulnérabilité, de souffrance et de grande dépendance du patient permet de justifier le rôle prépondérant du soignant, ainsi que sa préoccupation d'apporter du bien-être au malade. C'est d'ailleurs ce que lui impose le principe de bienfaisance. Le médecin se situe dans une morale du Bien : le bien est la guérison du malade et l'obligation morale n'est pas fondée sur la volonté de celui qui agit, mais sur quelque chose d'extérieur à lui : la fragilité et l'extrême dépendance de celui qui souffre, le corps blessé et souffrant qui appelle les gestes du médecin. Le médecin est dépositaire d'une responsabilité morale, au sens que lui ont donné au XX^{ème} siècle des philosophes comme H. Jonas en Allemagne ou E. Levinas en France¹⁰², et qui n'est pas la responsabilité au sens juridique. Le modèle qu'on évoque est le paradigme de la paternité ; le malade doit faire confiance au médecin comme l'enfant à ses parents.

Le malade est considéré comme un être inférieur que le médecin entretient, protège et qu'il libère de la responsabilité de décision, ce qu'il est le seul à pouvoir faire. Tel est le concept de « privilège thérapeutique » tel qu'est exprimé dans les deux premiers codes de déontologie médicale (1947 et 1995)¹⁰³. De plus, le malade est envisagé comme affaibli dans sa raison et sa volonté, considéré comme ne pouvant pas prendre de décision libre et éclairée. Le patient doit donc faire confiance à son médecin. Il ne peut pas discuter. Cela induit que pour le paternalisme, le consentement du malade n'est pas la donnée médicale pertinente. Il ne peut pas être considéré comme une norme de référence de la décision du médecin, ou il ne contraint pas la décision médicale. Ceci traduit l'asymétrie ou le déséquilibre de la

¹⁰²RAMEIX S., « Autonomie ou paternalisme », *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, coll. « Sciences Humaines en Médecine », Ellipses, Paris, 1997, p. 91.

¹⁰³L'article 35 du nouveau Code de déontologie médicale, reprenant l'article 42 du Code précédent, précise : « Dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves » ; décret portant Code de déontologie médicale, n°95-1000 du 6 septembre 1995 (*J.O.* 08-09-95, p.13305-13310).

relation médicale, caractéristique du modèle du paternalisme. La relation n'est pas un contrat entre deux égaux. L'art médical apparaît comme un magistère moral, un devoir supérieur qui est donc fondé sur la conscience d'un praticien. Cette conscience est synonyme de liberté¹⁰⁴, il peut tout entreprendre pour le malade et sur le malade. La volonté du malade est subordonnée, entièrement soumise à la volonté du médecin.

Pourtant, ce modèle paternaliste asymétrique n'est plus entièrement satisfaisant aujourd'hui. D'une part, parce que la médecine elle-même est devenue une science et la précision grandissante des diagnostics comme des pronostics, proportionnelle à sa scientificité croissante, pose en termes nouveaux le problème de l'information à donner au malade parce que le patient sait mieux qu'auparavant. La médecine est également devenue plus efficace et, donc, plus agressive, plus invasive, plus dangereuse potentiellement, par des moyens chirurgicaux, dans les maladies chroniques et notamment la diversification des thérapeutiques qui fait accéder aux possibilités de choix¹⁰⁵, il est donc nécessaire de demander le consentement du malade plus souvent.

D'autre part, les évolutions sociales, la démocratisation de l'enseignement, l'accroissement des connaissances et l'autonomie des citoyens, ainsi que le développement de l'information médicale mettent en question le paternalisme et appellent une relation moins dissymétrique. Le paternalisme ne semble plus adéquat et la relation médecin-malade s'oriente vers une plus grande autonomie des malades. Le modèle alternatif qui exerce une grande attraction est celui de l'autonomie.

Le modèle autonomiste. La première valeur du médecin dans le modèle autonomiste n'est pas de faire le bien pour des patients mais c'est de respecter la liberté de son patient et sa dignité d'être humain. Ce principe déontologique renvoie aux principes médicaux fondamentaux. Mais il existe deux conceptions de l'autonomie qui sont différentes mais qui ont tendance à se rapprocher : la conception anglo-saxonne et la conception continentale¹⁰⁶.

La conception anglo-saxonne : l'autonomie de la volonté comme auto-détermination.
L'autonomie est fondée sur la conception individualiste de la liberté comme l'indépendance

¹⁰⁴POIROT-MAZERES I., *Le droit médical*, cours de droit de la santé, Toulouse, 2011, p. 12-13.

¹⁰⁵RAMEIX S., *op. cit.*, p. 91-92.

¹⁰⁶POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 15.

négociée, sur la conception de l'Etat qui est construit à partir du droit romain écrit. Depuis la Magna Carta (1215), l'Habeas Corpus (1679), les philosophes anglais comme Thomas Hobbes ou John Locke opposent la conception minimale de l'Etat qui est soumis au respect des libertés individuelles.

Thomas Hobbes (1588-1679), qui vécut la guerre civile anglaise, considérait l'état de nature comme la guerre de chacun contre chacun. L'homme y est un loup pour l'homme et, par conséquent, à cet état, tout est préférable. On ne saurait payer trop cher pour mettre fin à la guerre, même s'il faut, pour cela, renoncer à la liberté. Hobbes affirme que c'est l'égalité qui conduit à la guerre de chacun contre chacun. L'humanité est livrée à elle-même sans un ordre social pour sauver l'homme. L'homme comprend qu'il n'a pas d'autre solution que de sortir de l'état de nature. C'est là qu'intervient la théorie du contrat. Ce qui va permettre de passer de la nature à la société, de la guerre à la paix. C'est librement et volontairement que les hommes échangent leur liberté naturelle contre la paix et la sécurité, c'est un contrat passé entre les sujets et un souverain¹⁰⁷. Le contrat chez Hobbes n'est pas un contrat collectif mais celui de chaque individu.

John Locke (1632-1704), théologien, philosophe et médecin, élabore la conception classique de la démocratie moderne anglo-saxonne. Philosophe du libéralisme, c'est ainsi qu'il définit l'autonomie dans le *Deuxième Traité du gouvernement civil* (1690) : l'homme est né « *muni d'un titre à la liberté parfaite et en pleine jouissance de tous les droits et privilèges de la Loi de la nature* ». Il définit, en prolongement, la société politique par le fait d'instituer « *un juge compétent pour statuer sur tous les litiges et pour redresser les torts dont viendrait à souffrir un membre quelconque de la république* »¹⁰⁸.

Dans cette conception, l'autorité du médecin comme métaphore de la nation est devenue secondaire aux droits naturels du patient ou de son représentant. De plus, les juges défendent systématiquement l'individu et son corps qui sont placés au-dessus de l'autorité politique et administrative de l'Etat. Dans ce modèle, l'autonomie est une auto-détermination ; le patient a la possibilité d'opérer son choix sans contrainte de l'autorité supérieure souveraine, de l'autorité de l'Etat ou de la loi. La fixation des règles se fait par la négociation avec autrui, puisque chacun a sa propre auto-détermination. Le fondement des

¹⁰⁷FRANCOIS-WACHTER D., « Repenser la confiance, l'autonomie et la transparence », *Ethique, médecine et société*, coll. « Espace éthique », Vuibert, Paris, 2007, p. 470.

¹⁰⁸*Id.*, p. 473.

règles sera donc le contrat, et s'il y a conflit, la résolution empruntera la voie du juge, la voie juridictionnelle ou la voie du contentieux.

La conception continentale : l'autonomie de la volonté comme auto-limitation. La conception continentale datant de la période des lumières est définie par les philosophes tels, Jean-Jacques Rousseau et Emmanuel Kant qui construisent les fondements de la métaphysique des mœurs.

Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), sera diamétralement opposé à la pensée de Thomas Hobbes. *Du contrat social* de Rousseau est souvent considéré comme le texte fondateur de la République française. La souveraineté appartient au peuple, et non à un monarque ou à un corps particulier. C'est chez Rousseau qu'il faut chercher les sources de la conception française de la volonté générale. Contrairement aux théories politiques anglo-saxonnes, Rousseau ne pense pas la volonté générale comme la somme des volontés particulières -c'est-à-dire, la volonté de tous-mais, comme ce qui procède de l'intérêt commun : « Ôtez des volontés particulières les plus et les moins qui s'entre-détruisent, reste pour somme des différences la volonté générale. »¹⁰⁹.

Emmanuel Kant (1724-1804) serait le véritable inventeur de l'autonomie morale puisqu'il a su donner à ce concept occidental, hérité des Lumières et du rousseauisme révolutionnaire, sa pleine portée morale. Retrouvant son sens étymologique d'auto-législation, Kant fonde l'autonomie sur la présence de la loi morale. Il voyait en elle le « principe suprême de la moralité » et plus essentiellement encore « l'unique principe de toutes les lois morales et des devoirs conformes à ces lois ». Le respect de l'autonomie devient chez eux une vague reconnaissance du « droit » du patient à agir conformément à ses valeurs et à ses croyances personnelles. Même si ces deux auteurs ne manquent pas de rendre hommage au kantisme, ils envisagent surtout la liberté de décision individuelle, qui n'obéit pas forcément à des motifs raisonnables¹¹⁰.

Pour Kant, « le principe de l'autonomie est donc : de toujours choisir de telle sorte que les maximes de notre choix soient comprises en même temps comme lois universelles dans ce même acte de vouloir¹¹¹. » La volonté n'est pas alors inclinée par un objet extérieur

¹⁰⁹*Ibid.*, p. 471.

¹¹⁰CONSTANTINIDES Y., « Limites du principe d'autonomie », *Ethique, médecine et société*, coll. « Espace éthique », Vuibert, Paris, 2007, p. 94.

¹¹¹KANT E., *Fondements de la métaphysique des mœurs*, coll. « Le Livre de Poche », trad. V. Delbos, Librairie générale française, Paris, 1993, p. 121.

ou subordonnée à l'idéal hétéronome du bonheur, mais suit sa propre loi. Certes, Kant, fidèle en cela à Rousseau, en qu'il voit le « Newton de la morale », considère que tout un chacun peut en droit devenir autonome ; mais force est de constater que fort peu de personnes, même si elles ne sont pas diminuées par la maladie, peuvent réellement être à la hauteur de cette exigence morale d'autodétermination. Il faudrait déjà pouvoir s'élever à la représentation intellectuelle de la loi morale, ce qui n'est pas donné au premier venu, ne serait-ce que pour éprouver du respect pour cette autonomie idéale¹¹².

Autrement dit, selon la philosophie d'Emmanuel Kant, il y a dans la nature des choses ou des êtres ceux qui suivent des lois qui leur sont extérieures, et d'autres qui suivent des lois qu'ils se sont eux même donnés. Par exemple, la pierre suit la loi de la gravité ou l'animal suit la loi de son instinct. L'homme, quant à lui, se libère des contraintes qui lui sont extérieures, les normes de son comportement sont soumises aux contraintes de sa propre raison. Il conçoit qu'il ne peut préserver cette liberté que s'il préserve celle des autres, et donc il doit se donner comme loi une règle qui peut aussi valoir pour les autres, une règle que les autres auraient pu aussi vouloir pour eux. Donc l'être autonome ne doit vouloir qu'une chose qui soit universalisable, une règle qui puisse valoir pour les autres. Cette règle est donnée par la raison. Cela est le lien entre l'universalité et la rationalité. Dans cette conception, l'autonomie est la liberté qui se limite par la raison.

L'un des premiers exemples donné par Kant est l'interdiction morale du suicide car l'homme a le devoir de conserver sa vie. Il considère précisément que le suicide est une violation du devoir d'autonomie¹¹³. Cela suppose que certaines personnes ne peuvent pas être considérées comme autonome, ne peuvent pas donner leur consentement. Autres exemples : le refus de la transfusion sanguine, le refus de s'alimenter ou le refus de soin des toxicomanes. On ne peut pas transposer ces comportements à l'ensemble du groupe social. Cette analyse de l'universalité de la décision moralement bonne, « test d'universalisation de Kant », est couramment utilisée en médecine¹¹⁴.

¹¹²CONSTANTINIDES Y., *op. cit.*, p. 95.

¹¹³KANT E., *op. cit.*, p. 96. Il ne saurait donc y avoir de « droit de mourir dans la dignité » puisqu'attenter à sa propre vie revient précisément à fouler aux pieds la dignité humaine. (voir *ibid.*, p. 106).

¹¹⁴Cette conception marque véritablement toute dans la tradition culturelle et philosophique française, a inspiré la pensée politique et la législation comme le code déontologique médical 1995.

b : La transformation récente de la relation médicale

Pour analyser la transformation de la relation médicale actuelle, il faut prendre en considération deux aspects qui sont raisonnables et compatibles : celui de la relation médicale proprement dite et l'aspect juridique.

Concernant la relation médicale, l'on est aujourd'hui dans une période libérale ; les peuples sont assurés d'avoir la liberté, l'égalité et la dignité par l'Etat. Le malade n'est plus un être passif ou mineur mais il est habilité à demander aux médecins de participer aux décisions médicales. La conception du paternalisme qui était fondée sur l'inégalité dans la relation médicale est inadéquate pour expliquer la relation actuelle, mais elle n'a pas encore disparu ; elle figure encore, notamment dans la législation médicale française. La loi apporte des limites au consentement du patient, notamment en matière de vaccination ; certaines étant obligatoires, leur caractère contraignant est parfois contesté, au regard de la liberté de patient. Il existe également une obligation de traitement quand le médecin et le patient se voient imposer des injonctions de soin. Egalement, dans les cas des traitements pour toxicomanie, pour le délinquant sexuel, pour l'hospitalisation psychiatrique ou pour les mineurs et les majeurs sous tutelle, les professionnels de santé peuvent interférer avec le choix des parents lorsque ceux-ci refusent des soins alors que le traitement est indispensable.

De plus, en France, le pouvoir d'intervenir sur le corps humain a été délégué au médecin par l'Etat. Celui-ci ne peut passer outre le consentement du patient sauf cas particuliers définis par la loi. Dans le cas d'intervention portant atteinte à l'intégrité du corps humain, il doit non seulement recueillir le consentement du patient mais également invoquer une nécessité médicale. C'est à cette condition qu'il peut prétendre échapper à l'action pénale.

Le code de déontologie médicale de la France ne met en œuvre ni des solutions autonomistes extrêmes, ni une conception paternaliste, ni libérale. L'acte médical ne peut pas être limité à un simple échange contractuel entre personnes légales parce que la relation médicale reste profondément déséquilibrée. Il existe une asymétrie d'information et d'objet quand le malade va consulter ; il souffre ; est exprimée une demande envers le médecin. Mais la relation médicale doit bien sûr garder une architecture libérale qui respecte le consentement du patient et la divulgation de l'information au patient. La loi du 4 mars 2002, ou loi Kouchner, instaure une démocratie participative dans le domaine de la santé. La démocratie sanitaire a vu l'émergence d'un nouveau concept dans le champ de la santé :

celui du citoyen usager. L'information est au cœur de la relation malade-médecin. Le temps de l'impérialisme médical, construit et conforté par le monopole de cette information, est révolu. La loi du 4 mars 2002 a en effet opéré un renversement complet de la perspective : le devoir d'informer du professionnel de santé est devenu le droit du patient à être informé¹¹⁵ mais elle peut parfaitement s'accommoder de certains aspects paternalistes qui sont appelés le « modèle de la confiance justifiée »¹¹⁶.

Du point de vue juridique, pendant très longtemps, il était apparu suffisant de régler la relation médicale sur le droit d'obligation. Progressivement, à partir du moment où la médecine est devenue une technique sophistiquée, il est apparu nécessaire de rééquilibrer la relation médicale au profit des patients. Le juge et le législateur n'ont donc pas hésité à recourir à des règles plus efficaces et efficaces du droit de la consommation. Les hypothèses où le juge utilise la notion de consommateur de soins pour assurer la protection plus efficace au patient se multiplient. Le droit de la consommation est applicable aux professionnels de santé dans l'article L.122-1 du code de la consommation¹¹⁷. Ainsi les dispositions sanctionnant les refus de vente s'appliquent aux médecins qui refusent des soins et qui ne peuvent valablement invoquer la clause de conscience.

De plus, le droit de la concurrence s'applique également aux professionnels médicaux. L'article L.4113-8 du code de la santé publique¹¹⁸ souligne que la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. La profession médicale se distingue de la profession commerçante ; elle ne poursuit pas uniquement le profit mais elle a devoir de contribuer aussi la finalité d'intérêt général qui est le soin¹¹⁹.

¹¹⁵FRANCOIS-WACHTER D., *op. cit.*, p. 474-475.

¹¹⁶POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 20.

¹¹⁷Art. L. 122-1 du code de la consommation définit qu' « il est interdit de refuser à un consommateur la vente d'un produit ou la prestation d'un service, sauf motif légitime, et de subordonner la vente d'un produit à l'achat d'une quantité imposée ou à l'achat concomitant d'un autre produit ou d'un autre service ainsi que de subordonner la prestation d'un service à celle d'un autre service ou à l'achat d'un produit dès lors que cette subordination constitue une pratique commerciale déloyale au sens de l'article L. 120-1.

Cette disposition s'applique à toutes les activités visées au dernier alinéa de l'article L. 113-2. ... »

¹¹⁸Art. L. 4113-8 du code de la santé publique définit que « sauf les cas mentionnés aux articles L. 4211-3 et L. 5125-2, est interdit le fait, pour les praticiens mentionnés au présent livre, de recevoir, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, des intérêts ou ristournes proportionnels ou non au nombre des unités prescrites ou vendues, qu'il s'agisse de médicaments, d'appareils orthopédiques ou autres, de quelque nature qu'ils soient. ... »

¹¹⁹Selon la jurisprudence nationale et communautaire, les particularités de l'activité médicale n'est pas de nature à l'exclure du champ du droit de la concurrence « dès lors qu'elle s'analyse en une activité de service permettant la rencontre moyennant paiement d'une demande de la part des malades et d'une offre de la part des médecins », Conseil Administrative du Paris 1997 ; le syndicat des médecins de la Somme.

Aujourd'hui l'acte médical devient un acte d'entreprise ; en conséquence, la relation contractuelle tend à remplacer la relation de confiance qui est indispensable à la prise de décision médicale, notamment à la prise de décision partagée. Il y a une évolution entre la position d'un médecin qui a tendance à devenir de plus en plus un simple prestataire de services, et le patient qui a tendance à devenir un simple consommateur de soins dans le cadre de la relation contractuelle de vente.

Au XIX^e siècle, l'imputation à un médecin d'une faute professionnelle est demeurée un cas très isolé. L'inscription de la relation médicale sous le régime du contrat et les risques de pénalisation qui lui sont corrélatifs datent seulement de l'arrêt Mercier de 1936¹²⁰. Encore, cet arrêt n'exigeait-t-il du médecin qu'une obligation de moyens conformément aux données de la science telles qu'elles étaient connues au moment de l'administration du soin. Dans ce nouveau cadre juridique, la faute qualifie un manquement imputable au praticien qui n'a pas engagé, au profit du malade, tous les moyens (connaissances, matériels techniques ou humains) que la situation aurait nécessités. Ce qui est fautif n'est plus seulement l'acte intentionnel de commettre une infraction grave (comme avant l'arrêt Mercier), mais la négligence, l'oubli, le manquement à une obligation¹²¹.

Cette évolution porte en elle un risque de multiplication des contentieux, forcément un risque de dégradation des relations qui au départ étaient fondées sur la confiance et la foi. Des malades ont tendance à agir en justice dès que l'acte ne correspond pas à leur attente, comme on peut le constater en Amérique du Nord : en cas de conflit d'intérêt entre les individus, tous les problèmes sont réglés par la voie jurisprudentielle. La charge de soins est donc extrêmement onéreuse alors que l'allocation des ressources est très rare.

B : L'évolution du droit du malade aux soins

Auparavant, des malades étaient soignés et traités par des médecins ou des professionnelles sanitaires en raison de bienfaisance, mais aujourd'hui le soin est une obligation juridique des praticiens définie dans la Constitution et les lois de chaque pays.

¹²⁰Ce que l'on appelle l' « arrêt Mercier » est un arrêt de la Cour de cassation rendu à propos d'une patiente ainsi nommée qui gardait des séquelles d'un traitement par radiothérapie. Cet arrêt définira la nature contractuelle du lien qui unit le médecin au patient de telle sorte qu'il lui doit des soins « consciencieux et conformes aux données de la science ». Il se forme entre le médecin et son client un véritable pacte comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon de guérir le malade, du moins de lui délivrer des soins. (Cf. Cass. Civ. 20 mai 1936, D.P. 1936.1.88, conclusion Matter, rapport Josserand, note.)

¹²¹LE COZ P., « Information médicale et relation de soin », *Ethique, médecine et société*, coll. « Espace éthique », Vuibert, Paris, 2007, p. 498-499.

a : Du principe de bienfaisance à l'obligation déontologique et juridique du médecin

Cela fait longtemps que les médecins soignent les malades seulement pour une raison de bienfaisance ; et pendant longtemps, ils n'avaient pas de devoir déontologique ou d'obligation juridique. Il en va différemment aujourd'hui. Historiquement, les droits du malade ont longtemps été les reflets inversés des devoirs des médecins, tels que les définissaient directement la déontologie médicale et, indirectement, la jurisprudence par la sanction des manquements. Puis, on est passé de la tradition et de la jurisprudence aux textes, du reflet au sujet, et du malade au patient, par un accouchement progressif des règles.

Les premières règles traditionnelles de l'exercice libéral, à partir de 1941, figurent dans le code de déontologie médicale ; elles ont en partie été reprises par les législations sociales en 1928-1939 et 1970-1971. Cette dernière définissait une conception générale de la médecine française : la liberté de choix, la liberté de prescription. Puis, une deuxième série de règles résulte, depuis 1971, des conventions nationales conclues pour cinq ans entre les caisses nationales compétentes en matière d'assurance maladie et un ou plusieurs syndicats représentatifs des médecins libéraux, ou des autres professions de santé. Ensuite, à partir de 1967, une série de lois bioéthiques ont été imposées tel que la loi n°67-1176 du 26 décembre 1967 relative à la régulation des naissances ou la loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse modifiée par celle n°2001-588 du 4 juillet 2001 (l'article. L. 2211-1 et s., CSP)¹²².

De plus, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé accomplit pour l'instant cette construction législative. Elle fait la promotion du patient au cœur du système de santé française. De ce point de vue, le statut du patient est considéré selon deux axes : celui du patient en tant que personne, sujet de droit (la participation des patients au plan individuel) et celui du patient en qualité d'utilisateur du système de santé, en qualité de citoyen ou au plan collectif dans le contexte d'une démocratie sanitaire.

Les droits des malades dans la loi Kouchner reposent sur trois principes essentiels, qui ont une autorité constitutionnelle : la liberté individuelle, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement ou de dégradation et le droit fondamental à la protection de la santé (l'article L. 1110-1, CSP)¹²³. Son champ d'application s'étend à la

¹²²TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, coll. « Mémentos », 7^e édition, Dalloz, Paris, 2009, p. 110 et 204.

¹²³*Id.*, p. 206.

prévention, aux investigations comme aux soins, au droit privé comme au droit public. En outre, ces droits sont donc unifiés, à quelque élément du système de santé français que s'adressent les patients.

Le droit aux soins, dans son valeur et son contenu, est conforme au préambule de la Constitution 27 octobre 1946, alinéa 11 qui énonce que « la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère ou aux vieux travailleurs la protection de la santé ». Le droit de tout malade à être soigné est nécessaire et qualifié, notamment lorsqu'il est en péril. Le droit à l'accès aux soins ou le droit égal d'accès aux soins n'est pas un droit subjectif mais un droit créance que l'on peut opposer à l'Etat¹²⁴ ; ses exigences sont rappelées dans l'article 1110-1, CSP¹²⁵. Ce dernier précise que ce droit doit être mis en œuvre par tout moyen et rappelle tous ceux qui doivent en assurer l'effectivité de soins.

Pour le médecin, l'obligation de soigner est une obligation déontologique et également soutenue par le code de la santé publique dans l'article R. 4127-9 qui précise que « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires » ; cette obligation apparaît également dans l'article 223-6 du code pénal sur le délit de non-assistance à personne en péril. Il réprime l'omission de porter assistance à une personne. A partir de là, le médecin n'a pas seulement le devoir de soigner sur le fondement de la bienfaisance, mais il a donc l'obligation déontologique et juridique d'aide médical aux malade en péril.

En outre, l'article 7, CDM et l'article L. 1110-3, CSP¹²⁶, énoncent le principe de non-discrimination : un professionnel de santé ne peut pas refuser de soigner un malade en raison de son origine, ses mœurs, sa situation de famille, son handicap, son état de santé, sa religion, son ethnie, son apparence etc.

¹²⁴POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 22.

¹²⁵Art. L. 1110-1, CSP indique que « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

¹²⁶Art. L. 1110-3 alinéa 1 et 2, CSP affirme qu' « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Néanmoins, le médecin peut refuser légitimement des soins dans deux cas imposés. D'une part, selon la clause de conscience, le médecin peut refuser de dispenser des soins contre sa conscience ou ses valeurs morales tel qu'il n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse dans l'article L. 2212-8, CSP¹²⁷. D'autre part, le refus de soins est possible (hors les cas d'urgence et ceux où il manquerait à ses devoirs d'humanité) par un médecin quand il refuse ses soins pour des raisons professionnelles (comme n'avoir pas la compétence) ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins (l'article R. 4127-47 alinéa 2, CSP¹²⁸).

De surcroît, le principe de non-discrimination a été étendu aux discriminations en raison des caractéristiques génétiques. L'article 225-3 du code pénal¹²⁹ vise désormais les discriminations fondées sur la prise en compte des tests génétiques prédictifs ; il est interdit de prendre en compte ces résultats pour limiter la liberté, empêcher d'exercer une activité quelconque. Il s'agit donc d'éviter cette utilisation par les employeurs ou – pire – les compagnies d'assurance¹³⁰. L'on peut constater que les assureurs, en proposant de l'assurance de la vie ou de l'invalidité, ne doivent pas prendre en compte les résultats.

La santé des individus est essentielle au bon fonctionnement d'une société ; celle-ci ne peut être réellement garantie sans un égal accès aux soins effectif. Garantir un égal accès aux soins suppose en effet que le système de santé ne prenne pas en compte la situation de fortune pour accueillir les usagers. Pour les moins fortunés, la création de la couverture

¹²⁷Art. L. 2212-8, CSP précise qu' « un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 ».

¹²⁸Art. R. 4127-47, CSP indique que « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

¹²⁹Art. 225-3 du code pénal indique que « les dispositions de l'article précédent ne sont pas applicables :

1° Aux discriminations fondées sur l'état de santé, lorsqu'elles consistent en des opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité. Toutefois, ces discriminations sont punies des peines prévues à l'article précédent lorsqu'elles se fondent sur la prise en compte de tests génétiques prédictifs ayant pour objet une maladie qui n'est pas encore déclarée ou une prédisposition génétique à une maladie ou qu'elles se fondent sur la prise en compte des conséquences sur l'état de santé d'un prélèvement d'organe tel que défini à l'article L. 1231-1 du code de la santé publique... ».

¹³⁰POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 28.

maladie universelle (CMU) par la loi du 27 juillet 1999¹³¹ est une garantie d'effectivité de ce droit : il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance-maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais¹³². Alors qu'il est apparu qu'un nombre croissant de médecins n'acceptaient pas de soigner les titulaires de la CMU ou d'une forme d'aide médicale, la loi « HPST » (21 juillet 2009) renforce donc l'égal accès aux soins en complétant le texte de l'article L. 1110-3, CSP¹³³ sur la procédure de réclamation pour les malades refusées.

Par ailleurs, le législateur précise que les soins doivent être de qualité : « toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire, au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté » imposé dans l'article L. 1110-5, 1^{er} al, CSP.

Enfin, lorsqu'il répond à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement à son malade des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents qui sont imposés dans l'article R.4127-32, CSP. Et il doit exercer sa profession en évitant les thérapeutiques qui feraient courir au patient un risque injustifié, défini dans l'article 4127-40, CSP.

b : L'obligation d'accueil de l'établissement de santé

Plusieurs dispositions et principes généraux imposent à tous les établissements de santé, publics et privés, d'accueillir et de traiter des malades. Le droit à l'admission est régi par des dispositions spécifiques au sein des établissements assurant le service public mais il relève également de dispositions plus générales. Par rapport à l'obligation d'accueil, l'établissement de santé doit respecter les libertés fondamentales du patient. C'est un des

¹³¹Loi n° 99-641, le 27 juillet 1999, portant sur la création d'une couverture maladie universelle, *JO*, 28 juillet, 1999, p. 11229.

¹³²BINET J., *Droit médical*, Montchrestien, Paris, 2010, p. 76-77.

¹³³L'article L. 1110-3, CSP prévoit que « toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local de l'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence ».

apports essentiels de la loi du 4 Mars 2002. L'article L. 1110-1 nouveau du code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002 et placé en début de ce code, en fait un principe légal¹³⁴. Il affirme que tous les intervenants du système de santé ; professionnels, établissements et réseaux de santé, organismes d'assurance maladie, organismes de prévention ou de soins et autorités sanitaires, doivent y contribuer, par tous les moyens et au bénéfice de toute personne. La mise en œuvre de ce « droit fondamental » doit se traduire par le développement de la prévention, l'égal accès de chaque personne aux soins les plus appropriés à son état de santé, la continuité des soins, la sécurité sanitaire.

Cette obligation est liée à l'hébergement puisque tant patient devrait être admis pour une durée plus ou pour une durée moins longue selon son état de soin. Pour l'essentiel, l'établissement de santé doit apporter au patient des prestations en lien avec sa santé telles que la tranquillité des lieux, l'adaptation des lieux à l'exercice du médecin ou la nourriture adaptée à l'état du patient¹³⁵. Ils sont énoncés par la réglementation prévue dans l'article R. 1112-18 et l'article L. 6112-2, CSP : les établissements assurant le service public peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades.

Le principe d'égalité est un principe fondamental au fonctionnement du service public. Il exige de garantir l'égal accès de tous aux soins dispensés et, de fait, interdit toute discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ce principe de non-discrimination, présent dans le code de déontologie médicale, défini à l'article 225-1 du code pénal, a été renforcé par la loi du 4 mars 2002 qui l'inscrit dans le code de la santé publique à l'article 1110-3.

L'article L. 1110-3, CSP énonce désormais qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins ». Les établissements de santé ne peuvent donc *a priori* choisir les patients qu'ils traitent et doivent les accueillir tous en faisant abstraction de considérations économique et sociales¹³⁶. De surcroît, l'un de composants de ce principe d'égalité est l'obligation de neutralité qui impose aux personnels assurant le service public et aux établissements et structures concernés de traiter tous les usagers en faisant abstraction de leurs opinions et de leurs croyances. Ces personnels sont

¹³⁴L'article L. 1110-1, CSP affirme que «... à la base de toute législation concernant la santé et commun à toute disposition particulière en ce domaine ».

¹³⁵KRAJESKI D., *La responsabilité des établissements de santé privés*, le cours du droit de la santé, Toulouse, 2011, p. 4.

¹³⁶DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *Droit hospitalier*, coll. « Cours », 8^{ème} édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 611.

également tenus de ne pas faire état de leurs propres opinions ou convictions dans l'exercice de leurs fonctions¹³⁷.

De plus, le plus important est qu'il n'y ait pas de discrimination en fonction de la nationalité. Les établissements de santé ne peuvent pas se soustraire à cette obligation sauf en cas de refus du malade ou de blessé et ils doivent signer une décharge ou faire une attestation de refus de soins.

Pour les patients titulaires de la CMU ou l'AME, la création d'une « couverture maladie universelle » et le maintien d'un régime d'aide médicale financé par l'Etat visent à assurer en pratique le bénéfice généralisé de ce droit. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, faisant suite au constat des difficultés rencontrées en pratique par des bénéficiaires de la CMU ou à l'AME, a renforcé les dispositions venant sanctionner le refus de soins par un établissement ou un professionnel de santé qui est prévu dans l'article L. 1110-3, CSP et aussi dans l'article. 225-1, C. pénal.

Pour la continuité des soins, normalement, tous les malades ont le droit d'être accueillis dans un établissement de santé, public ou privé. Si les établissements ne peuvent pas garantir la prise en charge, ils doivent les orienter vers un autre établissement. Ce principe concerne l'organisation de la coordination et de la permanence des soins. Elle est assurée par le développement des réseaux de santé, par la coordination entre établissements et professionnels, par l'existence du dossier médical personnel. Elle pèse tout particulièrement sur les médecins pour lesquels il s'agit d'une obligation d'ordre déontologique¹³⁸, renforcée par l'article L. 6315-1, CSP¹³⁹.

De surcroît, un des droits fondamentaux des enfants est que ces derniers aient le droit de poursuivre une scolarité adaptée au sein de l'établissement : une obligation peu évidente à mettre en œuvre, sauf si la structure est habituée à héberger des enfants et surtout sur du long terme (article L.1110-7, CSP).

De plus, l'organisation des soins est la tâche essentielle de l'établissement de la santé. C'est elle qui va mettre en place l'ensemble des moyens matériels et humains. Ce sont les

¹³⁷Circulaire de DHOS n° 57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

¹³⁸BINET J., *op. cit.*, p. 77.

¹³⁹Art. L. 6315-1, CSP indique que « la continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret. Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé ».

moyens nécessaires aux actes de soins. Il faudra donc employer du personnel qualifié, compétent (en termes de diplôme et d'expérience) et fournir les matériels, les produits de santé appropriés et également coordonner les soins.

L'obligation d'accueil aux patients est donc une obligation singulière pour les établissements privés. Le refus de recevoir un patient relève des dispositions du code de la consommation tel que le refus de prestation de service¹⁴⁰. En outre, les cliniques privées sont tenues, sauf motif légitime tel que l'article L. 2212-8 alinéa 3 et 4, CSP¹⁴¹, de recevoir les malades et blessés dont l'état nécessite des soins, en raison également des dispositions pénales qui répriment le refus de prestation de service (article 30, Ord. du 1^{er} déc. 1986 et article L. 122-1, C. cons) et le refus constitue une contravention qui devient un délit lorsqu'il s'accompagne de discrimination.

En définitive, trois situations peuvent seules autoriser un refus de soins au sein de l'hôpital public et privé : des raisons professionnelles ou personnelles, dans les conditions restrictives de la loi et du code de déontologie médicale (art. R. 4127-47, CSP), encore que cette faculté semble peu compatible avec l'exercice médical en établissement de santé chargé du service public ; l'absence de compétences médicales appropriées (art. R. 4127-70, CSP) ; en vertu de la clause de conscience prévue en matière d'interruption volontaire de grossesse dans l'article L. 2212-8, CSP et dont peuvent se prévaloir aussi bien un médecin qu'un établissement de santé privé non chargé d'une mission de service public¹⁴².

Enfin, le droit aux soins de qualité en établissement de santé est explicite depuis l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 dans l'article L. 1112-2, CSP¹⁴³ ; il impose la qualité de la prise en charge des patients comme un objectif essentiel pour tout établissement de santé.

D'ailleurs, la loi du 4 mars 2002 dans l'article L. 1110-5, CSP définit une obligation générale de moyens ; elle établit ce droit pour toute personne, compte tenu de son état de

¹⁴⁰POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 30.

¹⁴¹Art. L. 2212-8 alinéas 3 et 4, CSP précise qu'« un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

Toutefois ce refus ne peut être opposé par un établissement mentionné au 2° de l'article L. 6161-5 ou par un établissement ayant conclu un contrat de concession en application de l'article L. 6161-9 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux ».

¹⁴²DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 611.

¹⁴³Art. L. 1112-2, CSP énonce que « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé ».

santé et de l'urgence des interventions requises. La loi pose par ailleurs un principe de proportionnalité entre le bénéfice et le risque thérapeutiques, en précisant que les actes de prévention, d'investigation et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, faire courir au patient de « risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ». Et plus important : tous les établissements de santé doivent procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, qui doit porter en particulier sur les conditions d'accueil et de séjour qui sont imposées dans l'article L. 1112-2, CSP.

Chapitre II

Les principes fondateurs du droit à l'accès aux soins

Le droit à l'accès aux soins fait partie intégrante du droit à la protection de la santé qui a été affirmé par le préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946, dans l'alinéa 10 et 11 et par la Constitution thaïlandaise de 2007 dans l'article 51-57, et 67. Cette garantie constitutionnelle du droit à l'accès aux soins appelle tous les organismes d'Etat et privés à appliquer ce droit strictement.

Le droit à la protection de la santé interdit non seulement à toute personne de porter atteinte à la santé d'une autre, mais impose également à l'Etat de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé des personnes. Dans le cadre des droits des malades, depuis la loi du 4 mars 2002 en France, ces droits sont affirmés de façon claire et ils reposent sur trois principes constitutionnels essentiels dans le premier titre du Code de la santé publique : droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'article L.1110-1 à l'article L.1114-4. En revanche, en Thaïlande, il n'existe pas de Code de la santé publique comme en France ; la définition et la protection des droits de la santé, notamment les droits des malades, sont donc réparties dans quatre textes principaux: la Constitution de la Thaïlande (de 2007), la loi sur la santé nationale de 2007, la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002 et la Déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998.

L'étude des principes fondateurs du droit à l'accès aux soins en France et en Thaïlande peut être conduite en deux parties : les principes constitutionnels de garantie de l'accès aux soins (section 1), et les principes juridiques de garantie de l'accès aux soins (section 2).

Section 1 : Les principes constitutionnels de garantie de l'accès aux soins

La protection des droits liés à la santé et notamment le droit à l'accès aux soins existe évidemment dans la Constitution française et thaïlandaise. Ces droits sont le résultat de plusieurs réformes de la santé, particulièrement de la réforme du système de la santé thaïlandaise en 2000. De plus, les droits liés à la santé sont aussi présents dans les Constitutions de la Thaïlande de 1997 et de 2007.

§ 1 : L'action politique dans le domaine sanitaire

Le terme de « politique publique » est récemment appliqué dans les domaines sociaux, notamment dans le domaine sanitaire. La politique publique met l'accent sur la collaboration et la participation de tous les acteurs dans la société, notamment le secteur public et le secteur de la population. Dans ce sujet, on se concentrera sur les concepts et les

principes liés à la santé consacrés dans la Constitution de la France et de la Thaïlande, ainsi que l'évolution et l'action politique dans le domaine sanitaire.

A : La politique sanitaire française

La politique sanitaire est l'un des éléments de la politique sociale garantie par la Constitution. Les origines de la base constitutionnelle remontent à la Constitution de la II^e République et son effectivité est renforcée depuis mars 2010 par l'application de la procédure de la question prioritaire de constitutionnalité (QPC)¹ permettant, en cas de réponse positive du Conseil constitutionnel, d'abroger des dispositions législatives contraires à l'ordre constitutionnel.

L'article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958 dispose que « la France est une République (...) sociale ». La question se pose de savoir si cette norme a reçu une pleine application en servant de référence au contrôle de constitutionnalité exercé par le Conseil constitutionnel. Si le Conseil constitutionnel a ancré la notion de République sociale dans l'ordre constitutionnel français², force est de constater que les gardiens de la Constitution n'ont jamais censuré de loi au motif qu'elle serait contraire au caractère social de la République³.

Pour illustration, en 1997, les gardiens de la Constitution, saisis de la loi instituant une prestation spécifique dépendance (PSD) dans l'attente d'une allocation personnalisée d'autonomie, ont jugé que la création de cette prestation sociale dont la gestion est confiée aux départements n'était pas contraire au caractère social et égalitaire de la République dans la mesure où les conditions d'accès à cette aide sociale versée par le département devaient être fixées par le pouvoir réglementaire de façon uniforme sur l'ensemble du territoire français⁴.

¹La procédure de la question prioritaire de constitutionnalité (QPC) a pour effet de renforcer la base constitutionnelle des politiques sociales. Par exemple, le Conseil d'Etat a renvoyé au Conseil constitutionnel la QPC relative à la constitutionnalité de la loi de 2002 qui a procédé à la décrystallisation des pensions militaires de retraite des ressortissants des anciennes colonies (CE, 14 avril 2010, M. et Mme L, n° 336 753). Cette loi a été la première victime de la QPC.

²Monera F., *L'idée de République dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel*, la thèse, LGDJ, Paris, 2004, p.

³AUBIN E., *L'essentiel du droit des politiques sociales*, coll. « Les carrés », 6^e édition, Gualino, Paris, 2011, p. 38.

⁴CC. 21 janvier 1997, n° 97-387 DC, loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Avec le souci d'assurer le respect de l'égalité sociale, le Conseil constitutionnel précise, dans cette importante décision, que le législateur doit « *prévenir par des dispositions appropriées la survenance de ruptures caractérisées d'égalité dans l'attribution de la PSD, allocation d'aide sociale qui répond à une exigence de solidarité nationale* »⁵. Les gardiens de la Constitution restent donc prudents à l'égard de la juridicité et de l'effectivité de la notion de République sociale.

Cependant, la place occupée par celle-ci dans le corpus constitutionnel n'interdit pas aux juges de s'appuyer, *a priori*, sur cette notion pour exercer leur contrôle de constitutionnalité. Il n'est pas interdit de penser que le Conseil constitutionnel consacrerait, un jour, un principe fondamental reconnu par les lois de la République en matière sociale qui servirait de norme de référence permettant de protéger les droits sociaux⁶.

La République sociale n'est pas une notion autonome, elle se compose d'autres traits distinctifs : la fraternité et la solidarité. Ces sont des fondements juridiques de la République sociale, bien que la fraternité ne soit devenue une composante de la devise républicaine qu'en 1848⁷. La République sociale repose, à l'évidence, sur le socle de la solidarité.

De plus, l'égalité⁸ est le principe essentiel des politiques sociales et participe à renforcer l'aspect de constitutionnalisation du droit de l'aide et de l'action sociale. L'article 13 de la Constitution de 1848 est considéré comme la première norme constitutionnelle qui a présenté le principe d'assistance aux enfants abandonnés, aux infirmes et aux vieillards sans ressources.

L'équité est le nouveau principe fonctionnel des politiques sociales⁹ et possède une relation étroite avec le principe d'égalité, notamment dans le domaine sanitaire et social¹⁰. L'équité s'applique aux interventions sanitaires et sociales sur les personnes les plus défavorisées ou les plus démunies. Concrètement, l'influence du principe de l'équité sur la réforme de la politique sociale relative aux personnes handicapées, s'est effectuée dans le cadre d'une loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des

⁵CC. La décision n° 97-387 DC précitée, 11^e considérant.

⁶AUBIN E., *op. cit.*, p. 38.

⁷BORGETTO M., *La notion de fraternité en droit public français*, LGDJ, Paris, 1993, p. 103.

⁸L'égalité est au cœur de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (DDHC).

⁹L'équité sur le domaine social est conceptualisée par le penseur américain, John Rawls, dans son ouvrage sur la *Théorie de la justice sociale*.

¹⁰Au cours des précédentes décennies, la généralisation à la presque totalité de la population du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie a certes contribué à promouvoir l'égalité d'accès au système de soins ; HUTEAU G., *Sécurité sociale et politiques sociales*, coll. « Concours Droit », 3^e édition, Armand Colin, Paris, 2001, p. 160.

personnes handicapées. On peut donc constater que la notion d'égalité des chances est le but à atteindre de toute politique qui se veut équitable.

De plus, la politique sociale est également relative à la notion de dignité et au droit des politiques sociales. La notion de dignité revêt une valeur normative. Un titre entier est consacré à celle-ci dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. En droit interne, la dignité a été consacrée par le Conseil constitutionnel dans sa décision de 1994 sur les lois bioéthiques¹¹ qui a érigé la sauvegarde de la dignité de la personne humaine en un principe constitutionnel sur lequel le Conseil s'est appuyé¹².

En France, le législateur a « dilué » dans ses dispositions la notion de dignité. Par exemple, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a inséré un article L. 116-2 dans le CASF qui précise que cette action est conduite dans « *le respect et l'égalité de dignité de tous les êtres humains* » ; la personne malade ayant droit, quant à elle, « *au respect de sa dignité* », présente dans la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹³.

Pour résumer, on peut dire que la politique sociale de la République Française s'appuie sur le bloc de constitutionnalité. Chaque action de la politique sociale, notamment dans le domaine sanitaire, doit respecter des principes constitutionnels : l'égalité, la solidarité, la fraternité, l'équité, la dignité, etc. Pour les actions sanitaires concrètes, on envisagera d'abord l'action politique sanitaire au niveau national et puis, celle au niveau territorial.

L'action politique sanitaire au niveau national : dans ce cas, c'est à l'Etat qu'il revient de définir la politique nationale de santé dans la mesure où il personnifie juridiquement la Nation. La loi du 4 mars 2002 a introduit des dispositions définissant une procédure d'élaboration de la politique de santé dans le code de la santé publique, qui ont été modifiées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹⁴.

Désormais la législation prévoit dans l'article L. 1411-1, CSP que « la nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels ». La loi du 13 août 2004 relative à

¹¹Cons. Const. 27 juillet 1994, n°94-343/344, GDCC, RDP, 1994, p 1647 ; RFDA, 1994, p. 1019 ; RFDC, 1994, p. 799 sur des lois bioéthiques.

¹²AUBIN E., *op. cit.*, p. 45.

¹³*Id.*, p. 45.

¹⁴Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

l'assurance maladie¹⁵ ajoute « l'Etat...définit les objectifs de la politique de santé publique ». Néanmoins, l'article L. 1411-1, CSP précise le contenu de la politique de santé « publique », sans apporter d'éclaircissements sur la différence entre politique de santé et politique de santé publique.

Relèvent du champ de l'Etat : la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population, la lutte contre les épidémies et la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités. Mais également l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapés et des personnes dépendantes, l'information et l'éducation à la santé, identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liée à l'environnement et aux conditions de vie, la réduction des inégalités de santé et la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé. Enfin, sont mentionnées l'organisation du système de santé et la démographie des professions de santé¹⁶.

Plusieurs autres textes confirment également sur des points particuliers la compétence de l'Etat : ainsi la lutte contre la tuberculose et la lèpre (l'article L. 3112-1, CSP), contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (l'article L. 3121-1) relèvent de sa responsabilité. De la même manière, l'article L. 3311-1 dispose que l'Etat organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme. C'est aussi à lui qu'il incombe au premier chef de faire face aux menaces sanitaires graves. C'est, comme on l'a vu, son administration qui est l'interlocutrice quotidienne de l'OMS¹⁷.

Quant à l'article L. 1412-2, CSP, il dispose que « la loi définit tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique ». Une loi quinquennale comporte en annexe un rapport précisant les objectifs de la politique et les principaux plans d'action. Ce rapport est élaboré sur la base des travaux du Haut conseil de la santé publique, et est soumis pour avis à la conférence nationale de santé.

La nouvelle stratégie nationale de santé (SNS) lancée par le Premier ministre à Grenoble le 8 février 2013, sous le projet de feuille de route¹⁸, a pour ambition de définir un cadre de l'action publique pour les dix années à venir (2014 - 2023), pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé

¹⁵Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

¹⁶LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *Droit de la santé*, 2^e édition, PUF, Paris, 2009, p. 12 et BONNICI B., *La politique de santé en France*, coll. « Que sais-je ? », 4^e édition, PUF, Paris, 2011, p. 25.

¹⁷L'Organisation Mondiale de la Santé ; TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, coll. « Mémentos », 7^e édition, Dalloz, Paris, 2009, p. 61.

¹⁸Ministère des affaires sociales et de la santé, *Stratégie nationale de santé, feuille de route*, 23 septembre 2013, 32 pp.

français aux besoins des patients, ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires, etc.). De plus, l'accent est mis sur la prévention par la loi sur la stratégie nationale de santé, qui sera présentée en 2014. Les programmes seront centrés sur cinq priorités de santé publique : les jeunes, les addictions, le cancer, la santé mentale et les personnes âgées. Le médecin traitant doit en devenir le pivot de cette politique. Enfin, les soins devant devenir plus accessibles sont l'une des grandes ambitions de la SNS, et pourraient être réalisés par plusieurs dispositifs, tels que l'implantation de 300 maisons pluri professionnelles, l'incitation aux 200 médecins généralistes d'installer, dès la fin de l'année, par un revenu garanti de 3600 euros par mois.

L'action politique sanitaire au niveau territorial : la politique nationale de santé est désormais déclinée au niveau territorial, singulièrement régional et on peut parler de « régionalisation »¹⁹. La régionalisation du système de la santé français est une préoccupation ancienne des pouvoirs publics²⁰. Cette orientation déjà présente dans la législation antérieure, notamment l'ordonnance du 4 septembre 2003 et la loi de 2004, a été vigoureusement réaffirmée par la loi « HPST ».

Les premières structures régionales se sont multipliées avec les ordonnances Juppé de 1996²¹ sur les lois de financement de la sécurité sociale, créant aussi les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)²². Un nouveau palier a été franchi au cours de l'année 2004 avec les lois du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cependant, les structures sanitaires étaient mal coordonnées, mal articulées et n'arrivaient pas à répondre de manière efficace aux besoins de la population. C'est la raison pour laquelle l'Etat cherche une solution qui est apparue avec la loi HPST du 21 juillet 2009 qui a pour but de répondre à ses besoins, notamment avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS)²³.

¹⁹La régionalisation est une forme de décentralisation, au profit des régions auxquelles l'Etat accorde une autonomie administrative et un transfert de certaines de ses prérogatives.

²⁰En effet, le processus de la décentralisation (la loi du 2 mars 1982) et les transferts des compétences des années 1983 et 1985 ont confirmé le rôle prédominant des services de l'Etat dans la conduite de la politique sanitaire.

²¹Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (dit les ordonnances Juppé).

²²CHAUVIN F., « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », *RDSS*, n° spéc, 2009, p. 65s.

²³Art. 118 de la loi HPST.

Le nouvel article L. 1434-16, CSP, indique que « l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'Etat, dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires ».

La loi HPST est le pilier de la réforme du système de santé et repose sur deux changements au niveau territorial²⁴ :

(1) *un système de santé régional unifié et simplifié* : c'est-à-dire qu'il rassemble au niveau régional les ressources de l'Etat et l'assurance maladie pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public de la santé. Dans un but d'unification, il regroupe en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de santé à la fois dans les régions et départements comme les Directions régionales et Départementales des affaires de la Sécurité Sociale (DRASS et DDASS), les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), les Missions Régionales de Santé (MRS), une partie du volet Hospitalier de l'assurance maladie avec le personnel des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) et également les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH).

(2) *La création des Agences Régionales de Santé (ARS)* : elles deviennent l'interlocuteur unique régional pour toute la chaîne des acteurs de santé. Leur objectif est alors la mise en œuvre des politiques régionales de santé et elles sont compétentes sur les secteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux. Cet interlocuteur unique est placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

²⁴DIDIER T., « Politiques de santé et territoire », *RDSS*, n° spéc, 2009, p. 7s.

La création des ARS vont permettre la mise en place de quatre objectifs stratégiques : (a) elles vont contribuer à réduire les inégalités territoriales en santé, en instaurant une vision transversale des besoins de santé. (b) la mise en place d'une politique régionale devrait permettre des actions plus proches des besoins de la population. (c) les ARS vont aussi assurer un meilleur accès aux soins et renforcer les parcours de soins en fonction des patients. Les patients deviennent en effet acteurs dans leur parcours de soins, ceci avec l'instauration de la notion d'éducation thérapeutique. Et (d) les ARS doivent permettre une meilleure efficacité des dépenses de santé.

Enfin, les unions régionales des professionnels de santé contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional.

En outre, la loi HPST²⁵ pose le principe de l'établissement dans chaque région par l'agence régionale de santé d'« un projet régional de santé (PRS) » définissant les objectifs pluriannuels des actions qu'elle mène, présente dans l'article L. 1434-17, CSP, que « dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-9, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteur du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique... ».

Le projet régional de santé se compose d'un plan stratégique régional de santé fixant les orientations, les objectifs de santé pour la région, de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale (l'article L. 1434-1, CSP). Il est en outre constitué de programmes dont au moins un programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. Des programmes qualifiés de programmes territoriaux de santé peuvent donner lieu à des contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-17. Les plans régionaux de santé publique, établis par la loi du 9 août 2004 (l'article L. 1411-11 du code de la santé publique résultant de la loi n° 2004-806), ont été supprimés par la loi HPST²⁶.

Par ailleurs un programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé est élaboré notamment pour assurer la mise en œuvre du contrat conclu entre l'Etat et

²⁵Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁶LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 14.

l'UNCAM²⁷ qui fixe les objectifs pluriannuels de gestion du risque des régimes d'assurance maladie (l'article L. 1434-14, CSP). Le département, responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans les conditions prévues par le code de la santé publique, peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'Etat, participer à la mise en œuvre des programmes de santé, notamment des programmes de dépistage des cancers (l'article L. 1423-1 et L. 1423-2, CSP)²⁸.

Enfin, le conseil régional peut, quant à lui, définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé (l'article L. 1424-1, CSP). Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe alors le représentant de l'Etat dans la région et le directeur de l'ARS sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre²⁹.

B : La politique publique thaïlandaise pour la santé

« La politique » était comprise auparavant comme une question relevant seulement du gouvernement ou des organisations administratives. De fait, la politique est établie toujours dans chaque société pour qu'elle ait un impact sur un grand nombre de personnes. Le rôle du gouvernement perd aujourd'hui de son importance ; la politique ne se limite plus seulement au programme politique des divers partis politiques, des gouvernements, ministères et départements, mais la politique peut être désormais formulée par la population, les communautés et la société civile. Ainsi, ce genre de politique nommée « politique publique » est le type de politique sur laquelle la Thaïlande se concentre. La politique publique signifie « la mise en œuvre d'actions publiques reconnues et approuvées par la société, elles ne sont pas nécessairement initiées par le gouvernement et ne font forcément pas l'objet d'une rédaction par le législateur. On parle alors de démocratie participative »³⁰.

L'élément essentiel de la formulation de la politique publique en Thaïlande est « le processus », la participation de toutes les parties concernées dans la société est nécessaire pour le partage ou l'échange d'informations et de connaissances, l'élaboration d'orientations de la politique publique, la mise en œuvre conjointe de la politique publique et le suivi, l'examen ou la révision de la politique publique sur une base continue. Les facteurs importants qui ont accéléré la participation de la population au processus de la politique

²⁷L'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

²⁸COUTY E., KOUCHNER C., LAUDE A., TABUTEAU D., *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*, coll. « Droit & Santé », Presse de l'EHESP, Rennes, 2009, p. 323s.

²⁹LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 14.

³⁰WASI P., *Processus de politiques publiques*, 3^e édition, presses de Beyond, Bangkok, 2009, p. 12.

publique est une disposition de la Constitution Thaïlandaise de 1997. Cette dernière est considérée comme l'une des Constitutions plus démocratiques de la Thaïlande³¹.

En 1978, le concept de « soins de premier recours » a été adopté dans la « Déclaration d'Alma-Ata de la Santé pour tous en 2000 » ; ceci apparaît comme le début des grandes réformes des soins, et entraîne le passage d'un système de santé centralisé au système de santé participative. Cette réforme donne lieu à l'expansion des hôpitaux communautaires et des sous-centres sanitaires, ainsi que la création des volontaires sanitaires aidant et fournissant des soins pour les villageois. De plus, une grande campagne utilisant divers formats a été menée durant cette période sur le contrôle du tabac par des organismes des secteurs publics et privés, ainsi que par des organisations à but non lucratif pour des médias, des universités et des avocats. La campagne a déployé une stratégie de « marketing social » contre le tabagisme. Le ministère de la Santé publique a joué un rôle législatif en initiant deux lois importantes : la loi sur le contrôle des produits du tabac de 1992 et la loi sur la protection de la santé des non-fumeurs de 1992. En outre, ont également joué un rôle d'autres mouvements sanitaires tels que des mouvements sur des villes saines, des écoles saines et des lieux de travail sains. L'événement majeur résultant des réformes du système de santé au cours de la période de 1978 jusqu'à 1996 est l'ouverture de l'espace pour tous, notamment les personnes n'appartenant pas à l'administration ou au ministère de la Santé publique qui ont pu participer à la protection sanitaire et à l'élaboration des programmes de santé³². Ces actions résultent du développement de la politique publique pour la santé sur la base de la participation.

On peut constater que « la politique publique pour la santé signifie la mise en œuvre d'actions publiques de façon conjointe entre le gouvernement et la société afin de répondre aux besoins de la population en matière sanitaire. Ainsi que, la société devrait assumer la responsabilité des conséquences sur la santé d'une telle politique publique. Alors, la politique publique sanitaire vise également à promouvoir et améliorer l'environnement social et physique pour la bonne santé des populations et à établir des choix accessibles aux citoyens pour mener une vie saine ».

³¹La Constitution Thaïlandaise de 1997 est la conséquence d'un mouvement à la fois populaire et intellectuel en faveur d'une réforme politique visant à « la démocratie participative ». Cette Constitution contient évidemment des dispositions destinées à donner de l'importance et à reconnaître les droits fondamentaux des êtres humains et aussi favorise l'autonomie des diverses organisations dans la société.

³²Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé publique de Thaïlande 2008-2010*, presses de l'organisation des vétérans de la guerre de Thaïlande, 2010, p. 399.

Les deux expressions : « la politique publique pour la santé » et « la politique de la santé publique », pourraient entraîner une confusion chez certaines personnes concernées car elles ont des significations différentes mais sont liées. « La politique publique pour la santé » a un sens plus large lié à tous les efforts de développement de la société, tandis que « la politique de la santé publique » traite de la mise en œuvre des programmes de santé publique et est donc importante pour l'amélioration de la santé des populations. « La politique de la santé publique » ne suffit pas toutefois à prévenir et à maîtriser les impacts des politiques publiques et autres menaces pour la santé³³. La création d' « une bonne politique publique pour la santé » devrait être un « Processus Participatif de la Politique Publique : PPPP ». Ce dernier aura lieu par la participation de tous les secteurs sociaux ; le secteur académique et professionnel, le secteur de la population, et le secteur de la politique et de la fonction publique.

Depuis 1990, la tendance aux réformes du secteur de la santé s'est développée dans le monde en raison de plusieurs causes telles que la hausse des coûts des soins médicaux, le manque de sécurité sanitaire pour les individus, et la mauvaise qualité des soins. Les réformes sont axées principalement sur le système de services médicaux au moyen de mesures de financement. En ce qui concerne la réforme des soins en Thaïlande, il existe une différence majeure dans la mesure où elle met l'accent sur le mouvement social et la participation du secteur académique, social et politique. Le nouveau système de santé souhaité par la Thaïlande est axé sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, repensant ainsi le mode de pensée, en mettant le patient au cœur du système de soins et en modifiant le modèle administratif pour faciliter la coopération des acteurs et assurer une meilleure efficacité du système. De plus, cette réforme redistribue des rôles et renforce la capacité des personnes, des communautés et de la société à assumer conjointement la responsabilité sanitaire, que ce soit au niveau d'un comportement personnel, de l'élaboration

³³Par exemple, en vertu de la politique du gouvernement sur la couverture maladie universel : CMU, au cours des fêtes de la nouvelle année internationale et également traditionnelle thaïlandaise (dit Songkran), on constate un grand nombre d'accidents de la route et des blessures. Tous les cas d'accidents, des victimes ont droit à l'accès aux soins et services médicaux à un hôpital d'Etat ; mais, ceci est considéré comme une solution à court terme. De nombreuses organisations administratives concernées, des organisations à but non-lucratif, et des organismes du secteur privé et social ont donc exhorté le gouvernement à mettre en œuvre des politiques publiques et des mesures essentielles pour prévenir ce problème, tel que le développement du système de transport en commun, l'amélioration des conditions de sécurité routière, la création de conduites responsables chez les automobilistes, l'application de mesures contre la conduite en état d'ivresse, le contrôle des publicités pour l'alcool et les ventes, etc. Ce sont « les politiques publiques pour la santé » qui sont plus larges et concernent un plus grand nombre de personnes que « les politiques de la santé publique ».

de politiques de santé et de la gestion de la santé au niveau de la communauté, locale et nationale³⁴.

En 2000, le comité de la santé publique du Sénat a préparé « un rapport sur le système national de santé » qui contient des recommandations pour la réforme du système de santé, selon la Constitution de Thaïlande de 1997. Ainsi ce comité a proposé l'élaboration d'une loi sur la santé nationale afin de permettre le développement du système de la santé du pays à long terme. C'était la première fois que le terme de « système de la santé » a été officiellement utilisé dans un sens plus large que de « système de la santé publique » qui était autrefois utilisé.

Après avoir proposé « un rapport sur le système national de santé », le processus de réforme du système de santé en Thaïlande a été formellement établi, selon le règlement du cabinet du Premier ministre sur la réforme du système de santé national du 31 juillet 2000. Le déploiement du mécanisme de coordination de trois grands secteurs : la population, le secteur académique et le secteur politique (dite « la stratégie du triangle déplaçant la montagne ») a été mis en place. Conformément au règlement, la commission de réforme du système de santé national a été nommée et présidée par le Premier ministre. Cette commission est composée de représentants des trois grands secteurs ; le bureau de la réforme du système de la santé nationale (BRSS) a été établi pour prendre en charge le travail de secrétariat et supporter l'élaboration du projet de loi sur la santé nationale³⁵.

La réforme du système thaïlandais de santé, a mis l'accent sur le changement de comportement et de rapport des thaïlandais à la santé, sur leur droit d'accéder à la santé ; la santé est l'affaire de tous, et ne peut plus être une simple attente et prestation délivrée par l'État. Le système de santé est « l'ensemble du système interconnecté de manière holistique ayant un impact sur l'état de santé de la population dans tout le pays et tous les facteurs liés à la santé, tels que le facteur personnel, environnemental, social, économique, physique et biologique, ainsi que le facteur lié au système de services sanitaires ». La loi sur la santé de 2007 est le résultat concret de la réforme du système de santé qui a mis l'accent sur la coopération et la prise en compte des opinions de tous les secteurs. Pendant près de huit ans avant l'élaboration de la loi, plus de 1 000 forums et audiences publiques ont été organisés, avec plus de 3 000 réseaux et plus de 100 000 participants. Ainsi cette loi a été soutenue par

³⁴WASI P., *Révolution Silencieuse : la réforme du système de la santé*, 2^e édition, presses de l'office de la commission sur la santé nationale, Nonthaburi, 2007, p. 25.

³⁵Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *op. cit.*, p. 402.

les réseaux sanitaires, les organismes publics et les professionnels de la santé et est entrée en vigueur le 19 Mars 2007³⁶.

La loi sur la santé nationale de 2007 est considérée comme la première loi de la Thaïlande qui a été élaborée avec la participation des secteurs publics tout au long des audiences publiques. Cette loi est devenue un nouvel outil visant la société et permettant à tous les secteurs de travailler conjointement sur la santé et sur la politique publique pour la santé, à travers divers méthodes. « La commission de la santé nationale : CSN » est établie et elle est présidée par le Premier ministre, elle comprend trente-neuf membres venant de trois grands secteurs (treize membres chacun) : le secteur académique et professionnel, le secteur public et politique, et le secteur de la population et des communautés. De plus, le travail de secrétariat est pris en charge par le bureau de la commission de la santé nationale (BCSN).

La loi sur la santé nationale de 2007 évoque au moins quatre moyens pour développer les politiques publiques de la santé :

1. « Le Statut du système de santé nationale » est pris en charge par la commission de la santé nationale : CSN, selon l'article 25 (1) de la loi sur la santé nationale de 2007. Ce Statut doit servir de cadre et de guide pour l'élaboration des politiques, des stratégies (y compris les principes, les objectifs et les mesures) et la mise en œuvre de la santé. Le Statut est comme un outil pour projeter les scénarios et l'orientation future du système de la santé. Toutes les organisations administratives et sociales devraient envisager leurs politiques conformément à ce Statut.

2. « L'Assemblée de la santé » est définie dans l'article 3 de la loi sur la santé nationale de 2007³⁷ ; elle permet de mettre en place un processus ouvert à tous les secteurs de la société pour travailler ensemble. La création de cette Assemblée vise à l'utilisation des connaissances académiques, à l'unanimité, au partage des connaissances pour établir 'une bonne politique publique pour la santé, et à transformer la politique en réalisation concrète, à travers le gouvernement, les agences administratives, des organisations partenaires, ou des communautés.

³⁶La loi sur la santé nationale a adoptée par l'Assemblée Nationale le 4 janvier 2007 et est entrée en vigueur à la date de sa publication dans la Gazette, volume 124, partie 16 A, le 19 Mars 2007.

³⁷L'article 3 de la loi sur la santé nationale de 2007 prévoit que « l'Assemblée de la santé signifie le processus par lequel la population et des organismes publics de l'État concernés peuvent échanger leurs connaissances et apprendre cordialement par des forums organisés systématiquement et avec la participation du public, ce qui conduit à la suggestion de la politique publique pour la santé ».

L'Assemblée de la santé est vraiment le résultat de la réforme du système de la santé en Thaïlande. Le rapport du Professeur Cheanruitai Kanchanachitra sur la synthèse des connaissances liées aux mécanismes et processus de formulation des politiques publiques pour la santé et des stratégies pour développer le système de la santé, propose que « l'Assemblée de la santé » soit établie et organisée en tant que forum pour le secteur de la population et tous les autres secteurs concernés peuvent commenter la politique gouvernementale ; à partir de la première étape de la formulation du concept, la recommandation des politiques, jusqu'à la mise en œuvre des politiques³⁸.

3. « L'Évaluation d'impact sur la santé : EIS » est un nouvel outil prescrit dans les articles 10 et 11 de la loi sur la santé nationale de 2007. Le développement de l'EIS a eu lieu au cours de la même période que celle de la réforme du système de la santé. Cependant, il existe quelques différences : l'EIS a été déjà développé et utilisé dans d'autres pays avec le soutien de l'OMS. L'EIS n'est pas vraiment le résultat de la réforme.

La donnée académique relative à l'EIS a été présentée en Thaïlande pour la première fois en 2001 dans le cadre de deux politiques publiques : l'EIS sur l'agriculture et l'EIS sur le projet de développement de l'est littoral. Jusqu'en 2007, la mobilisation sociale et l'apprentissage en Thaïlande a abouti à l'expansion de nombreux secteurs pour apprendre le terme de « l'EIS » ; l'article 67, alinéa 2 de la Constitution de la Thaïlande de 2007 dispose également que :

« Tout les projets ou les activités qui peuvent sérieusement affecter la qualité de l'environnement, les ressources naturelles et la diversité biologique et la santé, ne sont pas autorisées, à moins que ses impacts sur la qualité de l'environnement et sur la santé des gens dans les communautés ont été étudiés et évalués, ainsi que des consultations avec les parties intéressées et au public ont été organisées ».

En outre, l'article 10 de la loi sur la santé nationale de 2007 stipule également que : *« Dans le cas où il existe un incident affectant la santé de la population, un organisme d'État ayant des informations liées à un tel incident devrait fournir avec la célérité, et divulguer cette information et la protection de celle-ci au public. »*

Une personne ou un groupe possède ainsi un droit à participer à l'évaluation de l'impact sur la santé résultant d'une politique publique. Les gens ont le droit d'acquérir des informations, des explications de l'agence de l'Etat, avant la permission ou l'exécution d'un

³⁸L'Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *op. cit.*, p. 403.

projet ou d'une activité qui peut avoir des impacts sur la santé des gens dans la communauté, et doit avoir le droit d'exprimer leurs opinions sur une telle question³⁹.

En outre, la loi sur la santé nationale de 2007 dispose que la commission de la santé nationale (CSN) a le pouvoir et le devoir de prescrire des règles et des procédures en matière de suivi et d'évaluation à l'égard du système de santé nationale et l'impact sur la santé résultant des politiques publiques, tant au niveau de la formulation des politiques et aux niveaux opérationnels⁴⁰. La CSN a énoncé une déclaration sur les règles et les procédures de l'évaluation de l'impact de la santé résultant des politiques publiques de 2009, en date du 8 novembre 2009. Cela signifie que l'EIS est un outil qui a été légalement reconnue.

Selon cette notification, l'EIS signifie que *« un processus d'apprentissage participatif de la société dans l'analyse et la prévision des impacts positifs et négatifs sur la santé humaine qui pourraient résulter d'un ou de plusieurs politiques, projets ou activités, si elles sont appliquées au cours de la même période ou en la même localité. Il y a également l'application de divers outils et de processus participatifs pour aboutir à la bien décision en matière de la santé de la population dans les court et long termes »*.

4. « Les autres outils pour l'élaboration des politiques publiques pour la santé » comprennent de la mise en place de mécanismes spécifiques de la commission de la santé nationale (CSN) et du soutien les activités de réseaux et d'autres organisations sanitaires.

De 2007 jusqu'à 2010, quatre comités ont été nommées par la CSN pour développer des politiques publiques pour la santé : le comité des ressources humaines pour la santé, le comité du développement la connaissance traditionnelle de la santé nationale, le comité du soutien et du suivi de l'impact sur la santé du commerce international et le comité d'information sur la santé nationale. En outre, il existe également d'autres outils pour développer les politiques publiques, tels que le développement à travers le soutien des réseaux sanitaires, des universités ou des établissements sanitaires.

On peut constater que les droits liés à la santé et les droits principaux assurés dans la Constitution française et également thaïlandaise, sont prescrits évidemment dans la Constitution thaïlandaise de 1997 et celle de 2007, ainsi que dans la loi sur la santé nationale de 2007. Le nouveau concept lié à la santé n'est plus l'affaire seulement du gouvernement ou des organismes d'Etat, mais la santé est désormais l'affaire de tous. La gestion de la santé a besoin de la collaboration et de la participation de tous les secteurs tels que le secteur

³⁹ Article 11 de la loi sur la santé nationale de 2007.

⁴⁰ Article 25(5) de la loi sur la santé nationale de 2007.

gouvernemental et politique, le secteur social, le secteur académique et le secteur de la population : c'est une politique publique pour la santé. Enfin, les politiques sanitaires réelles ont, en France et également en Thaïlande, mis l'accent sur « la prévention des maladies », remplaçant la politique sanitaire précédente centrée sur « le soin ».

§ 2 : L'assurance de l'accès aux soins dans les constitutions

Les droits liés à la santé, notamment le droit à l'accès aux soins ne sont pas des droits subjectifs, mais ce sont des droits créance que les gens peuvent opposer à l'Etat. Les droits liés à la santé sont assurés juridiquement en France et également en Thaïlande dans les contenus constitutionnels et concernent tous les débiteurs sanitaires et tous les organismes d'Etat qui doivent les respecter.

A : L'affirmation par le préambule de la Constitution française

Le droit à l'accès aux soins ou l'égal accès aux soins est un droit fondamental des citoyens. Il fait certainement partie intégrante du droit à la protection de la santé permettant de mieux ancrer le système sanitaire dans sa dimension solidaire⁴¹. Il signifie que tout un chacun, indépendamment de ses conditions de ressources financières, doit pouvoir bénéficier de l'accès aux soins qui est géré par l'Etat. De plus, le droit à la protection de la santé a été affirmé, comme l'un des principes politiques, économiques et sociaux particulièrement nécessaires à notre temps par le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 10 et 11 selon lequel :

« La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. »

Le droit à l'accès aux soins est une composante du droit à la protection de la santé, il est donc affirmé automatiquement dans le préambule de la Constitution de la France. Sa valeur et son contenu constitutionnel appellent l'Etat à intervenir pour mettre en place le système de la santé et pour offrir des soins essentiels et qualifiés aux patients. Le droit à

⁴¹BINET J., *Droit médical*, Montchrestien, Paris, 2010, p. 76.

l'accès aux soins ou le droit égal d'accès aux soins n'est pas un droit subjectif mais il est un droit créance que l'on peut opposer à l'Etat⁴².

Concernant la valeur juridique généralement reconnue à ce préambule⁴³, le Conseil constitutionnel a spécialement affirmé la valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé dans sa décision du 15 janvier 1975 relative à la loi sur l'interruption volontaire de grossesse⁴⁴ comme faisant partie intégrante du droit positif, en décidant qu'aucune des dérogations prévues par cette loi⁴⁵ :

« Ne méconnaît le principe énoncé dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, selon lequel la nation garantit à l'enfant la protection de la santé, non plus qu'aucune des autres dispositions ayant valeur constitutionnelle édictées par le même texte. »

Sur le plan international, de nombreux textes ou déclarations internationaux confirment le droit à la protection de la santé. Ainsi, la déclaration de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la promotion des droits des patients en Europe énonce que :

« Chacun a droit à la protection de sa santé par des mesures appropriées de prévention des maladies et de soins, et aux moyens d'atteindre le meilleur état de santé dont il est capable. »

Au regard du principe à la protection de la santé, chacun peut donc bénéficier de cette protection, que ce soit à titre individuel ou collectif. En effet, le droit à la protection de la santé interdit non seulement à toute personne de porter atteinte à la santé d'une autre, mais impose également à l'Etat de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé des personnes, c'est-à-dire aussi bien d'un individu que de tous les individus. Ce principe apparaissant au travers du droit à la santé et notamment relatif la sécurité sociale résultant du préambule de la Constitution de 1946 a été à plusieurs reprises affirmé par le Conseil Constitutionnel⁴⁶ et est désormais consacré par le législateur dans l'article L. 1110-1, CSP⁴⁷.

⁴²POIROT-MAZERES I., *Le droit médical*, cours de droit de la santé, Toulouse, 2011, p. 22.

⁴³Cons. Const. 16 juillet 1971, n° 71-44 DC, *JO* 18 juillet 1971, p. 7114.

⁴⁴Cons. Const. 15 janvier 1975, n° 74-54 DC, *JO* 16 janvier 1975, p. 691.

⁴⁵BINET J., *op. cit.*, p. 72 s.

⁴⁶DC 74-54 du 15 janvier 1975, DC 90-283 du 8 janvier 1991 ; DC 2001-453 du 18 déc 2001.

⁴⁷LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 311.

Ce principe constitutionnel concerne tous les débiteurs sanitaires publics tel que des professionnels de santé, des établissements et réseaux de santé, des organismes d'assurance maladie et tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et enfin les autorités sanitaires.

Dans la loi du 4 mars 2002, les droits des malades sont affirmés évidemment et ils reposent aussi sur trois principes constitutionnels essentiels : la liberté individuelle, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement ou de dégradation et le droit fondamental à la protection de la santé (article L. 1110-1, CSP). Son champ d'application s'étend à la prévention, aux investigations comme aux soins, au droit privé comme au droit public. En outre, ces droits sont donc unifiés, à quelques éléments du système de santé français qui s'adressent aux patients⁴⁸.

Enfin, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) entend remédier aux problèmes relatifs à l'hôpital, à l'organisation territoriale du système de santé et notamment à l'accès aux soins.

Par exemple, la mauvaise répartition géographique des professionnels de santé, l'apparition de véritables déserts médicaux, le caractère instable du dispositif de permanence des soins, les difficultés d'accès à certaines consultations spécialisées ou les discriminations existantes à l'égard de certains patients sont autant de raisons qui ont conduit les pouvoirs publics à prendre des mesures garantissant l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire⁴⁹. Ces actions sont prises en charge par l'Etat, ceci découlant du préambule de la Constitution et de décisions du Conseil Constitutionnel. Le droit à la protection de la santé et le droit à l'accès aux soins sont des droits fondamentaux permettant aux citoyens d'interpeller les pouvoirs publics afin d'améliorer l'accès des patients à des soins de proximité de qualité.

B : L'affirmation par les différents articles de la Constitution thaïlandaise

Les droits à la santé sont inscrits dans la Constitution de la Thaïlande de 2007, norme suprême du pays. La Constitution comporte des dispositions garantissant les droits et la liberté de la population dans les aspects physiques, mentaux et sociaux qui ne peuvent être violés par l'Etat. L'État a le devoir de protéger ces droits et cette liberté, y compris les droits liés à la santé dans les cinq aspects évoqués en sept articles de la Constitution :

⁴⁸TRUCHET D., *op. cit.*, p. 206.

⁴⁹COUTY E., KOUCHNER C., LAUDE A. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 125.

(1) Dans l'article 51, est garantie l'égalité à accéder et recevoir des services sanitaires publics qualifiés et standardisés y compris la prévention et l'éradication des maladies transmissibles nuisibles, sans frais d'une manière approfondie, efficace et en temps opportun⁵⁰.

(2) L'article 52 affirme le droit pour les enfants et les jeunes de grandir, de se développer au physique, mental et intellectuel, potentiellement dans l'environnement approprié en tenant compte de leur participation.

(3) Dans l'article 53, 54 et 55, est énoncé le droit d'accès et d'utiliser avec dignité des services publics et des aides appropriées de l'État.

(4) Dans l'article 57, sont inscrits le droit à recevoir des informations et des explications, et le droit à exprimer des opinions des peuples lorsque le gouvernement, des agences publiques, des organismes d'état, des entreprises publiques ou des collectivités locales mettent en œuvre des projets ou des activités qui peuvent affecter la qualité de l'environnement, la santé et la vie des gens.

(5) L'article 67 affirme le droit de participer avec l'Etat et des collectivités à la préservation et à l'utilisation des ressources naturelles ou des diversités biologiques et à la protection de la qualité de l'environnement afin qu'il ne soit pas dangereux pour la santé.

De plus, les droits à la santé sont affirmés également dans « des Politiques Fondamentales de l'Etat » qui est l'un des titres de la Constitution de la Thaïlande de 2007. Les Politiques Fondamentales de l'Etat sont prescrites afin de fournir des services publics essentiels pour la population. Tous les gouvernements sont tenus de les mettre en œuvre pour le développement du pays. Il est clair que les Politiques Fondamentales d'Etat ne sont pas la politique ou le devoir d'un gouvernement particulier mais chaque gouvernement doit poursuivre, réaliser ces politiques et les énoncer au Parlement⁵¹.

Les politiques dans le domaine sanitaire sont situées de façon inférieure dans la hiérarchie des normes, et doivent se soumettre aux Politiques Fondamentales de l'Etat dans le domaine religieux, social, sanitaire publique, culturel et de l'éducation. Alors que certains

⁵⁰PRUTIPINYO C., *Droit de la santé et le soin : le droit substantiel et la procédure*, presses de l'Université de Juralonkorn, Bangkok, 2012, p. 29.

⁵¹Les Politiques Fondamentales de l'Etat sont divisées principalement en neuf éléments : (1) la politique de la sécurité nationale; (2) la politique de l'administration publique; (3) la politique religieuse, sociale, sanitaire publique, l'éducation et la culture; (4) la politique du droit et de la justice; (5) la politique étrangère; (6) la politique économique; (7) la politique de l'utilisation des terres, les ressources naturelles et la politique de l'environnement; (8) la politique de la science, de la propriété intellectuelle et la politique énergétique, et (9) la participation des peuples. Le gouvernement est tenu de faire rapport une fois par an au Parlement sur la mise en œuvre des politiques fondamentales de l'Etat.

domaines des politiques sanitaires sont également prescrits dans autres cinq aspects des Politiques Fondamentales de l'Etat. Ces politiques sanitaires sont considérées comme les devoirs essentiels de l'Etat qu'il doit mettre en œuvre, réaliser et améliorer afin d'élever la qualité de santé et de vie des thaïlandais. Les politiques sanitaires thaïlandaises sont inscrites notamment dans trois articles de la Constitution Thaïlandaise, classées en deux grands groupes⁵².

D'une part, il y a les politiques sanitaires en matière de soutien à la protection et le développement des enfants et des jeunes, la fourniture du bien-être pour des groupes cibles spécifiques, et de développement du système de santé axé sur la promotion de la santé et le soutien à l'apprentissage, ainsi que la politique de la diffusion, du traitement et du développement des connaissances locales et des connaissances traditionnelles thaïlandaises mentionnées dans les articles 80 (1), (2), (6) et l'article 86 (2).

Tout d'abord, l'article 80 (1) dispose que *« l'Etat doit protéger et développer des enfants et des jeunes, promouvoir de la nourriture infantile et de l'éducation, soutenir de l'égalité entre les femmes et les hommes, créer et développer l'intégrité de la famille et de la collectivité, ainsi que fournir des aides et du bien-être aux personnes âgées, aux indigents, aux personnes handicapées afin de leur assurer une meilleure qualité de vie et de leur garantir une autonomie »*. À cet égard, le ministère de la santé publique est responsable notamment de l'éducation particulière des enfants, et de la solidarité de la famille et de la communauté, ainsi que de l'aide et de fourniture du bien-être pour des personnes âgées, des indigents et des personnes handicapées.

Ensuite, l'article 80 (2) impose à *« l'Etat de promouvoir, soutenir et développer le système de santé en tenant dûment compte de la promotion de la santé aboutissant à la santé durable du public, ainsi que de fournir et promouvoir des services sanitaires qualifiées et efficaces aux populations, et d'encourager des secteurs privés et des communautés à participer à la promotion du système de santé et la mise en place les services sanitaires. Des personnes chargées qui doivent fournir des tels services dont l'acte est conforme aux exigences des normes professionnelles et des éthiques doivent être protégées. »*. A cet égard, le ministère de la santé publique est chargé notamment du bien-être durable des peuples.

Dans l'article 80 (6), *« l'Etat doit encourager et sensibiliser l'unité nationale et l'apprentissage, promouvoir et diffuser les arts, la tradition et la culture nationale ainsi que*

⁵²Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *op. cit.*, p. 19.

les bonnes valeurs et de sagesse locales ». Le ministère de la santé publique doit prendre en charge spécialement l'augmentation du nombre des praticiens sanitaires enregistrés.

Enfin, l'article 86 (2) précise que « *l'Etat doit supporter une invention ou une exploration des nouvelles sagesse, préserver et développer des sagesse locales et des connaissances traditionnelles thaïlandaises, ainsi que protéger la propriété intellectuelle* ». Cela est à la charge du ministère de la santé publique, particulièrement la protection de la propriété intellectuelle.

D'autre part, il est des politiques liées à la protection de l'environnement pour la santé. Cette politique est prévue dans l'article 85 (5) : « *l'Etat doit conduire à la promotion, la conservation et la protection de la qualité d'environnement dans le cadre du principe de développement durable, et de contrôler et d'éliminer la pollution qui peuvent affecter la santé, le bien-être et la qualité de vie de la population en encourageant les peuples, les communautés et les collectivités locales à participer à la détermination des directives opérationnelles* ». Le ministère de la santé publique est responsable notamment de la surveillance de la morbidité des maladies liées à la pollution et la diminution de l'incidence de la silicose⁵³.

Section 2 : Les principes juridiques de garantie de l'accès aux soins

L'accès aux soins est un droit fondamental d'une personne, alors qu'il est comme l'obligation dominante de l'Etat, définie évidemment dans plusieurs lois de la France et de la Thaïlande. Dans cette section, on concentrera l'étude d'abord sur les droits fondamentaux du patient et ensuite sur le droit à l'accès aux soins du patient.

§ 1 : Les droits fondamentaux du patient

Les droits des malades sont définis de la même façon dans la loi française et thaïlandaise. En France, les droits des malades sont garantis dans le titre premier du Code de la santé publique: droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'article L.1110-1 à l'article L.1114-4. En Thaïlande, en raison de l'absence d'un Code de la santé publique, la définition et la protection des droits du patient sont donc réparties dans quatre textes principaux: la Constitution de la Thaïlande (de 2007), la loi sur la santé

⁵³Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *op. cit.*, p. 20.

nationale de 2007, la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002 et la Déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998.

A : Les deux grandes genres des droits fondamentaux français

La loi de 4 mars 2002 (dite loi Kouchner) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'est efforcée de mettre fin à la logique du paternalisme médical qui dominait depuis les années 1950. Elle tente de transformer le patient en un véritable partenaire dans la relation de santé (à l'égard de son praticien) et à l'égard du système. Il existe ainsi d'une part les droits du patient en tant que personne et d'autre part en tant qu'utilisateur du système de santé.

a : En tant que personne

Le Code de la santé publique s'ouvre désormais sur un chapitre préliminaire intitulé « droits de la personne ». Son champ d'application s'étend à la prévention, aux investigations comme aux soins, en droit privé comme en droit public.

Le droit au respect du corps humain : le droit de chacun au respect de son corps était déjà présent dans l'article 2, CDM (l'article R. 4127-2, CSP) et dans l'ancien principe d'indisponibilité du corps humain. Inscrit dans la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, il est désormais consacré dans le Code civil par un nouvel article 16-1 qui dispose que « chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. »

Le principe d'indisponibilité ou de non-patrimonialité du corps humain affirme le caractère *Res extra commercium* du corps humain. Auparavant, le Conseil d'Etat avait affirmé que « les principes déontologiques fondamentaux relatifs au respect de la personne humaine, qui s'imposent au médecin dans ses rapports avec son patient, ne cessent pas avec la mort de celui-ci », formule reprise aujourd'hui par l'article R. 4127-2, CSP : « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort ». Les règles qui suivent, mettent ce principe en œuvre ; elles ne s'appliquent cependant pas aux cheveux, ongles, poils et dents⁵⁴.

⁵⁴Décret n° 95-904 du 4 avril 1995 relatif aux produits du corps humain non soumis aux dispositions du titre I^{er} du livre VI du code de la santé publique.

L'absence de patrimonialité du corps humain impose deux conditions : la première est la gratuité du don d'organes, tissus, sang, gamètes etc., ainsi que la participation aux essais thérapeutiques. Et la deuxième est l'anonymat du don qui préserve le donneur de toute influence, notamment dans les dons de gamètes⁵⁵.

De plus, il existe également un principe de non-brevetabilité du corps, des éléments et des produits ainsi que la connaissance de la structure partielle ou totale d'un gène humain. L'article L. 611-18, CPI impose que « le corps humain, aux différents stades de sa constitution et de son développement, ainsi que la simple découverte d'un de ses éléments, y compris la séquence totale ou partielle d'un gène, ne peuvent constituer des inventions brevetables. »

Seule une invention constituant l'application technique d'une fonction d'un élément du corps humain peut être protégée par brevet. Cette protection ne couvre l'élément du corps humain que dans la mesure nécessaire à la réalisation et à l'exploitation de cette application particulière. Celle-ci doit être concrètement et précisément exposée dans la demande de brevet.

Ne sont notamment pas brevetables :

- 1° Les procédés de clonage des êtres humains ;
- 2° Les procédés de modification de l'identité génétique de l'être humain ;
- 3° Les utilisations d'embryons humains à des fins industrielles ou commerciales ;
- 4° Les séquences totales ou partielles d'un gène prises en tant que telles ».

Le principe d'inviolabilité du corps humain est le principe de base relatif au corps humain hors d'atteinte, mais il admet des dérogations limitées qui sont à la base du contrat médical, selon l'article 16-3 et 4, C. civ. L'inviolabilité du corps humain emporte l'interdiction de porter atteinte à son intégrité sans nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt d'autrui. Cette exigence d'un intérêt médical est parfois confirmée par la législation sanitaire, notamment pour l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne dans l'article L. 1131-1, CSP. Parfois, elle est renforcée : ainsi le prélèvement d'organes sur un donneur vivant n'est permis que dans « l'intérêt thérapeutique direct » du receveur (l'article L. 1231-1, CSP). Quelquefois, elle est nuancée : par exemple le prélèvement sur un donneur mort est possible dans un but thérapeutique ou scientifique (art. L. 1232-1, CSP), les recherches biomédicales sont possibles si le risque prévisible pour la personne qui

⁵⁵POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 37.

s'y prête n'est pas hors de proportion avec le bénéfice escompté pour elle ou l'intérêt de cette recherche (entre autres condition fixées par les articles L. 1121-1 et s, CSP)⁵⁶.

Le droit au respect de la dignité : la sauvegarde de la dignité de la personne humaine est un principe constitutionnel qui s'applique évidemment dans la relation entre un patient et un professionnel ou un établissement de santé ; l'article L. 1110-2, CSP impose que « la personne malade a droit au respect de sa dignité »⁵⁷.

La dignité possède une double dimension⁵⁸ : d'une part il existe un aspect objectif découlant de la philosophie kantienne ; la dignité est alors liée à l'homme, à sa qualité d'être et donc elle est rattachée à l'humanité dans sa globalité. C'est une qualité opposable à l'homme par les tiers en tant qu'il appartient au genre humain. L'être humain digne est celui qui appartient au genre humain, mais ne porte pas atteinte à la collectivité par son comportement. D'autre part, il y a un aspect subjectif qui interdit de traiter un individu comme un objet et impose de le reconnaître comme un sujet.

Le respect de l'intimité : d'abord, la dignité est le fait de ne pas se sentir humilié et méprisé ; le malade hospitalisé doit être traité avec égards, en se conformant au titre VIII de la Charte de la personne hospitalisée⁵⁹. C'est ainsi que l'accueil et les examens médicaux ne doivent jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne hospitalisée. Ensuite, le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier. Si un enseignement clinique conduit à un examen du patient en présence d'étudiants en médecine, son consentement préalable est requis. Il ne peut être passé outre à un refus de la personne.

La lutte contre la douleur : l'un des aspects importants du respect de la dignité est une prise en charge convenable de la douleur. La douleur est un signe nécessaire pour le diagnostic. La France est en retard sur le traitement de la douleur car il y a peu de temps

⁵⁶TRUCHET D., *op. cit.*, p. 207.

⁵⁷Ce principe introduit en droit positif par le Cons. Const. 27 juillet 1994, n°94-343/344 (GDCC, RDP1994.1647 ; RFDA 1994.1019 ; RFDC 1994.799) sur les lois de bioéthiques : sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation.

⁵⁸POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 34.

⁵⁹Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée ; dispositions propres au service public hospitalier, titre VIII : la personne hospitalisée est traitée avec égards.

encore elle pensait que les nouveaux nés ne sentaient pas la douleur. Aujourd'hui, toutes les douleurs sont prises en charge et la lutte contre la douleur est imposée dans les textes comme une obligation juridique. L'article L. 1112-4, CSP (loi du 4 février 1995) dispose que « les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent » et ce droit est renforcé par l'article L. 1110-5, CSP (loi 2005) qui impose que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » et « celle-ci doit être, en toute circonstance, prévenue, évaluée, prise en charge et traitée ».

La dignité de la personne en fin de vie : l'article L. 1110-9, CSP (la loi du 9 juin 1999) dispose que « toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ». Ces soins sont définis comme « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » (art. L. 1110-10, CSP). Le droit aux soins ne permet pas au médecin d'aller jusqu'à l'acharnement thérapeutique et il doit « éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique » (article L. 1110-5, al. 2 et article R. 4127-37, CSP).

La loi n°2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Léonetti) permet au médecin d'arrêter des traitements sans espoir de guérison et limiter ses soins aux soins palliatifs, soit lorsque le patient en fin de vie en exprime et réitère la demande (art. L. 1111-4, al. 2, CSP), soit lorsque le patient ne peut exprimer sa volonté, après consultation de la personne de confiance, ou des proches et le cas échéant, des directives anticipées de la personne (art. L. 1111-13, CSP). Dans tous les cas, le médecin doit suivre la procédure collégiale fixée par l'art. R. 4127-37, CSS.

Le respect de la personne post mortem : il comporte deux aspects juridiques. D'une part le respect du corps de la personne décédée. Le cadavre n'est pas une personne, mais il est protégé au nom de la personne qui l'incarnait. Le respect du corps ne cesse pas avec la mort mais il n'empêche pas l'utilisation des cadavres à des fins pédagogiques et il est possible de l'utiliser à des fins culturelles sous la condition que les corps exposés aient une origine licite et que les personnes aient donné leur consentement de leur vivant (l'article 16-1-1, CC). Pour les établissements de santé, ils sont tenus de procéder à l'inhumation quand

le corps n'a pas été réclamé dans un délai de dix jours⁶⁰. Il existe un registre pour le « suivi des corps » et après l'autopsie ou le prélèvement, il faut une restauration du corps.

D'autre part la protection de la volonté du vivant au-delà de sa mort. C'est ainsi qu'il existe une interdiction de tout prélèvement post mortem dès lors que la personne l'a manifesté notamment par une inscription sur un registre national. De même pour l'interdiction de l'identification génétique sauf accord exprès de la personne de son vivant. Enfin, c'est le droit applicable aux autopsies médicales : il est nécessaire de trouver un équilibre entre la protection de la volonté de la personne et les préoccupations de santé publique ou d'intérêt général. Exceptionnellement, des autopsies peuvent être pratiquées malgré le refus de la personne décédée en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'avoir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

Le libre choix : principe fondamental de la législation sanitaire, c'est un PGD⁶¹, consacré par le Conseil d'État (18 février 1998, Section locale du Pacifique Sud de l'Ordre des médecins). Le patient a le libre choix de son médecin et de son établissement de santé (l'article R. 4127-6, CSP ; L. 162-2, CSS ; L. 1110-8, CSP). Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin et il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. Ce principe est très caractéristique de la médecine française. Il permet à tout patient de s'adresser au professionnel ou à l'établissement de santé qui lui convient, sans craindre que la prise en charge des soins par l'assurance maladie s'en ressente. Ce principe vise également à mettre en concurrence l'ensemble des secteurs du système de santé qui fait l'objet de l'incitation à la qualité des soins.

Toutefois, le libre choix du patient a aussi des limites imposées. D'une part des limites dans le choix du médecin. Depuis la loi du 13 août 2004, a été mis en place le système du médecin traitant. L'article L. 162-5, CSS, impose à tout assuré social de plus de 16 ans de choisir (librement) un médecin traitant, généraliste ou spécialiste. Son idée est qu'un médecin traitant doit centraliser toutes les informations sur le patient afin de coordonner les soins autour du patient. Il fallait éviter le nomadisme médical et donc insérer un filtre pour les spécialistes et les examens spécialisés. Le patient doit en principe consulter d'abord son

⁶⁰La question s'est posée pour les fœtus de l'hôpital saint Vincent de Paul : des corps conservés pour faire l'objet d'autopsie. Toutefois, il existe en ce-moment le décret du 1^{er} août 2006 qui est la règle concernant des enfants déclarés sans vie (morts à la naissance).

⁶¹Principe qui s'impose au gouvernement au pouvoir réglementaire, à l'exécutif mais pas au législateur.

médecin traitant avant de s'adresser à un autre praticien. S'il s'adresse directement à un médecin autre que son médecin traitant, il subit une pénalité financière. Celle-ci n'est cependant pas appliquée en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de résidence (lieu de vacances, par exemple), ni à certaines spécialités (pédiatrie, gynécologie, psychiatrie...) ⁶².

Il existe d'autre part des limites dans le choix de l'établissement. Les exigences de la planification sanitaire et les régimes de protection sociale rendent l'encadrement strict du choix de l'établissement en ce qui concerne l'installation, l'équipement, la qualification des personnels hospitalisés et les capacités techniques des établissements. On s'aperçoit que l'affectation d'un patient est conditionnée par la pathologie dont il souffre et par la proximité géographique.

b : En qualité d'utilisateur du système de santé

Selon la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner), le patient est un acteur de la relation médicale qui pourrait faire le partage de la relation médicale. L'objectif de cette loi est de rééquilibrer une relation paternaliste par la reconnaissance de droits du malade qui ne seraient pas que des obligations du médecin. Pour cela il faut reconnaître à la volonté du malade des effets juridiques : le droit de consentir aux soins et le droit de l'information.

Le droit de consentir aux soins : le consentement marque la consécration de l'autonomie du patient. Il est également consubstantiel au droit à l'information. Le principe du consentement du patient aux actes et soins qui lui sont proposés, irrigue tout le droit de la santé ; l'article L. 1111-4, al. 3, CSP précise qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Ce droit est également renforcé par l'article 16-3 du code civil ; le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. Ce principe fait également une obligation déontologique au médecin de respecter la volonté du patient (l'article R. 4127-36, CSP).

La portée du consentement : la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) et la loi du 22 avril 2005 (loi Léonetti) ont profondément modifié la relation médicale. Elles dépassent la

⁶²TRUCHET D., *op. cit.*, p. 211.

question du consentement au profit d'une nouvelle notion qui est la codécision entre le patient et le praticien. Le nouvel article L. 1111-4, CSP prévoit en effet : « toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit les décisions concernant sa santé ». Il existe une différence considérable entre le consentement clairement évoqué et la volonté du patient sur sa santé⁶³. Le consentement ne doit plus être l'acceptation passive d'une décision prise par un autre mais il doit devenir l'expression d'une participation active du malade aux décisions qui le concerne, l'expression d'une responsabilité sur sa propre santé⁶⁴. Pour le mineur, son consentement doit être systématiquement recherché. Lorsque le refus d'un traitement par le titulaire de l'autorité parentale menace gravement la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables (art. L. 1111-4, al. 6, CSP). Les mêmes règles s'appliquent également aux majeurs sous tutelle. Et pour l'expression du consentement, il n'y a pas de formalisme particulier. Le consentement peut être oral mais il doit être libre, éclairé, renouvelable et révoquant.

Du consentement au refus de soins : le refus de soins est la contrepartie du consentement. Le Code de déontologie médicale impose au médecin de s'incliner devant le refus du patient. Cette règle s'appuie sur la liberté individuelle et sur le principe de l'inviolabilité du corps humain qui est une norme constitutionnelle. Mais, lorsque le refus ou le retrait de son consentement met la vie du patient en danger (après avoir informé des conséquences de ses choix), le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables ; selon l'article L. 1111-4, CSP⁶⁵, le médecin s'expose à des sanctions ordinales s'il manque à ce devoir⁶⁶. Toutefois, heureusement, la Cour de cassation considère qu'« un médecin n'est pas tenu de réussir à convaincre son patient du danger de l'acte médical qu'il demande »⁶⁷.

⁶³La volonté est une manifestation de la puissance et la capacité à poser une propre loi. Cela évoque l'idée de l'autonomie Kantienne. En revanche, le consentement est un signe de capitulation, d'admission ou de fait de plier l'une volonté devant l'autre volonté.

⁶⁴C'est l'explication de B. Kouchner lors des débats sur la loi de 2002 à l'Assemblée Nationale, en 2001.

⁶⁵Art. L. 1111-4, CSP dispose que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10».

⁶⁶CE 29 juillet 1994, Gaz. Pal, p. 407, concl. Garnier Lebon, CE 12-13 juillet 1995, RDSS, 1995-1, p.57, note L.D et Garay.

⁶⁷Cass. Civ. 1^{re}, 18 janvier 2000, JCP 2001.II.10473, note. A Dorsner-Dolivet.

De plus, en France où la question est marquée très nettement par la philosophie kantienne, la position de refus ne peut être jugée comme universalisable que si le malade a pu véritablement la choisir comme expression de son autonomie et si elle n'affecte pas la vie d'autrui. Autrement dit, la position juridique concernant le refus de soins est de respecter la volonté du patient lorsqu'elle est opposée de manière ferme et constante par un patient en état de décider en pleine connaissance de cause, même si elle menace sa survie, à condition toutefois qu'elle n'affecte pas la vie d'autrui (par exemple en cas de césarienne)⁶⁸.

L'exemple des témoins de Jéhovah majeurs qui refusent toute transfusion sanguine au nom de leurs convictions soulève des difficultés récurrentes⁶⁹. Dans le dernier état de la jurisprudence avant la loi de 2002, le Conseil d'Etat avait considéré que « ne saurait être qualifié de fautif le comportement de médecins qui dans une situation d'urgence, lorsque le pronostic vital est en jeu et en l'absence d'alternatives thérapeutiques, pratiquent les actes indispensables à la survie des patients et proportionnés à leur état ». Néanmoins, le Conseil, se fondant sur l'article L. 1111-4, CSP et sur l'article 16-3, C. civ., saisi d'un « référé-injonction », considère qu'une transfusion qui constitue un acte indispensable à la survie du malade et est proportionnée à son état, ne constitue pas, lorsque tout a été mis en œuvre en vain pour le convaincre de l'accepter, une atteinte grave et manifestement illégale à la liberté fondamentale du consentement⁷⁰.

Il est clair que pour le juge, dans ce cas, l'élément essentiel est le caractère libre et éclairé du consentement du malade. D'où l'importance de l'information délivrée. Mais d'où également l'importance que la volonté soit certaine, ce que garantit le respect d'un délai de réflexion. Il est possible d'intervenir en cas d'urgence, ce qui donne la clef pour les médecins quand les patients sont inconscients ou ont fait une tentative de suicide.

Les limites du droit au consentement : les limites générales en relation médicale s'appliquent dans les situations urgentes ou impossibles, mais également lorsque l'ordre public est en cause. Deux hypothèses se présentent : d'une part l'hospitalisation sous la contrainte de personnes souffrant de troubles mentaux (l'article L.3211-1, CSP) ; elle est imposée dans le cas où l'hospitalisation, sur la demande d'un tiers ou d'office, pour les personnes dont les troubles sont une menace pour l'ordre public et la sûreté des personnes.

⁶⁸Le directeur de l'hôpital a un pouvoir de police au sein de l'hôpital: il peut faire expulser les tiers récalcitrants. De plus il a un devoir de secours; cas du père empêchant une césarienne, qu'il faut expulser, POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 45.

⁶⁹CE 26 octobre 2001, *Senanayaké*, AJDA, 2002, p. 259 et RFDA, 2002, p. 146 ; CE 16 août 2002, *Feuillatay*, AJDA, 2002, p. 723.

⁷⁰TRUCHET D., *op. cit.*, p. 212.

C'est ainsi que l'automobiliste qui refuse le dépistage d'un état alcoolique s'expose aux peines pénales prévues par l'article L. 234-8 du Code de la route, et le sportif de haut niveau qui ne se soumet pas au suivi médical obligatoire s'expose à un refus de licence ou à des sanctions sportives (l'article L. 231-7 et s, C. sport)⁷¹.

Une autre dérogation au consentement est l'injonction de soins. C'est l'obligation de se soigner, posée par la loi et mise en œuvre par le juge : par exemple, la lutte contre les toxicomanies (article L. 3423-1, CSP), l'injonction faite aux personnes condamnées pour infraction sexuelle (article 131-34-6, C. pén, L. 3711-1 et s, CSP)⁷².

Le droit à l'information: l'information du patient est aujourd'hui au centre de ses relations avec un professionnel ou un établissement de santé. Ce droit a d'abord été consacré comme une norme déontologique du médecin (l'article 35 et 41, CDM) et ensuite confirmé par certains textes et notamment par la jurisprudence de la Cour de Cassation du 9 octobre 2001⁷³. Elle rattache ce droit au principe constitutionnel du respect de la dignité de la personne humaine. Désormais, l'obligation d'informer du médecin est reprise dans la loi 2002 (loi Kouchner) avec article L. 1111-2, CSP qui dispose que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ».

De plus, la Cour de Cassation du 3 juin 2010 confirme que le droit à l'information du patient est comme un droit fondamental qui est fondé également sur l'article 16 (principe de la dignité) et l'article 16-3, C. Civ (principe du consentement). Dans ce cas, si le médecin ne donne pas à son patient des informations essentielles médicales, il engagera une responsabilité délictuelle imposée dans l'article 1382 et suivant, C. Civ. Ce changement est sans incidence pratique mais sa valeur symbolique est forte, car le droit à l'information ne découle plus du contrat : il apparait comme une illustration d'un droit fondamental de la personne.

⁷¹Loi n° 99-223 du 23 mai 1998 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage.

⁷²La loi du 17 juin 1998: institue un suivi socio-judiciaire qui pouvait être accompagné d'une injonction de soins. Depuis la loi du 10 Août 2007 qui renforce la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, l'injonction de soins est désormais obligatoire chaque fois que l'expertise conclut qu'un traitement est possible. Ces personnes vont systématiquement être suivies par un médecin. L'injonction est prononcée au moment de la condamnation, le suivi relève du juge d'application des peines en relation avec un médecin coordonnateur. Les dispositions en question ont été renforcées et complétées par la loi du 25 février 2008, elle-même complétée par la loi du 10 Mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle.

⁷³Cass, 9 octobre 2001, *JCP D* 2001, J. 3470.

Le contenu de l'information : l'information et le consentement du patient sont deux notions intimement liées entre elle⁷⁴. L'information est une condition essentielle du consentement éclairé. Elle doit donc porter sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (l'article L.1111-2, CSP). Dans le cas des risques exceptionnels, la jurisprudence a fait prévaloir une interprétation qui concilie cette solution traditionnelle dans le Conseil d'Etat du 5 janvier 2000⁷⁵ supposant que ces risques doivent être « normalement prévisibles », c'est-à-dire ils sont connus dans la communauté scientifique et en rapport avec la situation du patient. De plus, la Cour de Cassation vient de reconnaître également que l'obligation d'information comprend les risques d'infections nosocomiales qui sont liés à la prise en charge du patient⁷⁶.

Les modalités de l'information : l'information médicale doit être claire, loyale et appropriée (l'article R. 4127-35, CSP) afin que le malade en ait une bonne compréhension ; pour le juge, elle doit être « simple, intelligible et loyale ». Ainsi, l'information doit être adaptée au patient et donc doit être ajustée en fonction de la personnalité du patient, de sa psychologie et en fonction de ses capacités. La loi n'impose pas une preuve écrite (elle « peut être apportée par tout moyen ») mais, en pratique, les professionnels et établissements de santé remettent de plus en plus aux patients un protocole de soin et une liste de risques en leur demandant de signer. Et pour le juge, la remise de documents et la signature ne saurait constituer une présomption irréfutable de l'information. Autrement dit, le juge ne se contentera pas de cette seule preuve écrite mais il appréciera l'ensemble des éléments du dossier et la qualité de l'information⁷⁷.

Dès lors qu'un médecin n'apporte pas à son patient des informations essentielles, il y aura systématiquement une responsabilité ; ainsi la Cour de Cassation, 1^{ère} chambre, civile du 3 juin 2010 affirme que « le non-respect du droit à l'information est source de la

⁷⁴SCHAMPS G., *Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Centre de droit médical et biomédical, Bruylant, Bruxelles, 2008, p. 26.

⁷⁵CE 5 janvier 2000, Consorts Telle, AJDA 2000, p. 137.

⁷⁶Cass. Civ. 1^{ère}, 8 avril 2010 relative aux risques d'infections nosocomiales.

⁷⁷Il est confirmé par la Haute Autorité de Santé que « l'information écrite est complémentaire à l'information orale et ne se substitue en rien à celle-ci ».

responsabilité du médecin et cause également un préjudice qui appelle à la réparation »⁷⁸ et la charge de la preuve incombe au professionnel de santé⁷⁹. Le préjudice du défaut d'information dans ce cas réside dans la perte de chance d'échapper aux risques et le préjudice moral.

*Les limites de l'information*⁸⁰: il existe deux types de limites. D'une part, certaines circonstances s'opposent à l'information : l'urgence et l'impossibilité. L'urgence est interprétée de manière sévère puisque l'on exige une nécessité vitale ou un danger imminent qui menace la vie ou la santé du patient. L'impossibilité matérielle concerne des problèmes d'information d'une personne inconsciente ou étrangère. Quant à l'impossibilité psychologique; la jurisprudence admet que l'information peut être limitée en psychiatrie, ainsi dans le cas des psychoses maniaco-dépressives.

D'autres limites tiennent au refus des partenaires de la relation médicale. Le premier est le refus par le patient: on admet qu'un patient peut vouloir être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou un pronostic grave. Le médecin doit respecter son refus, sauf dans le cas où l'affection dont il est atteint expose des tiers à des risques de contamination comme le sida, l'hépatite, la tuberculose, etc. (l'article L. 1111-2 al. 4, CSP).

Le deuxième est la limitation thérapeutique de l'information. La loi ne semble pas remettre en cause la possibilité du médecin de ne pas tout dire. Il peut dissimuler un diagnostic ou un pronostic grave ou fatal, sauf dans les cas où l'affection expose les tiers à un risque de contamination. Cette limitation thérapeutique n'existe également que dans l'intérêt du patient, pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience (l'article R. 4127-35, CSP). Il est un autre cas où la cour de cassation a admis que l'on puisse limiter l'information : quand elle est de nature à avoir une influence négative sur la réussite des investigations ou des soins.

B : La pluralité des droits fondamentaux thaïlandais

La signification du terme « droit » est envisagée de deux façons par les législateurs thaïlandais. D'une part les législateurs considèrent que « le droit est le pouvoir de l'auto-détermination de la personne donné par la loi ». D'autre part, « le droit est l'avantage protégé

⁷⁸Auparavant le juge écartait la responsabilité des médecins dès lors qu'il était établi que le défaut d'information n'aurait pas eu de conséquences sur la décision du patient, et donc que le patient même averti aurait consenti à l'intervention.

⁷⁹C.Cass 2 février 1997, RDTC, 1997, p. 434 et CE 5 janvier 2000, Consorts Telle, AJDA 2000.137.

⁸⁰POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 43.

par la loi », tel que le droit à la propriété⁸¹, le droit à l'accès aux soins à l'égard de couverture maladie universelle organisé par l'Etat selon l'article 51 de la Constitution de la Thaïlande (de 2007). Les droits des malades en Thaïlande, en raison de l'absence d'un Code de la santé publique, ne sont pas rassemblés dans un seul texte. Il en va différemment en France où les droits des malades sont définis juridiquement dans le Code de la santé publique⁸².

Les droits des malades sont inscrits dans quatre grands textes: la Constitution de la Thaïlande (de 2007), la loi sur la santé nationale de 2007, la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002 et la Déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998. Cette dernière est annoncée conjointement par diverses agences sanitaires relatives aux malades composées du conseil des médecins, des infirmiers, des pharmacies, des dentistes et la commission du contrôle de l'art de la guérison.

En outre, l'item 4 du « règlement du ministre sur la présentation du nom d'établissement sanitaire, des professionnels exerçant dans un établissement sanitaire, du taux de traitement et services, et des droits des malades de 2002 », dispose que les titulaires exploitant un établissement sanitaire doivent présenter auprès de leur établissement une étiquette indiquant les droits des malades de façon claire et visible.

Les droits fondamentaux des malades inscrits dans les lois thaïlandaises peuvent être divisés en six : le droit au respect du corps humain, le droit au respect de la dignité, le libre choix, le droit de consentir aux soins, le droit à l'information et le droit de recevoir l'assistance et l'indemnisation de dommages causés par les services médicaux.

Le droit au respect du corps humain : dans les trois textes principaux liés à la santé nationale (la loi sur la santé nationale de 2007, la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002 et la Déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998,) il n'existe aucun article lié à la garantie du droit au respect du corps humain. Ce droit est considéré pourtant comme un principe juridique universel appliqué dans tous les pays et comprenant le principe de non-patrimonialité du corps humain, le principe de non-brevetabilité de corps humain et le principe d'inviolabilité du corps humain. En Thaïlande, même si le droit au respect du corps humain est absent des trois lois mentionnées, il est défini évidemment dans le premier et deuxième alinéa de l'article 32 de la Constitution Thaïlandaise (de 2007) :

⁸¹Ce droit est défini dans les articles 41 et 42 de la Constitution de la Thaïlande (de 2007).

⁸²Des droits des malades sont définis dans premier titre : droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'article L.1110-1 à l'article L.1114-4.

« Chaque personne possède le droit au respect de la vie et du corps humain.

La torture, le mauvais traitement, la punition cruelle ou inhumaine ne peuvent être prise à l'égard d'une autre personne, à l'exception de condamnation rendue par le juge, qui n'est pas considérée comme une punition cruelle ou inhumaine ».

De plus, le droit au respect du corps humain est également inscrit dans le dixième titre du Code pénal : la responsabilité relative aux crimes portant atteinte à la vie et à l'intégrité physique humaine. Actuellement, à l'exception de l'urgence ou l'impossibilité de consentir, si des médecins thaïlandais soignent sans consentement des malades et commettent un dommage médical, on parle de délit et leur responsabilité pénale est engagée selon ce titre du Code pénal ; une indemnité civile peut être demandée.

Le droit au respect de la dignité : la dignité de l'être humain, le droit, la liberté et l'égalité des individus sont protégés et garantis évidemment dans l'article 4 de la Constitution de la Thaïlande (de 2007). Ainsi, tous les organismes de l'Etat doivent exercer leur pouvoir en prenant en considération la dignité, le droit et la liberté de chaque individu.

En ce qui concerne les malades en fin de vie, leur dignité d'être humain est assurée et protégée actuellement par la loi thaïlandaise. Les malades peuvent toujours arrêter le traitement médical prodigué par les médecins afin de pouvoir décéder tranquillement, sans être torturés ou souffrir des technologies et appareils médicaux. C'est une question relative à la mort naturelle, il faut éviter de la prolonger par l'utilisation des nouvelles technologies⁸³. Ce droit est consacré par l'article 12 de la loi sur la santé nationale de 2007 ; il permet à la personne de présenter dans son testament de vie (*living will*)⁸⁴ le refus aux soins qui prolongerait sa fin de vie. Le médecin doit suivre les directives de son malade, il ne commet ainsi pas de délit et sa responsabilité ne pourra pas être engagée.

Les législateurs thaïlandais visent à autoriser l'euthanasie passive en Thaïlande par l'adoption de cette loi. C'est la première fois qu'ils définissent clairement et juridiquement l'euthanasie passive. L'article 12 de cette loi a pour but de fournir un traitement palliatif aux malades afin de les aider à soulager la souffrance physique et mentale, et d'assurer de ce fait

⁸³PRUTIPINYO C., *op. cit.*, p.73.

⁸⁴BOONCHALERMVIPAK S., *Le droit et la précaution des médecins et des infirmières*, 5^e édition, presses de Winyuchon, Bangkok, 2012, p. 118.

une mort paisible en respectant leur dignité⁸⁵, sans pour autant accélérer ou prolonger leur mort.

Le libre choix : ce droit des malades est conforme au principe de la liberté prescrite dans l'article 4 de la Constitution Thaïlandaise (de 2007) qui permet aux patients de choisir librement leur médecin et l'établissement sanitaire qui les accueilleront. C'est ainsi que des malades possèdent le droit à savoir le nom, le prénom et la spécialité des médecins qui leur offrent des services sanitaires. Cela est stipulé évidemment dans l'item 5 de la déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998.

En outre, le fait d'avoir été soigné par son médecin auprès d'un établissement sanitaire ne limite pas le droit des malades de solliciter l'avis médical d'un autre médecin. Cela est défini clairement dans l'item 6 de la déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998: « *un malade possède le droit de demander l'avis d'autres professionnels santé autre que son médecin traitant, de plus un malade peut changer de médecin et d'établissement sanitaire à tout moment* ». Le libre choix est un droit des malades conforme au principe international et universel énoncé par tous les pays, y compris la France.

Le droit à l'information : le droit de consentir aux soins entretient un lien étroit avec le droit à l'information médicale des malades, à savoir avant la décision ; des malades ont besoin d'être informés de façon suffisante et claire sur leur état de santé. Cette obligation des médecins est une des causes de l'augmentation des litiges médicaux, notamment après l'adoption de la loi sur la procédure de la protection des consommateurs de 2008 qui permet aux victimes d'ester plus facilement en justice. Les médecins ou les professionnels sanitaires pratiquant auprès d'un établissement sanitaire public, sont protégés par la loi sur la responsabilité civile extracontractuelle des personnels administratifs de 1996 ; en effet c'est l'établissement sanitaire public qui verra sa responsabilité engagée. Cependant, les professionnels médicaux et sanitaires prodiguant le soin dans un établissement privé sont en dehors de la protection de cette loi⁸⁶.

Le droit à l'information des malades est défini évidemment dans l'item 3 de la déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998 et renforcé par le premier alinéas de

⁸⁵PRADISSUWAN R., « La directive d'avance sur le testament d'une malade à la fin de vie (Advance Directives) et le traitement palliatif (Palliative Care) », *La médecine légale et le droit médical*, presses de Winyuchon, Bangkok, 2012, p. 185.

⁸⁶ONGPRAPUN V., *La santé et le droit*, presses de Winyuchon, Bangkok, 2012, p. 66s.

l'article 8 de la loi sur la santé nationale de 2007 : « *dans la fonction de service sanitaire, les personnels sanitaires doivent informer suffisamment leurs malades sur l'état de santé afin que les malades puissent prendre la décision de consentir aux soins ou non. Afin que dans le cas d'un refus de soins, les professionnels médicaux et sanitaires ne puissent pas soigner leurs malades* ».

En ce qui concerne le contenu de l'information, aucune loi thaïlandaise ne définit le contenu de l'information que les médecins doivent délivrer à leurs malades. Cela est différent de la France où le contenu de l'information médicale est inscrit clairement dans l'article L.1111-2, CSP. Toutefois, les praticiens doivent annoncer normalement à leurs patients la cause des maladies, la nature des traitements médicaux, les différentes investigations, les actions de prévention, l'utilité des traitements, l'urgence éventuelle, les conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et les autres solutions possibles, ainsi que les conséquences en cas de refus des soins⁸⁷. Ces données médicales du patient sont soumises à la confidentialité : si aucun consentement du titulaire n'a été donné, personne ne peut les divulguer⁸⁸.

Les modalités de l'information ne sont définies par aucune loi ou jurisprudence ; elles devraient généralement être correctes, claires, complètes, simples et compréhensibles.

En outre, si des malades cachent le fait qu'ils savaient ou auraient dû informer ou qu'ils ont donné des informations fautives sur leur maladie ou leur état de santé, en cas de dommage, les médecins ou les professionnels sanitaires ne pourraient voir leur responsabilité engagée, à l'exception d'une grave négligence des praticiens. Cela est défini dans le deuxième alinéa de l'article 8 de la loi sur la santé nationale de 2007.

Pourtant, il existe deux limites à l'information définies dans le dernier alinéa de l'article 8 de la loi sur la santé nationale de 2007 et renforcées dans l'item 7 de la déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998. La première limite est le cas d'urgence, lorsque la vie du malade est menacée et qu'il a besoin immédiatement de soins. Ensuite, en cas d'impossibilité d'informer les malades ou ses proches, parce que la personne est inconsciente ou étrangère. Par ailleurs, il existe également une limitation à l'information thérapeutique qui n'est pas inscrite dans la loi, mais c'est une obligation générale des

⁸⁷PRUTIPINYO C., *op. cit.*, p. 36.

⁸⁸Item 7 de la Déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998.

praticiens, qui est de ne pas tout dire, notamment le diagnostic, le pronostic, ou des autres informations qui pourraient porter un préjudice grave à la vie ou la santé des malades⁸⁹.

L'item 9 de la déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998 garantit le droit des malades à l'accès aux données médicales. Après avoir été hospitalisé, des malades peuvent savoir et accéder à leurs données médicales à tout moment lorsqu'ils l'exigent, sauf si cette demande porte atteinte à la vie privée des autres.

On peut constater que le droit à l'information et le droit de consentir aux soins des malades ont vraiment une relation étroite. Avant la décision de consentir aux soins ou non, des malades doivent être informés suffisamment de tous les renseignements utiles et nécessaires liés à sa maladie. Actuellement, des médecins thaïlandais mettent l'accent plus sur le consentement signé que sur l'information complète de leurs malades, car ils s'inquiètent d'être poursuivis en justice⁹⁰ ; on remarque qu'aucune loi et aucun jugement ne définit les conséquences juridiques de la négligence l'obligation d'informer les malades. Cependant, ces deux droits sont des obligations importantes ; les praticiens doivent donc les respecter et les appliquer strictement.

Le droit de consentir aux soins : auparavant, aucune loi thaïlandaise ne définissait le droit de consentir aux soins des malades, il existait seulement une « lettre du consentement » exigeant des malades ou de leurs proches de consentir de façon éclairé aux soins dans cette lettre avant le traitement. Actuellement, le consentement aux soins est prescrit clairement dans le premier alinéa de l'article 8 de la loi sur la santé nationale de 2007 et renforcé dans l'item 3 de la déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998 « *des malades recevant des services sanitaires possèdent le droit à recevoir une information adéquate et compréhensible par des professionnels sanitaires afin qu'ils puissent décider véritablement à consentir aux soins ou non, à l'exception de l'urgence ou de la nécessité* ».

En ce qui concerne la relation médicale entre les médecins et leurs patients, notamment le consentement aux soins des malades dans le cadre de la pratique professionnelle sanitaire, les législateurs thaïlandais appliquent le principe contractuel car aucune loi relative à la relation et la responsabilité médicale n'est actuellement encore adoptée en Thaïlande. La relation médicale peut être établie sous la forme d'un contrat à

⁸⁹PRUTIPINYO C., *op. cit.*, p. 33.

⁹⁰THAMTHARANON P., « Les divers problèmes et perspectives relatives au consentement informé », *Le consentement de recevoir des services sanitaires et la compréhension liée à l'article 8 de la loi sur la santé nationale de 2007*, presses de Deantula, Bangkok, 2011, p. 63.

titre onéreux ou d'un contrat unilatéral de fournir des services médicaux aux patients sans compensation⁹¹.

Les points de vue des législateurs français et thaïlandais concernant la relation médicale sont vraiment différents. Auparavant, la relation et la responsabilité médicale étaient appliquées en France dans le cadre contractuel selon l'Arrêt Mercier de 20 mai 1936⁹². Ensuite, depuis l'adoption de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la relation médicale et la responsabilité sont définies dans l'article L.1142-1⁹³, CSP imposant un cadre juridique.

Selon la loi sur la santé nationale de 2007, les malades possèdent la liberté quant au choix de la modalité des soins. Le médecin doit informer le patient des conséquences de sa décision et le patient peut consentir ou refuser aux soins proposés par les médecins⁹⁴. Néanmoins, le caractère du consentement dans la relation médicale n'est pas défini dans la loi et la jurisprudence thaïlandaise. Il existe seulement un arrêt 1403/2508⁹⁵ concernant le caractère général du consentement dans le cadre du droit civil ; le juge affirme que

« La pureté de consentement de la victime permet à une personne de faire une acte, ce que la loi définit comme un délit. Si ce consentement n'est pas contraire aux bonnes mœurs et existe au moment de faire d'une acte, ce que la loi définit comme un délit, cette consentement sera donc l'exception de commettre la faute et la responsabilité ».

Les modalités d'obtention du consentement sont variées : comme le consentement aux soins est un type de contrat que la loi ne définit pas exactement, il n'est donc pas nécessaire que le consentement soit par écrit, il peut se déduire du comportement des malades. Ainsi, le fait d'administrer une vaccination sans refus d'un malade peut laisser présumer que le malade consent implicitement à cette injection⁹⁶. En outre, le consentement ne doit plus être l'acceptation passive d'une décision prise par un autre, mais doit devenir l'expression d'une participation active du malade aux décisions qui le concernent,

⁹¹ONGPRAPUN V., *op. cit.*, p. 62.

⁹²Cass. Civ.1e, 20 mai 1936, *Dr Nicolas c/ Époux Mercier*, DP 1936. 1. 88, concl. MATTER, rapport JOSSERAND, note E. P., S. 1937. 1. 321, note BRETON, J.C.P. 1936, 1079, Gaz. Pal. 1936. 2. 41.

⁹³Le premier alinéa de l'article L.1142-1, CSP prévoit que « I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».

⁹⁴PRUTIPINYO C., *op. cit.*, p. 36.

⁹⁵BOONCHALERMVIPAK S. *op. cit.*, p. 161.

⁹⁶ONGPRAPUN V., *op. cit.*, p. 12.

l'expression d'une responsabilité sur sa propre santé. C'est également la définition du consentement éclairé aux soins en France.

En ce qui concerne l'expression du consentement aux soins du mineur, des parents ou un représentant légal peuvent exercer ce droit à la place de l'enfant de moins de dix-huit ans ou d'une personne atteinte d'un problème de santé physique ou mentale⁹⁷.

Le refus de soins est l'un des droits des malades garanti par la loi. Pourtant, le médecin doit d'abord essayer de convaincre son patient d'accepter le traitement. Si le patient insiste dans sa décision de refus de soins, le médecin doit la respecter. Cette règle s'appuie sur la liberté individuelle et sur le principe de l'inviolabilité du corps humain. Ainsi, l'article 12 de la loi sur la santé nationale de 2007 permet aux malades en fin de vie et n'ayant pas besoin de traitement médical inutile, de montrer préalablement son intention de refus de soins. C'est un nouveau droit pour les malades en Thaïlande.

Les limites du droit au consentement des malades, en vertu du dernier aliéna de l'article 8 de la loi sur la santé nationale de 2007, sont liées à deux situations dans lesquelles il est impossible de demander aux malades le consentement préalable : la présentation d'une risque qui peut menacer la vie des malades (1) et l'existence d'une situation urgente (2). Cela permet aux praticiens de soigner les malades sans leur consentement préalable. Ceci est considéré comme une obligation déontologique des médecins prévu dans l'article 28 de la loi sur la médecine d'urgence de 2008 et dans l'article 28 du règlement du conseil des médecins sur la déontologie médicale de 2006⁹⁸. Des médecins ne doivent pas refuser de soigner des malades en situation d'urgence et de danger.

Le droit à l'indemnisation en cas de dommage causé par les services médicaux : on constate une augmentation chaque année du nombre des malades blessés ou décédés pour cause d'erreur médicale en Thaïlande. Des mécanismes actuels permettent de fournir une assistance aux victimes : à côté des litiges présentés devant les tribunaux de contentieux civil ou pénal, ils permettent aux victimes de dommages d'obtenir des indemnisations et compensations ;

(1) L'assistance de premier recours selon l'article 41 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002, vise à donner « une aide financière de premier recours » destinée

⁹⁷L'item 10 de la Déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998.

⁹⁸LIMSATIT P., « Le consentement aux soins des bénéficiaires des services sanitaires : la loi et la pratique en Thaïlande et pays étrangers », *Le consentement de recevoir des services sanitaires et la compréhension liée à l'article 8 de la loi sur la santé nationale de 2007*, presses de Deantula, Bangkok, 2011, p. 81.

aux victimes dans le cas d'absence du délinquant ou d'absence de l'assistance financière dans un délai raisonnable (même si la victime connaît le délinquant). Toutefois, cette assistance financière a ses limites : d'une part en raison de la limitation du plafond du budget subventionné par l'Etat (pas plus d'un pourcent du budget versé aux établissements sanitaires publiques) ; d'autre part cette assistance ne s'adresse qu'aux victimes assurées dans le régime de la couverture maladie universelle (CMU).

(2) La revendication d'indemnisation selon la loi sur la responsabilité civile extracontractuelle des personnels administratifs de 1996 a pour but de protéger les victimes soignées par des médecins et des personnels sanitaires dans un établissement sanitaire public. Dans ce cadre, les dommages liés à l'erreur médicale sont directement sous la responsabilité de l'établissement sanitaire pratiquant les soins versés à la victime et ne sont pas de la responsabilité directe des médecins ou des professionnels sanitaires, à moins d'une négligence grave. L'établissement sanitaire condamné se réserve de se retourner contre les médecins ou les professionnels sanitaires commettant une faute médicale⁹⁹. Cependant, cette revendication ne vise à la protection que des victimes endommagées dans un établissement sanitaire public. Les victimes traitées dans un hôpital privé sont donc en dehors de cette protection.

Au-delà des mécanismes juridiques mentionnés ci-dessus, il existe également d'autres mécanismes informels d'assistance liée aux dommages médicaux, tels que la conciliation entre des établissements sanitaires ou des médecins et des malades soignés ou leurs proches. Si la conciliation est réalisée, la victime recevra une indemnisation médicale. Pourtant, il n'est pas certain que la victime soit équitablement indemnisée¹⁰⁰.

Chaque mécanisme juridique d'assistance relatif à une erreur médicale, contient ses limites. Ainsi, chaque mécanisme ne peut pas protéger toutes les victimes et ne peut pas indemniser tous les cas d'erreur médical. C'est la raison pour laquelle un projet de loi sur la protection des victimes de dommages causés par des services sanitaires est élaboré et soutenu par plusieurs acteurs de la société. Ce projet de loi a pour le but la création d'un nouveau système d'indemnisation destiné aux victimes d'erreur médicale. Il s'agit de mettre l'accent sur la protection et l'indemnisation des victimes médicales, notamment dans le cas de la responsabilité sans faute. Les victimes pourraient aussi obtenir rapidement une indemnisation selon ce nouveau concept dans ce projet de loi. Ainsi, ce projet de loi n'a pas

⁹⁹Article 8 de la loi sur la responsabilité civile extracontractuelle des personnels administratifs de 1996.

¹⁰⁰PRUTIPINYO C., *op. cit.*, p. 39.

pour objet premier de chercher à condamner les médecins ou des professionnels sanitaires faisant une faute médicale. Pourtant, ce projet n'est pas encore adopté en raison de la protestation des secteurs sanitaires, notamment le Conseil médical et le Conseil pharmaceutique, ainsi que la plupart des médecins et professions sanitaires.

§ 2 : Le droit à l'accès aux soins du patient

Le droit à l'accès aux soins est considéré comme un droit fondamental de la personne assuré par la Constitution et les lois françaises et thaïlandaises. Ce droit est relatif à l'égalité, la qualité, la continuité et la confidentialité de soins.

A : La portée et la composition du droit français d'accès aux soins

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé garantit le droit à l'accès aux soins du patient. Elle permet de préciser tout d'abord le contenu du droit à l'accès aux soins (1), ensuite l'égalité dans l'accès aux soins (2), la qualité des soins (3), la continuité et la permanence des soins (4), enfin la confidentialité et le respect de la vie privée (5).

Le contenu du droit à l'accès aux soins : ce contenu, conforme au préambule de la Constitution 27 octobre 1946, alinéa 11, est rappelé dans l'article 1110-1, CSP. C'est un droit fondamental qui doit être mis en œuvre par tout moyen au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé.

Le code de la santé publique impose ainsi aux établissements publics assurant un service public hospitalier d'être en mesure d'accueillir toute personne, de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer son admission dans un autre établissement. La mise en œuvre du droit fondamental du patient est une obligation essentielle de tous secteurs sanitaires qui doit se traduire par le développement de la prévention, l'égal accès de chaque personne aux soins les plus appropriés à son état de santé, la continuité des soins et la sécurité sanitaire.

Ensuite, un médecin libéral ou travaillant dans l'établissement sanitaire public ou privé, doit lorsqu'il se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, est informé

qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires (l'article R. 4127-9, CSP et l'article 223-6, C. pén.). Cette loi sanctionne l'absence d'assistance à personne en danger.

Néanmoins, le médecin peut refuser légitimement des soins dans deux cas. D'une part, selon la clause de conscience, le médecin peut refuser de dispenser des soins contre sa conscience ou ses valeurs morales tel qu'il n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse dans l'article L. 2212-8, CSP¹⁰¹. D'autre part, le refus de soins est possible (hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité) pour des raisons professionnelles (le fait d'être par exemple inapte à délivrer ce soin) ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins (l'article R. 4127-47 alinéa 2, CSP).

Enfin, pour des établissements de la santé, trois situations peuvent seules autoriser un refus de soins au sein de l'hôpital public et privé : des raisons professionnelles ou personnelles, dans les conditions restrictives de la loi et du code de déontologie médicale (l'article R. 4127-47, CSP), encore que cette faculté semble peu compatible avec l'exercice médical en établissement de santé chargé d'un service public ; l'absence de compétences médicales appropriées (l'article R. 4127-70, CSP) ; en vertu de la clause de conscience prévue en matière d'interruption volontaire de grossesse dans l'article L. 2212-8, CSP et dont peuvent se prévaloir aussi bien un médecin qu'un établissement de santé privé non chargé d'une mission de service public¹⁰².

L'égalité dans l'accès aux soins : l'article 7, CDM et l'article L. 1110-3, CSP énoncent le principe de non-discrimination pour un professionnel et un établissement: « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins ». Un patient ne peut pas faire l'objet d'un refus de soins en raison de son origine, ses mœurs, sa situation de famille, son handicap, son état de santé, sa religion, son ethnie, son apparence etc. Tous les professionnels et établissements de santé, sont tenus de garantir l'égal accès de tous aux soins dispensés ; est de ce fait interdite toute discrimination entre les

¹⁰¹Art. L. 2212-8, CSP précise qu' « un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 ».

¹⁰²DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *Droit hospitalier*, coll. « Cours », 8^{ème} édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 611.

malades. En cas de non-respect, des sanctions sont prévues par l'article 225-1 du code pénal, également formulées par plusieurs articles du code de déontologie médicale.

Ensuite, l'une des composantes du principe d'égalité est l'obligation de neutralité qui impose aux personnels assurant le service public et aux établissements et structures concernés de traiter tous les usagers en faisant abstraction de leurs opinions et de leurs croyances. Ces personnels sont également tenus de ne pas faire état de leurs propres opinions ou convictions dans l'exercice de leurs fonctions¹⁰³. De plus, il ne doit pas exister de discrimination en fonction de la nationalité. Les établissements de santé ne peuvent pas se soustraire à cette obligation sauf en cas de refus du malade ou de blessé et ils doivent signer une décharge ou établir une attestation de refus de soins.

Par ailleurs, l'égal accès aux soins ne prend pas en compte les ressources financières des malades. Pour les moins fortunés, la création de la couverture maladie universelle (CMU) par la loi du 27 juillet 1999¹⁰⁴ est une garantie d'effectivité de ce droit : elle a été créée, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer de façon stable et régulière relevant du régime général et n'ayant le droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité (article L. 380-1, CSS). De plus, les personnes étrangères en situation irrégulière et résidant en France de manière stable et ininterrompue depuis plus de 3 mois et sans ressource peuvent bénéficier de l'aide médicale d'Etat (AME) pour accéder aux soins (l'article L. 251-1 et s., CASF).

Pour les bénéficiaires de la CMU ou l'AME, la création d'une « couverture maladie universelle » et le maintien d'un régime d'aide médicale financé par l'Etat visent à assurer en pratique le bénéfice généralisé de ce droit. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, faisant suite au constat des difficultés rencontrées en pratique par des bénéficiaires de la CMU ou à l'AME, a renforcé les dispositions venant sanctionner le refus de soins par un établissement ou un professionnel de santé prévues dans l'article L. 1110-3, CSP et aussi dans l'article. 225-1, C. pénal.

Enfin, l'égalité d'accès aux soins est relative également à la démographie médicale et l'offre de soins sur le territoire. Le niveau de santé diffère selon que l'on habite dans les départements du nord ou du sud de la France. Le taux de mortalité est plus élevé au nord

¹⁰³Circulaire de DHOS n° 57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

¹⁰⁴Loi n° 99-41, le 27 juillet 1999, portant sur la création d'une couverture maladie universelle, *JO*, 28 juillet 1999, p. 11229.

qu'au sud¹⁰⁵. De plus, la loi HPST comporte un deuxième titre relatif à « l'accès de tous à des soins de qualité » visant essentiellement à améliorer l'accès à une offre de soins organisée sur l'ensemble du territoire, tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux¹⁰⁶. Généralement, les jeunes médecins de moins de 40 ans préfèrent s'installer dans les grandes villes et délaissent les campagnes. Et dans dix ans, le déséquilibre médical va s'accroître également avec la diminution des médecins. Ces problèmes ne sont pas alors seulement quantitatifs, mais également qualitatifs.

L'une des solutions est la télémédecine définie dans l'article L. 6316-1, CSP. Elle est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

La qualité des soins : la loi du 4 mars 2002 dans l'article L. 1110-5, CSP souligne que le médecin est tenu de prodiguer des soins attentifs et consciencieux, qui offrent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Ce principe est confirmé par la décision du Conseil d'Etat, 12 janvier 2005, n° 256001 : « considérant, en second lieu, qu'en vertu des dispositions de l'article L. 145-1 du Code de la sécurité sociale, la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins est compétente pour connaître des fautes ainsi que de tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre d'un médecin ; qu'aux termes de l'article 32 du Code de déontologie, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science... »¹⁰⁷.

Des médecins est exigée la qualité des soins qui repose sur des référentiels reconnus par la communauté scientifique appelés les données acquises de la science (DAS). Cela permet de s'assurer au cas par cas que des pratiques médicales sont conformes ou ont été conformes aux DAS au regard de la situation pathologique et symptôme.

La recherche de la conformité aux DAS a conduit à la reconnaissance et à la diffusion des bonnes pratiques cliniques ou des recommandations de bonnes pratiques (RBP) qui sont

¹⁰⁵TABUTEAU D., *Les Droit des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*, Actes du colloque organisé par la chaire Santé de Sciences Po, en partenariat avec le Collectif inter associatif sur la santé le 1^{er} mars 2007, Sciences po, Paris, 2007, p. 24.

¹⁰⁶LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 315.

¹⁰⁷CE 12 janvier 2005, AJDA, 2005, p. 1008, note J.-P. Markus.

des normes thérapeutiques. La valeur juridique des RBP, sans valeur contraignante, permet de comprendre ce que sont les données acquises de la science (DAS). Dès lors qu'un praticien respecte les RBP, il est présumé avoir agi conformément aux DAS, il n'est pas fautif et donc exonéré. Les DAS ont une portée juridique indirecte qui entre dans le raisonnement du juge permettant d'engager la responsabilité des professionnels médicaux¹⁰⁸. Néanmoins, les RBP ne portent pas atteinte à l'indépendance professionnelle et à la liberté de prescription. Les médecins sont libres quant au choix des prescriptions et des soins délivrés à ses malades.

Ensuite, la loi du 4 mars 2002 établit le droit à la qualité des soins pour toute personne, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises. La loi pose par ailleurs un principe de proportionnalité entre le bénéfice et le risque thérapeutique, en précisant que les actes de prévention, d'investigation et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, faire courir au patient de « risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ». Autrement dit, des médecins doivent faire une balance entre des bénéfices et des risques escomptés dans la manière thérapeutique (l'article R.4127-40, CSP).

Il faut souligner que les médecins doivent actualiser régulièrement leurs connaissances médicales afin d'assurer la qualité des soins. Cette obligation est prévue par la loi du 21 juillet 2009, à l'article L 4133-1, CSP¹⁰⁹ et prend la forme du « développement professionnel continu ». Les médecins doivent suivre et justifier d'une formation médicale continue. Des médecins libéraux peuvent également se soumettre à une évaluation individuelle des pratiques qu'ils doivent valider tous les cinq ans.

Enfin, le droit de la qualité aux soins en établissement de santé est explicité depuis l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 dans l'article L. 1112-2, CSP qui impose que « la qualité de la prise en charge des patients comme un objectif essentiel pour tout établissement de santé ». Chaque établissement de santé doit donc procéder à une évaluation régulière, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour des patients. Les résultats de

¹⁰⁸CE 26 septembre 2005, AJDA, 2006, p. 308, note J. -P. Markus, affirme que « les recommandations de bonnes pratiques ainsi définies, qui visent normalement à donner aux professionnels et établissements de santé des indications et orientations pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accès des patients aux informations médicales, ... ».

¹⁰⁹Art. L 4133-1, CSP précise que « le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins ».

ces évaluations sont pris en compte dans la certification définie aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4, CSP

La continuité et la permanence des soins : la permanence des soins constitue depuis longtemps une obligation commune des professionnels et des établissements de santé qui concerne la mission du service public. L'article L. 6112-1, CSP indique que « les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : 1° La permanence des soins ; ... ».

Normalement, tous les malades ont le droit d'être accueillis dans un établissement de santé, public ou privé. Dans le cas d'hospitalisation, un praticien doit informer le malade des conditions essentielles, de toutes les caractéristiques de sa pathologie, du choix de traitement et de toutes les données médicales utiles. Et, à la fin de son séjour, le praticien doit recevoir un exemplaire de toutes les informations utiles de son malade, pour assurer la continuité des soins. Si les établissements ne peuvent pas garantir la prise en charge, ils doivent orienter vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé (l'article L. 6112-3, CSP).

Ce principe concerne l'organisation de la coordination et de la permanence des soins. L'organisation des soins est la tâche essentielle de l'établissement de santé. C'est lui qui va mettre en place l'ensemble des moyens matériels et humains. Ce sont les moyens nécessaires aux actes de soins. Il faudra donc employer du personnel qualifié, compétent (en termes de diplôme et d'expérience) et fournir le matériel, les produits de santé appropriés etc...

Il est assuré par le développement des réseaux de santé, par la coordination entre établissements et professionnels, par l'existence du dossier médical personnel. Il pèse tout particulièrement sur les médecins pour lesquels il s'agit d'une obligation d'ordre déontologique¹¹⁰, renforcée par l'article L. 6315-1, CSP¹¹¹.

¹¹⁰BINET J., *op. cit.*, p. 77.

¹¹¹Art. L. 6315-1, CSP indique que « la continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret. Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé ».

La confidentialité et le respect de la vie privée ; le secret médical : les médecins doivent garantir la confidentialité des informations. Ce droit des patients ou cette obligation des professionnels médicaux est assuré dans l'article 11, C. déontologie, L.1110-4, L. 1112-1, CSP et titre IX : le respect de la vie privée est garanti à toute personne de la charte de la personne hospitalisée¹¹². Toute personne hospitalisée a droit au respect de sa vie privée.

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. L'objet du secret des informations est très extensivement conçu, il est relatif à l'ensemble de la personne, à son état physique et mental, y compris les données génétiques, à d'autres informations médicales, à des états administratifs et financiers. Il couvre également l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé¹¹³. Le secret revêt un caractère collectif. Il y a une chaîne du secret, partagée par l'ensemble de l'équipe qui s'occupe du malade.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication du secret des informations médicales est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 £ d'amende (l'article 226-13, code pén, L. 1110-4 alinéa 5, CSP).

De plus, en cas d'hospitalisation, le malade peut recevoir dans sa chambre des visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées. Il a le droit

¹¹²Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n°2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

¹¹³Cass. Crim., 19 décembre 1885, Watelet et Dallet, gérant du journal le *Matin*, c/ Min. publ. (*S. 1886, I, p. 347*) affirme que « attendu que l'article 378 du Code pénal punit...les médecins, chirurgiens et autre officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie... ».

à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, de ses entretiens avec des visiteurs et avec les professionnels de santé¹¹⁴.

Néanmoins, des professionnels médicaux peuvent divulguer des secrets d'information médicale, ce sont les dérogations au secret médical. Parfois, la divulgation est facultative pour le médecin qui doit alors prendre la décision de lever ou non le secret. On peut trouver des dérogations du secret médical¹¹⁵, ainsi ;

Pour protéger la santé publique : normalement les professionnels médicaux garantissent les intérêts de leurs patients, l'intérêt individuel, cependant ils doivent aussi assurer la protection d'intérêt public notamment dans le cas de certaines maladies infectieuses qui doivent être déclarés. Tous les secteurs sanitaires transmettent obligatoirement les données individuelles à l'autorité sanitaire, pour les maladies qui nécessitent une intervention urgente ou dont la surveillance est indispensable à la conduite de la protection de la santé publique.

Pour remplir une fonction d'État civil : telles que de la déclaration de naissance, le certificat de décès etc.

Pour préserver l'intérêt du patient : obtenir remboursement ou indemnisation. Ainsi que pour des victimes d'infractions, c'est le cas de divulgation facultative d'informations secrètes, un médecin ayant connaissance de privations ou sévices sur un mineur ou une personne vulnérable, peut saisir le procureur de la république ou transmettre l'information aux autorités judiciaires ou administratives.

Enfin, *pour la demande des ayants droit d'information sur une personne décédée* : le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

B : La portée et la composition du droit thaïlandais d'accès aux soins

Les droits relatifs à l'accès aux soins inscrits dans les lois thaïlandais peuvent être répartis en trois types : le droit à l'accès aux soins et la qualité des soins, l'égalité dans l'accès aux soins et la confidentialité : le secret médical. « La continuité et la permanence des soins » ne sont pas clairement définies juridiquement, mais elles sont appliquées de

¹¹⁴Titre IX : le respect de la vie privée est garanti à toute personne, de la charte de la personne hospitalisée.

¹¹⁵POIROT-MAZERES I., *op. cit.*, p. 39.

façon pratique et respectées par tous les professionnels sanitaires. Ainsi, lorsqu'un médecin spécialiste, un médecin traitant ou un établissement sanitaire ne peut prendre en charge un patient ou qu'il ne dispose pas d'un appareil technologique médical nécessaire, il doit envoyer ses malades et leurs données médicales auprès d'un autre médecin ou auprès de l'hôpital ayant le matériel médical approprié afin d'assurer la continuité et la permanence des soins.

Le droit à l'accès aux soins et la qualité des soins : les législateurs thaïlandais établissent nettement le droit à l'accès aux soins dans le premier alinéa de l'article 51 de la Constitution de Thaïlande (de 2007) : « toute personne possède le droit de recevoir des soins de façon égale et efficace des services sanitaires publics, ainsi que les indigents ont le droit à l'accès aux soins gratuits auprès des établissements sanitaires publics ». Le droit à l'accès aux soins et services sanitaires est un droit fondamental de la personne qui doit être mis en place et offert par l'Etat. Autrement dit, toute personne possède le droit fondamental à l'accès aux soins afin d'assurer la sécurité de leur santé et leur vie. C'est comme un service public de l'Etat et qui doit être de ce fait bien géré. Si l'Etat ne pouvait pas répondre au besoin de cette base fondamentale sanitaire, cela donnerait lieu à des effets sur le développement du pays dans plusieurs domaines tels que l'éducation, l'économie, la société, la politique, etc.

Cette obligation dominante de l'Etat est inscrite à l'article 80 (2) du cinquième titre de la Constitution relative aux « politiques fondamentales d'Etat »¹¹⁶. Chaque gouvernement prend en charge le soutien et le développement du système national de la santé et s'assure de la promotion durable de la santé des populations et de l'aménagement efficace, égal et de qualité des services sanitaires, ainsi que de la participation des communautés locales.

Même si cette politique sanitaire n'a aucun effet juridique, puisqu'aucune sanction légale ne peut être encourue en cas d'inapplication, car elle représente simplement la politique du gouvernement, elle a un véritable effet social. Ainsi, cette obligation est considérée comme un engagement du gouvernement envers la population. Il semble exister un corollaire entre la bonne mise en œuvre d'un système de santé et la confiance que la population attribue au gouvernement. Ainsi, un gouvernement ne peut pas se voir reconduit

¹¹⁶« Des politiques fondamentales de l'Etat » prescrites dans l'article 80 (2) de la Constitution sont actuellement l'objet d'un débat juridique. La plupart des juristes thaïlandais pensent que les politiques fondamentales de l'Etat n'ont aucun effet juridique, si le gouvernement ne les respecte pas. Elles sont un guide que chaque gouvernement applique en accord avec ses propres politiques.

aux prochaines élections faute d'avoir pu assurer à tous un accès aux soins : le patient est aussi un électeur.

En outre, la population est titulaire du droit d'être protégée contre les dommages et les maladies dangereuses menaçant la santé et la vie, sans frais, et en temps opportun, comme l'indique le dernier alinéa de l'article 51 de la Constitution.

Par ailleurs, des services sanitaires publics doivent être bien mis en place afin d'aboutir à la qualité et l'efficacité, selon le deuxième alinéa de l'article 51 de la Constitution. Pour réaliser cet objectif, l'institution d'accréditation des établissements sanitaires (IAES) a été établie en Thaïlande le 8 avril 1999 pour améliorer et accréditer la qualification hospitalière. Les institutions principales du contrôle de la qualification professionnelle sanitaire en Thaïlande sont des ordres professionnels, installées pour des missions de veille déontologique, et pour organiser et discipliner les professions.

Néanmoins, il reste encore la question de la qualification des services sanitaires, notamment de la qualité des médicaments dispensés gratuitement aux malades bénéficiant de la couverture maladie universelle : CMU. En effet, certains malades s'inquiètent de prendre ces médicaments distribués gratuitement car ils pensent que ces médicaments ne sont pas de la même qualité que ceux délivrés à titre payant ou par un hôpital privé. C'est une question récurrente posée au gouvernement et aux organismes sanitaires publics qui doivent constamment rassurer la population sur la qualité et l'efficacité de ces médicaments.

L'égalité dans l'accès aux soins : Le principe de l'égalité est assuré dans le premier et deuxième alinéa de l'article 30 de la Constitution Thaïlandaise. Toute personne est égale devant la loi et est protégée également par celle-ci. Les hommes et les femmes sont aussi égaux. De plus, le droit à la santé est renforcé clairement dans le deuxième alinéa de l'article 51 de la Constitution : « toute personne a le droit de recevoir de façon égale et efficace des services sanitaires publiques ».

La promotion, le soutien et le développement du système de la santé sont pris en charge par chaque gouvernement dans le cadre de la politique sanitaire prévue dans l'article 80 (2) de la Constitution thaïlandaise (de 2007). Le développement du système de la santé porte sur la promotion durable de la santé des populations et sur l'aménagement efficace, égalitaire et qualitatif des services sanitaires.

Tous les malades ont le droit à l'accès aux soins et aux services sanitaires sans discrimination. Un patient ne peut pas faire l'objet d'un refus de soins en raison de son

origine, sa nationalité, sa langue, son genre, son âge, son handicap, son état physique ou son état de santé, son état économique et social, sa croyance religieuse, son éducation ou son opinion politique. Ce principe de non-discrimination est stipulé dans le deuxième alinéa de l'article 30 de la Constitution de la Thaïlande (de 2007) et affirmé dans l'item 2 de la déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998. En cas de non-respect, des sanctions sont prévues par plusieurs articles de déontologie médicale, notamment le refus à soigner dans une situation d'urgence des malades ou des blessés ; ces médecins et ces professionnels doivent être sanctionnés en vertu de l'article 374 du Code pénal.

La santé des femmes, des enfants, des personnes handicapées et des défavorisées doivent être promues et protégées de façon appropriée par l'Etat et la communauté locale, car ces personnes sont considérées comme personnes faibles et ont la possibilité d'être trompées. Les droits de ces personnes sont mentionnés dans les articles 51 à 55 de la Constitution et renforcés par l'article 6 de la loi sur la santé publique de 2007¹¹⁷.

Par ailleurs, le système de l'assurance sanitaire s'est développé progressivement en Thaïlande afin que les gens puissent accéder aux soins de façon égale, notamment pour les personnes ne pouvant être couvertes par d'autres avantages médicaux. La couverture maladie universelle (CMU) est établie en 2000 pour répondre aux besoins de ces personnes¹¹⁸. Elle est un système d'assistance sociale qui fournit des soins médicaux gratuits pour les indigents, tels que les personnes démunies, les personnes âgées, les enfants et ou encore les personnes handicapées. La CMU est sous la charge de l'Office d'assurance sanitaire national, financée par des subventions et le budget de l'Etat. De plus, les personnes titulaires ne peuvent bénéficier des services sanitaires qu'à condition de présenter leur carte sanitaire « ou le carte d'or » à l'hôpital, à compter de septembre 2012.

Néanmoins, la CMU ne vise que la protection des personnes ayant la nationalité thaïlandaise puisque la CMU est définie dans l'article 5 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002. Cette dernière est constituée en vertu du troisième titre de la Constitution concernant le droit et la liberté des thaïlandais. La CMU est donc appliquée seulement pour les Thaïlandais, pas aux étrangers. La résolution du conseil des ministres le 10 janvier 2006 confirme l'accès aux soins par le système de la couverture maladie universelle (CMU) aux

¹¹⁷ONGPRAPUN V., *op. cit.*, p. 52.

¹¹⁸La couverture maladie universelle (CMU) est définie dans l'article 5 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

seuls Thaïlandais¹¹⁹. Les autres personnes doivent payer des frais de services médicaux, sauf s'il s'agit d'un traitement médical pour des raisons humanitaires¹²⁰.

Enfin, l'égalité d'accès aux soins est relative également à la démographie médicale et l'offre de soins sur le territoire. C'est une question qui se pose aussi bien en France qu'en Thaïlande. Beaucoup de médecins thaïlandais choisissent de s'installer dans la capitale ou dans les grandes villes. Les campagnes manquent donc toujours des médecins généraux et de spécialistes, y compris de professionnels sanitaires. Pour répondre à cette question, le gouvernement et chaque faculté médecine en Thaïlande attribuent régulièrement des bourses scolaires et professionnelles aux étudiants en médecine qui voudraient travailler auprès d'hôpitaux publics, notamment dans des territoires désertés par les médecins, après avoir terminé leurs études.

La confidentialité ou le secret médical : ce droit a été clairement énoncé dans l'article 7 de la loi sur la santé nationale de 2007 et renforcé dans l'item 7 de la déclaration sur les droits des malades du 16 avril 1998 : « les données sur la santé de l'individu sont soumises à la confidentialité, une personne ne peut les divulguer. Sauf si cette divulgation est conforme à la volonté du titulaire ou s'il existe une loi précise permettant de divulguer les données sur la santé. Néanmoins, en tout cas, une personne en vertu d'une loi sur l'information ou d'une autre loi, ne peut pas exiger les données sur la santé d'autres personnes ».

Cet article concerne la garantie et la protection des droits des malades dans le cadre du secret médical. Les données médicales des malades sont tenues secrètes par tous les professionnels sanitaires concernés. On les rattache à la vie privée de la personne protégée par l'article 35 de la Constitution de la Thaïlande (de 2007)¹²¹. Les données personnelles protégées sont tous les renseignements personnels : que ce soit des données financières, des données professionnelles, qu'elles soient relatives à la croyance et la religion, les données liées à l'opinion politique et autre, ou les informations sur la spécificité biologique physique

¹¹⁹Les informations issues de l'Office des politiques et des stratégies, l'office exécutif du ministère de la santé en 2010, indique que les thaïlandais connaissent plus leur droit à l'accès aux soins et aux services sanitaires publiques qu'auparavant. Actuellement, 99,27 pourcents de la population thaïlandaise (62,59 millions personnes) peuvent bénéficier du système de couverture maladie universelle (CMU) ; PRUTIPINYO C., *op. cit.*, p. 31.

¹²⁰*Id.*, p. 30.

¹²¹Le premier alinéa de l'article 35 de la Constitution de la Thaïlande (de 2007) prévoit que « le droit des membres de la famille, l'honneur et la réputation, y compris la vie privé de chaque personne, sont protégés ».

de la maladie, les facteurs ayant entraîné la maladie et les risques sanitaires menaçant la santé¹²².

Tous les professionnels sanitaires, tel que le médecin, le pharmacien, la sage-femme, l'infirmière et l'assistance, y compris l'étudiant en médecine, doivent respecter et garder ce secret médical. La violation de cette obligation constitue un délit et ils peuvent être condamnés à une peine ne dépassant pas de six mois d'emprisonnement, ou ne dépassant pas d'un mille bahts d'amende, selon l'article 323 du Code pénal¹²³.

Néanmoins, des professionnels sanitaires peuvent divulguer des secrets d'information médicale ; ces dérogations au secret médicale sont prévues dans l'article 35 de la Constitution de la Thaïlande (de 2007), l'article 7 de la loi sur la santé nationale de 2007 et l'item 7 de la déclaration sur les droits des malades le 16 avril 1998, dans deux cas : recevoir le consentement de la malade à divulguer ses données médicales et avoir l'autorisation à divulguer définie par la loi pour l'intérêt public et la sécurité d'autrui.

Certains textes permettent aux agents publics de divulguer des données sur la santé des malades : c'est le cas de la loi sur les informations des administrations de 1997 dans l'article 24 qui prévoit que les fonctionnaires publics peuvent divulguer les données personnelles en leur possession dans certains cas, bien qu'ils n'aient pas reçu à l'avance le consentement d'une malade : par exemple, pour l'intérêt des études et des recherches sous condition d'anonymat des titulaires des données, pour l'intérêt juridique des procédures policières ou judiciaires, pour la prévention et la surveillance de la sécurité de la santé et de la vie de l'individu.

Quant à l'article 7 de la loi sur des maladies contagieuses de 1980, il permet aux agents publics concernés et à la population locale d'informer rapidement les agents sanitaires des cas de maladie contagieuse ou de maladie dangereuse, ou d'un soupçon raisonnable d'existence des maladies mentionnées ; dans ce cas, les données personnelles des malades sont divulguées¹²⁴. A l'inverse, dans le cas où des fonctionnaires publics possèdent les données personnelles du malade, l'article 10 de la loi sur la santé nationale de 2007 permet aux agents publics de les divulguer et de donner les moyens pour prévenir la population, dans la mesure où il existe des circonstances dangereuses ou susceptibles de porter une

¹²²ONGPRAPUN V, *op. cit.*, p. 52.

¹²³PRUTIPINYO C., *op. cit.*, p. 37.

¹²⁴ONGPRAPUN V., *op. cit.*, p. 53s.

atteinte grave à la santé publique. Pourtant, cette divulgation ne doit pas viser une personne en particulier ; cette divulgation doit respecter l'anonymat des titulaires des données.

Conclusion du titre I

Au terme de cette étude, on peut constater que le droit à l'accès aux soins évolue dépendamment du développement du système de la protection sociale du pays. Le droit à l'accès aux soins peut être apprécié de deux points de vue. Du point de vue de la protection sociale, les conceptions française et thaïlandaise sur le droit à l'accès aux soins sont semblables. Tandis que l'accès aux soins au regard du droit médical, surtout la relation médicale en France et en Thaïlande, sont différents. La relation médicale thaïlandaise peut être établie sous la forme contractuelle mais il n'existe aucune loi relative à cette relation et la responsabilité médicale n'a pas été encore adoptée en Thaïlande. Alors qu'en France, depuis l'adoption de la loi du 4 mars 2002, la relation médicale et la responsabilité sont définies dans l'article L.1142-1, CSP imposant un cadre juridique.

Toutefois, en ce qui concerne les droits de la santé des personnes, notamment les droits des malades, ces droits sont définis de la même façon dans la loi française et thaïlandaise, qu'ils soient garantis dans le Code de la santé publique française ou dans quatre textes principaux thaïlandais.

Titre II

Le système de santé et l'accès aux soins

Les individus peuvent accéder aux soins de qualité, efficaces et de manière égale ; cela correspond à la mise en place du système de santé du pays. La détermination claire de la politique sanitaire, l'importance donnée à l'instauration des nouveaux établissements sanitaires surtout en milieu rural, la création des nouvelles institutions liées au développement du système de la santé, l'accroissement du nombre et de la capacité des professionnels médicaux et sanitaires, ainsi que l'assurance du droit à l'accès aux soins destinées à la population sont des éléments fondamentaux qui permettent aux gens d'accéder à des soins de qualité et ces éléments indiquent en même temps la capacité de l'Etat de mettre à disposition un service public de la santé. Dans la présente étude sur l'accès aux soins il est inévitable de mentionner le système de la santé en France et en Thaïlande. Les structures du système de la santé de ces deux pays sont énormes et complexes ; de plus il existe des liens avec d'autres organismes publics et privés dans plusieurs domaines, tant au niveau national, qu'au niveau local.

Le système de santé de la France s'est développé progressivement et adopte régulièrement des lois concernant la santé, notamment, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (la loi HPST) de 2009 dont certaines dispositions sont ensuite modifiées par la loi n°2011-940 du 10 août 2011¹. L'adoption de la loi HPST a donné lieu à de nombreux changements dans la structure du système de la santé, surtout, au niveau local. Depuis la loi HPST, la place des collectivités décentralisées dans la politique de santé locale est quasiment inexistante. Cette loi établit aussi l'Agence régionale de santé (ARS) s'inspirant du modèle de déconcentration dans le but d'être l'institution responsable de la gestion sanitaire au niveau local. Alors que la gestion sanitaire thaïlandaise au niveau national et local est actuellement à la charge du ministère de la santé. Même si le gouvernement a amorcé un mouvement de décentralisation, la politique de santé ne relève pas encore entièrement des collectivités locales. La direction de la santé est toujours dévolue de manière prépondérante à l'Etat.

Dans ce titre, il s'agit de présenter un panorama du système de santé en France et en Thaïlande. On commencera dans un premier temps par préciser la mission générale et les missions spécialisées (chapitre 1) ; et puis, dans un second temps on abordera le système de soins du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier, y compris la coopération médicale et sanitaire (chapitre 2).

¹La loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est adoptée le 10 août 2011.

Chapitre I

Le système de gestion de la santé

Les systèmes de gestion de la santé français et thaïlandais disposent d'un même aspect central; la gestion sanitaire est une mission générale dévolue de manière prépondérante à l'Etat. L'Etat reste toujours au cœur du système de la santé à la fois au niveau national et local. Il ne s'agit pas de décentralisation, ni d'initiative locale. C'est toujours le cas, même après la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (la loi HPST) de 2009 en France. Pour la Thaïlande, le Ministère de la santé publique a la volonté de modifier la nouvelle politique de décentralisation sanitaire afin d'aboutir à une décentralisation complète vers les collectivités locales. Mais le mouvement de décentralisation amorcé en 1999, n'a toujours pas abouti actuellement. En effet, la politique de santé ne relève pas encore entièrement des collectivités locales. Il existe la gestion sanitaire d'une mission générale de la France et de la Thaïlande (Section 1), et puis pour la gestion sanitaire d'une mission spéciale, assurée par de nombreux organismes français et aussi thaïlandais, notamment en ce qui concerne les institutions de certification des établissements de soins et du contrôle de la qualification professionnelle, et aussi les institutions de recherche et de développement sanitaire (section 2).

Section 1 : La gestion sanitaire : une mission générale dévolue de manière prépondérante à l'état

L'Etat est le principal responsable de la gestion sanitaire au niveau national comme au niveau local.

§ 1 : La gestion sanitaire au niveau national

En France et en Thaïlande, il existe plusieurs institutions de santé publique que l'on peut regrouper en deux catégories : les institutions de décision et de mise en œuvre des politiques de santé et les institutions de soutien à la gestion sanitaire.

A : Les institutions de décision et de mise en œuvre des politiques de la santé

Le ministère chargé de la santé représente l'administration principale qui possède le pouvoir de décision et de mise en œuvre des politiques de la santé en France et en Thaïlande. De plus, il existe des directions principales rattachées au secteur de la santé en France et une organisation publique en Thaïlande qui prennent en charge la mise en œuvre des politiques de santé.

a : En France : le ministère chargé de la santé et les directions rattachées au secteur de la santé

Les institutions de décision et de mise en œuvre des politiques sanitaires en France comprennent le ministère chargé de la santé et des directions principales rattachées au secteur de la santé.

Le ministère chargé de la santé : Administration à compétence nationale disposant de pouvoirs de décision et de mise en œuvre des politiques de la santé; elle est apparue en 1920 sous le nom de ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, à la suite de la Première Guerre mondiale et de la pandémie de grippe espagnole de 1918-1919 ; mais le premier « ministère de la Santé publique » ne verra le jour qu'en 1930.

L'histoire du ministère chargé de la santé en France est instable mais instructive. A l'heure actuelle, il existe deux administrations centrales concernant la santé au sein du gouvernement de M. Jean-Marc Ayrault : un ministère des Affaires sociales et de la Santé, et un ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social.

Concernant le ministère des Affaires sociales et de la Santé, un décret (n° 2012-769 du 24 mai 2012) décrit les attributions qui sont pratiquées par le ministre des affaires sociales et de la santé ; il prévoit que celui-ci prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines des affaires sociales, de la solidarité et de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de soins. A ce titre, le ministre doit notamment élaborer et mettre en œuvre, les règles relatives à la politique de protection de la santé contre les divers risques susceptibles de l'affecter ; il est responsable de l'organisation de la prévention et des soins ; il est compétent en matière de professions médicales et paramédicales et en matière de lutte contre la toxicomanie

De plus, le ministre prépare et met en œuvre les règles relatives aux régimes et à la gestion des organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux organismes complémentaires, en matière d'assurance vieillesse, de prestations familiales et d'assurance maladie et maternité, et, conjointement avec le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles

En d'ailleurs, un décret (n° 2012-774 du 24 mai 2012) décrit les attributions qui sont actuellement exercées par le ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social ; il prévoit que celui-ci prépare et met en œuvre la

politique du Gouvernement, notamment dans les domaines du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, du dialogue social et de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. A ce titre, le ministre doit notamment élaborer et mettre en œuvre, les règles relatives aux conditions de travail, à la négociation collective et aux droits des salariés ; conjointement avec le ministre des affaires sociales et de la santé, il prépare et met en œuvre les règles relatives aux régimes et à la gestion des organismes de sécurité sociale en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

En outre, le ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social travaille en étroite collaboration avec différents ministres tels que le ministre de l'Economie et des Finances, qui est chargé d'élaborer et d'exécuter des lois relative au financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, la mise en œuvre des politiques sanitaires ne concerne pas seulement le ministère de la santé, elle est également sous la compétence d'autres ministères. D'autres structures ministérielles ont une action directe notamment dans la mise en œuvre de la politique de réduction des risques. Ainsi, le ministre de l'économie intervient avec celui du budget pour des lois de financement de la sécurité sociale, le ministère chargé de l'agriculture et sa direction générale de l'alimentation (DGAL) sont directement en charge de l'élaboration des règles garantissant la qualité des produits agricoles ou alimentaires et de la mise en œuvre des contrôles permettant d'en garantir le respect. Les services vétérinaires sont, au niveau déconcentré, investis de prérogatives déterminantes pour la protection de la santé publique².

Enfin, il en va ainsi de la direction centrale du service de santé des armées au ministère de la Défense, de l'administration chargée des services de santé scolaire au ministère de l'Education, de la direction générale du travail pour la protection de la santé des travailleurs ou de la délégation à la sécurité et à la circulation routières au ministère de l'équipement.

Les directions principales rattachées au secteur de la santé : ce sont des organisations internes du département ministériel chargé de la santé. Elles se composent de services qui lui sont propres et d'autres qu'elles partagent avec les ministres chargés des Affaires sociales et du Travail. Les services propres comprennent :

²LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *Droit de la santé*, 2^e édition, PUF, Paris, 2009, p. 169.

1. La direction générale de la santé (DGS)

Cette direction est au cœur du système de santé publique et est un pivot des actions de veille et de sécurité sanitaire. Une section du code de la santé publique (CSP), intitulée « services centraux du ministère de la santé », présente les deux missions principales de cette direction. La première concerne les activités de conception des politiques et plans de santé et de coordination de l'action des services publics de santé. Autrement dit, elle est chargée de préparer la politique nationale de santé publique et de contribuer à sa mise en œuvre.

Elle est plus particulièrement compétente, en liaison avec les autres services et organismes concernés, dans les domaines suivants : les plans de santé publique et les programmes nationaux de la santé ; l'élaboration des politiques relatives aux droits des personnes malades, aux questions d'éthique ; la qualité et la sécurité des soins, des pratiques professionnelles, des recherches biomédicales et des produits de santé ; la définition de la politique du médicament ; la politique de prévention et de gestion du risque infectieux et de prévention des risques iatrogènes non infectieux ; les alertes sanitaires ; la tutelle sur les établissements publics et organismes compétents en matière de santé publique et de sécurité sanitaire³.

La seconde des missions particulières est relative à l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Elle est chargée pour l'essentiel de piloter l'organisation de l'offre de soins et de concevoir et mettre en œuvre les règles de tarification et de régulation financière applicables sur ce secteur⁴.

2. La direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Autrefois, elle était intitulée la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Mais depuis mars 2010, elle est dénommée par la loi HPST « la direction générale de l'offre de soins ». Car il n'est désormais plus nécessaire de distinguer des soins de ville et des soins d'hospitalisation ; on emploie désormais le terme de « soin en général ».

Cette direction travaille en liaison avec les autres directions et services concernés de l'Etat ; elle a notamment pour mission d'assurer le respect de la dignité et des droits des usagers de l'offre de soins. Elle organise généralement l'offre de soins sur le territoire en fonction des objectifs gouvernementaux, notamment des établissements de santé afin de

³Art. D. 1421-1, CSP ; DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *Droit hospitalier*, coll. « Cours », 8^{ème} édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 17.

⁴Art. D. 1421-2, CSP.

favoriser l'égal accès aux soins, de la qualité et sécurité des soins. Elle gère aussi la détermination et l'emploi des ressources nécessaires à l'offre de soins, notamment en matière de ressources humaines, de régulation financière ou d'organisation territoriale. Elle a des compétences en matière d'autorisation des officines pharmaceutiques et des laboratoires d'analyse médicale.

Ensuite, elle contribue à la mise en œuvre des plans de santé publique qui intéressent l'offre de soins, la définition et l'évaluation des politiques relatives à l'accès aux soins de premier recours, à l'adaptation des parcours de soins, notamment ceux des malades chroniques, à la cohérence des politiques d'offre de soins développées dans les champs sanitaire et médico-social, etc.

Enfin, elle participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Elle est chargée de l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé⁵.

3. La direction de la Sécurité sociale (DSS)

Cette direction ministérielle a notamment une mission de préparation de la loi de financement de la Sécurité sociale⁶ et plus généralement de la prise en charge des politiques relatives à la Sécurité sociale.

4. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Elle est un pilote des politiques de l'action sociale et de la coordination de l'action des ministères en matière de minimas sociaux. Elle est créée en 1967 et ses missions ont été précisées par la loi DMOS n° 96-452 du 28 mai 1996⁷. Elle a pour mission notamment le « contrôle et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques de la Sécurité sociale et de la prévoyance sociale, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle »⁸.

Dans la partie législative du CSP, plusieurs articles sont consacrés aux vérifications de l'IGAS qui portent sur tous les services, établissements, institutions et professionnels

⁵Art. D. 1421-2, CSP.

⁶Loi constitutionnelle du 22 février 1996 et les ordonnances du 24 avril 1996 ont institué des instruments d'encadrement des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie. Ces instruments qui s'appliquent désormais aux différents acteurs du système de santé résultent des lois de financement de la Sécurité sociale qui sont votées chaque année par le Parlement.

⁷Loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire.

⁸Art. 48 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire.

sanitaires et sociaux (y compris libéraux) lorsqu'ils ont bénéficié de concours de l'Etat, d'une collectivité territoriale, d'un organisme de Sécurité sociale ou de prévoyance social, ou de crédits de la Communauté européenne. C'est le rôle des médecins inspecteurs de santé publique, des pharmaciens inspecteurs de santé publique, des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, des ingénieurs du génie sanitaire, des ingénieurs d'études sanitaires et des techniciens sanitaires. Pour l'exercice de leurs missions, ils ont accès à tous ces services, établissements et institutions ainsi qu'aux administrations publiques. Des prérogatives particulières leur sont confiées afin de leur permettre d'exercer leur mission de contrôle de l'application des règles générales d'hygiène et des législations et réglementations sanitaires⁹.

5. La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)

Depuis 1994, la DARES¹⁰ établit la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Elle classe par ailleurs des structures autorisées à installer des équipements sanitaires ou sociaux pour les besoins du ministère de la santé et pour l'assurance maladie, ainsi que les lieux dans lesquels sont installés ces équipements et s'exercent les activités de soins (notion d'établissement, qui correspond à une implantation géographique). A chacune d'elles est attribué un numéro national à neuf chiffres dit « FINESS » (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux)¹¹.

b : En Thaïlande : le ministère de la santé publique et l'organisation publique concernée

Le système de santé thaïlandaise a connu une grande évolution en s'inspirant des standards internationaux. Ainsi, les politiques de santé sont mises en œuvre au niveau étatique avec pour principaux acteurs, le ministère de la santé publique et l'organisation publique concernée qui est chargée de mettre en œuvre ses politiques.

Le ministère de la santé publique : il est l'institution principale pour la prise en charge

⁹Art. L. 1421-1 à L. 1421-3, CSP ; LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 166.

¹⁰Autrefois, elle était la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

¹¹DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 19.

de la décision et la mise en œuvre des politiques sanitaires en Thaïlande¹². Il détient trois prérogatives : le soutien, le contrôle et la coopération de toutes les activités liées à la santé physique et mentale. Ces trois objectifs visent à préserver la santé des Thaïlandais. Il fut mis en place le 10 mars 1942, a connu de multiples réformes en vue de proposer des services sanitaires toujours plus efficaces. On peut notamment évoquer l'installation des hôpitaux publics en province dès 1952¹³.

Selon la loi d'amélioration du ministère et du département de 1991 qui détermine les autorités compétentes et les obligations du ministère de la santé publique, « le ministère de la santé publique a autorité ainsi que des obligations concernant la médication, la santé publique, la promotion et le développement sanitaire, le contrôle de la nutrition, les médicaments et aussi les produits dangereux. De plus, il a une obligation de surveillance et de soutien à la Croix-Rouge thaïlandaise »

Le ministère de la santé publique aura donc pour missions de mettre en œuvre la politique sanitaire, ainsi que surveiller et contrôler toutes les organisations de soins. Il aura également pour mission de suivre l'ensemble des questions relatives à la politique du gouvernement afin d'atteindre quatre objectifs principaux :

- (1) L'accès à un état complet de bien-être physique, mental et social.
- (2) La prévention des maladies : diagnostiquer la maladie pour pouvoir l'éradiquer.
- (3) L'allongement de l'espérance de vie.
- (4) La prévention des risques environnementaux, des risques liés à la nutrition et des risques d'affections iatrogènes.

La réforme du ministère de la santé publique a été initiée le 9 juillet 2001, pour adapter et améliorer la structure exécutive du ministère. Cette structure a été influencée par les lois antérieures et la réforme du système gouvernemental¹⁴. Le but de la réforme était d'accroître l'efficacité du système mis en place en restructurant les organisations internes au système. En effet, l'accent a porté sur la qualité et la rapidité des soins. Ainsi, les organisations seront désormais évaluées et vérifiées selon les missions qu'elles exercent.

¹²Alors que des institutions de décision et de mise en œuvre des politiques sanitaires en France comprennent trois administrations centrales : un ministère de la Santé et des Sports, un ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et un Secrétariat d'Etat auprès du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

¹³Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *Le changement du rôle, des missions et la structure du ministère de la santé*, Presses de Yutarin, 2002, p.11.

¹⁴La réforme du système gouvernemental de la Thaïlande est au centre des préoccupations dès 1997 en raison de la crise économique, de la nouvelle constitution thaïlandaise de 1997 (qui préconise le passage d'un Etat central à un Etat décentralisé) et les problèmes récurrents de corruption au sein de l'équipe gouvernementale.

Cette réforme a une ampleur importante puisqu'elle concrétise la décentralisation, des autorités sanitaires nationales vers les autorités administratives locales. Au niveau central, les politiques sanitaires seront mises en place par le biais de contrôle et d'évaluation des activités sanitaires. Au niveau décentralisé, des formations seront assurées afin de former le personnel local.

La structure exécutive du ministère de la santé publique a été modernisée en vue de correspondre à la réforme de 1997. L'accent a ainsi porté sur une utilisation optimale de ressources matérielles et financières. Désormais, le système est structuré en « pôles » regroupant plusieurs missions¹⁵ ;

1. L'office exécutif du ministère : il se charge du contrôle des politiques et des projets sanitaires, de la surveillance et de l'évaluation des résultats des activités des sections administratives qui sont sous le contrôle. De plus, il surveille les autres organisations administratives qui doivent faire le suivi des droits sanitaires. Le ministère de la santé publique va former les personnels sanitaires plus qualifiés. Enfin, il va promouvoir, supporter et améliorer le système exécutif sanitaire, l'offre de soins et aussi l'enseignement de la santé.

2. Le pôle du développement des services médicaux

Ce pôle se compose du (1) département de médication : il se charge du développement du soin général et spécialisé, de la technologie médicale. Il est chargé du contrôle de la qualification médicale pour toutes les activités sanitaires. D'ailleurs, il va former les professionnels de santé afin qu'ils soient plus expérimentés et mieux qualifiés, donc plus efficaces. (2) Le département de santé mentale, dont les missions principales sont le soutien, la prévention, le soin et la prise en charge des malades psychiatriques. Le but de ce département est l'accès à des services spécialisés en psychiatrie. Enfin on souhaiterait mettre à la disposition de ces services des moyens technologiques et des ressources de connaissance en matière de santé mentale. (3) Le département pour le développement de la médecine traditionnelle et alternative thaïlandaise qui a pour tâche de protéger, conserver, soutenir et développer les connaissances en médecine traditionnelle et la médecine alternative thaïlandaise. En effet, ce département vise à préserver une relation de confiance

¹⁵Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *Le changement du rôle, des missions et la structure du ministère de la santé*, op. cit., p.54-55.

entre le personnel médical et le patient. Ainsi, la médecine traditionnelle et alternative thaïlandaise tente de s'inspirer de la médecine internationale afin de faire bénéficier la population d'une diversité de traitements médicaux tout en respectant une qualité de soin.

3. Le pôle du développement de la santé publique

Ce pôle se compose du(1) département de la santé : il intervient dans la recherche et le développement académique et technologique dans le secteur de la santé. Il va notamment tenter d'élaborer des stratégies, des méthodes et divers modes d'organisation afin d'améliorer le comportement sanitaire de la population et de soutenir l'environnement sanitaire. (2) Le département du contrôle et de la surveillance des maladies : il a d'une part une mission de contrôle des maladies (recherche et développement) et d'autre part une mission d'information auprès des organisations administratives partenaires et également auprès de la population.

4. Le pôle de soutien aux services sanitaires

Ce pôle comprend trois départements (1) le département des sciences médicales : Il est chargé d'étudier, de rechercher, d'évaluer et de contrôler la sécurité et la qualité des produits alimentaires, des médicaments, des drogues, des cosmétiques, des produits dangereux et des appareils médicaux. De plus, il a pour mission de développer la connaissance en matière de technologies médicales, la recherche pharmaceutique et biologique. (2) L'office du comité des nutriments et des médicaments : il se charge principalement de surveiller la sécurité et le standard de production, l'importation et la distribution des produits alimentaires, des médicaments, des cosmétiques, des produits dangereux, des produits défectueux, des drogues, des substances toxiques et des équipements médicaux. De plus, il a autorité pour permettre la fabrication et la mise sur le marché des produits sanitaires. Il va surveiller les effets indésirables concernant l'utilisation et la consommation des produits sanitaires. (3) Le département de soutien aux services sanitaires : ce département se préoccupe du soutien, de l'encouragement et du développement efficace du système de la manipulation des services sanitaires, du système de l'offre de soin et également du système de la protection des services sanitaires à la population. En outre, il met en place la collaboration entre des secteurs sanitaires privés et la population afin que les Thaïlandais puissent accéder à des services sanitaires de qualité. Ceci permettra d'assurer le bien-être physique et mental de la population.

Par ailleurs, la mise en œuvre des politiques sanitaires ne concerne pas seulement le ministère de la santé mais relève également de la compétence des autres ministères. Le ministère de la santé va évidemment travailler en collaboration étroite avec l'Office budgétaire du ministère du trésor qui est chargée d'élaborer et d'exécuter les lois de financement de la protection sociale.

En outre, le ministère qui est responsable des activités sanitaires relatives à la santé environnementale est le ministère des ressources nationales et de l'environnement, lié à la santé du travail qui relève de plusieurs ministères : le ministère du travail, le ministère de l'industrie, le ministère de l'agriculture et le ministère de l'intérieur, qui ont des rôles importants en matière de médecine du travail.

Le ministre de l'éducation nationale met en œuvre tout ce qui touche à la santé scolaire, la médecine scolaire et universitaire et gère en partie les professionnels hospitaliers. De plus, le ministère de la défense dispose du service de santé des armées. Enfin le ministère de la justice est responsable de la médecine légale et gère avec le ministère de la santé le milieu carcéral¹⁶.

L'organisation publique concernée : c'est l'organisation du gouvernement pharmaceutique, elle met en œuvre la politique de santé, concernant les médicaments et les produits sanitaires¹⁷. Elle a juridiquement le statut d'entreprise gouvernementale de droit public ; cela signifie que c'est une personne morale. Même si dans la structure exécutive centrale du ministère, elle n'est pas considérée comme un pôle d'activité, généralement rattachée au ministère de la santé, elle est sous la direction du gouvernement. De plus, elle a l'indépendance de l'exécution administrative, de la gestion budgétaire et de l'organisation professionnelle.

Cette entreprise gouvernementale met en œuvre la politique spécialisée du ministère de la santé qui est une politique liée à la production des médicaments et à la fabrication des produits sanitaires. De plus, elle est chargée de promouvoir la recherche des nouveaux médicaments et des produits sanitaires qualifiés.

¹⁶Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé Publique de Thaïlande 2001-2004*, presses de l'Organisation de Livraison Exprès de la Thaïlande 2004, p.105.

¹⁷Alors qu'une direction en France a des compétences en matière d'autorisations des officines pharmaceutiques et des laboratoires d'analyse médicale : la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

B : Les institutions de soutien de la gestion sanitaire

La gestion sanitaire est réalisée par plusieurs organisations et non seulement par le ministère chargé de la santé. L'administration centrale chargée de la santé en France et en Thaïlande comporte aussi un grand nombre d'organismes à caractère consultatif.

a : Les trois organismes français principaux de soutien de la gestion sanitaire

En France, il existe des institutions sanitaires diverses dont la nature n'est pas forcément très claire. Mais parmi les institutions de la santé, il en existe trois principales relatives au soutien de la gestion sanitaire : le Comité national de santé publique, le Haut conseil de santé publique et la conférence nationale de santé.

Le Comité national de santé publique : il représente une institution d'aide à la décision, créé par la loi du 9 Aout 2004 (il s'est substitué en 2004 au comité national de sécurité sanitaire créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 et au comité technique national de prévention institué par la loi du 4 mars 2002), et dispose de trois missions¹⁸ : (1) coordonner l'action des différents départements ministériels et interinstitutionnels en matière de sécurité sanitaire et de prévention ; (2) analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population ; et (3) contribuer à l'élaboration de la politique du Gouvernement dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention et d'en examiner les conditions de financement.

Il est présidé par le ministre chargé de la santé ou par la DGS¹⁹ ; il est composé de treize directeurs d'administration centrale, de délégués interministériels à la ville et à la sécurité routière, du président de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et du directeur général de l'UNCAM²⁰, ou de leurs représentants²¹. Il se réunit au moins deux fois par an, et également sur convocation du ministre de la santé. Enfin, il rend un rapport annuel d'activité au ministre, dans lequel il peut présenter des propositions pour améliorer les programmes d'action sanitaire.

¹⁸Art L. 1413-1 et R. 1413-25 et s., CSP.

¹⁹Directeur général de la santé (DGS).

²⁰L'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

²¹Art R. 1413-26, CSP.

Le Haut Conseil de la santé publique : institué par la loi du 9 août 2004²², il a une vocation d'expertise technique tout à fait générale en matière sanitaire²³. Instance nationale d'expertise, il a succédé au Conseil supérieur d'hygiène publique de France et au Haut Conseil de la santé. Il a pour mission de contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique²⁴. Il établit un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer. Ce rapport dresse notamment un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques quant aux problèmes de santé et précise les moyens spécifiques à mettre en œuvre pour les personnes handicapées²⁵.

Le Haut Conseil de la santé publique est également chargé de suivre et d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique tels que fixés tous les cinq ans par le parlement en application de l'article L. 1411-2. De plus, il va apporter son expertise en matière d'évaluation et de gestion des risques sanitaires, organiser une veille prospective sur l'ensemble des facteurs susceptibles d'influer sur l'état de santé des populations²⁶. Il prend aussi en charge la conception et l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaires.

Il est consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du parlement et par le président de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

La Conférence nationale de santé : créée par l'ordonnance du 24 avril 1996²⁷, elle se voit confier un rôle consultatif général en matière de politique de santé publique. Elle est placée auprès du ministre chargé de la santé et ses missions sont présentées à l'article L. 1411-3, CSP. Son objet principal est de « permettre la concertation sur les questions de santé ». Elle assure en effet, par sa composition, la représentation des acteurs du système de santé. Siègent à la conférence nationale de santé des représentants des usagers, des professionnels de santé, des établissements et des institutions de santé, des organismes

²²Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

²³DE FORGES J., *Le droit de la santé*, coll. « Que sais-je ? », 7^e édition, PUF, Paris, 2010, p. 63.

²⁴Art L. 1411-4, CSP.

²⁵LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 188.

²⁶FANTINO B. et ROPERT G., *Le système de santé en France : diagnostic et propositions*, DUNOD, Paris, p. 306.

²⁷Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des conférences régionales de santé, des organismes de recherche et des industries des produits de santé. La conférence compte 113 membres répartis en six collèges²⁸. Ses modalités de fonctionnement sont définies par les articles D. 1411-38 à D. 1411-45, CSP²⁹.

De plus, elle est consultée par le gouvernement au moment de l'élaboration du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique qui doit être améliorée tous les cinq ans³⁰. Elle intervient également à la demande du gouvernement pour donner ses avis et faire ses propositions sur des plans et programmes sanitaires d'amélioration du système de santé. Elle élabore aussi, à partir des travaux réalisés par les conférences régionales de santé, un rapport annuel qu'elle adresse au ministre chargé de la santé et qu'elle rend public. Elle élabore enfin un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé sur la base des travaux réalisés par les conférences régionales de santé.

b : Les trois organismes thaïlandais principaux à caractère consultatif

Le système thaïlandais de la santé est développé non pas seulement par le ministère de la santé publique mais aussi par d'autres institutions de santé. Les institutions consultatives en Thaïlande comprennent trois organisations principales : la commission sanitaire nationale, la commission nationale du développement économique et social et le conseil consultatif national de l'économie et la société.

La commission sanitaire nationale : elle est créée le 19 mars 2007 par la loi sur la santé nationale, après plusieurs tentatives depuis 2003 pour modifier le système national de santé. C'est une commission nationale, composée de 39 membres représentant différents domaines : soit la politique et l'administration, soit le secteur académique et le professionnel, soit le secteur social³¹.

La désignation des membres est particulière, puisque trente d'entre eux sont nommés pour quatre ans par le comité du recrutement de la commission sanitaire nationale parmi des personnalités représentant l'organisation administrative locale, l'organisation professionnelle sanitaire ou encore l'organisation privée à but non lucratif³². Les neuf membres restant sont

²⁸Art. D. 1411-37, CSP.

²⁹LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 187.

³⁰Art. L. 1411-3, CSP.

³¹Art. 13 de la loi sur la santé nationale de 2007.

³²Art. 13 et 15-20 de la loi sur la santé nationale de 2007.

nommés automatiquement en fonction de leurs compétences. On peut notamment citer le président du conseil consultatif national de l'économie et du social, le président du comité national du droit humanitaire, le ministre de la santé.

Cette commission, par le biais de ses 39 membres, a pour rôle de rendre des avis et conseiller le gouvernement sur la politique et la stratégie sanitaire. Elle va contrôler et suivre les projets sanitaires et informer ceux qui ont donné leur avis et elle va également les divulguer au public. De plus, la commission est responsable de l'élaboration de la constitution sanitaire nationale qui va être considérée et votée par l'ensemble des ministres. Enfin, elle a l'obligation de gérer, soutenir et promouvoir la procédure à suivre pour le développement des politiques et des stratégies sanitaires³³ par le biais de la participation de tous les secteurs sanitaires³⁴.

La commission nationale du développement économique et social : elle est l'une des organisations administratives placées sous le contrôle de l'office du premier ministre. Sa mission principale est de promouvoir le développement économique et social, en élaborant des plans nationaux d'une durée de cinq ans.

La commission est créée dès le 15 février 1950 sous le nom de « conseil économique national ». Elle avait initialement pour mission de présenter des conseils ou des avis concernant les aspects économiques. En 1972, « le conseil économique national » devient « l'office de la commission nationale du développement économique et sociale ». En plus de sa mission économique, la commission s'occupe désormais des affaires sociales afin de développer la politique économique et sociale.

La commission nationale du développement économique et social est nommée en vertu de la loi du développement économique et social national de 1978 et elle est promue et soutenue dans les affaires administratives par l'Office de la commission nationale du développement économique et social. Elle se compose de 15 membres³⁵ : certains (9 membres) sont nommés par le gouvernement parmi des spécialistes économiques et sociales pour la durée de quatre ans. D'autres (6 membres) sont nommés automatiquement en raison de leurs

³³La commission sanitaire nationale en Thaïlande a une mission principale, comparable à celle du comité national de santé publique en France : l'obligation de définir, gérer, soutenir, promouvoir des modalités à suivre pour le développement des politiques et des stratégies sanitaires.

³⁴Art. 25 de la loi sur la santé nationale de 2007.

³⁵Art. 5 de la loi du développement économique et social national de 1978.

compétences. Par exemple : le gouverneur de la Banque Nationale, le directeur du Bureau de Budget.

La commission nationale du développement économique et social est évidemment responsable de l'élaboration de la planification nationale du développement économique et social. En outre, elle peut donner ses avis et ses conseils relatifs au gouvernement concernant le développement économique et social de l'Etat³⁶. En conséquence, la planification sanitaire du ministère de la santé doit être déterminée selon la planification nationale du développement économique et social.

Le ministère de la santé doit présenter également sa planification sanitaire et ses projets sanitaires à la commission nationale du développement économique et social. Cette commission rend des avis et donne des conseils³⁷ qui sont grandement pris en considération dans le cadre du budget annuel gouvernemental³⁸.

La planification sanitaire actuelle poursuit les objectifs de la période précédente qui est basé sur « la philosophie de suffisance économique » développée par le Roi Phumipol. Toutefois, une innovation apparaît selon le concept : « la bonne santé est le résultat de la bonne société ». Cette innovation vise à favoriser l'ensemble du développement physique, psychique, social et spirituel de la population.

La nouvelle planification mise en place lors de la période 2007-2011 tente de répondre à dix objectifs : assurer la gouvernance du système de la santé ; promouvoir la santé de la population ; être dans le prolongement de la tradition sanitaire ; créer un fort réseau de santé ; avoir des services sanitaires plus efficaces et des services médicaux qualifiés ; affirmer le droit à l'accès aux soins pour tous; mettre en œuvre la protection sanitaire contre les épidémies; instaurer un choix entre la médecine traditionnelle et la médecine internationale ; mieux informer la population en matière de santé et s'intéresser aux plus démunis, aux handicapés et aux personnes âgées de notre société.

Le conseil consultatif national de l'économie et la société : il est créé le 14 janvier 2000 par la loi sur le conseil consultatif nationale de l'économie et la société. Juridiquement, c'est une organisation constitutionnelle indépendante, en matière de finance et d'exécution. Il se

³⁶Art. 6 de la loi du développement économique et social national de 1978.

³⁷La commission nationale du développement économique et social en Thaïlande prend en charge la définition des objectifs pluriannuels de santé publique et également suit et évalue la réalisation des objectifs nationaux de santé publique tels que fixés tous les cinq ans. Cette mission est comparable à celle du Haut conseil de santé publique en France.

³⁸Art. 13 de la loi du développement économique et social national de 1978.

compose de 99 membres³⁹ qui sont des représentants de chaque domaine professionnel : le domaine économique, le domaine social, le domaine agricole.

Il a pour mission de rendre des avis et de donner des conseils en matière économique, sociale et notamment dans le domaine de la santé publique au gouvernement. Le Conseil est également consulté en amont, pour la planification nationale du développement économique et sociale⁴⁰.

Le conseil consultatif national de l'économie et la société est créé sous l'impulsion des constitutions thaïlandaises de 1997 et de 2007 qui prônaient une participation plus importante de la population dans les domaines de l'économie et du social et par conséquent de la santé. Les membres du conseil vont mettre en exergue des problèmes économiques, sociaux et sanitaires, apparus dans divers domaines professionnels et vont proposer des solutions. Cette participation est une méthode efficace pour connaître les problèmes et trouver des solutions appropriées.

§ 2 : La gestion sanitaire au niveau local

Au niveau local, la gestion sanitaire s'applique de la même manière en France et en Thaïlande. Il est significatif que la maîtrise de la santé appartienne de manière prépondérante à l'Etat. En France, traditionnellement on constate que les collectivités locales disposent de peu de compétences propres en matière sanitaire. La décentralisation n'est que peu développée en la matière, et c'est surtout en termes de déconcentration que l'on peut développer une politique sanitaire au niveau local.

En Thaïlande, la gestion sanitaire locale est actuellement sous la conduite du ministère de la santé, même si le gouvernement procède actuellement à une nouvelle politique sanitaire et a amorcé un mouvement de décentralisation vers les collectivités locales. Mais ce domaine ne relève pas encore entièrement des collectivités territoriales décentralisées.

A : Le schéma général

L'organisation administrative au niveau local est compliquée, notamment celle de la France. Pour situer la gestion sanitaire au niveau local, il convient d'abord de présenter le schéma général de la France, et ensuite celui de la Thaïlande.

³⁹Art. 5 de la loi du conseil consultatif national de l'économie et la société de 2000.

⁴⁰Art. 14 de la loi du conseil consultatif national de l'économie et la société de 2000.

a : La complexité de la gestion sanitaire au niveau local en France

Pour bien comprendre des institutions locales de la France, nous schématiserons de manière générale la structure de l'organisation administrative au niveau local. L'organisation exécutive gouvernementale française est divisée en trois niveaux : celui de la centralisation, celui de la déconcentration et puis celui de la décentralisation. Pour apprécier la structure de l'organisation administration au niveau local, il faut porter son attention sur deux administrations : les administrations territoriales de l'Etat et les administrations décentralisées.

L'administration territoriale de l'Etat : les services de l'Etat sont simplement divisés de façon géographique et sont aménagés territorialement dans le cadre de circonscriptions (c'est la technique de la déconcentration). Ils existent notamment au niveau administratif régional et au niveau administratif départemental. Ces services n'ont plus le statut de personnalité juridique qui est distincte de celle de l'Etat, alors même qu'ils servent aussi à l'institution de collectivités décentralisées. L'administration territoriale de l'Etat traite des missions variées selon les services mais on essaie de faire coïncider ses limites avec celles des collectivités territoriales pour des raisons de commodité et de rationalisation.

Au niveau administratif régional, il existe vingt-deux circonscriptions régionales en métropole et cinq outre-mer⁴¹. La région est l'échelon de « mise en œuvre des politiques nationale et communautaire de développement économique et social et d'aménagement du territoire, et d'animation et de coordination des politiques de l'Etat relatives à la culture, à l'environnement, à la ville et à l'espace rural »⁴². De plus des services de l'Etat y sont placés sous la responsabilité d'un préfet de région.

Dans la structure intérieure de la région, il existe le secrétaire général pour les affaires régionales qui assiste le préfet dans l'exercice de ses missions. Sous son autorité, il coordonne l'action des services régionaux de l'Etat et veille à l'articulation de celle-ci avec celle des services départementaux ; il veille à la cohérence de la mise en œuvre des politiques nationales et de celles de l'Union européenne qui relèvent du niveau régional et met en œuvre certaines d'entre elles ; il anime l'action des services régionaux de l'Etat dans les domaines des études, de l'évaluation et de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication ; il coordonne la mise en œuvre des actions d'information et de

⁴¹Les départements et régions d'outre-mer se composent de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, de la Réunion qui sont créés en 1946 et constituent depuis 1982 des régions monodépartementales et de Mayotte qui a acquis en mars 2011 le statut de département et de région d'outre-mer.

⁴²Il existe dans la Charte de la déconcentration de 1992.

communication de l'Etat relatives aux politiques publiques dans la région, en relation avec le service d'information du gouvernement ; il anime et coordonne l'organisation et la mise en œuvre des fonctions mutualisées des services de l'Etat en région ; il organise et anime une plate-forme d'appui interministérielle à la gestion des ressources humaines⁴³.

En matière de gestion sanitaire, les régions ont eu un rôle minimaliste. Elles ont vu leur champ de compétences en matière sanitaire et social en 2004 à travers les ARH⁴⁴ s'élargir. Elles participaient autrefois à des instances consultatives dans l'ARH et étaient consultées sur des sujets non fondamentaux. Mais désormais, en raison de la loi HPST, elles disposent d'une place et de compétences étendues.

Au niveau administratif départemental, il existe une division administrative de la France, créée le 22 décembre 1789, à la fois collectivité locale décentralisée, circonscription administrative déconcentrée⁴⁵ et circonscription électorale. Il existe 95 départements en métropole et 5 outre-mer. Le département constitue la conjonction essentielle de l'administration territoriale de l'Etat et il est en charge de la mise en œuvre des politiques publiques de l'Etat qui sont au plus près des administrés et du territoire.

Les directions départementales interministérielles sont des services organisés par l'Etat au niveau déconcentré. Elles mettent en œuvre des politiques définies par le gouvernement, dont le pilotage et la coordination sont assurés par le préfet de région, assisté des directions régionales. Elles exercent leurs missions sous réserve des compétences dévolues à d'autres services ou établissements publics de l'Etat. C'est ainsi que les directions départementales interministérielles sont rattachées au Premier ministre et placés sous l'autorité directe, organisationnelle et fonctionnelle du préfet de département⁴⁶.

Dans la gestion sanitaire au niveau départemental, le département a moins de compétence que les communes. Il est chargé de la protection maternelle et infantile, de la gestion des centres d'éducation et de la planification familiale. Il est également compétent en matière de vaccination, de lutte contre certaines maladies comme la tuberculose, les cancers, etc. Dans le domaine social, entre dans le champ de l'ARS et de l'échelon régional, tout ce qui relève du domaine médico-social⁴⁷.

⁴³ROUAULT M., *Droit administratif*, coll. « Mémentos LMD », 7^e édition, GUALINO, Paris, 2011, p. 101s.

⁴⁴Agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

⁴⁵Les services déconcentrés de l'Etat sont normalement aménagés dans le cadre du département.

⁴⁶ROUAULT M., *op. cit.*, p. 101s.

⁴⁷VILLENEUVE P., « Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », *RDSS*, n° HS du 10 mars 2009, p. 86s.

Les administrations décentralisées : elles sont divisées entre, d'une part des collectivités territoriales à statut général se composant des communes, départements et régions ; d'autre part celles à statut particulier (Paris, Lyon, Marseille, la Corse et l'outre-mer). On remarque que des collectivités territoriales coïncident avec les circonscriptions territoriales, soit commune, soit département, soit région. Les unités territoriales s'encastrent ; la région englobe plusieurs départements et le département contient plusieurs communes.

Toutes les collectivités territoriales décentralisées sont administrées par un conseil qui est élu au suffrage universel direct et sont dotées d'un exécutif élu au sein de ce conseil. Dans les conditions prévues par la loi, les collectivités territoriales sont chargées de prendre des décisions pour l'ensemble des compétences, s'administrent librement par des conseils élus, et disposent également d'un pouvoir réglementaire pour l'exercice de leurs compétences.

Les collectivités territoriales correspondent à une communauté d'habitants, en un lieu donné, et ont vocation à poursuivre la satisfaction de l'intérêt collectif de leurs membres. Leurs compétences résultent pour une part de textes et pour une part de la clause générale de compétence⁴⁸. Dans le respect du principe de subsidiarité, les textes distinguent les services publics locaux, obligatoires ou facultatifs, des services publics nationaux que seul l'Etat a vocation à assumer⁴⁹.

Concernant la diversité des collectivités décentralisées, l'existence de la région est moins ancienne et ses compétences moins étendues que celles de la commune et du département. Ses missions spécialisées ont été reconnues par la loi du 5 juillet 1972 qui marque encore sa réalité. Quant au département, son régime juridique est issu de la loi du 10 août 1871, modifiée, en particulier, par la loi du 2 mars 1982. Le département a été le principal bénéficiaire des réformes de 1982-1983⁵⁰.

Enfin, la commune a été créée par la loi du 14 décembre 1789. Elle est le premier niveau d'administration publique et le premier échelon de proximité qui correspond au plus petit groupement des citoyennes. Les communes et leurs groupements ont la charge

⁴⁸La clause générale de compétence permet aux communes d'intervenir au-delà de cette énumération, dès lors que la question présente un intérêt local, dont le juge vérifie l'existence. De plus, la loi de réforme des collectivités territoriales du 16 décembre 2010 prévoit une spécialisation des compétences des départements et des régions, qui ne bénéficieront plus de la clause générale de compétence à compter du 1^{er} janvier 2015. Néanmoins, le département et la région pourront se saisir, par délibération spécialement motivée, de « tout objet d'intérêt départemental-ou régional – pour lequel la loi n'a donné compétence à aucune autre personne publique ».

⁴⁹ROUAULT M., *op. cit.*, p. 104.

⁵⁰PEISER G., *Droit administratif général*, coll. « Mémentos », 25^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 141.

d'assurer l'égalité de droits avec la région et le département et aussi les responsabilités qui sont exercées localement⁵¹.

La gestion sanitaire au niveau communal concerne essentiellement l'hygiène publique gérée par le maire au titre du pouvoir de police, aussi bien général que spécial⁵². Ainsi, il veille à l'hygiène alimentaire sur les marchés, à la dératisation, à la qualité des eaux potables, à la désinfection, et parfois à la vaccination. Au-delà, il y a des initiatives facultatives propres aux communes, comme la participation à la prévention et à la lutte contre certaines maladies ; le S.I.D.A., la toxicomanie. Enfin, la création de centres de dépistages et de maisons du don du sang sont également à la charge de la commune.

On peut constater que la gestion sanitaire au niveau des collectivités décentralisées est très limitée. Elles ont des compétences sanitaires très faibles. Par exemple, le maire ne peut plus actuellement être à la tête de la présidence du conseil d'administration des hôpitaux publics qui se situent dans sa commune. Depuis la loi HSPT, la place des collectivités décentralisées dans la politique de santé locale est quasiment inexistante. En réalité, elles ont une petite marge de manœuvre pour réaliser des actions définies au niveau de l'agence régionale de santé (ARS), par l'intermédiaire de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (C.R.S.A.). Par ailleurs, des collectivités locales sont invitées à contribuer de façon volontaire au financement de l'ARS⁵³. L'ARS est un établissement public administratif s'inspirant du modèle de déconcentration et ne s'appuyant plus sur l'initiative locale.

La régionalisation est désormais la logique appliquée en matière sanitaire. On parle d'accroissement du concept de la déconcentration. La région est considérée comme un échelon propice pour la gestion de la santé. Différents pays européens ont expérimenté une régionalisation, qui s'apparente à une décentralisation réelle, tel que Italie, Allemagne. En France on s'est inspiré de ce modèle, mais c'est toujours resté une modalité originale de déconcentration. Les lois en France se réfèrent à ce caractère territorial depuis les années

⁵¹Au 1^{er} janvier 2011, il y a 36 608 communes de la France, de dimension et de population très variables, sont administrées de la même manière, sauf Paris, Lyon et Marseille.

⁵²Le pouvoir commun de police générale et de police spéciale est la préservation de l'ordre public. Cela est comme de l'autorité de police administrative générale: le maire est chargé de l'ordre public ou de la salubrité publique. Pour autant l'autorité de police administrative spéciale est la préservation de l'ordre public spécifique, par exemple la police des baignades ou celle des eaux stagnantes.

⁵³LEVOYER L., « Nouvelle gouvernance de la santé: quelle place pour les collectivités locales ? », *AJDA*, n°40, 2009, p.2219s.

1970 et ont créé des instances régionales, par exemple la création de la carte sanitaire dans la cadre de la régionalisation⁵⁴

Il est évident que la régionalisation est un cadre plus démocratique : plus proche des citoyens, elle fait participer les usagers du système de santé et elle apparaît comme un échelon plus propice.

b : La simplicité de la gestion sanitaire au niveau local en Thaïlande

Pour bien comprendre les institutions locales de la Thaïlande, il faut connaître de manière générale la structure de l'organisation gouvernementale au niveau local. L'organisation exécutive gouvernementale thaïlandaise est divisée en trois niveaux selon la loi de régulation de l'exécution nationale de 1991 : un niveau de centralisation, un niveau de déconcentration puis de décentralisation⁵⁵. Ainsi, la séparation des organisations exécutives gouvernementales en trois niveaux existe de la même manière en Thaïlande et en France. Il existe toutefois des différences concernant leurs contenus, leurs descriptions, leurs fonctions et leurs organisations internes ; l'organisation exécutive gouvernementale au niveau local apparaît plus compliquée en France qu'en Thaïlande. Pour comprendre la structure de l'organisation gouvernementale au niveau local de la Thaïlande, nous concentrerons notre attention sur deux collectivités : les collectivités déconcentrées et les collectivités décentralisées.

Les collectivités déconcentrées : les collectivités déconcentrées sont les organisations exécutives gouvernementales placées sous l'autorité de l'Etat central. Ces collectivités peuvent être divisées en deux types : au niveau provincial et à celui du district⁵⁶.

L'exécution au niveau provincial et du district sont liée à certaines autorités, obligations et missions qui sont définies par le gouvernement ou l'organisation gouvernementale au niveau central. La plupart des obligations et des missions consistent à maintenir l'ordre dans la société et à soutenir la force de travail. Il faut rendre effectives dans les provinces et des districts, les politiques définies par le gouvernement. Dans chaque province, le Gouverneur va gérer, décider et contrôler des affaires administratives

⁵⁴ THERON S., *Le système français de santé*, cours de droit de la santé, Toulouse, 2011, p. 11.

⁵⁵ Art. 4 de la loi de régulation de l'exécution nationale de 1991.

⁵⁶ Art. 51 de la loi de régulation de l'exécution nationale de 1991.

provinciales en tant que Chef de Province alors que l'officier d'état civil est chargé des affaires administratives dans le district en tant que le Chef du District.

Cependant, le pouvoir de contrôle du gouvernement central, concernant la performance des fonctionnaires, demeure. Il peut réviser et modifier les décisions des gouverneurs et des officiers d'état civil. De plus, des agents publics des collectivités déconcentrées peuvent être nommés, promus et révoqués par le gouvernement central. Enfin, les collectivités déconcentrées ne sont pas financièrement indépendantes. On leur attribue un budget qui est ensuite surveillé par le gouvernement central.

On peut constater que même si l'appellation des circonscriptions territoriales déconcentrées en France et en Thaïlande est différente (en France : l'administration territoriale de l'Etat au « niveau régional » et au « niveau départemental » ; en Thaïlande : l'administration territoriale de l'Etat au « niveau provincial » et au « niveau du district »), le concept et le principe d'administration territoriale de l'Etat en Thaïlande ressemblent à ceux de la France. Cela signifie que les institutions territoriales déconcentrées sont toujours sous le contrôle de gouvernement central ; elles ne disposent ni de l'autonomie administrative, ni de l'autonomie financière.

Les collectivités décentralisées : ce sont des collectivités qui disposent d'une certaine indépendance vis-à-vis de l'Etat central. En Thaïlande, il existe deux grands modèles de collectivités décentralisées. Le premier est la collectivité décentralisée à statut général qui se compose de trois collectivités : la Municipalité, l'Organisation Administrative de Subdivision et l'Organisation Administrative Provinciale. Le deuxième modèle, c'est la collectivité décentralisée à statut spécial, qui se compose de deux collectivités : Bangkok et Pattaya⁵⁷.

Les collectivités décentralisées bénéficient d'une indépendance d'exécution, concernant les affaires sociales, dans un périmètre géographique déterminé. Par exemple, elles sont chargées de construire les routes, l'adduction d'électricité et gèrent le système d'eau courante dans les municipalités. De plus, elles sont responsables des affaires sanitaires publiques, de l'augmentation des emplois dans son territoire et notamment de la protection de la sécurité des citoyens.

⁵⁷Art. 70 de la loi de régulation de l'exécution nationale de 1991.

Une collectivité décentralisée est financièrement indépendante, elle peut donc financer librement la réalisation des projets administratifs qui relèvent de son territoire. Cependant, la dépense de chaque collectivité va être examinée par la Commission d'Audit Général de la Thaïlande. Il est important de souligner qu'en matière de décentralisation, le chef de chaque collectivité décentralisée est élu par les habitants du territoire. Cette élection symbolise l'effectivité du régime démocratique.

On s'aperçoit que la conception de la décentralisation en France et en Thaïlande est similaire. Un des principes majeurs repose sur l'autonomie des collectivités territoriales décentralisées permettant ainsi d'aboutir à la démocratie territoriale et de répondre au mieux aux besoins réels la population visée. C'est ainsi que la collectivité décentralisée est dotée de la personnalité morale du droit public, dispose de l'autonomie administrative et financière, elle a alors le pouvoir de nommer, de promouvoir et de révoquer ses agents publics territoriaux. Pourtant, le plus important, c'est que le chef de la collectivité territoriale décentralisée doit être élu au suffrage universel direct par les habitants de son territoire. C'est une illustration de la démocratie territoriale qui est le cœur de la logique décentralisée.

Après la réforme du système gouvernemental de 1997, des collectivités locales se sont développées progressivement et systématiquement. En principe, le gouvernement dispose de la compétence décisionnelle et d'exécution concernant les affaires administratives d'Etat. Alors que les collectivités locales disposent de peu de compétences propres en matière administrative et également sanitaire. La décentralisation n'était que peu développée en la matière, et c'était surtout en termes de déconcentration que l'on développait la politique au niveau local.

Les avantages de la centralisation sont l'unité et la commodité de gestion du système administratif. Néanmoins, ce système connaît également des inconvénients. Par exemple, l'exécution et la décision définitive concernant des affaires administrative dans le régime gouvernemental centralisé est sous le pouvoir du gouvernement ; en conséquence il passe beaucoup de temps pour décider et gérer des projets administratifs. De plus, le gouvernement et les collectivités déconcentrées ne peuvent pas répondre au besoin réel de la population, étant donné que les agents administratifs appartiennent à l'organisation centrale.

C'est pour cette raison que l'on a réformé le système gouvernemental, selon la Constitution thaïlandaise de 1997. Le système de décentralisation est décrit dans l'article 78 du 5^{ème} titre : Principes directeurs de la Politique Fondamentale de l'Etat. En vertu de cet

article, le gouvernement doit décentraliser son pouvoir d'exécution administrative vers les collectivités locales, afin qu'elles puissent gérer elles-mêmes, les affaires administratives⁵⁸.

La Constitution thaïlandaise de 1997, mais également celle de 2007, définissent les missions principales, nouvellement dévolues aux collectivités locales : la politique économique et touristique doit être désormais planifiée au niveau local ; conserver les ressources naturelles et protéger l'environnement, préserver la tradition thaïlandaise, la culture locale et la connaissance folklorique ; assurer la sécurité et l'ordre public et enfin élever le niveau de vie des habitants, notamment en matière d'éducation et d'un point de vue sanitaire⁵⁹.

De plus, selon la loi de décentralisation vers les collectivités locales de 1999 qui a été votée suite à la Constitution thaïlandaise de 1997, tous les ministères et notamment le ministère de la santé publique, doivent sur dix ans (2010), transférer certaines missions, des moyens administratifs, ainsi que des agents publics aux collectivités décentralisées⁶⁰.

Pour le ministère de la santé au niveau local, une commission sanitaire a déjà été nommée, pour mettre en œuvre la décentralisation des services sanitaires vers les collectivités locales. Le transfert des établissements, s'est effectué dans le cadre de réseaux. Autrement dit, lors de chaque transfert, il n'y avait pas seulement un ou deux établissements, car ces derniers étaient transférés en groupes ou en réseau. De plus, la mission consistant à garantir l'accès au soin à la population, a été transférée à toutes les collectivités locales en 2003⁶¹.

Cependant, dix ans après la loi de décentralisation vers les collectivités locales de 1999, l'objectif poursuivi n'était pas encore atteint. Seules certaines missions sanitaires ainsi que certains moyens administratifs déterminés par la loi, avaient été décentralisés. Ainsi, le ministère de la santé publique a décidé de modifier la direction sanitaire, afin d'achever cette décentralisation. On peut donc constater que la gestion sanitaire au niveau local en Thaïlande est principalement sous la direction de l'administration du gouvernement central et que, à l'instar de ce qui existe en France, les collectivités territoriales décentralisées n'ont que peu de compétences en matière sanitaire.

⁵⁸Preeda T., *Le Passage de la décentralisation sanitaire*, Presses de SahamitrePublishing, Bangkok, 2008, p. 10-12.

⁵⁹Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé Publique de Thaïlande 2005-2007*, presses de l'organisation de livraison exprès de la Thaïlande, Nonthaburi, 2004, p 414.

⁶⁰Art. 30 de la loi de décentralisation aux collectivités locales 1999.

⁶¹Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé Publique de Thaïlande 2005-2007*, op. cit., p 414 - 415.

B : Les institutions responsables

En France, malgré le développement d'institutions régionales, l'Etat reste toujours au cœur du système de la santé au niveau local. Il ne s'agit pas de décentralisation ni d'initiative locale. C'est toujours le cas, même après la loi HPST. L'institution responsable actuelle de la gestion sanitaire au niveau local est l'Agence Régionale de Santé (ARS). En Thaïlande, on peut diviser les institutions de gestion sanitaire au niveau local en deux types : l'Office Sanitaire Provincial et l'Office Sanitaire du District. Ces offices sont chargés respectivement de la gestion sanitaire au niveau provincial et au niveau du district. De plus, la direction sanitaire au niveau local poursuit encore pour le moment une logique de déconcentration, elle est donc dévolue de manière prépondérante à l'Etat.

a : En France : les Agences Régionales de Santé (ARS)

La régionalisation s'est développée dès les années 70 mais elle ne concernait que le secteur hospitalier, et excluait le secteur ambulatoire et médico-social. D'où la volonté à travers la loi HPST de décloisonner ces secteurs. La régionalisation est une forme originale de déconcentration mais elle n'est pas une réelle répartition de compétences.

Avec la loi HPST du 21 juillet 2009 naissent les Agences Régionales de Santé (ARS)⁶². L'ARS est présenté comme la solution idéale pour une meilleure lisibilité, effectivité, cohérence des actions par la mise en commun des moyens. C'est la volonté d'une meilleure articulation entre des acteurs différents au niveau régional ; le décloisonnement entre soins de ville, soins hospitaliers, le secteur médico-social ainsi que la prévention et la sécurité sanitaire⁶³. Elle est le pilier de la réforme du système de santé au niveau local et traduit sur trois changements à savoir⁶⁴.

(1) Un système de santé régional simplifié, c'est-à-dire que l'ARS rassemble au niveau régional les ressources de l'Etat et l'assurance maladie pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public de la santé.

(2) Un système de santé régional unifié car l'ARS regroupe en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de santé à la fois dans les régions et départements comme les Direction régionales et Départementale des affaires de la Sécurité Sociale (DRASS et DASS), les Union Régionales des Caisses d'assurance maladie

⁶²Art. 118 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

⁶³COUTY E., KOUCHNER C., LAUDE A., TABUTEAU D., *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*, coll. « Droit & Santé », Presse de l'EHESP, Rennes, 2009, p. 311.

⁶⁴TABUTEAU D., « Politiques de santé et territoire », *RDSS*, n° spéc, 2009, p. 7s.

(URCAM), les Missions Régionales de Santé (MRS), une partie du volet Hospitalier de l'assurance maladie avec le personnel des Caisses Régionales d'assurance maladie (CRAM), ainsi que les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). En unissant ces forces, les ARS permettent de mener une politique de santé régionale plus efficace et simplifiée.

(3) L'ARS devient l'interlocuteur régional unique pour toute la chaîne des acteurs de santé, elle garantit aux professionnels de santé des procédures plus simples (guichet unique pour les aides à l'installation), et aux patients un égal accès aux soins et une meilleure coordination sur le terrain entre les professionnels et les établissements de santé et médico-sociaux. L'unification de ses compétences en une même structure a donc permis une plus grande cohérence.

La création des ARS intervient dans une logique de régionalisation du système de santé. Elles vont contribuer à réduire les inégalités territoriales en santé, en instaurant une vision transversale des besoins de santé et aussi assurer un meilleur accès aux soins et renforcer les parcours de soins en fonction des patients, ceci avec l'instauration de la notion d'éducation thérapeutique.

Concernant l'organisation et le fonctionnement des ARS : les ARS sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont dotées de la personnalité morale car celles-ci bénéficient d'un budget de l'Etat. De plus, elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les ARS sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général qui sont des organes de la décision interne.

Le directeur de l'ARS est le nouveau « préfet sanitaire » exerçant au nom de l'Etat. Il est nommé par décret en conseil des ministres. Il vient d'horizons très variés tels que l'assurance maladie, le monde médical, le secteur privé, etc. Dès sa nomination, il reçoit une lettre de mission qui lui indique des objectifs à remplir.

Il a la charge de préparer et exécuter le budget de l'agence, arrêter le compte financier, ester en justice et représenter l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile, délivrer des autorisations et demander à un établissement qui est touché par une opération de restructuration de supprimer des emplois, intervenir dans la nomination des

directeurs des établissements publics de santé, ensuite, recruter des agents, exercer l'autorité sur son personnel, recruter des contractuels et décider de leur situation juridique⁶⁵.

En outre, il existe des missions spéciales liées à l'ARS ; le directeur arrête le « projet régional de santé (PRS) » qui est instrument essentiel de l'action de l'ARS. Enfin, il doit rendre des comptes chaque année aux organismes placés auprès de lui sur la mise en œuvre de la politique de santé et sur la gestion de l'agence⁶⁶.

Concernant le conseil de surveillance, la composition du conseil est censée en faire une instance représentative: des représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales et des usagers. Il est présidé par le représentant de l'État dans la région. Le conseil ne dispose d'aucun pouvoir propre qu'il pourrait concrétiser sous forme de délibération, puisque le directeur de l'ARS dispose seul du pouvoir d'autorisation. Il a essentiellement une fonction de contrôle de gestion de l'ARS, d'approbation du budget de l'agence et le compte financier, sur proposition du directeur général, et une fonction consultative puisqu'il donne un avis sur le plan stratégique régional de santé (PSRS) et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence (CPOM)⁶⁷.

Auprès de chaque ARS sont constitués des organes d'accompagnement :

1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences⁶⁸ ;

2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

- dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

- dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Les ARS mettent en place des délégations territoriales dans les départements⁶⁹.

⁶⁵COUTY E., KOUCHNER C., LAUDE A., TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 320.

⁶⁶Art. L. 1432-2, CSP.

⁶⁷Art. L. 1432-3, CSP.

⁶⁸Art. L. 1432-4, D. 1432s., CSP.

⁶⁹Art. L. 1432-1, CSP.

Concernant les missions de l'ARS : la mission d'assurer le pilotage de l'ensemble de système de la santé territoriale est à la charge des ARS. Elles mettent en œuvre au niveau régionale la politique de santé publique et la régulation de l'offre de services de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention, garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé, permettent ainsi une plus grande fluidité du parcours de soins pour répondre aux besoins des patients dans la région.

Ces missions peuvent être divisées en deux grands groupes⁷⁰.

(a) La mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau régional, laquelle comprend trois champs d'intervention : la veille et la sécurité sanitaire ainsi que l'observation de la santé ; la définition, le financement, et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé ; et l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires en liaison avec le préfet. Dans ce cas, l'ARS collabore largement avec le préfet, notamment dans le cadre de la réponse aux urgences et aux crises sanitaires.

(b) La régulation de l'offre de santé, qui vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle a une dimension territoriale pour mieux répondre aux besoins de la population sur le territoire et une dimension économique pour une meilleure utilisation et la gestion des ressources. La régulation de l'offre de soins porte sur les secteurs ambulatoires, c'est-à-dire la médecine de ville, les secteurs médico-sociaux, notamment aide et accompagnement des personnes âgées ou des handicapées, et le secteur hospitalier. Elle travaille donc étroitement avec des professionnels de santé et des assurances maladies⁷¹.

Concernant les moyens de l'ARS : la loi HPST définit les différents moyens financiers de l'ARS⁷², elle peut bénéficier de subventions allouées par l'Etat et de contributions des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et les services médico-sociaux. De plus, elle dispose également de ressources propres de dons de legs et sur une base volontaire ; des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

⁷⁰Art. L. 1431-2, CSP.

⁷¹CHAUVIN F., « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », *RDSS*, n° spéc, 2009, p. 65s.

⁷²Art. L. 1432-6, CSP.

Pour les moyens d'action, l'ARS dispose d'un projet régional de santé qui lui permet de renforcer la planification et la programmation des actions. Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale⁷³. Il peut être arrêté par le directeur de l'ARS, après avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie. C'est l'outil de référence qui vise à répondre un objectif de clarification en regroupant une multiplicité d'autres outils.

Ce projet comprend trois volets. (1) le plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région. (2) les schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention (SRP), d'organisation de soins (SROS) et d'organisation médico-sociale (SROMS) ; déterminant ainsi les mesures conformes aux objectifs du plan régional de santé. Et (3) les programmes qui précisent les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine⁷⁴.

De plus, les ARS peuvent également passer des contrats avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L.6122-1 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans⁷⁵. Cela lui permet par exemple de promouvoir la prévention dans les établissements ou faciliter le parcours de soins. Par ailleurs, les ARS concluent également des CPOM avec des professionnels de santé qui sont proposés à titre facultatif pour des médecines de ville, du secteur médico-social et aussi pour des réseaux de santé.

A côté des CPOM, il existe d'autres outils contractuels, notamment pour rééquilibrer l'offre de soins de ville, ce sont des mesures incitatives. Par exemple, le contrat santé solidarité⁷⁶. De ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur de l'ARS peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des

⁷³Art. L. 1434-1, CSP.

⁷⁴Art. L. 1434-2, CSP.

⁷⁵Art. L. 6114-1, alinéa 1, CSP.

⁷⁶Art. L.1434-8, CSP.

professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones où l'offre des soins est élevée d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées où les besoins en implantation ne sont pas satisfaits.

b : En Thaïlande : les offices sanitaires provinciaux et les offices sanitaires du district

Parmi les institutions créées récemment qui mettent en œuvre la politique sanitaire au niveau local, il existe deux institutions importantes qui sont les Offices sanitaires provinciaux et les Offices sanitaires du district divisés de façon géographique et aménagés territorialement dans le cadre de circonscriptions. Les Offices sanitaires provinciaux sont chargés au niveau provincial d'un territoire plus vaste et disposent de plus de responsabilités qu'au niveau du district mené par les Offices sanitaires du district. Ces derniers sont sous le contrôle et la responsabilité, de façon hiérarchique, des Offices sanitaires provinciaux. L'on constate donc que la situation est très différents de celle de la France, où la gestion sanitaire au niveau local est menée par une organisation unique appelée « Agence Régionale de Santé : ARS » qui est l'interlocuteur régional unique en matière sanitaire créée par la loi du 21 juillet 2009 (la loi HPST). La principale organisation thaïlandaise qui gère au niveau central les affaires sanitaires, c'est le ministère de la santé publique. Au niveau local, il dirige également l'administration sanitaire, car les Offices sanitaires provinciaux et les Offices sanitaires du district représentent le ministère de la santé publique sur leur territoire.

L'Office sanitaire provincial : c'est une organisation déconcentrée. Elle ne dispose pas de la personnalité morale juridique propre, étant donné qu'elle n'est que le représentant du ministère de la santé publique. Elle est chargée de gérer le système de santé au niveau provincial, conformément à la politique gouvernementale. « Le Médecin de santé publique provinciale » est le responsable de l'Office sanitaire provincial dans chaque province, mais il est sous le contrôle du Gouverneur.

Dans le cadre de ses missions, en matière d'exécution, elle est l'organisation consultative sanitaire. Elle est chargée de rendre ses avis ou ses conseils au Gouverneur pour mettre en place des politiques sanitaires et des services sanitaires au niveau provincial. De plus, elle va promouvoir la bonne santé des habitants : contrôler et prévenir des maladies et

notamment des épidémies dans le territoire, coopérer étroitement dans le domaine sanitaire avec les autres organisations de la province. Enfin, l'activité pharmaceutique est également sous le contrôle de l'Office sanitaire provincial. Elle va inspecter les effets indésirables survenus lors de l'utilisation de médicaments ou d'appareils médicaux, distribués par le secteur public ou privé.

En matière de développement sanitaire, elle va procéder annuellement à la planification sanitaire, élaborer des projets au niveau provincial, mettre en place un système de contrôle et vérification afin d'évaluer la performance de toutes les organisations. Enfin, elle va remettre annuellement un rapport au gouvernement, dans lequel elle va détailler les points forts et les points faibles de son action, afin d'améliorer le système sanitaire provincial⁷⁷.

Sur le plan de la structure, l'Office sanitaire provincial, est divisé en sept pôles d'activité : le pôle de l'exécution, celui du soutien académique et des services sanitaires, celui des affaires générales sanitaires, celui de l'hygiène environnementale et de la profession sanitaire, celui de la protection du consommateur et de la pharmacie sanitaire publique, celui de l'hôpital régional et enfin celui de l'hôpital communal.

La gestion sanitaire actuelle en Thaïlande au niveau local suit donc une logique déconcentrée proche de celle de la France. La mise en œuvre de la santé en France au niveau local est attribuée aux Agences Régionales de Santé (ARS) créées dans une logique de régionalisation qui est une forme originale de déconcentration. Toutefois, le gouvernement thaïlandais a l'intention de distribuer aux institutions locales le pouvoir et la gestion sanitaires afin d'assurer plus d'efficacité et égalité de l'accès aux soins au niveau local. Cela vient du concept de décentralisation sanitaire ; mais aujourd'hui cet objectif n'est cependant pas encore atteint.

Concernant leur statut, les Agences Régionales de Santé en France sont dotées de la personnalité morale de droit public, sous la forme d'établissement public de l'Etat à caractère administratif. Elles ont donc l'autonomie financière et également administrative. En revanche, les Offices sanitaires provinciaux ne sont que des représentants de l'Etat au niveau local. Ils ne disposent donc pas de la personnalité morale, ni d'autonomie administrative, ni d'autonomie financière. Cependant, les Offices sanitaires provinciaux de la Thaïlande jouent le rôle de « préfets sanitaires » et mettent en œuvre la politique de la santé

⁷⁷PROMASATAYAPROT V., *L'Exécution Sanitaire*, Presses de Nanavittaya, 7^{ème} édition, Bangkok, 2006, p. 146s.

au niveau local comme l'Agence Régionale de Santé en France sauf au niveau de la mission de régulation de l'offre de soins. La mission de la régulation de l'offre de soins en Thaïlande est prise en charge principalement par le ministère de la santé publique.

L'Office sanitaire du district : elle est une organisation déconcentrée, comme celle de l'Office sanitaire provincial. En tant que représentant du ministère de la santé publique au niveau du district, elle ne dispose pas d'une personnalité juridique propre. Elle est chargée d'assurer la bonne exécution des politiques gouvernementales auprès des habitants de son territoire. Elle a ainsi pour mission de promouvoir la bonne santé, la prévention des maladies et des épidémies, l'offre de soin de qualité à la population et la réhabilitation de la santé des malades. En résumé, elle met en œuvre ses missions conformément à la politique gouvernementale et également à la politique de l'Office sanitaire du district.

Concernant la structure administrative de l'Office, on peut constater qu'il n'existe pas de hiérarchie officielle. En principe, « l'Agent public sanitaire de district » est le responsable de l'Office sanitaire provincial. Et chaque office se compose généralement de sept agents : l'Agent public sanitaire de district, l'Agent académique sanitaire, l'Agent administratif et quatre Agents publics sanitaires communaux⁷⁸.

La mise en œuvre sanitaire au niveau local en Thaïlande est gérée dans la logique de la déconcentration qui ressemble à celle de la France. Pourtant, la comparaison de leur statut montre que les Agences Régionales de Santé en France sont des établissements publics à caractère administratif qui disposent de l'autonomie financière et administrative, alors que les Offices sanitaires du district ne sont que représentants de l'Etat au niveau local. Ils ne disposent donc pas de la personnalité juridique. De plus, comme les Offices sanitaires provinciaux, les Offices sanitaires du district en Thaïlande ne mettent en œuvre que la politique de la santé au niveau du district, conformément à la politique nationale de la santé. Cette mission est également prise en charge par les Agences Régionales de Santé en France. En ce qui concerne la mission de la régulation de l'offre de soins, celle-ci existe seulement pour les Agences Régionales de Santé en France ; en effet les Offices sanitaires du district en Thaïlande en sont dispensés.

⁷⁸*Id.*, p. 150.

Section 2 : La gestion sanitaire : des missions spécialisées relevant d'une pluralité d'organismes

En France et également en Thaïlande, la gestion du système de santé est assumée au niveau national par le ministère de la santé publique. Le ministère aura pour missions générales : de mettre en œuvre la planification sanitaire, de déterminer les politiques, les stratégies et les projets sanitaires afin de développer et d'améliorer le système de santé du pays. Il existe aussi de nombreuses institutions ayant des missions spécialisées que l'on peut distinguer en deux dimensions : les institutions de certification des établissements sanitaires et du contrôle de la qualification professionnelle et les institutions de recherche et de développement sanitaire.

La première dimension, concerne une politique de qualité au sein des établissements de santé : elle est gérée par l'institution de certification des établissements sanitaires. De plus, des missions de veiller à la déontologie, d'organiser et de discipliner les professions sanitaires sont sous la responsabilité de l'ordre professionnel. En France et également en Thaïlande, il existe plusieurs ordres professionnels sanitaires, mais nous en étudierons seulement deux : l'ordre médical et l'ordre pharmaceutique.

Enfin, la deuxième dimension relève d'un travail de recherche sur le système, la science, la technologie sanitaire et également la recherche biomédicale. Il existe également une pluralité d'institutions spéciales pour lutter contre les maladies graves mais nous en étudierons seulement deux : le SIDA et le cancer.

§ 1 : Les institutions de certification des établissements de soins et du contrôle de la qualification professionnelle

Il s'agit ici de traiter d'abord de l'institution de certification des établissements de soins et ensuite de l'institution du contrôle de l'accès à la profession et du standard de la qualification professionnelle.

A : L'institution de certification des établissements de soins

En France, la loi du 13 août 2004 remplace « l'accréditation » par la « certification » pour certifier des établissements de soin ; mais en Thaïlande, le terme « d'accréditation » a été consacré. La certification des établissements sanitaires est un mécanisme permettant de stimuler et de promouvoir une politique de qualité au sein des établissements de santé. La

certification a trois fonctions ; améliorer la qualité de la gestion sanitaire, évaluer la qualité de l'offre de soin et certifier des établissements de soin.

a : En France : la Haute Autorité de Santé (HAS)

La Haute Autorité de Santé (HAS) est l'institution mettant en œuvre la certification des établissements des soins en France. Concernant son statut, « la HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière »⁷⁹.

Historiquement, la Mutualité française a été une des premières à proposer explicitement la création d'une autorité administrative indépendante à caractère scientifique afin que cette dernière réponde aux enjeux du XXI^e siècle tels que les enjeux économiques, les enjeux démographiques ou les enjeux épidémiologiques. Le législateur a suivi cette proposition avec la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie modifiée par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007⁸⁰.

Cette loi, dite « réforme Douste-Blazy », modifie l'architecture de l'assurance maladie, elle institue à la tête de l'ensemble, un Directeur Général. On parle alors de nouvelle gouvernance. De plus, en parallèle de la réforme de l'organisation administrative, la loi de 2004 crée certains organes chargés d'assister la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. C'est le cas de la Haute Autorité de Santé. Le fait que la HAS ait été pensée par la Mutualité Française, puis créée lors de la réforme de l'Assurance Maladie explique le fait que les textes la régissant soient codifiés dans le Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 161-37s. et R. 161-70s.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2005, la HAS a remplacé l'Agence Nationale de Certification et d'Evaluation en Santé (ANAES), elle-même créée par l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996 pour accréditer des établissements de santé⁸¹ et a repris l'ensemble de ses fonctions et son budget. La HAS a récupéré à sa charge une partie des compétences de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

La HAS est donc un organe de l'Etat mais dotée de très fortes garanties d'indépendance, en particulier envers le Ministre de la Santé qui ne peut lui donner ni des

⁷⁹Art. L. 161-37, CSS.

⁸⁰MOQUET-ANGER M., *Droit hospitalier*, LGDJ, Paris, 2010, p. 21.

⁸¹*Id.*, p. 21.

instructions ni le contrôler. Elle a en charge de définir et de mesurer les paramètres de la qualité du système de santé dans toutes ses composantes.

Concernant l'organisation interne et les fonctionnements de la HAS : la HAS est dirigée par un collège de sept membres et un président. Le président de ce collège est nommé par le Président de la République. Parmi les huit membres choisis en raison de leur qualification et de leur expérience dans les domaines de compétence de la HAS : deux sont désignés par le Président de la République ; deux sont désignés par le Sénat ; deux sont désignés par l'Assemblée Nationale et deux sont désignés par le Conseil économique, social et environnemental. Le mandat des membres est de six ans, renouvelable une fois, et le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans⁸².

Afin de garantir la pleine indépendance de la HAS, les membres du collège ne peuvent avoir des intérêts de nature à compromettre leur indépendance⁸³. De plus, ils ne peuvent cumuler leur mandat de membre du collège avec un autre mandat. Et le directeur de la HAS est quant à lui, désigné par le Président du collège après avis de ce dernier.

Par ailleurs, la HAS est organisée en huit commissions présidées chacune par un membre du collège sauf le président. Celles-ci sont spécialisées et leurs compétences épousent le champ d'attributions de la HAS. Sur les huit, deux commissions sont créées par décret et s'imposent donc à la HAS. Elles sont compétentes pour les produits, dispositifs et services pris en charge par l'assurance maladie.

Il s'agit de :

(1) La Commission de la transparence (pour les médicaments). Elle évalue les médicaments ayant obtenu leur autorisation de mise sur le marché en vue de leur inscription sur la liste des médicaments remboursables⁸⁴ ;

(2) La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé⁸⁵. Elle rend des avis en vue du remboursement des dispositifs

⁸²Art L. 161-43, CSS.

⁸³Art L. 161-44, CSS.

⁸⁴Décret n° 2004-1398 du 23 décembre 2004 relatif aux médicaments remboursables par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

⁸⁵Art. L. 165-1 et R. 165-18, CSS.

médicaux à usage individuel ou d'autres produits (sauf médicaments) et des prestations associées⁸⁶.

Les six autres commissions sont créées par la HAS elle-même, il s'agit de :

(1) La Commission pour l'amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients. Elle propose au Collège les décisions relatives aux actes professionnels en vue de leur prise en charge et les décisions concernant la validation et la diffusion des travaux d'évaluation des technologies de santé ;

(2) La Commission de certification des établissements de santé. Elle définit la procédure et délivre les certifications des établissements de santé⁸⁷ ;

(3) La Commission de la qualité et diffusion de l'information médicale. Elle formule des propositions en matière de qualité de l'information des professionnels de santé et du public dans les domaines du bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique⁸⁸.

(4) La Commission parcours de soins et maladies chroniques. Elle prépare les délibérations du Collège relatives aux Affections de Longue Durée (ALD) et qualité du parcours de soins ;

(5) La Commission de l'Evaluation Economique et de Santé Publique. Elle publie des recommandations et des avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge.

(6) La Commission des Recommandations de bonne pratique. Elle permet la diffusion des travaux de la HAS (guides de bon usage, des recommandations de bonne pratique) auprès des professionnels de santé et du public.

De plus, la HAS peut créer toute autre commission nécessaire à son activité.

Concernant le fonctionnement financier, en raison de son statut d'autorité administrative indépendante, la HAS bénéficie de l'autonomie financière. L'article 161-45, CSS liste les différentes composantes du budget. Celui-ci est surtout financé par des subventions à hauteur de 92% et par des ressources propres (6%).

⁸⁶Décret n° 2009-1088 du 2 septembre 2009 relatif aux commissions mentionnées aux articles R. 5212-7, CSP et L. 165-1, CSS.

⁸⁷Voir la décision n° 2010.10.036/MJ du 13 octobre 2010 du Collège de la Haute Autorité de Santé portant modification du règlement intérieur de la Commission certification des établissements de santé.

⁸⁸Art. L. 161-37.2, CSS.

La quasi-totalité du budget provient de subventions ; il s'agit plus précisément : de subventions de l'Etat ; d'une dotation globale de l'assurance maladie ; du produit des redevances pour services rendus, de 10% du produit des contributions dues par les entreprises assurant l'exploitation en France de spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement ; de 44% du produit des contributions dues par les entreprises de fabrication ou distribution de dispositifs médicaux et produits de santé autres que les médicaments.

Les ressources propres quant à elles résultent de taxes sur les médicaments et d'une contribution financière.

Concernant les missions de la HAS : elle dispose de nombreuses missions. On a pu le constater à travers ces différentes commissions. Les missions de la HAS sont définies à l'article L. 161-37 et suivant du code de la sécurité sociale (CSS). La HAS a principalement cinq missions. Mais avec la loi du HPST du 21 juillet 2009, elle se voit confier de nouvelles missions.

Les missions traditionnelles de la HAS :

(1) Elle élabore des recommandations de bonnes pratiques (RBP)⁸⁹ et des guides de bon usage des soins. Elle les diffuse ensuite auprès des professionnels de santé et du grand public, comme des patients et des usagers du système de santé. Les médecins s'engagent à fonder leur exercice clinique sur ces recommandations. Et c'est sur cette base que les professionnels s'évaluent.

(2) Elle s'occupe de la certification des établissements de santé, et de l'accréditation des médecins et des équipes médicales⁹⁰. La certification des établissements de santé, a pour « objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de leur organisation interne ainsi que de la satisfaction des patients »⁹¹. Elle vise à améliorer la qualité des soins et mettre à disposition du public une information sur la qualité des prestations délivrées par ces établissements.

⁸⁹Les recommandations de bonnes pratiques sont définies selon la HAS comme « des propositions développées pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Ces recommandations tiennent compte de l'état actuel des connaissances et des pratiques médicales. Elles couvrent tout le champ de la santé.

⁹⁰Art. L. 1414-3-3, CSP.

⁹¹Art. R. 6113-12, CSP.

(3) Elle aide les pouvoirs publics dans leurs décisions de remboursement des produits et services médicaux. La HAS donne son avis sur l'utilité médicale des médicaments, des actes professionnels et des dispositifs médicaux comme des équipements, des appareils, des instruments destinés à être utilisés chez l'homme à des fins médicales, pris en charge par l'assurance maladie.

(4) Elle donne son avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs.

(5) Elle contribue à l'amélioration de la qualité de l'information médicale et de sa diffusion en certifiant les sites informatiques dédiés à la santé⁹².

Les deux nouvelles missions de la HAS depuis la loi HPST :

(1) Elle a une implication forte dans le développement des coopérations entre professionnels de santé, s'appelle « les protocoles de coopération entre professionnels de santé ». L'article 56 de la loi HPST donne compétence à la HAS pour délivrer des avis conformes sur les protocoles de coopération⁹³.

(2) Elle a pour mission d'élaborer ou de valider les méthodes permettant d'évaluer la pratique professionnelle. Aujourd'hui pour évaluer la pratique professionnelle, la loi HPST a mis en place le développement professionnel continu (DPC). Ce dernier a été intégré dans un dispositif unique de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation médicale continue (FMC). Le développement professionnel continu⁹⁴ a pour objectif « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé »⁹⁵.

Ici, la HAS intervient comme un tiers de confiance. Elle a la mission d'élaborer les méthodes permettant d'évaluer la pratique professionnelle. Mais elle peut aussi uniquement valider ces méthodes, car elle laisse aux professionnels l'organisation de leur démarche d'évaluation afin que celle-ci soit conforme à la culture de la profession et leur permette d'être acteur de leur pratique.

⁹²Art. L. 161-38, CSS.

⁹³Un protocole de coopération consiste en un transfert d'activités ou d'actes de soins auprès des patients, dans la limite des connaissances et de l'expérience des professionnels. La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé comme un salarié public ou privé, libéral.

⁹⁴Art. 59 de la loi HPST.

⁹⁵Art. L. 4133-1, CSP.

Des actions : pour bien mener ses différentes missions, la HAS développe de plusieurs moyens d'action⁹⁶. Tout d'abord, elle travaille en collaboration constante avec d'autres acteurs du système de santé tels que l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) qui est chargée du contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé au sens large. Elle collabore également avec l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

De plus, la HAS a toute latitude pour mener des actions communes avec les organismes ayant compétence en matière de recherche. La HAS émet également des avis et des recommandations sur les sujets soumis à son étude. La question s'est posée quant à la force normative de ses décisions. En effet, selon les textes, on pourrait croire que les décisions de la HAS n'ont pas la qualité d'actes administratifs unilatéraux opposables aux tiers. Cependant, la HAS, dans sa mission d'information, rend publics ses travaux et décisions. Pour ce faire, elle établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement.

Enfin, concernant les actions de certification des établissements de santé, la loi du 13 août 2004 remplace « l'accréditation » par la « certification »⁹⁷. Le terme « accréditation » est désormais réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales. La certification quant à elle a été créée dans une logique de progrès pour l'établissement. Elle vise à évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés par des établissements de santé publics et privés, des réseaux de soins et des centres de soins. Celle-ci est mise en œuvre par la HAS. Autrement dit, elle est un moyen obligatoire et intervient périodiquement tous les quatre ans pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé tel que des soignants, des médecins, des personnels administratifs, des agents d'entretien à analyser et évaluer leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure de certification d'établissement de santé se déroule en plusieurs temps. La HAS engage d'abord l'établissement dans la procédure de certification. Puis, l'établissement adresse des informations à la HAS permettant de déposer le périmètre de sa démarche et de planifier sa visite. La certification est une procédure d'évaluation externe et

⁹⁶Art. L. 161-31, CSS.

⁹⁷Art. L. 6113-3 et L. 6113-4, CSP.

commence alors par une évaluation réalisée par des professionnels de cet établissement ou dite « auto-évaluation » à l'aide d'un manuel de certification proposé par la HAS⁹⁸.

Après l'auto-évaluation, la HAS procède à la visite de l'établissement appelée « visite de certification » pour observer son organisation et discuter des résultats de l'auto-évaluation avec les personnels. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » tel que des médecins, des directeurs, des soignants formés par la HAS. Des experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité pour garantir l'indépendance de la procédure de certification. Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sont analysés par la HAS.

Un rapport⁹⁹ est établi par les experts-visiteurs à l'issue de la visite. Il permet à la HAS de fonder une décision de certification graduée. Le rapport de certification contribue à l'information des autorités de tutelle et du public sur la mesure du niveau de qualité et de sécurité des soins de l'établissement et la dynamique développée par l'établissement. Alors, le rapport est transmis également à l'établissement de santé, à l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente et mis en ligne sur le site internet de la HAS.

La décision de la HAS peut comporter cinq niveaux : (1) la certification sans recommandation, (2) la certification avec des recommandations (au moins une recommandation), (3) la certification avec des réserves (constat(s) d'insuffisances dans des domaines), (4) des réserves majeures (constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité et (5) la non certification.

b : En Thaïlande : l'institution d'accréditation des établissements sanitaires (IAES)

Alors qu'en France, « l'accréditation » a été remplacé par « la certification » depuis la loi du 13 août 2004, en Thaïlande, le terme « d'accréditation » est toujours utilisé pour désigner un label accordé à des établissements de santé. L'accréditation des établissements

⁹⁸Un manuel de certification comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels : droits et information du patient ; dossier du patient ; organisation de la prise en charge du patient ; management de l'établissement et des secteurs d'activité ; gestion des ressources humaines ; gestion des fonctions logistiques ; gestion du système d'information ; qualité et prévention des risques ; vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle ; surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux.

⁹⁹Le compte-rendu de certification contient les informations suivantes : la présentation de l'établissement de santé ; le déroulement de la procédure de certification ; les conclusions de la HAS sur la situation de l'établissement.

sanitaire est un mécanisme permettant de stimuler et de promouvoir une politique de qualité au sein des établissements de santé.

L'institution d'accréditation des établissements sanitaires (IAES) a été établie par la proposition de la Collaboration pour l'amélioration et l'accréditation de la qualification hospitalière¹⁰⁰. Auparavant, l'accréditation des établissements sanitaires, n'existait que sous forme de projet expérimental. Ce projet avait pour but d'étudier le système administratif et la direction de l'offre de soin de 35 hôpitaux du pays, pendant trois ans¹⁰¹. L'opération de recherche expérimentale a été financée par l'office de la promotion de la recherche thaïlandaise et l'institution pour la recherche du système sanitaire, qui est une organisation administrative autonome. Grâce à cette promotion financière, le projet a pu démarrer.

Le 8 avril 1999, l'institution d'accréditation des établissements sanitaires (IAES) a été instaurée officiellement par l'accord de l'institution de la recherche du système sanitaire, selon la loi de l'institution de la recherche du système sanitaire de 1992¹⁰². Cette organisation qui était auparavant placée sous la tutelle du gouvernement, est devenue indépendante. Elle est une personne morale de droit public, et plus précisément un établissement public autonome. Celle-ci dispose d'une indépendance d'exécution et de gestion financière. C'est également une institution juridiquement responsable et dont les actes sont susceptibles de recours devant les juridictions administratives¹⁰³. En revanche, la Haute Autorité de Santé (HAS) prend en charge la certification des établissements de santé en France. Elle est une autorité administrative indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale définie juridiquement par l'ordonnance de 24 avril 1996 (dite Ordonnance Juppé).

Concernant ses missions, l'accréditation des établissements sanitaires va être réalisée par une organisation neutre et extérieure à l'établissement sanitaire. Cette institution d'accréditation, est donc indépendante, elle ne relève pas de la tutelle du gouvernement ou des secteurs privées, de manière à assurer une totale impartialité au système d'accréditation.

¹⁰⁰La Collaboration pour l'évaluation et accréditation de la qualification hospitalière a été instaurée le 19 mars 1998 afin que des représentants des ordres professionnels, des organisations sanitaires administratives et des organisations sanitaires privées puissent participer ensemble à cette collaboration pour améliorer le système d'accréditation de la qualification hospitalière.

¹⁰¹Cette recherche sur le système d'exécution administrative et la direction de l'offre de soin, a été réalisée entre le 1 août 1997 jusqu'au 31 juillet 2000.

¹⁰²Art. 12 de la loi de l'institution de la recherche du système sanitaire de 1992.

¹⁰³Institution d'accréditation des établissements sanitaires, *L'Origine de l'Institution d'accréditation des établissements sanitaires* [en ligne]. Bangkok : Doc'IAES. Mise à jour : 2007 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur <http://www.ha.or.th/ha2010/th/about/index.php>

L'institution d'accréditation des établissements sanitaires remplit six missions principales¹⁰⁴ ;

1. Inciter les établissements sanitaires à développer la qualité du système de gestion sanitaire et de l'offre de soin. Elle va promouvoir la participation des consommateurs et de la société, afin d'améliorer la qualité des équipements sanitaires.

2. Être le centre de la connaissance sanitaire, de la recherche hygiénique et de l'amélioration de l'accréditation des établissements sanitaires.

3. Organiser la formation continue au profit des exécuteurs, des coordinateurs, des animateurs et des professionnels sanitaires, afin d'améliorer leurs connaissances, leurs expériences ainsi que leurs compétences sanitaires.

4. Mettre en place un réseau sanitaire de manière à mutualiser les moyens. Elle va notamment promouvoir la coopération sanitaire entre les ordres professionnels, les établissements de soin, les établissements sanitaires spéciaux. Egalement, elle organisera quelquefois des conférences dans le centre et dans la région pour faciliter les échanges d'expérience et la diffusion des nouvelles connaissances.

5. Promouvoir la qualité des soins à l'hôpital. Elle collecte les informations sanitaires essentielles, élabore des manuels et des directives pour améliorer le fonctionnement du système hospitalier et diffuse des informations pertinentes, aux hôpitaux qui souhaiteraient améliorer leur système de gestion.

6. Evaluer et accréditer des établissements sanitaires. D'une part, elle devrait améliorer régulièrement le système d'évaluation et accréditer les établissements sanitaires et également développer la compétence des inspecteurs d'accréditation. D'autre part, elle va réviser et modifier régulièrement la définition de l'hôpital standard.

De plus, l'évaluation et l'accréditation des établissements sanitaires permettent d'évaluer le système de gestion des hôpitaux. Il s'agit d'évaluer le fonctionnement administratif de l'hôpital. Cela ne prend pas en compte l'évaluation du personnel médical.

On constate que les missions juridiques de l'IAES de la Thaïlande sont similaires à celles de la HAS de la France, sauf en ce qui concerne la mission de décision de remboursement des produits et services médicaux et la mission de l'élaboration et du contrôle la qualification et la pratique professionnelle sanitaire. Les deux dernières sont

¹⁰⁴Art. 13 de la loi de l'institution de la recherche du système sanitaire de 1992.

prises en charge seulement par la HAS, mais elle n'existe pas sous la responsabilité d'IAES de la Thaïlande.

La procédure d'accréditation en Thaïlande remplit trois fonctions : améliorer la qualité de la gestion sanitaire, évaluer la qualité de l'offre de soin et accréditer les établissements de soin. Les deux premières fonctions sont assurées par chaque hôpital, qui doit se conformer au standard, alors que l'accréditation est réalisée par l'institution d'accréditation des établissements sanitaires (IAES). On peut constater que les procédures de certification sont très proches en France et en Thaïlande.

B : L'institution du contrôle de la qualification professionnelle

L'institution principale du contrôle de la qualification professionnelle sanitaire existant en France et également en Thaïlande est l'ordre professionnel. Il s'agit d'un groupement professionnel ou d'une institution corporative professionnelle qui a pour mission de veiller au bon exercice des professions relevant d'eux et à garantir le respect des règles professionnelles. Sa nature juridique n'a jamais été clairement déterminée. Néanmoins, nous savons qu'il s'agit de personnes morales de droit privé, qui exercent une mission de service public.

a : L'ordre médical, l'ordre pharmaceutique et la HAS en France

Les institutions chargées du contrôle et de l'accréditation des professionnels sanitaires sont les ordres professionnels et la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les ordres professionnels existent de longue date, notamment avec l'apparition de l'ordre des avocats qui a été par la suite étendu à d'autres professions par le régime de Vichy. Ils ont été réorganisés à la Libération. Aujourd'hui les professions de santé en France relevant d'un ordre sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues¹⁰⁵. Cependant, l'ordre professionnel n'a pas le statut de personne juridique. Seuls les conseils de l'ordre professionnel sont dotés de la personnalité civile¹⁰⁶, et exercent également des missions de service public. Donc, les conseils de l'ordre professionnel constituent des centres autonomes d'activité juridique : ils peuvent ainsi contracter, accepter des dons et legs, acquérir, ou aliéner des biens meubles et immeubles, ester en justice, et sont civilement responsables de

¹⁰⁵LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *op. cit.*, p.224.

¹⁰⁶Art. L. 4125-1, CSP.

leurs actes. De plus, ils sont représentés par leur président dans tous les actes de la vie civile¹⁰⁷. Par ailleurs, les conseils disposent de prérogatives de puissance publique, en particulier du pouvoir de prélever des cotisations obligatoires sur les membres de l'ordre¹⁰⁸.

Afin d'établir une comparaison entre système français et thaïlandais, on étudiera seulement l'ordre national des médecins et l'ordre national des pharmaciens.

L'ordre national des médecins : l'origine du conseil de l'ordre national des médecins remonte sans nul doute à la seconde moitié du XIX^{ème} siècle lors du Congrès médical de France où est évoquée l'idée de conseils médicaux départementaux. Le projet d'un conseil de l'ordre a été repris tant par l'association générale des médecins de France que par le Pr. Grasset en 1896 regrettant qu'il n'existe pas de conseil de l'ordre. Le projet législatif d'un ordre des médecins date de 1923 mais il faudra attendre 1928 pour que soient déposées les premières bases législatives auxquelles contribuèrent les réflexions de l'académie de médecine et de la deuxième assemblée générale de la confédération des syndicats médicaux.

Le gouvernement de Vichy par la loi du 7 octobre 1940 crée le "conseil supérieur des médecins" qui s'avère un agent zélé de la période indigne de la discrimination. Cet organe de l'"Etat Français" sera dissous par une ordonnance du gouvernement provisoire de la République Française à Alger présidé par le Général de Gaulle le 18 octobre 1943. L'ordre national des médecins actuel sera créé par une ordonnance du Général de Gaulle du 24 septembre 1945 signée par Monsieur François Billieux, ministre communiste de la santé¹⁰⁹.

S'agissant des ordres professionnels, le Code de la santé publique regroupe sous l'appellation « professions médicales » les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, qui sont régis par des règles ordinales communes auxquelles s'ajoutent des dispositions spécifiques, et définit les règles régissant l'ordre des pharmaciens¹¹⁰.

¹⁰⁷TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, coll. « Mémentos », 7^e édition, Dalloz, Paris, 2009, p. 94.

¹⁰⁸Art. L. 4122-2, CSP.

¹⁰⁹Conseil national de l'ordre national des médecins, « histoire de l'ordre national des médecins français », avril 2012, 10 pp.

¹¹⁰HOLCMAN R., *Droit hospitalier : manuel de gouvernance hospitalière*, Berger-Levrault, Paris, 2010, p. 428 et Art. L. 4121-1, CSP.

Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est inscrit au tableau d'ordre¹¹¹. L'inscription est prononcée, à la demande des intéressés, par les conseils départementaux. L'ordre vérifie que le candidat¹¹² :

(1) est titulaire du diplôme requis, délivré soit par la France, soit par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, soit exceptionnellement par un autre Etat ;

(2) est de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (ou exceptionnellement d'un autre Etat) et a une connaissance correcte de la langue française ;

(3) présente des garanties de moralité, d'indépendance et de compétence médicale¹¹³.

La structure de l'ordre national des médecins est décentralisée : il se compose d'un conseil national, de conseils régionaux et de conseils départementaux. Le conseil national est composé de cinquante et un membres¹¹⁴ et il élit en son sein son président. La mission générale des ordres est de veiller « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme, et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par les code de déontologie »¹¹⁵. Ils assurent également la défense de « l'honneur et de l'indépendance » de ces professions¹¹⁶. Ils organisent également toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit¹¹⁷.

La chambre disciplinaire nationale, placée auprès du conseil national, est la juridiction d'appel en matière disciplinaire. En son sein, une section des assurances sociales est instituée¹¹⁸ afin de connaître, en appel, des décisions des sections des assurances sociales des conseils régionaux relatives aux fautes, abus, fraudes et autres faits intéressant l'exercice

¹¹¹Art. L. 4111-1 et L. 4112-6, CSP.

¹¹²Art. L. 4111-1, CSP.

¹¹³La condition de la compétence médicale vient d'être ajoutée par la loi « HPST » ; Art. L. 4112-7, CSP.

¹¹⁴Art. L. 4132-1, CSP.

¹¹⁵Art. L. 4121-2, CSP.

¹¹⁶Art. L. 4121-2, L. 4231-2, L. 4321-14, L. 4322-7, CSP.

¹¹⁷Art. L. 4121-2, CSP.

¹¹⁸Conformément aux dispositions de l'article L. 145-1, CSS.

de la profession relevés à l'encontre de professionnels, à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux¹¹⁹.

Ensuite, des conseils régionaux ou interrégionaux sont constitués et placés sous le contrôle du conseil national. Ils assurent notamment les fonctions de représentation de la profession dans la région ou l'inter région ainsi que celle de coordination des conseils départementaux¹²⁰. Une chambre disciplinaire de première instance est instituée auprès de chaque conseil¹²¹. Elle est présidée par un membre du corps des conseillers des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'Etat¹²².

Enfin, les membres des conseils départementaux de l'ordre sont élus par l'assemblée générale des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes inscrits au tableau. L'assemblée générale, appelée à élire le conseil départemental de l'ordre ou à procéder au remplacement des membres du conseil dont le mandat vient à expiration, est convoquée par les soins du président du conseil départemental en exercice et, en cas d'empêchement, par les soins du conseil national de l'ordre, les frais restant à la charge du conseil départemental intéressé¹²³. Par ailleurs, le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition du conseil national de l'ordre, peut, lorsque les membres d'un conseil départemental mettent celui-ci dans l'impossibilité de fonctionner, nommer une délégation de trois à cinq membres chargés d'assurer les fonctions du conseil départemental jusqu'à l'élection d'un nouveau conseil¹²⁴. Les délibérations du conseil départemental de l'ordre ne sont pas publiques¹²⁵.

L'ordre national des pharmaciens : pendant une longue période, la profession pharmaceutique a vécu sous l'empire de la loi du Germinal an XI (11 avril 1803). Cette loi a constitué, à quelques petites modifications près, l'unique charte de la pharmacie jusqu'à la loi du 11 septembre 1941. Ensuite, en 1878, l'Association Générale des Syndicats Pharmaceutiques a été créée et en 1879 la Chambre Syndicale des Fabricants. Ces deux organismes s'attachèrent à créer la Réglementation Nationale et le Syndicat Général de la

¹¹⁹LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *op. cit.*, p.228.

¹²⁰Art. L. 4124-11, CSP.

¹²¹Art. L. 4132-7, CSP.

¹²²Art. L. 4124-7, CSP.

¹²³Art. L. 4123-3, CSP.

¹²⁴Art. L. 4123-10, CSP.

¹²⁵Art. L. 4123-12, CSP.

Règlementation dans le but d'assainir les pratiques commerciales anarchiques. Pendant la période de l'entre deux guerres, la pharmacie française fait face à de nombreux problèmes. Donc, les syndicats pharmaceutiques, seuls organismes professionnels à l'époque, en vinrent à étudier les remèdes.

En 1923 paraît le rapport Cordier contenant un projet de création d'un Ordre des pharmaciens mais il faudra attendre l'ordonnance du 5 mai 1945. Cette ordonnance constate expressément la nullité du Titre II de la loi de 1941 relative à l'organisation professionnelle, et crée un ordre national des pharmaciens. Cette création prend donc son origine dans plusieurs activités déployées depuis la seconde guerre mondiale jusqu'à maintenant¹²⁶.

Pour être adhérent de l'ordre et exercer la profession de pharmacien, nul ne peut exercer cette profession s'il n'offre pas toutes garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit les conditions définies par la loi¹²⁷. L'inscription est prononcée, à la demande des intéressés, par les conseils centraux pour les pharmaciens ne relevant pas de la section A. L'ordre vérifie que le candidat¹²⁸ :

(1) est titulaire du diplôme, certificat ou autre titre requis, délivré soit par la France, soit par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, soit exceptionnellement par un autre Etat ;

(2) est de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou ressortissant d'un pays dans lequel les Français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays ;

(3) est inscrit à l'ordre des pharmaciens.

La structure de l'ordre national des pharmaciens est différente de celle des ordres des professions médicales. Le conseil national est composé de trente-trois membres nommés ou élus. Son organisation comporte, au niveau national, sur sept sections suivantes¹²⁹ :

Section A : pharmaciens titulaires d'une officine ;

Section B : pharmaciens responsables de laboratoires industriels ;

¹²⁶Bulletin de l'ordre des pharmaciens, « Origine, Naissance et réformes de l'ordre », numéro XVIII, numéro spécial, mars 1962, Maisonneuve SA, p. 95s.

¹²⁷Art. L. 4221-1 et L. 4222-7, CSP.

¹²⁸Art. L. 4221-1, CSP.

¹²⁹Art. L. 4232-1, CSP.

Section C : pharmaciens responsables d'entreprises de distribution en gros et d'exportation ;

Section D : pharmaciens salariés, mutualistes ou remplaçants ;

Section E : pharmaciens exerçant outre-mer ;

Section G : pharmaciens exerçant en laboratoires d'analyses de biologie médicale ;

Section H : pharmaciens hospitaliers ou exerçant dans des établissements de santé ou médico-sociaux, de transfusion sanguine ou des centres spécialisés. Cette section a été créée par la loi du 9 août 2004¹³⁰. Chaque section est administrée par un conseil central.

L'ordre national des pharmaciens a pour objet : d'assurer le respect des devoirs professionnels ; d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ; de veiller à la compétence des pharmaciens ; de contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels¹³¹.

Enfin, auprès des conseils régionaux pour la section A et des conseils centraux des sections D et G, sont instituées des sections des assurances sociales qui exercent en première instance les fonctions disciplinaires de l'ordre relatives aux fautes, abus, fraudes et tout fait intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des pharmaciens, à l'occasion des prestations servies à des assurés sociaux. En appel, leurs décisions relèvent de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens¹³².

Outre les ordres professionnels, il existe également une Haute Autorité de Santé (HAS) qui est chargée aussi du contrôle de la qualification professionnelle des établissements de santé par la procédure appelée l'accréditation. Le terme « accréditation » est désormais réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé, au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles.

Au titre de sa mission d'accréditation des médecins exerçant en établissements de santé, la Haute Autorité de santé est chargée¹³³ :

¹³⁰Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹³¹Art. L. 4231-1, CSP.

¹³²Art. R. 145-1 à R. 145-3, CSS et LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 229.

¹³³Art. L. 4124-6, CSP.

(1) De recueillir auprès des médecins ou des équipes médicales qui demandent à être accrédités les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux (EPR) et de procéder à leur analyse ;

(2) D'élaborer avec les professionnels et les organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondés sur des critères multiples ;

(3) De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tout moyen approprié;

(4) D'organiser la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles ;

(5) De veiller, par tout moyen approprié, à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients.

L'objectif principal de l'accréditation est une diminution du nombre ou de la sévérité des événements indésirables liés aux soins par le recueil et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux qui échappent aujourd'hui à toute déclaration et à toute analyse formalisées. Les événements considérés comme porteurs de risques (EPR) sont des événements indésirables qui n'ont pas causé de dommage grave au patient tel que « les dysfonctionnements, les incidents, les précurseurs et les presque-incidents ».

L'inscription dans le dispositif d'accréditation est une démarche volontaire¹³⁴ ; elle constitue une modalité de satisfaction à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'accréditation concerne des médecins exerçant une spécialité ou une activité dite "à risque" en établissement de santé. Pour la réaliser il faut réunir les trois conditions suivantes : (1) être médecin ; (2) exercer au moins une des spécialités ou activités définies par le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006¹³⁵ et (3) exercer cette spécialité dans un établissement de santé.

¹³⁴La loi du 13 Aout 2004.

¹³⁵Des médecins spécialisés en chirurgie générale ; neurochirurgie ; chirurgie urologique ; chirurgie orthopédique et traumatologie ; chirurgie infantile ; chirurgie de la face et du cou ; chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, ou chirurgie maxillo-faciale ; chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ; chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ; chirurgie vasculaire ; chirurgie viscérale et digestive ; gynécologie-obstétrique, ou gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique ; anesthésie-réanimation ; réanimation médicale ; stomatologie ; oto-rhino-laryngologie ; ophtalmologie ; cardiologie ; radiologie ; gastro-entérologie et pneumologie.

Des médecins doivent ensuite remplir un certain nombre de missions : (1) déclarer les événements porteurs de risques médicaux (EPR) qu'ils ont personnellement rencontrés dans des établissements de santé où ils exercent et sur lesquels ils auraient pu agir ; (2) mettre en œuvre les recommandations individuelles résultant de l'analyse des EPR qu'ils ont déclarés ; (3) mettre en œuvre, à travers le programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de la spécialité, les recommandations et les démarches d'amélioration des pratiques résultant de l'analyse de la base de retour d'expérience, des études de risques et de la veille scientifique; (4) satisfaire aux exigences de participation aux activités du programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de leur spécialité.

b : L'ordre médical et l'ordre pharmaceutique en Thaïlande

Les institutions principales du contrôle de la qualification professionnelle sanitaire en Thaïlande sont les ordres professionnels. Les membres des ordres professionnels sont élus dans le cadre de la profession ; leur fonctionnement interne relève du droit privé. L'ordre professionnel a pour mission de veiller à la déontologie, d'organiser et de discipliner les professions. Pour ce faire, il a un pouvoir réglementaire et disciplinaire. En Thaïlande, il existe plusieurs ordres professionnels sanitaires, mais nous en étudierons seulement deux : l'ordre médical de la Thaïlande et l'ordre pharmaceutique de la Thaïlande. Rappelons que, l'institution d'accréditation des établissements sanitaires (IAES) en Thaïlande ne prend pas en charge le contrôle de la qualification professionnelle ; elle a pour mission seulement d'évaluer et d'accréditer les établissements de la santé.

L'ordre médical de la Thaïlande : il a été établi pour la première fois par la loi sur la profession médicale de 1968. Puis, l'ordre a connu quelques modifications, en vertu de la loi de la profession médicale de 1982. La première loi relative au contrôle de l'accès à la profession médicale était la loi relative à la médecine de 1923. Elle avait mis en place un « Conseil Médical », pour contrôler l'accès à la profession et le standard de la qualification professionnelle. Ce conseil faisait partie des organismes gouvernementaux du département, placé sous la tutelle du ministère de l'intérieur.

Une trentaine d'années plus tard, la loi sur la médecine de 1923, a été abolie, et une nouvelle loi fut votée en 1954 : la loi du contrôle de la thérapeutique. Cette loi a substitué le conseil précédent par « La commission du contrôle de la thérapeutique ». La Loi sur la profession médicale de 1968, est venue modifier la loi sur le contrôle de la thérapeutique de 1954. De ce fait, les professionnels sanitaires, qui auraient été enregistrés au conseil médical,

en tant que médecins, seront automatiquement enregistrés à l'ordre médical. L'ancêtre de l'ordre médical actuel, est le conseil médical en 1923¹³⁶.

Pour pouvoir être adhérent à l'Ordre Médical, il faut¹³⁷ ;

1. Etre âgé de 20 ans.
2. Avoir obtenu le diplôme de médecine ou la certification médicale de l'université ou l'institution accréditée par l'ordre médical.
3. Etre correct. Avoir un bon comportement personnel et professionnel et respecter les règles professionnelles de l'ordre médical.
4. Avoir un casier judiciaire vierge.
5. N'être pas une personne incompétente. En plus, ne pas être atteint d'une maladie prohibée par l'ordre médical.

Lorsque l'on adhère à l'ordre, c'est pour la vie, sauf si le membre donne sa démission ou si la commission de l'ordre procède à une radiation, en raison d'une violation des règles prescrites.

Concernant ses objectifs et ses missions, l'ordre médical contrôle¹³⁸ l'accès à la profession médicale et le comportement des professionnels, qui doivent se plier à la déontologie médicale. Puis, il assure l'éducation et la recherche médicale, au profit des étudiants et des professionnels médicaux. Il est le garant de l'unité entre les adhérents et de l'honneur de la profession médicale.

De plus, l'ordre souhaite promouvoir la diffusion des informations essentielles relative à la santé, envers les médecins, la population et les institutions sanitaires. Il donne également au gouvernement des propositions et des conseils liés aux problèmes médicaux et sanitaires. Enfin, il représente les professionnels médicaux en Thaïlande, lors des conférences médicales, en présence du gouvernement et des autres institutions médicales.

Concernant ses missions, en vertu de l'article 8 de la loi sur la profession médicale 1982, l'ordre médical est également chargé :

1. D'enregistrer les adhérents et d'autoriser les membres à recevoir le permis du travail en matière médicale.
2. En cas de violation aux règles déontologiques de la profession, il suspendra ou retirera le permis du travail en matière médical.

¹³⁶Ordre médical de la Thaïlande, *L'origine de l'Ordre médical de la Thaïlande* [en ligne]. Bangkok : Doc'OMT. Mise à jour : 2009 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur <http://www.tmc.or.th/about.php>

¹³⁷Art. 11 de la loi sur la profession médicale de 1982.

¹³⁸Art. 7 de la loi sur la profession médicale de 1982.

3. D'accréditer le diplôme ou la certification du médecin des universités ou des institutions académiques médicales.

4. D'accréditer les cours de la formation médicale des institutions médicales.

5. De mettre en œuvre la certification la qualité des institutions médicales qui sont chargé des cours de la formation médicale.

6. De transmettre aux professionnels médicaux les documents attestant de leur qualification et de leur expérience professionnelle en matière médicale.

Il apparait donc que le mot « accréditation » est utilisé en Thaïlande pour désigner non seulement l'accréditation proprement dite des établissements de la santé, mais également le contrôle de la qualification des professionnels sanitaires. En revanche, le terme d'« accréditation » est utilisé seulement en matière de contrôle de la qualification des professions sanitaires en France ; mais pour des établissements de la santé, on la remplace par « la certification ».

Au sujet de leur statut juridique, le conseil de l'ordre national des médecins en France et le conseil de l'ordre des médecins en Thaïlande disposent du même caractère. Aujourd'hui, il est clair que le conseil de l'ordre professionnel est doté de la personnalité morale de droit privé exerçant des missions de service public définies de la même manière par les lois françaises et thaïlandaises.

De plus, la création de l'ordre national des médecins est apparue en France avant qu'il ne le soit en Thaïlande : l'ordre national des médecins est installé en France par l'ordonnance du Général de Gaulle du 24 septembre 1945, alors que l'ordre des médecins en Thaïlande est créé en 1968 par la loi sur la profession médicale. Enfin, la structure de l'ordre professionnel des médecins comprend trois niveaux en France : le conseil national, les conseils régionaux et les conseils départementaux. En Thaïlande, il existe seulement un ordre médical au niveau national.

L'ordre pharmaceutique de la Thaïlande : il a été mis en place par la loi sur la profession pharmaceutique de 1994. C'est une organisation qui représente l'ensemble des professionnels pharmaceutiques de la Thaïlande. Il s'agit d'une personne morale de droit privé¹³⁹. L'ordre a pour organe exécutif, la commission de l'ordre pharmaceutique, dont le cycle de travail est de trois ans.

¹³⁹Art. 7 de la loi sur la profession pharmaceutique 1994.

Cette commission se compose de trois sortes de membres¹⁴⁰ : sept membres sont nommés automatiquement en fonction de leur position : c'est le cas du secrétaire permanent du ministère de la santé publique, du président de l'association pharmaceutique de la Thaïlande et de cinq doyens issus de facultés pharmaceutiques sélectionnées ; trois représentants du ministère de la santé publique, un représentant du ministère de l'intérieur ainsi qu'un représentant du ministère de la défense nationale forment la deuxième catégorie. Enfin, douze membres, sont élus parmi les membres de l'ordre pharmaceutique de la Thaïlande.

Pour pouvoir être adhérent à l'ordre pharmaceutique, il faut¹⁴¹ :

1. Etre âgé de 20 ans au moins.
2. Avoir obtenu le diplôme de pharmacie ou la certification pharmaceutique d'une université ou d'une institution, accréditée par l'ordre pharmaceutique.
3. Ne pas avoir eu de comportement contraire à la morale ou aux bonnes mœurs. Avoir un bon comportement personnel et notamment respecter les règles déontologiques prescrites par l'ordre pharmaceutique.
4. Avoir un casier judiciaire vierge.
5. Ne pas être incompetent, ou ne pas faire l'objet d'une mise sous tutelle.
6. Ne pas être atteint d'une maladie prohibée par l'ordre pharmaceutique.

L'adhésion à l'ordre pharmaceutique, vaut pour toute la vie. Celle-ci prendra fin au décès de la personne ou en cas de démission ou de radiation, prononcée par la commission de l'ordre, en raison d'une violation des règles déontologiques.

Les objectifs¹⁴² principaux, poursuivis par l'ordre pharmaceutique de la Thaïlande, sont similaires à ceux de l'ordre médical. Ses missions sont liées au contrôle de l'accès à la profession pharmaceutique. Il va promouvoir l'éducation et la recherche pharmaceutique, au profit des étudiants et des professionnels pharmaceutiques. Puis, il est le garant de l'unité et de l'honneur des membres de la profession mais également de leur égalité. L'ordre offre également à ses membres, certaines prestations, ainsi qu'une aide professionnelle. En outre, il contrôle le comportement personnel et professionnel des pharmaciens, qui doit être conforme aux règles déontologiques du milieu pharmaceutique.

¹⁴⁰Art. 15 de la loi sur la profession pharmaceutique 1994.

¹⁴¹Art. 12 de la loi sur la profession pharmaceutique 1994.

¹⁴²Art. 8 de la loi sur la profession pharmaceutique 1994.

Par ailleurs, il souhaite promouvoir la diffusion d'informations essentielles, concernant la pharmacie et la santé, auprès de la population et des institutions sanitaires. L'ordre présente au gouvernement des propositions, et le conseille sur certaines problématiques pharmaceutiques et sanitaires. Enfin, l'ordre représente les professionnels pharmaceutiques de la Thaïlande, lors de conférences, organisées en présence du gouvernement et des autres institutions pharmaceutiques.

Concernant ses missions, en vertu de l'article 9 de la loi de la profession pharmaceutique 1994, l'ordre pharmaceutique, est chargé :

1. D'enregistrer les adhérents et d'autoriser les membres à recevoir le permis de travail en matière pharmaceutique.
2. De donner effet aux suspensions ou aux radiations de l'ordre.
3. D'accréditer les cours des institutions pharmaceutiques de formation.
4. D'accréditer le diplôme de médecine ou la certification médicale de des universités ou des institutions académiques pharmaceutiques.
5. D'accréditer les institutions de formation pharmaceutique.
6. De délivrer aux professionnels pharmaceutiques le certificat attestant de leur qualification et de leur expérience professionnelle en matière pharmaceutique.

On peut constater que le statut juridique du conseil de l'ordre national des pharmaciens de la France est similaire à celui du conseil de l'ordre national des médecins de la France et également de l'ordre pharmaceutique de la Thaïlande. Ils sont tous dotés de la personnalité morale de droit privé exerçant des missions de service public définies explicitement par la loi.

L'ordre pharmaceutique de la Thaïlande a été créé par la loi sur la profession pharmaceutique de 1994 ; son installation est donc postérieure à celle de l'ordre national des pharmaciens de France apparu en 1945. Enfin, en ce qui concerne la structure de l'ordre professionnel des pharmaciens en France, elle est similaire à celle de l'ordre professionnel des médecins de France qui se compose de trois niveaux : le conseil national, les conseils régionaux et les conseils départementaux. Mais en Thaïlande, il existe seulement un ordre pharmaceutique au niveau national.

§ 2 : Les institutions de recherche et de développement sanitaire

Ces institutions sont dédiées aux recherches sur la recherche sur le système, la science, la technologie sanitaires et également sur la recherche biomédicale. Et notamment, il existe une pluralité d'institutions spéciales dans le cadre de la lutte contre les maladies

graves mais nous en étudierons seulement deux : l'institution destinée à lutter contre le SIDA et l'institution relative au lutte contre le cancer.

A : Les institutions de recherche

Les institutions chargées de la recherche en matière sanitaire et médicale existent actuellement en France et également à la même manière en Thaïlande : l'institution nationale de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en France et l'institution de recherche du système sanitaire en Thaïlande. La science et la technologie sanitaire sont en France à la charge du centre national de la recherche scientifique (CNRS). En Thaïlande, elles sont prises en charge par l'institution de recherche *Chulabhorn*.

a : En France : l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et le centre national de la recherche scientifique (CNRS)

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) effectue un travail de recherche sur le système sanitaire et médical de la France. Quant au centre national de la recherche scientifique (CNRS), il est chargé du développement scientifique et technologique du milieu sanitaire.

L'institut national de la santé et de la recherche médicale : créé en 1964¹⁴³ pour remplacer l'institut national d'hygiène, l'INSERM est un établissement public national à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche¹⁴⁴. Il est dédié entièrement à la santé humaine et s'est vu confier, en 2008, la responsabilité d'assurer la coordination stratégique, scientifique et opérationnelle de la recherche biomédicale.

Le conseil d'administration de l'INSERM, outre le président de l'institut, comprend vingt-deux membres : six représentants de l'Etat, trois représentants d'établissements publics ayant une mission de recherche et d'enseignement supérieur, six représentants des personnels de l'institut élus et six personnalités qualifiées, parmi lesquelles des personnalités étrangères¹⁴⁵.

¹⁴³Il est régi par un décret n° 83-975 du 10 novembre 1983 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'institut national de la santé et de la recherche médicale.

¹⁴⁴Art. 2, décret n° 83-975 du 10 novembre 1983.

¹⁴⁵Art. 6, décret n° 83-975 du 10 novembre 1983.

Le décret adopté en mars 2009 va permettre à l'INSERM d'assumer ses missions dans le contexte de la recherche face aux nouveaux défis scientifiques, sanitaires et économiques du XXI^e siècle. L'expertise et la veille scientifiques sont désormais inscrites comme missions officielles de l'Institut¹⁴⁶.

De plus, il a également pour mission principale d'encourager, d'entreprendre, de développer, de coordonner et d'organiser à son initiative ou à la demande des pouvoirs publics, tout travail de recherche ayant pour objectif la connaissance de la santé de l'homme et des facteurs qui la conditionnent sous leurs aspects individuels et collectifs, dans leurs composantes physiques, mentales et sociales, l'acquisition ou le développement des connaissances dans les disciplines de la biologie et de la médecine et dans l'ensemble des disciplines qui concourent au progrès sanitaire et médical ainsi que la découverte et l'évaluation de tout moyen d'intervention tendant à prévenir et à traiter les maladies ou leurs conséquences et à améliorer l'état de santé de la population¹⁴⁷.

En outre, l'INSERM doit contribuer à la valorisation des résultats de ses recherches ainsi qu'à la diffusion de l'information scientifique et technique dans ses domaines de compétence.

Pour remplir ses missions, l'INSERM est organisé en unités de recherche, dans un partenariat étroit avec d'autres établissements de recherche publics ou privés, ainsi que des hôpitaux. Actuellement, 80% des unités de recherche INSERM¹⁴⁸ sont localisées dans les universités, les centres hospitalo-universitaires et des centres de lutte contre le cancer. Il est doté d'un conseil scientifique et de commissions scientifiques spécialisées.

Enfin, la coordination nationale se trouve renforcée par la création, en avril 2009, de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé, dont l'INSERM est signataire aux côtés d'autres organismes et instituts de recherche et de la conférence des présidents d'université. L'Alliance s'appuie sur une organisation en dix instituts thématiques multi-organismes, dont la direction est assurée conjointement par deux organismes de recherche (INSERM, CNRS, CEA ou Inra), selon le domaine de recherche.

Le centre national de la recherche scientifique : créé en 1939, le centre national de la recherche scientifique (CNRS) est un établissement public national à caractère

¹⁴⁶Décret n° 2009-278 du 11 mars 2009.

¹⁴⁷Art. 3, décret n° 83-975 du 10 novembre 1983.

¹⁴⁸L'INSERM dispose de 360 laboratoires et 24 centres d'investigation clinique.

scientifique et technologique. Il est placé sous la tutelle du ministère chargé de la recherche¹⁴⁹. Le CNRS est régi par le décret du 24 novembre 1982¹⁵⁰.

Dans le cadre de la politique scientifique définie par le Gouvernement, en relation avec les besoins culturels, économiques et sociaux de la nation et en liaison avec les établissements d'enseignement supérieur et de recherche, il a pour mission d'évaluer, d'effectuer ou de faire effectuer toutes recherches présentant un intérêt pour l'avancement de la science ainsi que pour le progrès économique, social et culturel du pays. Il est en outre chargé de contribuer à l'application et à la valorisation des résultats des recherches ; de développer l'information scientifique, en favorisant l'usage de la langue française ; d'apporter son concours à la formation à la recherche et par la recherche ; de participer à l'analyse de la conjoncture scientifique nationale et internationale et de ses perspectives d'évolution en vue de l'élaboration de la politique nationale dans ce domaine¹⁵¹.

Le CNRS est administré par un conseil d'administration présidé par le président du centre. Il est assisté d'un ou plusieurs directeurs généraux délégués. Les conseils scientifiques et d'évaluation, sont sous la charge du comité national de la recherche scientifique, placé auprès du centre qui est composé d'une part des sections spécialisées par discipline, des commissions interdisciplinaires et des conseils scientifiques d'institut ; et d'autre part du conseil scientifique. Cependant, l'instance consultative et les conseils de laboratoires sont mises en place par les unités de recherche relevant du CNRS¹⁵².

Enfin, le conseil d'administration est en charge de la gestion et de l'administration du centre ; outre le président du centre, il comprend trois représentants de l'Etat, le premier vice-président de la conférence des présidents d'université ou un autre membre de cette instance désigné par lui, quatre membres élus par les personnels du centre et parmi eux, et douze personnalités qualifiées : pour quatre d'entre elles en raison de leur compétence scientifique et technologique, pour quatre d'entre elles parmi les personnalités représentatives du monde du travail et pour quatre d'entre elles en raison de leur compétence dans le domaine économique et social¹⁵³.

¹⁴⁹Art. 1, décret n°82-993 du 24 novembre 1982.

¹⁵⁰Décret n°82-993 du 24 novembre 1982 portant organisation et fonctionnement du Centre national de la recherche scientifique.

¹⁵¹Art. 2, décret n°82-993 du 24 novembre 1982.

¹⁵²Art. 3, décret n°82-993 du 24 novembre 1982.

¹⁵³Art. 4, décret n°82-993 du 24 novembre 1982.

b : En Thaïlande : l'institution de recherche du système sanitaire et l'institut de recherche *Chulabhorn*

Nous étudierons l'institution de la recherche du système sanitaire, qui, comme son nom l'indique, effectue un travail de recherche sur le système sanitaire de la Thaïlande. Puis nous envisagerons l'institut de recherche *Chulabhorn*, qui est chargé du développement scientifique et technologique du milieu sanitaire. Son but et sa fonction sont similaires à celles de l'INSERM et du CNRS.

L'institution de recherche du système sanitaire : elle a été mise en place en 1992, par la loi sur l'institution de la recherche du système sanitaire, en même temps que l'office de la promotion de la recherche nationale et l'office du développement scientifique et technologique nationale. L'institution est une personne morale de droit public, entièrement indépendante¹⁵⁴. Ses missions sanitaires sont déterminées en fonction de la politique gouvernementale, qui a pour objectif d'améliorer la gestion et la connaissance du système sanitaire.

La commission de la recherche du système sanitaire est composée de 17 comités. Ces comités sont composés de représentants des organisations gouvernementales qui sont sélectionnés par le conseil des ministres¹⁵⁵. La commission est chargée d'élaborer la planification sanitaire principale de l'institution, de déterminer la politique de recherche et de contrôler l'administration de l'institution. D'autre part, elle assure la mise en œuvre de la politique et contrôle le financement. Enfin elle réglemente les régulations liées au fonctionnement interne, à la détermination des places, des positions, des salaires et le travail¹⁵⁶.

Les objectifs de l'institution de recherche du système sanitaire sont les suivants¹⁵⁷ :

(1) Elaborer un travail de recherche et d'analyse, afin de faire évoluer les objectifs des politiques, des planifications et des mesures nationales, relatives au développement du système sanitaire.

(2) Travailler en coopération, avec les agences administratives en matière de politiques et de plans gouvernementaux, mais également avec les autres agences publiques et privés, afin de déterminer ensemble la politique de recherche nationale, concernant le développement du système sanitaire.

¹⁵⁴Art. 11 de la loi de l'institution de la recherche du système sanitaire de 1992.

¹⁵⁵Art. 4 de la loi de l'institution de la recherche du système sanitaire de 1992.

¹⁵⁶Art. 5 de la loi de l'institution de la recherche du système sanitaire de 1992.

¹⁵⁷Art. 11 de la loi de l'institution de la recherche du système sanitaire de 1992.

(3) Soutenir la recherche liée à l'amélioration du système sanitaire, dans toutes les matières publiques et privés. Promouvoir une collaboration de recherche, sur le système sanitaire, entre les organisations publiques et privées, nationales et internationales.

L'un des points forts de l'institution de recherche du système sanitaire, c'est de travailler de manière coordonnée avec les autres institutions de recherche sanitaire. Ainsi, elle travaille étroitement avec les réseaux sanitaires et met en place des « institutions subordonnées ». Ce mécanisme permet aux établissements sanitaires, de travailler systématiquement de manière étroite.

(4) Promouvoir l'amélioration de la compétence des organisations sanitaires, concernant les connaissances scientifiques et les nouvelles technologies médicales, venues de l'étranger.

(5) Diffuser auprès des organisations administratives, des organisations privées et de la population, des connaissances en matière de santé (notamment des règles d'hygiène).

Depuis 2000, la commission de la recherche du système sanitaire joue un rôle très important dans la réforme du système sanitaire ; elle apporte au Parlement les connaissances nécessaires pour rédiger le projet de loi de la santé nationale et aussi la constitution de la santé nationale¹⁵⁸, qui sont les principales lois sanitaires, en Thaïlande. Suite à leur mise en vigueur, l'office de la commission sanitaire nationale a été mis en place. Ce nouvel organe rend des avis et conseille le gouvernement en matière de politique sanitaire.

Depuis 2010, cette commission est l'organe de la « gestion de la connaissance sanitaire qui conduit à un système de santé durable et démocratique ». D'autre part, elle est chargée de coordonner et de promouvoir la connaissance et la recherche sanitaire. Enfin, elle souhaiterait organiser des travaux de recherche, mais également donner une application concrète aux résultats de ces recherches.

L'institut de recherche *Chulabhorn* : il a pour but l'avancement scientifique et technologique sanitaire. Il a été mis en place le 1 décembre 1987. 1987 fut une année faste pour tous les Thaïlandais, en raison de la célébration du 60^e anniversaire de sa Majesté le Roi Bhumibol Adulyadej. Son Altesse Royale la Princesse Chulabhorn, a créé l'institut de recherche *Chulabhorn* en l'honneur de Sa Majesté le roi, l'un des objectifs étant de fournir des installations de recherche pour les projets lancés par Sa Majesté le Roi.

¹⁵⁸La loi de la santé nationale est en vigueur depuis 2007 et la constitution de la santé nationale est en vigueur depuis 2009.

Sa mission est de promouvoir le recours à la science et à la technologie pour améliorer la qualité de vie des Thaïlandais, mais également la qualité de leur système sanitaire. La recherche scientifique et technologique est essentielle pour le développement national. Les progrès scientifiques et technologiques, ont un impact significatif sur tous les aspects de la santé. Les capacités scientifiques et techniques de la Thaïlande doivent être renforcées pour soutenir les aspirations et les objectifs de développement du pays.

Même si beaucoup d'efforts ont été réalisés ces dernières années, afin de fournir davantage de ressources pour les activités de recherche et de développement, les institutions d'enseignement supérieur doivent faire face au manque de moyens ; les fonds pour la recherche sont limités, il manque du matériel de qualité et de haut niveau, les scientifiques et les ingénieurs expérimentés, restent trop peu nombreux. L'une des stratégies de l'institut de recherche *Chalabhorn* est de privilégier certains domaines prioritaires de recherche et de développement, considérés importants pour la nation, dans la répartition des ressources disponibles.

L'institut de recherche a également d'autres objectifs, plus spécifiques¹⁵⁹:

(1) Promouvoir les recherches importantes pour la nation, afin d'améliorer la qualité de vie et la qualité de la santé.

(2) Etre un centre d'éducation et de développement pour les professionnels de haut niveau, dans le domaine de la science et des technologies médicales.

(3) Rassembler les scientifiques locaux et étrangers, pour échanger et élaborer des solutions concernant les problèmes émergents. Promouvoir les échanges scientifiques et agir comme un centre de coopération internationale.

(4) Identifier, mutualiser et mobiliser les ressources pour la recherche et le développement scientifique et technologique.

Par ailleurs, grâce à ces programmes, des cours, des formations, des séminaires, des colloques, des ateliers et des conférences sont organisés, afin de promouvoir les échanges de connaissances et la diffusion de l'information. Le but est d'informer ou de maintenir informés les scientifiques locaux des nouvelles avancées technologiques et scientifiques, ainsi que de renforcer la coopération entre le centre et les régions. Toujours dans cet objectif, elle collabore et entretient des contacts avec des institutions scientifiques et des organismes internationaux.

¹⁵⁹Institut de la recherche *Chalabhorn*, *Des missions et des objectives* [en ligne]. Bangkok : Doc'IRC. Mise à jour : 2009 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur http://www.cri.or.th/en/about_mission.php

Les activités de l'institution, peuvent être divisées en trois domaines¹⁶⁰ :

(1) La recherche : c'est l'activité principale de l'institution. Elle va initier et mener des recherches fondamentales, tout particulièrement dans les disciplines majeures. Les domaines actuellement privilégiés sont: les produits naturels, la biochimie, la synthèse organique, la recherche biomédicale, la toxicologie environnementale et la biotechnologie.

(2) L'éducation et l'échange scientifique : le développement des ressources humaines est l'une des principales activités de l'institution. La Thaïlande manque de scientifiques et de techniciens qualifiés. Pour remédier à cette pénurie, un certain nombre de programmes de formation universitaire, ont été lancés, de manière à ce que les connaissances spécialisées soient mises à jour.

(3) Les projets et les programmes spéciaux : en tant que centre de coopération nationale et internationale, l'institution met en place plusieurs programmes spéciaux qui sont important au niveau national et mondial, en termes d'urgence et de besoin. Ces projets et programmes spéciaux, auront pour objet de créer une collaboration, entre les autres institutions nationales et internationales, de manière à faire progresser la science et la technologie dans le domaine médical. Ces progrès permettront de préserver et d'améliorer la qualité de vie et la santé de la population.

B : Les institutions de recherche et du développement de la thérapeutique

Il s'agit maintenant de distinguer les institutions chargées de la recherche et du développement de la thérapeutique de deux manières : d'abord, les institutions concernant la recherche biomédicale, et ensuite les institutions concernant certaines maladies graves qui sont le sida et le cancer.

a : Concernant la recherche biomédicale

Les institutions chargées de la recherche biomédicale existent actuellement en France et également de la même manière en Thaïlande : L'Agence de la biomédecine en France et l'institut pour le développement et la protection de la recherche biomédicale en Thaïlande. Un système d'hémovigilance, en France, est pris en charge par l'établissement français du sang (EFS). En Thaïlande, c'est une des missions du centre national de transfusion sanguine de la Croix rouge thaïlandaise.

¹⁶⁰Institut de la recherche *Chalabhorn*, *Des activités de l'institution* [en ligne]. Bangkok : Doc'IRC. Mise à jour : 2009 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur http://www.cri.or.th/en/about_activité.php

1 : L'Agence de la biomédecine et l'établissement français du sang (EFS)

L'Agence de la biomédecine effectue un travail de recherche sur le système biomédical. Pour sa part, l'établissement français du sang (EFS) est chargé de veiller et d'assurer la sécurité des produits sanguins.

L'Agence de la biomédecine : elle constitue un établissement public national de l'État, sous tutelle du ministre chargé de la santé, créée par la loi de bioéthique du 6 août 2004¹⁶¹. Elle s'est substituée à l'établissement français des greffes (EFG) et à la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal (CNMBRDP).

L'Agence de la biomédecine est la seule agence en Europe rassemblant ces quatre domaines que sont le prélèvement et la greffe, la procréation, l'embryologie et la génétique humaine. Sa proximité avec les équipes médicales et les malades, lui permet de veiller au respect de la sécurité et de la qualité, de l'anticipation, de l'éthique et de la transparence.

Par son expertise, l'agence de la biomédecine est l'autorité de référence sur tous les aspects médicaux, scientifiques et éthiques relatifs à ces questions. Elle se voit notamment confier les missions suivantes :

(1) Dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation et du diagnostic prénatal génétique¹⁶², elle délivre un certain nombre d'autorisations, autorise les praticiens à effectuer ces pratiques¹⁶³, encadre certaines activités comme dans les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et les centres de diagnostic préimplantatoire¹⁶⁴. Effectue un suivi de la santé des femmes qui ont eu recours à ces pratiques.

(2) Dans le cadre de la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires, elle délivre les autorisations pour les recherches *in vitro* sur l'embryon et les cellules embryonnaires et pour la conservation de cellules souches embryonnaires à des fins de recherches¹⁶⁵. Elle a également pour mission de suivre, évaluer et contrôler les activités thérapeutiques et biologiques relevant de ses compétences et veiller à leur transparence. Participer à l'élaboration de la réglementation des activités relevant de ses prérogatives.

¹⁶¹Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

¹⁶²Art. L. 2131-4-2 et L. 2142-1-1, CSP.

¹⁶³Art. L. 1131-3, CSP.

¹⁶⁴Art. L. 2131-1, CSP.

¹⁶⁵Art. L. 2151-5 à L. 2151-7, CSP.

(3) Elle reprend les missions confiées auparavant à l'établissement français des greffes, au titre du don, du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules ; elle enregistre l'inscription des patients en attente de greffe, encadre, suit et évalue les établissements qui pratiquent les greffes¹⁶⁶.

La loi de bioéthique du 7 juillet 2011 et la loi du 6 août 2013¹⁶⁷ ont étendu les missions de l'agence. Cette agence devra assurer une information permanente du Parlement et du Gouvernement sur le développement des connaissances et des techniques dans le domaine des neurosciences. Dans le cadre de ses compétences en génétique, elle devra également mettre à disposition du public une information sur l'utilisation des tests génétiques en accès libre et élaborer un référentiel permettant d'en évaluer la qualité.

L'agence est administrée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur général. Le conseil d'administration de l'agence est composé, outre de son président, pour moitié de représentants de l'Etat, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des établissements publics administratifs nationaux à caractère sanitaire et des établissements publics de recherche concernés par les activités de l'agence, et pour moitié de personnalités qualifiées choisies en raison de leurs compétences dans les domaines relevant des missions de l'agence et de représentants du personnel¹⁶⁸. L'agence est dotée également d'un conseil d'orientation qui veille à la qualité de son expertise médicale et scientifique en prenant en considération des questions éthiques susceptibles d'être soulevées¹⁶⁹.

Le directeur général prend au nom de l'Etat, les décisions de police sanitaire. Celles-ci ne sont susceptibles d'aucun recours hiérarchique ; les ministres chargés de la santé et de la recherche peuvent néanmoins interdire ou suspendre la réalisation d'un protocole de recherche autorisé, et demander un nouvel examen de ce protocole¹⁷⁰.

Les ressources de l'agence comprennent des subventions de l'Etat, de l'Union européenne ou d'organisations internationales ; une dotation globale versée par assurance

¹⁶⁶Art. L. 1418-1, CSP.

¹⁶⁷Loi n°2013-715 du 6 août 2013 tendant à modifier la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires est adoptée le 6 août 2013.

¹⁶⁸Art. L. 1418-3, CSP.

¹⁶⁹Art. L. 1418-4, CSP.

¹⁷⁰Art. L. 1418-3, CSP.

maladie ; des taxes et redevances créées à son bénéfice ; des produits divers, dons et legs et des emprunts¹⁷¹.

L’Etablissement français du sang (EFS) : cet établissement public de l’Etat placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, a été créé par la loi du 1^{er} juillet 1998¹⁷² et se substituée à l’Agence française du sang, elle-même créée par la loi du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et au médicament qui a substantiellement réorganisé la transfusion sanguine, suite au drame du sang contaminé. Désormais, aux termes de cette réorganisation réalisée en 1993 et 1998, l’Etablissement français du sang (EFS) est un opérateur du service public transfusionnel. Cet établissement veille à la satisfaction des besoins en matière de produits sanguins labiles et à l’adaptation de l’activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques dans le respect des principes éthiques. Il organise sur l’ensemble du territoire national, dans le cadre des schémas d’organisation de la transfusion sanguine, les activités de collecte du sang, de qualification biologique du don, de préparation, de distribution et de délivrance des produits sanguins labiles¹⁷³.

Le contrôle opéré sur cette activité et sur la préparation des produits sanguins labiles a été confié à l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), suivant le principe de séparation des opérateurs de service public sanitaire et des contrôleurs¹⁷⁴.

L’EFS est notamment chargé de gérer le service public transfusionnel et ses activités annexes ; de promouvoir le don du sang, les conditions de sa bonne utilisation et de veiller au strict respect des principes éthiques par l’ensemble de la chaîne transfusionnelle ; d’assurer la qualité au sein des établissements de transfusion sanguine, et notamment de mettre en œuvre les bonnes pratiques, en conformité avec les dispositions législatives et réglementaires relatives aux activités transfusionnelles ; d’assurer la transmission des données relatives à la sécurité sanitaire des produits sanguins à l’AFSSAPS et des données épidémiologiques à l’institut de veille sanitaire ; d’élaborer, d’actualiser et de mettre en œuvre les schémas d’organisation de la transfusion sanguine ; de favoriser, en liaison avec les

¹⁷¹Art. L. 1418-7, CSP.

¹⁷²Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé.

¹⁷³Art. L. 1222-1, CSP.

¹⁷⁴LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 212.

organismes de recherche et d'évaluation, l'activité de recherche en transfusion sanguine et de promouvoir la diffusion des connaissances scientifiques et techniques en matière de transfusion sanguine ; de tenir un fichier national des donneurs et des receveurs de groupes rares et une banque de sangs rares, et de coordonner l'activité des laboratoires liés à ces activités ; de participer à l'organisation et à l'acheminement des secours en cas de catastrophe nationale ou internationale nécessitant de recourir aux moyens de transfusion sanguine et de participer à la coopération scientifique et technique européenne et internationale de la France¹⁷⁵.

Enfin, L'EFS est administré par un conseil d'administration composé, outre son président, pour moitié de représentants de l'Etat et, pour l'autre moitié, de représentants des organismes d'assurance maladie, des associations de patients et de donneurs, des établissements de santé, de deux représentants du personnel de l'établissement et de personnalités qualifiées, notamment des praticiens. Le conseil d'administration de l'établissement comprend en outre le président du conseil scientifique, siégeant avec voix consultative¹⁷⁶.

2 : L'institut pour le développement et la protection de la recherche biomédicale et le centre national de transfusion sanguine de la Croix rouge thaïlandaise

Nous étudierons le système juridique de la recherche biomédicale, puis nous envisagerons celui des produits sanguins.

L'institut pour le développement et la protection de la recherche biomédicale : la recherche sur l'organisme humain est moins développée en Thaïlande qu'ailleurs. Une loi sur la recherche biomédicale, est actuellement élaborée sous la responsabilité de l'institut pour le développement et la protection de la recherche biomédicale. Une fois rédigée, cette loi sera soumise au gouvernement et au parlement, afin que celle-ci soit adoptée. Cette loi, permettrait par différents mécanismes juridiques, de protéger les recherches biomédicales, et de les promouvoir.

La recherche humaine est une activité essentielle au développement du domaine médical et sanitaire. Cette recherche permet d'enrichir la connaissance médicale sur l'organisme humain, les maladies, la prévention de ces maladies, le diagnostic médical, le

¹⁷⁵Art. L. 1222-1, CSP.

¹⁷⁶Art. L. 1222-5, CSP.

soin et la rééducation. D'autre part, elle permet d'élaborer de nouveaux vaccins et de nouveaux médicaments.

La recherche biomédicale en Thaïlande est contrôlée concernant la sécurité, lorsqu'elle est pratiquée sur des organismes humains. Selon les principes internationaux d'éthique concernant la pratique de la recherche biomédicale, la dignité, les droits et les libertés des bénévoles doivent être protégés et respectés.

La recherche biomédicale en Thaïlande est prise en charge par l'institut pour le développement et la protection de la recherche biomédicale. Il est créé par l'article 5(5) de la loi sur l'institut de recherche du système sanitaire de 1992 et le règlement relatif à la création de l'institut pour le développement et la protection de la recherche biomédicale de 2006. Il n'est pas doté de la personnalité morale mais il fait partie des institutions de recherche sanitaire membres du réseau de recherche de l'institut de recherche du système sanitaire. Ce dernier (l'institut de recherche du système sanitaire) est une personne morale de droit public et ses missions principales concernent les recherches sanitaires en Thaïlande. L'institut pour le développement et la protection de la recherche biomédicale n'a donc pas l'autonomie administrative et financière ; il est sous le contrôle de l'institut de recherche du système sanitaire.

En France, la recherche biomédicale est prise en charge par l'Agence de la biomédecine qui est créée en 2004, deux ans avant l'installation de l'institut pour le développement et la protection de la recherche biomédicale en Thaïlande. De plus, l'Agence de la biomédecine de la France est un établissement public national, alors que l'institut chargé de la recherche biomédicale en Thaïlande ne possède pas la personnalité juridique.

Dans le cadre de ses missions, l'institut pour le développement et la protection de la recherche biomédicale en Thaïlande¹⁷⁷ souhaite développer une politique en faveur de la recherche biomédicale. D'autre part, il va élaborer un cadre juridique pour la recherche biomédicale, afin que celle-ci soit conforme à l'éthique internationale. Enfin, cette institution souhaite mettre en place des organismes, des associations, des institutions et également du personnel au service de la recherche biomédicale.

En outre, elle est chargée de nommer la commission d'éthique de la recherche biomédicale. Cette commission est une organisation nationale qui va examiner les projets de recherche biomédicale, pharmaceutique, et thérapeutique. Enfin, elle va développer,

¹⁷⁷Institution pour le développement et la protection de la recherche humaine, *Des visions et des missions* [en ligne]. Bangkok : Doc'IDPRH. Mise à jour : 2008 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur <http://www.ihrp.or.th/strategy.php>

promouvoir, contrôler et soutenir la direction de la commission d'éthique de la recherche biomédicale, les associations et également les organismes concernés.

Le centre national de transfusion sanguine de la Croix rouge thaïlandaise : d'après les annales de la Thaïlande¹⁷⁸, la première transfusion sanguine fut réalisée en 1927 à l'hôpital de Sirirach¹⁷⁹, mais nous ne disposons pas d'information plus précise sur le contexte de l'intervention. Quatre ans plus tard, un certain Carl Bachman, médecin étranger, réalisa une transfusion sur une patiente présentant une grossesse extra-utérine, victime d'une hémopyrroïne¹⁸⁰.

Pour conserver le sang, il existe dans chaque hôpital et chaque établissement de transfusion une « Banque du sang », responsable de la collecte et de la gestion du sang. La première banque de sang a été mise en place à l'hôpital de Sirirach, durant la Seconde Guerre Mondiale. En raison d'un nombre important d'hospitalisations, lors de cette période, les besoins en produits sanguins n'avaient cessé d'augmenter. C'est pourquoi avait été imaginé, le 1 Septembre 1946, ce système de banque, qui à l'époque était géré par un médecin et une infirmière¹⁸¹. Au niveau régional, la première banque du sang fut mise en place par l'hôpital de *Chiangrai Prachanucruak*, en 1949 à Chiangrai et la deuxième par l'hôpital de *Ying*, en 1951 à Ayutthaya.

La recherche pour améliorer la qualité des produits sanguins, relève de la responsabilité de tous les établissements de soin et des organismes de transfusion. Mais l'organisation principale chargée de ce type de recherche, est le centre national de transfusion sanguine de la Croix rouge thaïlandaise. Ce centre a été mis en place, à l'initiative de la croix rouge internationale, en 1949, car l'organisation souhaitait organiser dans chaque pays un service de distribution de produits sanguins, auprès de la croix rouge¹⁸². En septembre 1966, ce service est devenu le centre national de transfusion sanguine, que nous connaissons actuellement. La même année, la Thaïlande avait accepté les aides du

¹⁷⁸Monsieur Sud Sangvichien, un médecin thaïlandais, a vécu entre 29 Novembre 1907 et 8 Juin 1995. Il a travaillé et fait des recherches dans le divers domaine médical et notamment sur la historique de la transfusion sanguine et la préservation du sang en Thaïlande.

¹⁷⁹L'hôpital de Sirirach est le premier hôpital universitaire en Thaïlande. Il a été inauguré le 26 Avril 1888 et se trouve à Bangkok.

¹⁸⁰JUNTANAYINGYONG T., « Historique de la transfusion sanguine en Thaïlande et la banque sanguine », *Encyclopédie thaïlandaise pour les jeunes*, 8^{ème} volume, Presses du Conseil d'Enseignant de la Thaïlande, Bangkok, 1983, p. 80-81.

¹⁸¹SRIPEN S., « La Banque Sanguine de la Thaïlande », *Journal Médical de Siriraj*, 1949, n° 5, p. 282-289.

¹⁸²JUNTANAYINGYONG T., *op. cit.*, p. 82-83.

gouvernement français, versées dans le but d'améliorer le système de transfusion sanguine thaïlandais. Ces aides devaient permettre de financer le personnel et le matériel de qualité, nécessaires à la gestion des produits sanguins.

On peut constater que la transfusion sanguine en Thaïlande a été évoquée vingt ans avant l'apparition de la première banque sanguine. Aujourd'hui, la banque sanguine est présente dans tout établissement de soin public et privé pour répondre au besoin de sang en cas d'accidents ou d'urgences. On remarque que la transfusion sanguine de la Thaïlande est sous la responsabilité principale du centre national de transfusion sanguine de la Croix rouge thaïlandais créée en 1966 et n'est pas dotée de la personnalité morale. Il est l'un des organismes internes de la Croix rouge thaïlandais qui dispose de la personnalité juridique à but non lucratif et à fin humanitaire, selon l'article 3 de la loi de la Croix rouge thaïlandaise de 1918. Au contraire, en raison de drame du sang contaminé en 1980 et en 1990, les législateurs français ont créé une institution principale chargée de la transfusion sanguine et du médicament en France, l'établissement français du sang (EFS). Il est doté de la personnalité morale en tant qu'établissement public national et possède une autonomie administrative et financière.

b : La mise en charge de certaines maladies graves : le Sida et le Cancer

Actuellement, beaucoup de nouvelles maladies apparaissent et la propagation des épidémies s'accélère, notamment le sida et le cancer. Les institutions chargées de la lutte contre le sida sont l'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (L'ANRS) en France et la commission d'organisation privée pour lutter contre le sida en Thaïlande. La lutte contre le cancer, en France, est prise en charge par l'institut national du cancer (INCA). En Thaïlande, elle est assurée par l'institution nationale du cancer.

1 : L'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et l'institut national du cancer (INCA) en France

Nous commencerons d'abord par l'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et ensuite par l'institut national du cancer (INCA).

L'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (L'ANRS) : elle a été créée en novembre 1988 pour coordonner et promouvoir les actions de recherche dans la lutte contre le sida. Constituée initialement sous forme d'association, l'agence a été

transformée officiellement en 1992 en groupement d'intérêt public (GIP)¹⁸³. Elle mène ses actions avec le soutien des ministères en charge de la recherche, de la santé et des affaires étrangères et les principaux organismes de recherche français : l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le Centre national de recherche scientifique (CNRS), l'Institut Pasteur et l'Institut de recherche pour le développement (IRD). Elle s'appuie également sur un réseau de cliniciens appartenant au secteur hospitalier pour la conduite de ses essais thérapeutiques¹⁸⁴.

L'agence a pour mission l'animation, l'évaluation et la coordination des programmes de recherche sur le sida mais aussi, depuis 1999, sur l'hépatite C et, depuis 2004, sur l'ensemble des hépatites¹⁸⁵. Elle est présente dans l'ensemble des champs scientifiques : recherches biologique fondamentale, vaccinale, clinique et épidémiologique, essais thérapeutiques, recherches en santé publique, en sciences de l'homme et de la société. Elle anime et soutient également des programmes de recherche dans les pays en développement.

Elle est administrée par un conseil de l'administration qui est composé de représentants des membres de ce groupement¹⁸⁶ et des personnalités qualifiées. Son président est élu pour une durée de trois ans, renouvelable. Par leur participation au conseil de l'administration, les organismes de recherche et les ministères participent à la définition des grandes orientations scientifiques de l'agence¹⁸⁷. Enfin, l'agence est dotée également d'un conseil scientifique et de comités scientifiques sectoriels.

L'institut national du cancer (INCA) : il a été créé par l'article 33 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹⁸⁸. Il est prévu dans le cadre du plan de mobilisation nationale contre le cancer élaboré en 2003 qui a pour objectif notamment une diminution de la mortalité par cancer et une meilleure prise en charge des malades¹⁸⁹. Cet institut, constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP), associant l'Etat et

¹⁸³LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 219.

¹⁸⁴Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (L'ANRS), *L'ANRS et ses missions* [en ligne]. Paris : Doc'ANRSH. Mise à jour : 2012 [ref. du 29/04/2012]. Disponible sur <http://www.anrs.fr/Qui-sommes-nous/Presentation-de-l-ANRS/L-ANRS-et-ses-missions>

¹⁸⁵LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 219.

¹⁸⁶Ce sont des représentants venant de ministères en charge de la recherche, de la santé et des affaires étrangères ainsi que de l'INSERM, du CNRS, de l'Institut Pasteur de Paris, et de l'IRD.

¹⁸⁷Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (L'ANRS), *op. cit.*

¹⁸⁸Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹⁸⁹LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 213-214.

des personnes morales publiques et privées intervenant dans le domaine de la santé et de la recherche sur le cancer¹⁹⁰, est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer¹⁹¹.

A ce titre, il exerce notamment les missions d'observation et d'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, il définit des référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ainsi que des critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé pratiquant la cancérologie. En outre, il est chargé de l'information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer et participe à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le cancer. Il soutient et coordonne la recherche, notamment par le développement et le suivi d'actions communes, y compris dans le cadre d'actions européennes et internationales, entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation. Enfin, l'institut national du cancer établit un rapport d'activité annuel qui est transmis au Gouvernement au Parlement¹⁹².

Enfin, le directeur général, le président du conseil d'administration et le président du conseil scientifique de l'Institut national du cancer sont nommés pour une durée de cinq ans par décret¹⁹³.

2 : La commission d'organisation privée pour lutter contre le SIDA et l'institution nationale du cancer en Thaïlande

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en Thaïlande. Le cancer, puis les maladies infectieuses¹⁹⁴, viennent ensuite. Pour diminuer le taux de mortalité, plusieurs institutions médicales et sanitaires, pour la recherche et le développement thérapeutique ont été créées. Dans ce paragraphe, l'on commencera d'abord par la commission d'organisation privée pour lutter contre le SIDA et ensuite par l'institution nationale du cancer qui est chargée de lutter contre le cancer.

¹⁹⁰Art. L. 1415-3, CSP.

¹⁹¹Arrêté du 22 juin 2005 approuvant la convention constitutive du GIP.

¹⁹²Art. L. 1415-2, CSP.

¹⁹³Art. L. 1415-4, CSP.

¹⁹⁴Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé Publique de Thaïlande 2005-2007*, *op. cit.*, p.157 et 163.

La commission d'organisation privée pour lutter contre le SIDA : concernant le SIDA, la situation de la Thaïlande s'est actuellement améliorée. Selon le rapport annuel de 2010 de l'office d'épidémiologie, du ministère de la santé publique, 368,921 personnes sont atteintes du SIDA et 97, 694¹⁹⁵ en sont décédés. Grâce aux antiviraux, les statistiques sont en baisse. Les malades vivent plus longtemps et dans de meilleures conditions.

En Thaïlande, il y a environ 155 organisations publiques et privées qui sont chargées de lutter contre le SIDA. L'organisation principale est la commission d'organisation privée de lutte contre le SIDA. Elle a été instaurée en 1995 par le groupe de travail relatif au SIDA afin de s'opposer à une loi qui se proposait de limiter les droits des personnes infectées et des prostitués¹⁹⁶.

Cette commission est une organisation non-gouvernementale, qui est chargée de promouvoir la collaboration entre les organisations privées, les autres organisations non-gouvernementales et les réseaux sanitaires, appartenant à la société civile. Elles travaillent ensemble pour trouver des solutions et promouvoir la prévention du SIDA.

Cette commission a pour rôle principal de coopérer étroitement avec des organisations publics concernés, le gouvernement et des organisations internationales pour trouver des solutions pour lutter contre le SIDA et établir une coopération entre structures concernées afin de déterminer la politique nationale, des stratégies nationales et des guides de bonne pratique pour lutte contre le SIDA. En outre, elle va participer à la prévention du SIDA et également améliorer la qualité de vie des personnes infectées. Enfin, elle soutient les organisations et les réseaux sanitaires dans leurs actions, de manière à informer la population et la rendre plus alerte.

Dans le cadre de ces missions, la commission intervient en matière de soin et de prévention. Nous pouvons globalement distinguer quatre stratégies, mises en œuvre par la commission, concernant le SIDA.

1. Première stratégie : le développement des compétences du personnel et de la collaboration entre les communautés.
2. Deuxième stratégie : la prévention, le traitement et la prise en charge des malades du SIDA
3. Troisième stratégie : la réforme sociale et politique.

¹⁹⁵Le nombre de personnes atteintes du SIDA a été mis à jour le 31 août 2010 selon le rapport annuel 2010 de l'office d'épidémiologie, du ministère de la santé publique de la Thaïlande.

¹⁹⁶Commission d'organisation privée de lutte contre le SIDA, *Vivre avec SIDA*, Bangkok, 2006, p. 2.

4. Quatrième stratégie : le mis en œuvre en manière sociale et culturelle.

La commission de l'organisation privée de lutte contre le SIDA met en œuvre des stratégies au niveau national et au niveau régional. Dans les régions, il existe quatre commissions au centre, au nord, au sud et au nord-est¹⁹⁷. Les commissions d'organisation privée de lutte contre le SIDA du nord et du nord-est ont été instaurées en 1996 et se situent à Chiangmai et Surin. La commission du sud qui se situe à Pattaloong a été établie en 2000.

L'institution nationale du cancer : le cancer est une maladie grave qui cause des problèmes sanitaires au niveau mondial. Selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), datant de 1994, le cancer est responsable d'environ 13% des causes de mortalité dans le monde, ce qui correspond à plus de 6 millions de personnes. Toujours en 1994, plus de 18 millions de personnes étaient atteintes d'un cancer, et chaque année, 9 millions de personnes sont nouvellement touchées. L'OMS prévoit qu'il y aurait en 2020 plus de 11 millions de personnes qui décéderont du cancer, dont 7 millions dans les pays développés. Les cancers les plus répandus dans le monde sont le cancer du poumon, le cancer de l'estomac, le cancer du sein, le cancer intestinal, le cancer du foie et le cancer du col de l'utérus.

En Thaïlande, selon une étude réalisée entre 2001 et 2003 par l'institution nationale du cancer, 241 051 personnes sont atteintes de cancer, dont 121 986 hommes, pour 119 065 femmes. Chez l'homme, le cancer le plus répandu est celui du foie, puis vient ensuite le cancer du poumon et enfin le cancer du rectum. Les femmes sont touchées par le cancer du sein, celui du col de l'utérus et enfin, le cancer du foie¹⁹⁸.

En Thaïlande, il existe plusieurs institutions concernant le cancer, mais la plus importante, est l'institution nationale du cancer. Cette institution qui est chargée de lutter contre le cancer, a été instauré le 28 décembre 1965, suite à l'approbation par le gouvernement. Le premier directeur était monsieur Somchai Sombunchalearn. Ce médecin, a proposé d'installer une station de dépistage du cancer.

L'institution nationale du cancer est chargée au niveau national, des politiques de prévention, de diagnostic et de réhabilitation des malades du cancer. Il existe également des institutions du cancer au niveau régional. Sept centres sont opérationnels : à Lampang, Ubon

¹⁹⁷*Id.*, p. 3.

¹⁹⁸KHUHAPREMA T., *Cancer in Thailand Volume. V, 2001- 2003*, 5^{ème} édition, Bangkok, 2010, p. 5-7.

Ratchathani, Udon Thani, Chon Buri, Lop Buri, Surat Thani et Mahavachiralungorn Thunyaburi. Ces centres coopèrent étroitement afin de développer la connaissance et la technologie médicale pour lutter contre le cancer, diffuser des informations à travers les réseaux, auprès des professionnels médicaux et la population. Ces institutions ont également pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.¹⁹⁹

Depuis 46 ans, l'institution nationale du cancer est chargée de surveiller la maladie du cancer auprès de la population, diagnostiquer les personnes présentant des signes anormaux²⁰⁰, surveiller les personnes à risque, par exemple celles qui sont atteintes d'hépatite B, infectées par le papillomavirus (HPV). D'autre part, elle se consacre au soin et à la réhabilitation des malades du cancer, afin d'améliorer leur qualité de vie.

Par ailleurs, chaque année en Thaïlande, le 10 décembre est un jour consacré à la lutte contre le cancer. Cette date, qui a été choisie par le ministère de la santé publique, correspond au jour où en 1968, le Roi Bhumiphol est venu inaugurer l'institution nationale du cancer.

¹⁹⁹Institution du cancer national, *La vision et les missions de l'Institution du cancer national* [en ligne]. Bangkok : Doc'ICN. Mise à jour : 2008 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur <http://www.nci.go.th/Today/visionandmission.html>

²⁰⁰Le mal au ventre, des maladies chroniques, des tumeurs peuvent être des signes d'un cancer potentiel.

Chapitre II

Le système de soins et la coopération sanitaire

Les systèmes de soins en France et aussi en Thaïlande comportent une diversité des prestataires de soins : le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Dans le secteur hospitalier, il existe les établissements de santé publics et privés sur l'ensemble du territoire français et thaïlandais.

Les établissements de santé publics disposent d'un rôle essentiel dans le système des services sanitaires pour l'organisation de l'offre de soin envers la population. Les citoyens peuvent accéder aux soins d'une manière égale, en particulier les personnes qui vivent dans les campagnes, dans les territoires éloignés, les grandes agglomérations ou ceux situés à proximité des frontières. La fonction d'offre de soin est gérée par le Ministère de la santé publique (l'organisme principal), d'autres ministères (le Ministère de l'éducation, le Ministère de la Défense, le Ministère de l'Intérieure), des entreprises publiques et des territoires locaux. Alors, les établissements de santé privés ont quant à eux, pour rôle principal la gestion des offres de soins, surtout, dans la capitale ainsi que dans les grandes villes qui ont un certain poids économique (section 1).

Pourtant, afin d'assurer une efficacité croissant du système sanitaire, on ne peut négliger l'importance de la coopération sanitaire entre tous les secteurs de soins concernés. La création et l'encouragement de la collaboration entre les organismes et les réseaux sanitaires permettront aux professionnels de santé de s'adapter aux nouveaux besoins, et pour les patients, ils pourraient permettre une meilleure prise en charge (section 2).

Section 1 : La diversité des prestataires de soins

De nombreux établissements de santé ont été installés réellement partout dans le pays afin d'accueillir les malades physiques ou mentaux, normaux ou atteints d'une maladie grave et également pour traiter les maladies générales ou spéciales. La création des premiers hôpitaux en Thaïlande date du 19^e siècle ; le premier hôpital était un hôpital privé qui s'est installé dans la province de Petchaburi. Pourtant, il existe parallèlement un secteur ambulatoire, ou médecine de ville, ou médecine libérale en France et également en Thaïlande. Elle est pratiquée actuellement par la moitié des médecins français, tandis qu'elle existe peu en Thaïlande.

§ 1 : Le constat de la diversité

Si l'on passe en revue le secteur ambulatoire ou médecine de ville ou médecine libérale et ensuite le secteur hospitalier, c'est le constat de la diversité qui s'impose.

A : Le secteur ambulatoire, ou médecine de ville, ou médecine libérale

La naissance juridique des médecines libérales est le fait en France de la fédération des médecins libéraux qui parvient à imposer sa charte lors du congrès des syndicats médicaux le 30 novembre 1927. Le système de soins de la France fonctionne notamment par des médecins libéraux qui représentent la moitié des médecins français. En revanche, le secteur sanitaire libéral de la Thaïlande est un espace confus et flou ; le nombre des médecins libéraux est plus faible. Le système de soins en Thaïlande est principalement axé sur les hôpitaux publics.

a : Présentation du secteur ambulatoire en France

Généralement, les formes d'exercice des professions sanitaires en France peuvent être regroupées en trois modèles : l'exercice salarié, l'agent public et l'exercice libéral. La dernière forme représente le modèle historique et est utilisée par la moitié des médecins français.

Le développement de l'offre libérale de soins s'est fait essentiellement à partir de la seconde moitié du XX^{ème}. Sa naissance juridique vient de la fédération des médecins libéraux qui parvient à imposer sa charte lors du congrès des syndicats médicaux du 30 novembre 1927, et qui débouche sur la réunification syndicale. Lors de ce congrès sont adoptés les sept principes formant la charte commune de la profession, et qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause : (1) le libre choix de médecin par le patient ; (2) le respect absolu du secret professionnel ; (3) le droit à des honoraires pour tout malade soigné ; (4) le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux ; (5) la liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement doit primer sur le facteur économique ; (6) le contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord et (7) la nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les Caisses¹.

En 1945, sont évoquées des évolutions importantes concernant la tarification. En effet, il est désormais prévu la mise en place de tarifs décidés collectivement par les caisses d'assurance maladie et les syndicats des médecins sous la forme de convention

¹HASSENTEUFEL P., « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, n° 18, janvier 2008, p. 24-25.

départementale. Une convention nationale est créée par la loi du 3 juillet 1971². Cette convention est relative également à la libre fixation des tarifs et à la liberté d'installation des médecins, signée par les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats des médecins, et approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale³.

Principalement, le professionnel de santé libéral dispose avec son patient d'une relation contractuelle propre et en reçoit en échange des honoraires qui constituent sa rémunération. Il est personnellement responsable de ses fautes envers lui. Son activité est de nature civile et non commerciale⁴. En ce qui concerne les professions du secteur ambulatoire, on peut distinguer de manière générale deux groupes : d'une part les professions médicales telles que médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes ; et d'autre part des professions para médicales comme infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes, etc.

Il existe trois grandes différences qui permettent de distinguer les secteurs ambulatoire et hospitalier.

(1) Un système encore peu intégré. Le secteur hospitalier est très structuré, contrairement au secteur ambulatoire. En effet, le secteur ambulatoire n'est pas systématiquement organisé pour répondre aux patients qui s'adressent à lui, De plus, il n'existe pas de véritable articulation organisée entre les structures hospitalières et l'offre médicale et soignante de ville⁵.

(2) Des logiques de fonctionnement distinctes. Même si les services de soins non hospitaliers sont de nature et de dimension très diverses, ils s'organisent le plus souvent autour de l'initiative privée d'un professionnel ou d'un groupe de professionnels. Ils font l'objet d'un encadrement législatif et réglementaire devenu important, mais moins contraignant que celui du secteur hospitalier. Ainsi, l'implantation des cabinets médicaux et paramédicaux est aujourd'hui libre, tandis que celle des établissements de santé fait l'objet d'une véritable planification organisée par l'Etat⁶.

²Loi du 3 juillet 1971 relative à la répartition des membres des Chambres législatives en groupes linguistiques et portant diverses dispositions relatives aux Conseils culturels pour la communauté culturelle française et pour la communauté culturelle néerlandaise (Moniteur belge du 6 juillet 1971).

³THERON S., *Le système français de santé*, cours de droit de la santé, Toulouse, 2011, p. 27.

⁴TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, coll. « Mémentos », 7^e édition, Dalloz, Paris, 2009, p.108.

⁵DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *Droit hospitalier*, coll. « Cours », 8^{ème} édition, Dalloz, Paris, 2011, p.95.

⁶*Id.*, p.97-98.

(3) Des modes différents de gestion et de rémunération. Pour la gestion, la distinction entre les activités hospitalières et les activités ambulatoires s'entrecroise avec celle qui distingue l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Cette dernière partageant avec le secteur ambulatoire un fonctionnement fondé sur l'exercice libéral des praticiens. Elle dispose d'une organisation administrée, son fonctionnement est mené par les lois et règlements. Tandis que des activités libérales de santé organisent leur fonctionnement, selon une grande variété de modèles, sous forme contractuelle.

Pour le mode de la rémunération des professionnels, des modalités de rémunération existent pour les activités privées qui, le plus souvent dans le cadre des accords conventionnels passés avec l'Assurance maladie⁷, permettent de lier étroitement le volume d'activité des professionnels libéraux (exprimé en nombre d'actes) et le montant de leurs revenus. Tandis que la rémunération uniforme prédomine dans le secteur public⁸.

Concernant l'établissement sanitaire public, des médecins libéraux peuvent également exercer leurs activités dans cet établissement. Avant la loi du 21 juillet 2009, on pouvait les rencontrer dans des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers, dans des structures médicales particulières appelées par le décret du 17 avril 1943, qui les avait créées, « cliniques ouvertes »⁹. Ensuite, par l'ordonnance du 24 avril 1996, elle a ouvert les « cliniques ouvertes » aux médecins libéraux seulement dans le centre hospitalier, hormis les CHR, en raison de baisse de la démographie médicale. Les médecins libéraux, y compris ceux qui pratiquent à temps partiel dans l'établissement public hospitalier, peuvent venir opérer, soigner, accoucher les malades qui les ont choisis en pratique libérale, en contrepartie d'une restitution de 10% qu'ils doivent verser à l'établissement d'accueil.

Cependant, avec la loi HPST du 21 juillet 2009, les établissements publics de santé désormais n'ont plus de secteur « clinique ouverte », mais peuvent embaucher des professionnels sanitaires sous contrat des médecins libéraux¹⁰. De plus, le directeur peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, admettre des médecins,

⁷Concernant l'évolution des conventions, il est désormais prévu qu'en cas d'échec des négociations des conventions, ce n'est plus le gouvernement qui élabore un accord minimal comme autrefois. La négociation doit se faire sous l'arbitrage d'une personnalité choisie par le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. C'est le directeur de l'UNCAM qui négocie et signe le texte.

⁸DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 98-99.

⁹Ces cliniques ouvertes ont été remises en vigueur par l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 ; CLEMENT J., *Précis de droit hospitalier*, coll. « Les Etudes Hospitalières », 2^e édition, LEH, Bordeaux, Janvier 2011, p. 153.

¹⁰*Id.*, p.154.

sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux différentes activités de soins¹¹.

Au sein des hôpitaux publics, il existe des « îlots de médecine libérale », où le malade se trouve dans une situation particulière. Cette situation mixte se rencontre dans trois cas¹² :

(1) Malades soignés au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers plein temps. Des praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier ne s'y oppose pas¹³. Ils le font en vertu d'un contrat conclu pour cinq ans avec l'établissement et approuvé par le directeur général de l'ARS¹⁴. Un refus de principe, opposé à un praticien hospitalier, d'utiliser un équipement lourd dans le cadre de son activité libérale, constitue une illégalité, mais n'engage pas la responsabilité de l'hôpital¹⁵.

Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation ou, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital¹⁶. Elle est contingentée : elle ne doit pas dépasser 20% de la durée du service hebdomadaire du médecin¹⁷ ; le nombre de consultations et d'actes effectués à titre libéral doit être inférieur à celui de l'activité publique du praticien¹⁸.

Ce dernier doit verser à l'établissement une redevance déterminée par décret. Dans une décision dont la portée dépasse de beaucoup le secteur hospitalier, le Conseil d'Etat a jugé que son montant peut excéder le coût des prestations fournies par l'établissement (soins infirmiers délivrés aux patients, hébergement, nourriture...) et tenir compte de la valeur économique de l'activité libérale pour le praticien¹⁹.

(2) Malades hospitalisés dans les hôpitaux locaux lorsqu'ils font appel à des praticiens de ville autorisés à y délivrer leurs soins. Auparavant, les médecins étaient des

¹¹Art. L. 6146-2, CSP.

¹²TRUCHET D., *op. cit.*, p. 227.

¹³Art. L. 6154-1, CSP.

¹⁴Le contrat doit être conforme à un contrat type établi par décret ; existant dans l'annexe 61-2 à l'article R. 6154-64, CSP.

¹⁵CE 30 sept. 2002, *Dupuy*, *JCP Adm.* 2002, n° 1265, note L. Aubert ; *AJDA* 2003, p. 445, note N. Albert.

¹⁶Art. L. 6154-3, CSP.

¹⁷Art. L. 6154-2, CSP.

¹⁸TRUCHET D., *op. cit.*, p.158.

¹⁹CE, 16 juill. 2007, *Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine à l'hôpital*, *Lebon* p.349, concl. C. Devys, *JCP* 2007.II.10163, note A. Cheminade, *AJDA* 2007 p. 1807, Chron. Et 2008 p. 297, art. J.-M. Lemoyne de Forges, *RFDA* 2007-6 p. 1269, concl. C.Devys et note P.Terneyre, *RDSS* 2007 p. 1050, note D. Cristol. ; TRUCHET D., *op. cit.*, p.159.

praticiens de ville autorisés à venir à l'hôpital délivrer à titre libéral (moyennant honoraires) leurs soins aux patients. L'autorisation était délivrée pour cinq ans par le directeur général de l'ARS. Aujourd'hui, les règlements concernant des médecins libéraux dans les hôpitaux locaux sont abrogés²⁰. Cependant, en vertu de l'article 2 du décret du 28 mars 2011²¹, les autorisations délivrées aux médecins libéraux qualifiés en médecine générale dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du présent décret demeurent valables jusqu'à l'expiration de la période de cinq ans en cours²².

(3) Malades hospitalisés à domicile, du moins lorsqu'ils bénéficient des prestations paramédicales de l'hôpital public, mais sont soignés par leur médecin de ville. Le directeur d'hôpital peut admettre aux auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral de participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières²³.

b : Présentation du secteur ambulatoire en Thaïlande

Les formes d'exercice des professions sanitaires thaïlandaises sont similaires aux françaises. Elles correspondent à trois modèles : celui de l'exercice salarié, de l'exercice comme agent public et de l'exercice libéral. L'évolution historique et le développement juridique des professions de santé en Thaïlande sont assez méconnus. Les législateurs n'ont pas adopté de lois et de règlements spéciaux pour les professionnels libéraux qui pratiquent en Thaïlande, ni de statut juridique, ni de fonctionnement précis, puisque le système de soin en Thaïlande fonctionne principalement par des médecins agents publics.

Selon le rapport de « la santé publique de Thaïlande 2008-2010 » de l'Office des politiques et des stratégies du ministère de la Santé publique, il y avait en 2009 35 789 médecins qui vivaient et pratiquaient en Thaïlande. La majorité des médecins offrent des soins à leurs patients dans le secteur public (82.9%), tandis que seulement 17,1% des médecins pratiquent dans le secteur privé tel que dans des hôpitaux privés ou dans des

²⁰Art. 3 du décret du 28 mars 2011 définit que « les articles R. 6141-24 à R. 6141-28 et R. 6141-32 à R. 6141-36 du code de la santé publique sont abrogés. »

²¹Décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé.

²²Ce décret a été publié le 30 mars 2011 au journal officiel n° 0075, p. 5535.

²³Art. L.6146-2, CSP.

cabinets privés médicaux. Pourtant, la proportion des médecins s'affaiblit dans le secteur public et augmente dans le secteur privé. C'est ainsi que le taux des médecins dans le secteur public passe de 93,2% en 1971 à 82,9% en 2009, et dans le secteur privé de 6,7% en 1971 à 17,1% en 2009²⁴.

De plus, en 2009 il y avait 17 671 cabinets privés médicaux ou cliniques privées (sans lits) en Thaïlande²⁵. Le secteur privé joue un rôle toujours plus important dans l'offre de soins et services sanitaire aux patients, notamment pour ceux qui ont un statut économique privilégié. Toutefois, ce nombre de cabinets privés médicaux ne représente pas le chiffre réel des médecins exerçant libéralement, puisque la plupart des médecins thaïlandais travaillent à temps plein dans un hôpital public ou privé ; ils ont également des cabinets privés médicaux où ils pratiquent dans la soirée ou pendant le weekend. En effet, les médecins thaïlandais sont énormément sollicités et travaillent généralement de façon intensive.

Certains médecins libéraux, notamment des spécialités, travaillent dans des cabinets médicaux, et effectuent de plus en plus de soins à la demande des hôpitaux publics et privés qui manquent de médecins et de médecins spécialistes. En effet, certains médecins thaïlandais disposent de différents horaires de travail dans différents hôpitaux.

Concernant les soins dentaires, selon le rapport de « la santé publique de Thaïlande 2008-2010 » il y avait en 2009 un total de 10 571 dentistes qui vivaient et pratiquaient en Thaïlande. La plupart des dentistes en Thaïlande travaillent dans le secteur privé à 52,9 %²⁶. A la différence des médecins thaïlandais qui effectuent en majorité dans le secteur public, ils sont dans le secteur privé seulement 17,1%. La proportion de dentistes était en baisse dans le secteur public de 96,2% en 1971 à 92,8% en 2009, mais en hausse dans le secteur privé, passant de 3,8% en 1971 à 7,2% en 2009²⁷.

On peut constater que le secteur sanitaire libéral en Thaïlande présente un aspect confus et flou. Aucun règlement, ni convention, ni charte n'encadre ces organisations et leur fonctionnement. Cependant, des professionnels libéraux, notamment des médecins et des dentistes, ont l'intention de se rassembler. Cette intention a débouché concrètement sur l'installation de l'association des dentistes libéraux de Thaïlande en 2001 et ensuite sur la

²⁴Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La santé publique de Thaïlande 2008-2010*, presses de l'organisation des vétérans de la guerre de la Thaïlande, 2010, p. 242-243.

²⁵*Id.*, p. 271.

²⁶*Ibid.*, p. 246.

²⁷*Ibid.*, p. 244.

création de l'association des médecins de clinique thaïlandais en 2006. Ces associations sont dotées de la personnalité morale de droit privé, de l'autonomie administrative et financière. Les buts principaux de chaque association sont d'être le représentant de ses membres pour établir le contact et communiquer avec des organisations extérieures, notamment administratives et gouvernementales. Ainsi elles sont le centre de la collaboration, de l'échange des connaissances médicales, des informations sanitaires, des nouvelles technologies, des conseils, et des consultations utiles entre ses membres.

Enfin, la relation entre les professionnels libéraux et les patients est une relation contractuelle ; les praticiens reçoivent des honoraires qui constituent leur rémunération. Ainsi, les professionnels libéraux sont personnellement responsables de leurs fautes envers leurs patients. Leurs activités sont de nature civile et non pas commerciale.

B : Le secteur hospitalier

L'hôpital est l'endroit destiné à soutenir et protéger les patients. Il permet de soigner et rétablir des patients atteints de maladies physiques et mentales. Il existe, partout dans le pays, des hôpitaux publics, privés et également les cliniques publiques et privées. Il faut d'abord rappeler l'historique, la définition et les missions du secteur hospitalier en France et ensuite en Thaïlande.

a : Le secteur central en France

Le secteur principal prenant en charge la prévention et les soins pour les malades en France est le secteur hospitalier. Il repose sur un double réseau d'établissements, les établissements publics d'un côté et les établissements privés de l'autre, les patients disposent d'une liberté quant au choix.

Historiquement, au Moyen-Âge, les « hôtels-Dieu » apparaissent comme les premières structures prenant en charge les malades. Ils ont été organisés et développés par les ecclésiastiques. Leur premier objectif est la charité tournée vers l'assistance aux pauvres, en effet on privilégie alors l'accueil des pauvres aux soins des malades. Puis, en 1692, un édit de Louis XIV demande que dans chaque ville importante du royaume soient créés un « hôtel-Dieu » et un hospice pour recevoir et y « renfermer » les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins²⁸.

²⁸CLEMENT J., *op. cit.*, p.12.

Sous la période révolutionnaire pendant laquelle les législateurs français votent consécutivement des lois sanitaires notamment des lois concernant le système hospitalier. À cette époque, une nouvelle idée de l'Assistance émerge et va se substituer à l'idée de Charité. L'Assistance se développe et fonctionne jusqu'à l'adoption par le Directoire de la loi du 16 Vendémiaire de l'an V (7 octobre 1796). Le Directoire rend aux communes la gestion des hôpitaux appelés « les municipalités des hôpitaux ». Cette gestion représente alors la surveillance des hôpitaux qui sont situés dans leur arrondissement.

La loi du 7 août 1851, sous la II^e République, a été adoptée pour obliger les hôpitaux à accueillir et à prendre en charge des indigents sans condition de domiciliation dans la commune et distinguer également l'hôpital et l'hospice²⁹. A cette époque, l'hôpital devient un établissement public communal dont le maire préside le conseil d'administration.

La loi du 15 juillet 1893 relative à l'assistance médicale gratuite est adoptée sous la III^e République ce qui consacre l'idée d'une assistance publique moderne. Cette idée est le fondement de la doctrine solidariste développée par Léon Bourgeois³⁰. L'assistance médicale gratuite est une idée qui se développe partout de l'Europe. Elle prévoit que tout malade inscrit sur la liste des indigents peut se faire soigner gratuitement par un médecin qui pratique pour être remboursé par l'administration. Dans le même temps, l'adoption des lois créant les assurances sociales entre 1928 et 1930 constitue un élément majeur de l'évolution des institutions hospitalières.

A partir de 1958, le statut du praticien hospitalier est mis en place. Les professionnels sanitaires peuvent être rémunérés et travailler de plus en plus à temps plein alors que la tradition était celle du temps partiel et du bénévolat. De plus, on réforme l'enseignement médical et de développement de la recherche hospitalière en créant les centres hospitaliers universitaires (CHU) par la « réforme Debré »³¹.

Le 31 décembre 1970³², une loi importante est votée concernant la réforme hospitalière qui s'inscrit dans une double logique : instituer la planification hospitalière en créant la carte sanitaire et promouvoir la collaboration des deux secteurs, des institutions

²⁹A cette époque, l'hôpital est le lieu de soin des malades et l'hospice est l'endroit où sont accueillis les vieillards et les incurables.

³⁰SAISON J., *Droit hospitalier*, 3^e édition, Gualino, Paris, 2011, p.36.

³¹Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière et ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche hospitalière.

³²Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

publiques et privée, dans le cadre du service public hospitalier. Ensuite, en 1991, la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (« réforme Evin ») est adoptée pour confirmer, étendre, et aménager le dispositif de 1970, et également en se fondant sur la notion d'établissement de santé, qui va bien au-delà du seul établissement d'hospitalisation³³.

Et puis, les ordonnances de 1996 (appelées « réforme Juppé ») et en particulier les ordonnances n°96-345 et n°96-346 du 24 avril 1996³⁴ concernent moins la législation hospitalière que la législation sociale. En matière hospitalière, la principale régulation réside dans le transfert des compétences de l'Etat, des préfets aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH). En outre, ces textes visent à la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation des établissements de santé pour promouvoir la qualité des soins et assurent le renforcement de la coopération entre les différentes structures hospitalières et entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

En 2003, les législateurs votent l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Elle a notamment renforcé les compétences des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), réformé les règles de planification sanitaire (en supprimant notamment la carte sanitaire) et prévu de nouvelles dispositions relatives à l'investissement hospitalier³⁵.

La législation la plus récente est la loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST, ou encore loi Bachelot) et la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 qui modifie certaines dispositions de la loi HPST. Ces lois modernisent les établissements de santé, améliorent l'accès aux soins de qualité, renforcent la prévention et la santé publique, et modifient profondément l'organisation territoriale du système de santé notamment transfèrent les compétences sanitaires de l'ARH à l'agence régionale de santé (ARS).

La définition de l'établissement de santé ne figure pas dans la loi HPST ni le code de la santé publique ; au lieu de donner une définition précise de l'établissement public ou même

³³TRUCHET D., *op. cit.*, p. 121.

³⁴Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

³⁵DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 139.

privé, cette loi détermine seulement les missions d'un établissement de santé. Ce dernier correspond à une structure matérielle de soin et de prévention en assurant des missions qui sont définies dans le code de la santé publique et sont exercées dans le respect d'un certain nombre de principes fondamentaux par des personnes publiques ou privées. On peut constater que la définition d'un établissement de santé s'établit en fonction de ses missions.

Selon le code de la santé publique, les missions d'un établissement de santé sont de deux sortes : les missions générales et les missions spéciales concernant notamment le service public.

Pour les missions générales et transversales, les établissements de santé publique, privés et privés d'intérêt collectif assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement.

Ils visent également à participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'ARS en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent³⁶.

De plus, les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux³⁷.

Les missions spéciales concernant le service public permettaient autrefois d'identifier la nature des établissements publics ; aujourd'hui ce n'est plus le cas parce que d'autres établissements de santé peuvent désormais exercer les mêmes missions.

Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public : (1) la permanence des soins ; (2) la prise en charge des soins palliatifs ; (3) l'enseignement universitaire et post universitaire ; (4) la recherche ; (5) le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

³⁶Art. L. 6111-1, CSP.

³⁷Art. L. 6111-2, CSP.

(6) la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ; (7) les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ; (8) l'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ; (9) la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ; (10) les actions de santé publique ; (11) la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ; (12) les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ; (13) les soins dispensés aux personnes retenues visant aux étrangers et au droit d'asile ; (14) les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté³⁸.

On pourrait regrouper ces quatorze missions de service public en quatre grands domaines que sont le soin, la prévention, l'enseignement et la formation professionnelle.

b : Le secteur essentiel en Thaïlande

La Thaïlande est membre de l'Association des nations d'Asie du sud-est (ASEAN) ; elle se situe géographiquement en Asie, juste au-dessus de l'équateur, sur un territoire connu dès l'antiquité sous le nom de Suwannabhum (la terre d'or). Selon une inscription sur la pierre datant du Roi Chaivoraman VII (1181-1219), l'ancienne civilisation khmère dominait l'Asie du Sud avant l'ascension du Royaume de Sukhothai. Le roi avait créé plus de 102 hôpitaux qui avaient été appelé *Arogayasala* (en sanskrit : salles de soin) dans la région du nord de la Thaïlande. Ces *Arogayasalas* regroupaient divers professionnels : des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des enregistreurs de statistiques et des préparateurs de drogues. Une fouille complète d'un bâtiment en pierre de *Arogayasala* dans le village de Khwa, un quartier de la province de Maharakham³⁹, a permis de s'en faire une idée précise.

Une inscription sur la pierre du Roi Ramkhamhaeng de Sukhothai (la première capitale du royaume thaïlandais), indique que le roi avait établi un immense jardin d'herbes aromatiques sur *Khaouloung Hill* (La colline royale). Durant la période de Sukhothai (1249-

³⁸ Art. L.6112-1, CSP.

³⁹ CHUMPOL P., « Le médecin traditionnel thaïlandais avant 1300 AD en Khongmuang P », *Historique du médecin traditionnel thaïlandais*, Presse de Matichon, 2002, p. 37-51.

1438), des moines bouddhistes utilisaient couramment des plantes médicinales pour soigner les maladies de la population⁴⁰.

Durant la période d'Ayutthaya (1440 - 1857), la médecine thaïlandaise fut profondément influencée par les médecines d'Inde, du Cambodge, de la Chine et du Sri Lanka en raison de la propagande religieuse brahmanisme et bouddhiste en Thaïlande⁴¹. En 1518 pendant le règne du Roi Ramathibodi II, la Thaïlande avait créé des relations commerciales avec de nombreux pays d'Europe. Les premiers visiteurs européens qui sont arrivés à Ayutthaya sont les Portugais⁴². En 1752, pendant le règne du Roi Narai, Ayutthaya avait initié une relation diplomatique et commerciale avec le roi français Louis XIV. Les visiteurs français qui sont arrivés à Ayutthaya étaient des prêtres catholiques, des commerçants, des guides, des soldats, ainsi que des missionnaires qui pouvaient soigner des malades⁴³. C'est la première fois que la médecine occidentale arrivait en Thaïlande.

En 1669, des français - l'évêque Lambert et l'évêque Ballue - ont construit un petit hôpital. En moins d'une décennie, cet hôpital avait été augmenté de deux bâtiments, l'un étant réservé aux hommes et l'autre aux femmes. Quatre-vingt-dix patients pouvaient être accueillis à l'hôpital chaque jour⁴⁴. Malgré l'équipement médical, les médecins ne pouvaient répondre et soigner les centaines de malades arrivant chaque jour. Un autre hôpital a été établi plus tard à Phitsanulok⁴⁵.

Le docteur Bradley Beach Dan, un médecin américain et reconnu en tant que pionnier médical dans son pays, est arrivé au Siam le 18 juillet 1835. En 1836, il créa un entrepôt pour distribuer des médicaments, semblable aux dispensaires modernes. Il fut également le pionnier de la vaccination de la variole.

Concernant l'installation des hôpitaux provinciaux en Thaïlande, le groupe de missionnaires du docteur EA Sturg ont permis leur création, en commençant par la province de Petchaburi⁴⁶. En 1881, alors que le choléra frappait Bangkok, le Roi Chulalongkorn

⁴⁰*Id.*, p. 52-66.

⁴¹SUWAN S., *L'introduction à l'administration sanitaire publique et hospitalière*, presses de l'Université de Sukhothaimathirach, 3^{ème} édition, Bangkok, 1990, p. 527.

⁴²SUKWAN C., « L'historique thaïlandais de la médecine », rapport de l'historique thaïlandais du médecin, Presses de l'association médicale de la Thaïlande, 1998, p. 2-22.

⁴³SANGPETCH K., « La relation entre la France et la Thaïlande », *L'Officier étranger en tribunal royal d'Ayudhaya*, Presse de Blue Sapphire, Bangkok, 1999, p. 81-98.

⁴⁴Historique de l'église Saint Joseph à Ayudhaya, 2004.

⁴⁵SMITHIES M., *Le mémoire siamoise du compte claudé de Forbin 1685-1688*, Presse de O.S. Printing House, 1996, p. 97-120.

⁴⁶LOGAWATANA K., *L'hôpital de Bangkok Christian 1947-1999*, Presse d'Udomsuksa, Bangkok, 1999, p. 26-46.

(Rama V) ordonna aussitôt la construction de 48 hôpitaux afin de traiter cette maladie. Ces hôpitaux ont été démolis une fois l'épidémie terminée⁴⁷. Le premier hôpital public est l'hôpital de Siriraj construit en 1887. Son Altesse Royale Kakuthapan Siriraj, bien-aimée du prince héritier du Roi Chulalongkorn, Rama V, était mort de dysenterie. Le Roi Chulalongkorn a fait le don d'un morceau de terre et de l'argent pour la construction de l'hôpital Siriraj.

Jusqu'à 1923, toutes les personnes ayant des connaissances médicales ont pu de façon indépendante pratiquer et soigner les malades sans conditions juridiques d'autorisation, de certification et de contrôle, étant donné qu'il n'existait pas de réglementation du contrôle de l'accès à la profession sanitaire et également de loi régissant l'installation des établissements de santé. En 1923, en raison de la sécurité sanitaire et de l'évolution des connaissances médicales et sanitaires en Thaïlande, les législateurs ont voté la loi du Conseil médical (2 novembre 1923). C'était la première loi concernant le contrôle de la pratique des professions sanitaires et de l'installation des établissements de santé en Thaïlande. Ensuite, sous le règne du huitième roi de Thaïlande, Ananthamahidol (1934 – 1946), une réforme sanitaire a été mise en œuvre. Les législateurs avaient adopté des nouvelles lois qui visaient évidemment à distinguer le contrôle des professions sanitaires et celui des établissements de santé. Une loi sur le contrôle de la pratique des professions sanitaires a d'abord été votée en 1936 ; cinq ans plus tard, a été adoptée la loi sur le contrôle des établissements de soin (1941).

Le 10 mars 1942, le ministère de la Santé publique a été créé et il a conduit des réformes relatives aux structures et organisations internes en 1961 et 1974. Cela permit aux législateurs de modifier et voter une nouvelle loi : la loi sur les établissements de soins de 1961 était directement sous la responsabilité du « Bureau de l'art de la guérison ». Pourtant, en raison de l'augmentation et de la diversité des établissements sanitaires actuels, les législateurs ont voté la loi sur les établissements de soins en 1998. Cette loi vise à l'amélioration et l'accroissement des compétences du « Bureau du sanatorium et l'art de la guérison » : son nom a changé en 1995 ; elle porte sur l'autorisation d'installation, la révocation, le transfert, la fermeture, l'annulation, et également le contrôle de la publication des établissements de santé. Elle prévoit également la modification des compétences et des

⁴⁷CHARULUKANANAN S., *La biographie et ses activités médical et sanitaire publique*, Presse de J Med AssocThai, 2003, p. 86.

responsabilités des pouvoirs publics sanitaires et aussi des personnes autorisées, y compris la disposition du nombre approprié d'établissements de santé dans chaque territoire⁴⁸.

On peut constater que le développement médical et sanitaire en France et en Thaïlande a suivi la même logique, principalement initiée par la charité religieuse. Des ecclésiastiques français et des moines thaïlandais s'occupaient de leurs patients dans l'Hôtel-Dieu ou dans le temple. Pourtant, il existe une différence entre les deux pays : la médicalisation en France s'est développée par l'innovation médicale de plusieurs pays en Europe ; en revanche, le système de soins en Thaïlande était sous l'influence des pays asiatiques tel que le Cambodge, la Chine, l'Inde et le Sri Lanka. Mais il a été ensuite sous l'influence des innovations médicales importées d'Europe à partir de 1518 (venue des portugais sous le règne de Roi Rama II, pendant le période d'Ayuddhaya). De plus, des français arrivèrent en Thaïlande sous le règne de Roi de Narai, période concomitante à celle de Louis XIV en France. Le premier hôpital de la Thaïlande voit le jour en 1880 : c'est un hôpital privé de la province de Petchaburi instauré par des missionnaires.

La définition de l'établissement de santé figure dans la loi sur les établissements de santé de 1998 : «l'établissement de santé est l'endroit où sont réalisés la prévention, le diagnostic, le soin ainsi que la réhabilitation des patients. C'est aussi l'endroit qui permettra d'accomplir des activités médicales dont notamment des opérations diverses, des scanners ou encore des radiographies. Ces activités médicales, réalisées de façon régulière par le personnel sanitaire, permettra une efficacité plus importante pour l'intérêt des patients »⁴⁹.

L'hôpital est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'organisation qui travaille en matière médicale dans la communauté. Il a pour missions d'offrir des services sanitaires dans tous les domaines médicaux : le soin, la prévention des maladies, l'offre des services sanitaires aux patients ou l'offre des services sanitaires à la maison du patient. De plus, l'hôpital est également le lieu de formation du personnel sanitaire ainsi que le lieu de recherche des différents problèmes sanitaires que rencontre la Thaïlande au quotidien⁵⁰».

⁴⁸Bureau du sanatorium et l'art de la guérison, *L'histoire du bureau d'art de la guérison* [en ligne]. Bangkok : Doc'BSAG. Mise à jour : 2009 [ref. du 31/07/2012]. Disponible sur : <http://203.157.6.204/ac/history.asp>

⁴⁹Art. 4 de la loi sur des établissements de santé de 1998.

⁵⁰SUWAN S., *op. cit.*, p. 531.

Les missions des établissements de santé sont multiples ; les quatre missions principales⁵¹ sont les suivantes :

(1) L'hôpital est un lieu pour soigner les patients et les gens qui ont eu des accidents. Cette mission est la première définie depuis la création des hôpitaux ; les autres missions viendront *a posteriori*. Ainsi, les patients qui sont amenés à être hospitalisés recevront des soins particuliers permettant un repos idéal. En effet, en fonction des maladies, les patients seront plus ou moins isolés afin de leur accorder les meilleurs soins possibles. De plus, les patients ayant une capacité de paiement importante pourront avoir la possibilité de bénéficier d'une chambre individuelle.

De plus, l'hôpital doit être tenu régulièrement propre et doit maintenir une bonne hygiène. Il doit disposer de lieux propres et d'instruments médicaux de bonne qualité pour établir le diagnostic médical et dispenser les soins. L'hôpital doit avoir un nombre suffisant de personnel médical, notamment des médecins, des infirmières, des pharmaciens et des professionnels sanitaires. De plus ce personnel médical doit être qualifié et compétent pour remplir les missions qui lui incombent ; ainsi, la formation initiale et l'expérience professionnelle sont des critères fondamentaux dans le processus de recrutement. Enfin, l'hôpital devrait offrir de la nourriture appropriée et propre aux patients.

(2) L'hôpital est le lieu de formation des médecins, des infirmières et d'une manière générale du personnel sanitaire. Après avoir reçu une formation universitaire, les professionnels médicaux sont amenés à pratiquer la médecine dans les hôpitaux du pays. Le but est d'acquérir une expérience professionnelle tant en matière de diagnostic et de soins. L'hôpital doit également être attentif aux nouvelles maladies qui apparaissent chaque année.

Dans le cadre de la gestion exécutive de l'hôpital, un directeur et une commission exécutive ont pour fonction d'organiser administrativement les services sanitaires. Le directeur de l'hôpital est désigné selon son expérience professionnelle, qu'il a préalablement développée dans les hôpitaux de la Thaïlande.

(3) L'hôpital est le lieu de prévention des maladies et de promotion de la bonne santé pour la population. Cette mission est également un des rôles principaux de l'hôpital. Ainsi, prévenir les maladies et promouvoir la bonne santé auprès de la population, peut être réalisé dès l'arrivée du patient à l'hôpital, entre les mains d'un personnel compétent. Cette mission permet donc une collaboration étroite entre le personnel médical et les diverses organisations

⁵¹*Ibidem*, p. 531s et l'article 34-35 de la loi sur des établissements de santé de 1998.

sanitaires. Par exemple, lorsque l'hôpital apprend l'apparition d'une épidémie ou d'une nouvelle maladie, il pourra informer les organisations sanitaires qui diffuseront à leur tour l'information à la population. De plus, l'hôpital pourra mettre en place des politiques de prévention visant à informer directement la population.

(4) L'hôpital est le lieu qui permet la recherche et le développement de la science sanitaire. La médecine ainsi que la science sanitaire sont des domaines liés directement à l'être humain. Les recherches sont généralement réalisées sur les êtres humains, toutefois, il peut arriver d'utiliser les animaux pour mener à bien une étude. L'hôpital est donc nécessaire en tant qu'espace de recherche, pour améliorer le domaine médical thaïlandais, tout en contrôlant que les activités réalisées soient légales.

La législation française ne contient pas de définition claire et précise de l'établissement de santé, soit public, soit privé. Alors qu'il en existe une dans l'article 4 de la loi thaïlandaise des établissements de santé de 1998. Cependant, on pourrait dire que la définition d'un établissement de santé est implicite en France : il suffit de considérer ses missions. Ces dernières peuvent être distinguées en deux domaines, soit général, soit spécial. Les missions spéciales sont relatives notamment aux missions de service public développées par la loi HPST. Au contraire, en Thaïlande, la loi sur les établissements de santé de 1998 ne sépare pas les missions générales et les missions de service public mais elle les détaille ensemble dans ses articles 34 et 35.

§ 2 : La diversité des établissements de santé

Le système de santé français - comme le thaïlandais - repose sur un double réseau d'établissements, à savoir les établissements publics et les établissements privés entre lesquels les patients ont un libre choix. En Thaïlande, les hôpitaux sont apparus au 19^e siècle. En effet, le premier hôpital fut un hôpital privé instauré par les prêtres chrétiens ; alors que traditionnellement, les malades étaient soignés par les moines bouddhistes aux temples. Le premier hôpital privé fut construit en 1878 dans la province de Petchaburi, tandis que le premier hôpital public, l'hôpital Siriraj, fut construit par le gouvernement en 1887. Puis dès 1893, la Croix-Rouge est fondée en Thaïlande. L'hôpital du Roi Chulalongkorn Mémorial a été créé en 1914 et l'université de Chulalongkorn a été établie avec sa faculté de médecine en 1916.

A : Les établissements publics

Il convient de préciser les conditions de la création, la définition et ensuite les catégories d'établissements publics de soins.

a : L'unicité des établissements publics de santé en France

Bien que le code de la santé publique ne définisse pas la notion d'établissement public de santé, on peut qualifier un établissement public de santé, au terme de l'article L.6141-1, comme toute structure de soins et de prévention dont la gestion est confiée à une personne de droit public.

L'article L.6141-1, CSP indique que « *les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat (...). Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial. Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire.* »

Personne morale de droit public, le statut de l'établissement public de santé implique alors plusieurs conséquences : (1) il s'agit d'établissements publics dotés de la personnalité juridique ; (2) ces établissements sont en première ligne pour la gestion des missions de service public (cette solution était reconnue en jurisprudence et en doctrine, bien avant l'entrée en vigueur de la loi de 1970 qui l'a expressément confirmée) ; (3) l'établissement public de santé est soumis au principe de spécialité qui est d'ailleurs né au XIX siècle de plusieurs avis du Conseil d'Etat relatifs aux hôpitaux et hospices⁵² ; et (4) les établissements publics de santé disposent de l'autonomie administrative et financière qui a pour contrepartie de nombreux contrôles administratifs⁵³.

En ce qui concerne sa création l'établissement public de santé peut être créé par décret du premier ministre lorsque son ressort est national, international ou régional et par arrêté du directeur général de l'ARS dans les autres cas⁵⁴. S'agissant de leur qualification, les établissements publics de santé sont catégorisés territorialement. Avant la loi du 21 juillet 2009 « loi HPST », les établissements publics de santé étaient qualifiés en fonction de leur

⁵²Le principe de spécialité interdit à l'établissement public d'exercer d'autres activités que ses missions statutaires.

⁵³TRUCHET D., *op. cit.*, p.142 s.

⁵⁴Art. L. 6141-1, CSP.

collectivité de rattachement, de communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux.

Mais avec la loi HPST, il existe une évolution sémantique de la qualification des établissements publics. Le législateur distingue les établissements publics à ressort communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national⁵⁵. Cette évolution rend compte de la volonté de l'État de substituer à une collectivité de rattachement, une délimitation territoriale avec l'introduction du ressort régional et la suppression du caractère interdépartemental.

Concernant la classification des établissements publics de santé, les nouveaux textes permettent de passer de la catégorisation tripartite à une catégorie unique. L'ancienne loi (la loi du 31 juillet 1991⁵⁶) distinguait trois catégories d'établissements publics de santé : les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les hôpitaux locaux.

Les établissements publics de santé voient désormais leur statut clarifié, avec la création d'une catégorie unique de centre hospitalier, puisque l'article R.6141-16, CSP dispose que ceux d'entre eux « qui ne figurent ni sur la liste des centres hospitaliers régionaux ni sur les listes d'hôpitaux locaux sont des centres hospitaliers ». La législation ne connaît plus que les centres hospitaliers à vocation régionale liée à leur haute spécification dont la liste est établie par décret⁵⁷ et qui sont dénommés les centres hospitaliers régionaux. En outre, les centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU)⁵⁸.

L'objectif affiché des établissements publics de santé est la simplification du système de santé avec un découpage sectoriel et toujours une meilleure cohérence. Cette classification unique favorise la coopération entre établissements. Ces derniers peuvent conclure une nouvelle forme de coopération conventionnelle introduite par la loi ou par la convention d'hospitalière de territoire. Cette nouvelle structure juridique de convention entre des centres hospitaliers permet une mutualisation des moyens techniques et humains des partenaires qui y recourent.

⁵⁵Art. L.6141-1, CSP.

⁵⁶Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁵⁷Art. R.6141-15, CSP ; les centres hospitaliers régionaux sont actuellement 32.

⁵⁸Art. L.6141-2, CSP.

De plus, en ce qui concerne l'organisation administrative d'un établissement public de santé, il existe la nouvelle gouvernance résultant la loi HPST. Par exemple, elle accentue le renforcement notable du rôle du directeur d'établissement. Le directeur met en œuvre le projet d'établissement, fixe les prévisions de recettes et de dépenses, a autorité sur les personnels et nominations, signe les contrats de pôle, agit en justice au nom de l'établissement, etc.⁵⁹ En outre, un conseil de surveillance est créé, qui remplace le conseil d'administration⁶⁰, et un directoire sous la direction du directeur d'établissement. Son rôle est d'épauler le directeur, il est consulté sur les principales décisions, l'adoption du projet médical et la préparation du projet d'établissement. Il se concerta mais n'a pas de pouvoir de décision. L'objectif affiché de la nouvelle gouvernance ici étant, en plus de la cohérence, de favoriser l'efficacité des politiques de santé sur un territoire donné.

b : Les établissements principaux de santé en Thaïlande

Alors qu'une définition des établissements de santé publique dans l'article L.6141-1 du code de la santé publique française, les législateurs thaïlandais ne définissent pas exactement l'établissement de santé publique. Ils donnent seulement la signification d'« un établissement de santé » de façon générale dans l'article 4 de la loi sur les établissements de santé de 1998. On peut pourtant appliquer cette définition à l'établissement de santé publique.

Par ailleurs, le statut des établissements de santé publique thaïlandais n'est pas précisé dans la loi sur les établissements de santé de 1998, alors qu'il s'agit du principal texte concernant l'installation, le système et les qualifications des établissements de santé en Thaïlande. Seul l'hôpital de Banphaeo est doté de la personnalité morale de droit public sous la forme d'établissement public selon le décret d'installation de 2000. Au contraire, on sait que les législateurs français définissent formellement le statut juridique des établissements de santé publique de personne morale de droit public dans l'article L.6141-1 du code de la santé publique. Ces derniers disposent en conséquence de l'autonomie administrative et financière.

⁵⁹Art. L.6143-7, CSP.

⁶⁰Art. L.6143-1, CSP.

Concernant les catégories des établissements de santé publique, on peut en distinguer deux types : d'une part en fonction de l'offre des services sanitaires et d'autre part en fonction de la propriété et du contrôle⁶¹.

En fonction de l'offre des services sanitaires : selon l'item 4 de l'arrêté ministériel sur la qualification des établissements de santé et la qualification des services des établissements de santé de 2002, les législateurs thaïlandais distinguent les établissements de santé en sept types : hôpital, établissement médical, établissement dentiste, établissement de sage-femme, établissement des maladies chroniques, établissement de médecine traditionnelle thaïlandaise et établissement de médecine traditionnelle thaïlandaise appliquée. Ces sept types d'établissements de santé sont définis juridiquement comme ayant la capacité d'accueil des patients avec hébergement (pas plus de trente lits, sauf l'hôpital)⁶².

L'hôpital est un lieu permettant d'accueillir des malades avec hébergement et pouvant disposer de plus de trente lits. Il offre aux patients au minimum des services médicaux, des soins, des pharmacies et des technologies médicales. De plus, on peut classer les hôpitaux en deux catégories : les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux⁶³.

1. Les hôpitaux généraux : ce sont des hôpitaux qui vont offrir des services sanitaires à la population au minimum dans quatre domaines : le domaine médical, le domaine chirurgical, le domaine obstétrical et le domaine pédiatrique (MCOP). C'est le cas à Bangkok de l'hôpital Siriraj, l'hôpital universitaire de Thammasat, l'hôpital de la police.

2. Les hôpitaux spéciaux : ce sont des hôpitaux qui vont soigner seulement des maladies particulières. En Thaïlande, il existe de nombreux hôpitaux spéciaux qui offrent des soins seulement dans un domaine spécifique : l'hôpital de Sritanya et l'hôpital de SomdejChaopraya qui sont des hôpitaux psychiatriques ; il existe également des hôpitaux spécialisés pour les poumons, des hôpitaux pour les enfants, des hôpitaux qui vont soigner seulement les maladies contagieuses, des hôpitaux pour les maladies chroniques, des hôpitaux pour le traitement des cancers, des hôpitaux de maternités etc.

⁶¹*Ibid.*, p. 534-538.

⁶²Item 4(1) - 4(7) de l'arrêté ministériel sur la qualification des établissements de santé et la qualification des services des établissements de santé de 2002.

⁶³Item 4(1) de l'arrêté ministériel sur la qualification des établissements de santé et la qualification des services des établissements de santé de 2002.

En fonction de la propriété et du contrôle : l'on peut distinguer trois types d'hôpitaux publics : les hôpitaux gouvernementaux, les hôpitaux d'entreprises publiques et les hôpitaux d'établissements publics :

1. Les hôpitaux gouvernementaux : ce sont des hôpitaux dont le propriétaire est le gouvernement, qui exerce par conséquent son contrôle. Tous les hôpitaux gouvernementaux n'ont donc pas personnalité morale, ni d'autonomie administrative, ni d'autonomie financière. Ils comprennent quatre types d'hôpitaux : ce sont des hôpitaux ministériels, des hôpitaux universitaires, des hôpitaux militaires et des hôpitaux municipaux.

Les hôpitaux ministériels sont plus nombreux que les autres types d'hôpitaux gouvernementaux. La plupart des hôpitaux ministériels sont sous le contrôle du ministère de la Santé publique. Toutefois, il existe quelques hôpitaux ministériels qui sont sous le contrôle des autres ministères ; par exemple l'hôpital policier est sous le contrôle du ministère de l'intérieur ; l'hôpital de Pangkret est sous le contrôle du ministère de l'Agriculture et des Coopérations.

Les hôpitaux sous le contrôle du ministère de la santé publique sont divisés en deux catégories : les hôpitaux du centre et les hôpitaux régionaux. La plupart des hôpitaux du centre, se situent à Bangkok ou dans des provinces près de Bangkok. Alors que des hôpitaux régionaux se situent dans les autres provinces et dans des districts dans tout le pays. Il existe plusieurs tailles d'hôpitaux selon la capacité du traitement et le nombre de lits disponibles dans l'hôpital. Par exemple, au niveau de l'hôpital régional, il existe quatre tailles d'hôpitaux : le plus grand a plus de 500 lits, le grand a entre 120 et 500 lits, le moyen a entre 30 et 120 lits et le dernier, le petit, a entre 10 et 120 lits.

L'hôpital universitaire est placé sous le contrôle d'une université et a pour mission d'enseigner, diffuser la connaissance médicale aux étudiants médicaux (l'hôpital d'enseignement) ; en même temps il offre des services de soin à la population. En Thaïlande, il existe plusieurs hôpitaux universitaires ; par exemple l'hôpital Siriraj sous le contrôle de l'Université Mahidol, l'hôpital Juralongkorn appartient à l'Université Juralongkorn, l'Université Thammasat est propriétaire de l'hôpital de Thammasat et l'hôpital de Suandeok est sous le contrôle de la faculté de médecine, Université de Chiang Mai.

En Thaïlande, il existe également des hôpitaux militaires qui sont établis par l'armée de terre, la force navale et la force aérienne. Ils vont offrir des soins aux soldats qui sont blessés pendant ou après la guerre, mais aussi aux autres personnes qui ont besoin de remèdes. Par exemple, l'hôpital de Pramongkudkroew appartient à l'armée de terre, l'hôpital

de SomdejPrapinklaew est sous le contrôle de la force navale et la force aérienne est la propriétaire de l'hôpital de Bhumipol⁶⁴.

Enfin, les hôpitaux municipaux sont des hôpitaux qui sont dirigés par chaque municipalité ; il n'en n'existe plus beaucoup en Thaïlande. Par exemple, l'hôpital de Wachira est géré par la ville de Bangkok, l'hôpital municipal de Chiang Mai est sous le contrôle de la municipalité de Chiang Mai.

2. Les hôpitaux d'entreprises publiques : ce sont des hôpitaux dont le propriétaire est une entreprise publique. Tous ces hôpitaux n'ont pas la personnalité morale, ni l'autonomie administrative, ni l'autonomie financière. Par rapport aux hôpitaux gouvernementaux, ils sont moins nombreux, leur but étant de soigner les salariés de leurs entreprises ainsi que leur famille. Par exemple, l'hôpital de Tobacco est dirigé par l'entreprise publique de Tobacco Monopoly en Thaïlande, l'hôpital du train est sous le contrôle du chemin de fer national de la Thaïlande, l'autorité de production d'électricité de la Thaïlande est le propriétaire de l'hôpital d'électricité⁶⁵.

3. L'hôpital d'établissement public : cet hôpital a la personne morale de droit public et est représenté sous la forme juridique d'établissement public. Il en existe un seul récemment créé s'appelant « l'hôpital de Banphaeo (Établissement public) » situé dans le district de Banphaeo, province de SametSakorn, dans le centre du pays. Il a été installé en 1965 par des habitants de la commune de Banphaeo pour offrir des soins de qualité aux patients dans leur commune. Au début, il n'existait seulement que dix lits pour l'hébergement. Mais, il s'est progressivement développé jusqu'à la période de la réforme du gouvernement en 1997-2000. En 2000, le législateur a transformé son statut d'hôpital sous contrôle en celui d'hôpital sous tutelle de ministre de la Santé ; ce statut est précisé dans l'article 41 du décret d'installation de l'hôpital de Banphaeo (Établissement public) de 2000. Il est donc personne morale de droit public, et possède l'autonomie administrative et financière depuis le 1 octobre 2000⁶⁶.

Comme on le sait, il existe un seul type de catégorie d'établissements de santé publique actuelle en France : c'est le centre hospitalier (CH) selon l'article R.6141-16 de Code de la santé publique. Son objectif est la simplification du système de santé avec un déclouisonnement sectoriel, ainsi que favoriser également la coopération entre établissements.

⁶⁴DECHTHAI T., *Ménagement Général de la Santé*, Presses de l'Université deSukhothaithammathirach, 6^e édition, 1990, p.131.

⁶⁵*Id.*, p. 131-132.

⁶⁶Art.7-12 du décret d'installation de l'hôpital de Banphaeo (Établissement public) 2000.

Au contraire, les législateurs thaïlandais distinguent des établissements de santé publique en sept domaines selon leurs spécialités et leur taille se trouvant dans l'item 4 de l'arrêté ministériel sur la qualification des établissements de santé et la qualification des services des établissements de santé de 2002. De plus, les législateurs thaïlandais divisent notamment les hôpitaux en deux catégories : l'hôpital général et l'hôpital spécial. Enfin, si l'on considère de manière pratique, des hôpitaux peuvent être divisés en trois formes : des hôpitaux gouvernementaux, des hôpitaux d'entreprise publique et l'hôpital d'établissement public. Seul le dernier a le statut de personnalité juridique.

B : Les établissements privés

Il s'agit de préciser les modalités de création, la définition et les catégories d'établissements publics de soin en France et ensuite en Thaïlande.

a : L'émergence une nouvelle catégorie d'établissements privés de santé en France : l'ESPIC

Dans le code de la santé publique, n'est pas définie la notion d'établissement de santé privé. Toutefois, on peut définir les établissements de santé privés comme toute structure de soins et de prévention dont la gestion est dédiée à une personne de droit privé et qui assure tout ou partie des missions définies par les articles L.6111-1 et L.6111-2⁶⁷.

Les établissements de santé privés peuvent avoir toutes les formes juridiques du droit civil et du droit de société. Ils sont placés sous des régimes juridiques très diversifiés. Néanmoins, la majorité appartient à des *associations*, des *fondations* ou des *sociétés* civiles ou commerciales. Ils sont constitués souvent sous forme de sociétés de personnes ou de capitaux, au sein desquels s'exerce l'activité libérale des praticiens. Dans la société, il n'est pas rare que l'exploitation repose sur une combinaison entre plusieurs contrats, par exemple avec des sociétés distinctes pour la propriété des locaux et du fonds de commerce⁶⁸. Pour ce faire, l'établissement peut également passer un contrat avec des médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. Ces derniers peuvent, par spécialité, se regrouper et créer leur propre société d'exercice (SCP, SELARLS, etc.), indépendamment de la structure dans

⁶⁷LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *Droit de la santé*, 2^e édition, PUF, Paris, 2009, p. 273.

⁶⁸DE FORGES J., *Le droit de la santé*, coll. « Que sais-je ? », 7^e édition, PUF, Paris, 2010, p. 50.

laquelle ils exercent⁶⁹. Mais l'interférence des règles déontologiques complique encore ce schéma.

En outre, une nouvelle forme d'organisation des établissements de santé privés se développe ces dernières années sous forme de chaînes d'établissements, qui sont actuellement les principaux acteurs de la restructuration du secteur des cliniques⁷⁰.

Concernant les missions de service public, des établissements de santé privés avaient demandé à participer au service public hospitalier sous le régime légal ouvert par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et qui a pris fin avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (la loi HPST)⁷¹. Avant la loi HPST, l'exécution des missions de service public reposait, outre sur les établissements de santé publics, sur deux catégories d'établissements privés, à but « non lucratif » à statut particulier : les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH) et les établissements privés concessionnaires du service public hospitalier. Ainsi, dès lors qu'un établissement privé avait un but lucratif, il ne pouvait assurer le service public. Mais la loi HPST a bouleversé ce schéma, ce régime juridique a disparu. La distinction l'établissement de santé à but lucratif et non lucratif n'est désormais plus retenue en la matière.

La loi HPST introduit une modification en disposant que « *les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public* »⁷². Cet article affirme que des missions de service public peuvent être confiées à toutes les catégories des établissements de santé publics, et notamment aux établissements de santé privés. Désormais les établissements privés peuvent exercer des missions de service public, comme les établissements publics de santé. Autrement dit, l'identité lucrative d'un établissement de santé n'est plus un obstacle à la prise en charge de missions de service public.

Par ailleurs, avec la loi HPST, émerge une nouvelle catégorie d'établissement de santé ; l'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)⁷³. Ce dernier est le fruit d'une proposition de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP). En effet, dans sa première version, le projet de loi HPST se

⁶⁹DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 206.

⁷⁰LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 277.

⁷¹TRUCHET D., *op. cit.*, p. 214.

⁷²Art. L.6112-1, CSP.

⁷³Art. L.6161-5 et D.6161-2 et s., CSP et décret n°2010-535 du 20 mai 2010.

cantonait à supprimer les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH) ce qui conduisait à mettre fin à l'identité privé non lucrative des établissements de santé. C'est dans ce contexte que la FEHAP s'est mobilisée et a proposé la création des établissements de santé privés d'intérêts collectifs.

L'ESPIC recouvre les établissements privés gérés par des organismes sans but lucratif et les centres de lutte contre le cancer pour l'ensemble de leurs activités, de leurs accueils et de leurs tarifs liés aux seules missions de service public. Cette nouvelle catégorie d'établissements ne peut en principe englober que les hôpitaux privés qui répondent aux critères de la « gestion désintéressée » ; il ne suffit donc pas d'avoir le statut juridique d'association ou de fondation⁷⁴.

Cependant, en prévoyant un régime transitoire, la loi HPST permet aux établissements qui participaient au service public hospitalier à la date de publication de la loi de continuer les missions qui leur avaient été confiées jusqu'au terme de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou au plus tard en 2012⁷⁵.

En ce qui concerne la qualification juridique des ESPIC, c'est l'article L.6161-5, CSP qui précise quelles sont les structures qualifiées d'ESPIC.

(1) Les centres de lutte contre le cancer : c'est la première structure qualifiée de plein droit (c'est-à-dire ne requérant aucune procédure particulière).

(2) Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif (dont les anciens établissements « PSPH ») qui en auront fait la déclaration à l'agence régionale de santé (ARS) entre la date de publication de la loi du 21 juillet 2009 et la signature de leur prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (ou qui, jusqu'alors « PSPH » ne se seront pas opposés à leur transformation en ESPIC). C'est la deuxième structure qualifiée soumise à une déclaration préalable auprès de l'ARS.

Ces établissements sont soumis notamment aux obligations d'égalité d'accès et de continuité attachés au service public pour l'ensemble de leurs missions⁷⁶. Ils sont tenus

⁷⁴DE FORGES J, *op. cit.*, p. 51.

⁷⁵Art. XX, la loi HPST dispose que « *les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ils prennent la qualification d'établissement de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de leur part notifiée par leur représentant légal au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception...* »

⁷⁶Art. L. 6112-3, CSP.

d'appliquer des tarifs⁷⁷ similaires à ceux imposés aux établissements publics de santé (même art. L. 6161-5). Le décret du 20 mai 2010 relatif aux ESPIC précise que le directeur de l'ARS peut leur retirer leur qualité d'ESPIC s'ils contreviennent à leurs engagements pris lors de la déclaration initiale⁷⁸. Cependant, il faut savoir que cette perte peut également résulter de la volonté de l'établissement par simple déclaration.

En outre, concernant le statut juridique des centres de lutte contre le cancer, ils constituent désormais des établissements de santé de droit privé. Cette solution a été dégagée par le Tribunal des conflits⁷⁹, puis consacrée par le législateur⁸⁰. Ces établissements relèvent d'un régime juridique spécifique. La liste des centres de lutte contre le cancer est fixée par le ministre chargé de la santé⁸¹ et la composition de leur conseil d'administration est définie par la loi⁸².

Enfin, il existe un régime analogue concernant le secteur social et médico-social qui a été établi par l'article 124 de la loi HPST. Peuvent ainsi être qualifiés d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif (ESSMSIC) des structures qui exercent leurs missions dans un but non lucratif et dont la gestion est désintéressée, mais aussi les établissements commerciaux ayant conclu également une convention d'aide sociale⁸³.

b : Les établissements privés de santé en Thaïlande

La Thaïlande est un pays en développement et son système économique est libéral. Le gouvernement gère et offre quasi gratuitement, avec le co-paiement de trente bahts, des services de soins à la population et en particulier dans des hôpitaux publics. Cependant, il existe également des établissements de santé privés qui vont offrir des soins de qualité à la population qui a la capacité de payer et voudrait profiter de ce service agréable. Les établissements de santé privés, tout comme les établissements de santé publics, ont le même objectif d'offrir des services sanitaires aux citoyens en matière de promotion de santé, en matière de prévention des maladies, en matière de soin et de réhabilitation.

⁷⁷Art. L.162-20 et L. 162-26, CSS.

⁷⁸TRUCHET D., *op. cit.*, p. 215.

⁷⁹Centre régional de lutte contre le cancer « Eugène Marquis », 20 novembre 1961, p. 879.

⁸⁰Art. L. 6162-1 à L. 6162-11, CSP.

⁸¹Art. L. 6162-3, CSP.

⁸²Art. L. 6162-7, CSP.

⁸³LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *op. cit.*, p. 276.

En Thaïlande, le nombre d'établissements de santé publics n'est pas suffisant pour offrir à tous le soin et les services sanitaires dont les patients doivent bénéficier. Le gouvernement dispose donc de l'aide d'autres établissements, notamment des hôpitaux privés. L'émergence des hôpitaux privés est un avantage pour le système national de santé, puisqu'ils permettent une offre de soin complémentaire pour la population. C'est avantageux pour les Thaïlandais d'avoir un choix alternatif dans l'offre de soin. Toutefois, le gouvernement doit contrôler et vérifier la qualité de soin des hôpitaux privés. Il contrôlera particulièrement la sécurité des soins offerts à la population. Pour la tarification des soins, en général elle est sous la considération et la discrétion de la commission de l'ordre médical de la Thaïlande et du parlement de Thaïlande.

Toutefois, les législateurs thaïlandais n'ont pas cru devoir donner une définition d'un établissement de santé privé. Ils évoquent seulement « un établissement de santé » de façon générale dans l'article 4 de la loi des établissements de santé de 1998. On peut pourtant appliquer cette définition générale à l'établissement de santé privé dans le domaine privé. Au contraire, on ne trouve aucun élément de définition dans la loi française : ni établissement de santé en matière générale, ni établissement de santé privé.

L'histoire de l'installation des hôpitaux privés pourrait être divisée en trois périodes⁸⁴. Durant la première période (1880-1937) le premier hôpital en Thaïlande fut un hôpital privé créé en 1880. C'était un hôpital des missionnaires qui se trouvait dans la province de Phetchburi à l'ouest du pays. Il a été établi il y a plus de 130 ans, et huit ans avant l'installation de l'hôpital Siriraj. L'hôpital Siriraj est le premier hôpital public qui a été établi en 1888⁸⁵, sous le régime du cinquième roi de la Thaïlande⁸⁶. Le deuxième hôpital était l'hôpital de la Mission Américaine qui était également un hôpital privé qui se trouvait à Chiang Mai⁸⁷ et avait été établi en 1888. L'hôpital de la Mission Américaine et l'hôpital des missionnaires, étaient des hôpitaux privés établis par des organisations missionnaires chrétiennes. Leur première mission était l'offre de soins aux malades et la deuxième était la diffusion de la croyance en dieu aux Thaïlandais.

Au début de la première période, ces établissements voulaient aider et remédier aux maladies des Thaïlandais à Bangkok et également dans les campagnes, même si les patients

⁸⁴SUWAN S., *op. cit.*, p. 646s.

⁸⁵DECHTHAI T., *Ménagement Général de la Santé, op. cit.*, p. 52.

⁸⁶C'est le régime de Roi Bhumipol qui est le neuvième Roi de la Thaïlande.

⁸⁷L'hôpital de la Mission Américaine est devenu plus récemment l'hôpital Maccomic et il est le premier hôpital au niveau régional en Thaïlande.

n'étaient pas de confession chrétienne. Par ailleurs, ils avaient reçu les dons des associations caritatives nationales et aussi internationales afin de financer leurs programmes de promotion. Ils sont donc les premiers types d'hôpitaux privés qui sont apparus en Thaïlande.

Ensuite, dans une deuxième période, est apparu un deuxième type d'hôpital privé qui fut établi par des fondations thaïlandaises ou internationales. Par exemple, l'hôpital de Huachaew, l'hôpital de Jongjin, l'hôpital de Gwangsiw, l'hôpital de Tienfah.

Dans cette période, le soin dans ces hôpitaux privés n'était pas populaire car les malades devaient payer plus cher que dans l'hôpital public. Dans ce fait les hôpitaux privés dans la première et la deuxième période ne disposaient pas d'un développement adéquat, ce qui par conséquent, n'a pas permis le succès souhaité.

Actuellement, il se constitue beaucoup d'hôpitaux privés sous forme d'entreprises à Bangkok et dans les provinces. En ce qui concerne leur nature juridique, c'est celle de personne morale de droit privé, sous l'appellation de société à responsabilité limitée (SARL) ou société publique à responsabilité limitée. Leurs actionnaires peuvent être des hommes d'affaires ou des médecins. Généralement, ils ont besoin de fonds pour les investissements ; ainsi chaque chambre individuelle nécessite un investissement d'un million de bahts. Si l'on investit dans un grand hôpital d'une capacité de 200 lits, on a besoin d'un placement de 200 millions de bahts. Par exemple, l'hôpital de Bangkok a 450 lits, l'hôpital de Bomrungraj a 500 lits et l'hôpital de Samitrivej a 400 lits. Ce sont les plus grands hôpitaux privés et les plus populaires de Thaïlande.

Il existe en Thaïlande notamment des hôpitaux privés récents que l'on peut cataloguer en trois formes. La première forme est l'hôpital privé sous le contrôle d'une organisation religieuse, par exemple l'hôpital Chrétien de Bangkok, l'hôpital Saint-Louis, l'hôpital des missionnaires, etc. La deuxième forme est l'hôpital privé sous le contrôle d'une fondation privée : par exemple des hôpitaux qui sont sous le contrôle de fondations chinoises dont l'hôpital de Huachaew, l'hôpital de Jongjin, l'hôpital de Gwangsiw, l'hôpital de Tienfah etc. Et la dernière forme est l'hôpital privé sous la forme d'entreprise ou société : par exemple l'hôpital de Bangkok, l'hôpital de Bomrungraj, l'hôpital de Samitrivej, hôpital de Prayathai etc.

On peut constater que les législateurs thaïlandais ne définissent pas le statut juridique des établissements de santé privés dans la loi sur des établissements de santé de 1998 qui est la loi principale concernant des établissements de santé en Thaïlande. Tous les établissements de santé privés thaïlandais n'ont pas la personnalité juridique. Certains d'entre eux, notamment ceux sous le contrôle d'associations ou de fondations, n'ont pas la

personnalité morale de droit privé. Néanmoins, parmi les hôpitaux privés actuels, beaucoup sont établis sous la forme d'entreprise ou de société à responsabilité limitée ou de société publique à responsabilité limitée (SPRS) qui sont assurés évidemment d'être personnes morales de droit privé selon le Code civil et commercial. Au contraire, les législateurs français définissent formellement le statut juridique des établissements de santé privé par la personne morale de droit privé sous trois formes : soit association, soit fondation, soit société civile ou société commerciale selon le Code civil et le Code des sociétés.

Enfin, les établissements de santé privés actuels de la France peuvent être classés en deux types : l'établissement de santé privé et l'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Les derniers sont divisés sur le concept des missions de service public (SP) qui sont définies dans la loi HPST. Les missions de service public n'existent évidemment pas dans la loi thaïlandaise. Néanmoins, les législateurs thaïlandais distinguent des hôpitaux en deux catégories dans l'item 4 de l'arrêté ministériel sur la qualification des établissements de santé et la qualification des services des établissements de santé (2002) : l'hôpital général et l'hôpital spécial. Mais si l'on considère le point de vue du contrôle, les hôpitaux privés peuvent être divisés en trois formes : l'hôpital privé sous le contrôle de l'organisation religieuse, l'hôpital privé sous le contrôle de la fondation privée et l'hôpital privé sous la forme d'entreprise ou de société.

Section 2 : La coopération sanitaire

L'efficacité du système sanitaire est renforcée par la coopération sanitaire. Cette dernière améliore et développe la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé. Cela vise à compenser la pénurie de médecins et diminuer les inégalités géographiques. De plus, les objectifs de la coopération sanitaire sont de permettre aux professionnels sanitaires de s'adapter aux nouveaux besoins, et d'assurer aux patients une meilleure prise en charge.

En France, depuis 1996, au nom de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et de la continuité des soins (« réseaux de santé »), l'accent est mis sur la coopération entre les établissements de santé dans l'article L.6134-1 du Code de la santé publique ; éviter les doubles emplois est supposé plus économique que la concurrence et de nature à pallier la crise de la démographie médicale qui frappe certaines régions et certaines disciplines. Au contraire, il n'existe pas de loi thaïlandaise qui permette la coopération sanitaire. Mais, on peut trouver sa fonction, ses missions, sa structure administrative par les lois, les ordonnances, les règlements de chaque institution ou réseau sanitaire.

§ 1 : L'émergence de nouvelles personnes morales

Dans le cadre de la coopération sanitaire, il existe en France trois types de personnalité juridique : le groupement d'intérêt public (GIP), le groupement d'intérêt économique (GIE) et le groupement de la coopération sanitaire (GCS). Ils sont définis dans le Code de la santé publique. En Thaïlande, même si la coopération sanitaire n'est pas concrètement présente dans la loi, il existe en pratique une collaboration sanitaire créant une nouvelle personne morale à deux niveaux. Le premier est au niveau de l'hôpital privé : l'association des hôpitaux privés. Ensuite, une coopération sanitaire et académique médicale s'est développée au niveau de l'hôpital universitaire : le consortium des universités médicales thaïlandaises.

A : En France : GIP, GIE, GCS

Aux termes de l'article L.6134-1 du Code de la santé publique, « *dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales inter hospitalières...* »

En France, il existe une coopération sanitaire sous trois formes principales qui différencient les personnes morales de leurs membres : le groupement d'intérêt public (GIP), le groupement d'intérêt économique (GIE) et le groupement de coopération sanitaire (GCS) qui est une nouvelle catégorie de personne morale créée par l'ordonnance Juppé de 1996.

Le groupement d'intérêt public (GIP) : il a été créé par l'article 21 de la loi du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France⁸⁸. Le GIP est conçu pour remédier aux règles trop contraignantes des établissements publics. Il permet une plus grande souplesse au groupement sans laisser la gestion de l'intérêt général aux personnes privées.

Le GIP est présenté par la loi comme un groupement doté de la personnalité morale de droit public. Il peut être constitué par convention exerçant différentes activités d'intérêt

⁸⁸Loi n°82-610, JO 17 juill. 1982.

public. Cette convention, soumise à approbation du ministre ou du préfet, est conclue entre des personnes publiques et des personnes privées. Le GIP, formé avec ou sans capital, doit se soumettre au principe de la majorité publique : ainsi les personnes morales de droit public et les personnes morales de droit privé chargées d'une mission de service public doivent détenir ensemble plus de la moitié du capital ou des voix dans les organes délibérants⁸⁹.

Il peut s'agir d'établissements de santé, mais aussi d'autres personnes morales notamment l'Etat, des établissements d'enseignement ou de recherche ou des organismes de sécurité sociale. L'adhésion d'un établissement public de santé à un GIP est de la compétence du conseil de surveillance et soumise dans les conditions de l'article L.6131-2, CSP⁹⁰. Le GIP est soumis au contrôle de l'Etat, qui y dispose d'un commissaire du gouvernement⁹¹ et il a été jugé que le GIP ne constitue pas un opérateur sur un marché concurrentiel⁹².

Dans une décision du 14 février 2000⁹³, le Tribunal des conflits avait admis que ces GIP constituent des personnes morales de droit public soumises à un régime spécifique. Confirmant cette jurisprudence, le législateur a récemment doté l'ensemble des GIP d'un cadre juridique commun. Ainsi selon l'article 98 de la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit⁹⁴, le GIP est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière⁹⁵.

Le GIP permet pour une durée limitée (de 5 à 15 ans) d'effectuer des gestions d'un réseau de santé, actions de formation, créations et gestions d'équipements ou de services d'intérêt commun, recherches, études statistiques et épidémiologiques.

Le groupement d'intérêt économique (GIE) : il apparaît pour la première fois dans l'ordonnance du 23 septembre 1967⁹⁶ ; il est ensuite modifié par la loi de 1989⁹⁷. Il est

⁸⁹MOQUET-ANGER M., *Droit hospitalier*, LGDJ, Paris, 2010, p. 123s.

⁹⁰SAISON J., *op. cit.*, p. 204.

⁹¹TRUCHET D., *op. cit.*, p. 198.

⁹²MOQUET-ANGER M., *op. cit.*, p. 125.

⁹³TC, 14 févr. 2000, *GIP « Habitat et interventions sociales pour les mal-logés et les sans-abri » c. Mme Verdier*, AJDA 2000, p. 465, chr. GUYOMAR et COLLIN ; JCP 2000. II.10301, note EVENO ; AJFP juill.-août 2000, 13, comm. MERHANTAR ; LPA 4 janv. 2001, note GEGOUT et 24 juill. 2001, note DEMAYE ; RTDcom. 2000. 602, obs. ORSONI.

⁹⁴Loi n°2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, JO 18 mai, p. 8537.

⁹⁵MOQUET-ANGER M., *op. cit.*, p. 123s.

⁹⁶Ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique.

⁹⁷Loi n°89-377 du 13 juin 1989 relative aux groupements européens d'intérêt économique et modifiant l'ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique.

constitué dans les conditions établies notamment par l'article L.251-1 du Code de commerce⁹⁸. Le GIE est doté de la personne morale de droit privé à dater de son immatriculation au registre du commerce et des sociétés, sans que cette immatriculation emporte présomption de commercialité du groupement⁹⁹. Deux ou plusieurs personnes physiques ou morales peuvent constituer entre elles le GIE pour une durée déterminée. Le GIE permet à ses membres de mettre en commun certaines de leurs activités économique afin d'en faciliter le développement et d'en accroître les résultats de cette activité¹⁰⁰.

Les personnes exerçant une profession libérale soumise à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé (cas des professionnels de santé) peuvent constituer un GIE ou y participer. Le GIE peut être constitué sans capital. Les droits de ses membres ne peuvent être représentés par des titres négociables. Toute clause contraire est réputée non écrite¹⁰¹.

En pratique, des établissements de santé publics et privés se constituent en GIE pour l'acquisition de matériels lourds. « A la question de savoir si le GIE pouvait exercer l'activité de soins, le Conseil d'Etat, dans un avis de la section sociale de 1 août 1995, a répondu par la négative. Dans cet avis le Conseil d'Etat a d'abord considéré que si un établissement public dispose de la liberté de choisir ses formules de coopération susceptible de réunir exclusivement des établissements publics de santé. Il a ensuite considéré que si un tel groupement peut ouvrir la voie à une future fusion d'établissements ou au contraire à un certain démembrement d'un établissement de santé, ledit groupement ne saurait en aucun cas être lui-même en charge des missions de diagnostic, de surveillance et de soins qui sont celles de l'établissement de santé »¹⁰².

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) : c'est une nouvelle catégorie de personne morale créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (ordonnance Juppé). L'ordonnance précitée du 4 septembre 2003 a modifié ses règles de fonctionnement afin de permettre aux acteurs de santé de disposer d'un moyen de droit plus simple et plus adapté aux besoins de coopération. Ensuite, le GCS a

⁹⁸ Art. L.251-1 à L.251-16, Code de commerce.

⁹⁹ Art. L.251-4, Code de commerce.

¹⁰⁰ SAISON J., *op. cit.*, p. 204.

¹⁰¹ MOQUET-ANGER M., *op. cit.*, p. 126.

¹⁰² *Id.*, p. 127.

repris par la loi HPST dans le cadre de la modification des dispositions législatives applicables au GCS. Celles-ci sont clarifiées¹⁰³.

Le GCS se substitue au syndicat inter-hospitalier. Il est désormais devenu d'une part l'instrument privilégiée de coopération entre établissements et professionnels de santé de statut divers, d'autre part un moyen de dépasser le clivage structures de santé et structures médico-sociales¹⁰⁴.

Création du groupement : au départ le GCS ne pouvait être créé qu'entre professionnel de santé mais il doit désormais comporter obligatoirement au moins un établissement de santé. Il est créé par une convention constitutive conclue par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des pôles de santé ou des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société¹⁰⁵. La convention constitutive doit être approuvée par le directeur de l'agence régional de santé (ARS) qui en assure la publication. Ainsi, la personnalité morale est acquise à partir du moment où il apparaît l'accord du directeur de l'ARS¹⁰⁶.

Statut du groupement : il est doté de la personnalité morale, a un statut original, d'une étonnante souplesse, soit personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public ou, par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ; soit personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé en majorité. Sa durée peut être déterminée ou illimitée. Il peut avoir un capital, ou en être dépourvu¹⁰⁷.

Objet et catégorie du groupement : le GCS n'a pas de but lucratif. Il existe désormais deux types de groupements de coopération sanitaire : le GCS de moyens et le GCS établissement de santé. D'une part le GCS de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Il peut être constitué pour¹⁰⁸ :

¹⁰³DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 275.

¹⁰⁴La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 a par ailleurs intégré dans le Code de l'action sociale et des familles le groupement de coopération sociale ou médico-sociale, fort proche du GCS (GCSMS ; art. L.312-7) ; TRUCHET D., *op. cit.*, p. 197.

¹⁰⁵Art. L. 6133-2, CSP.

¹⁰⁶Art. L. 6133-3, CSP.

¹⁰⁷Art. L. 6133-3, CSP.

¹⁰⁸Art. L. 6133-1, CSP.

(a) organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico techniques, d'enseignement ou de recherche ;

(b) réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds ;

(c) permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non-médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

D'autre part le GCS établissement de santé ; le GCS n'est pas nécessairement un établissement de santé. Il le devient lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins¹⁰⁹. Si le groupement est une personne morale de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé par décision du directeur général de l'ARS.

S'il est une personne morale de droit public, il fait également l'objet de la décision de l'ARS et est soumis aux règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé sous deux réserves : (1) les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur, et (2) la composition de son conseil de surveillance (15 membres) diffère légèrement de celle des autres établissements publics de santé¹¹⁰.

Lorsqu'un GCS est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé¹¹¹, sauf les dérogations apportées par l'article L. 6133-8, CSP. Le GCS est donc une personne morale à nature et densité très variables.

Fonctionnement du groupement : la convention constitutive du GCS détermine ses modalités d'organisation et de fonctionnement. L'assemblée générale de ses membres élit en son sein un administrateur. Sa comptabilité et sa gestion obéissent aux règles du droit privé lorsqu'il a la personnalité morale de droit privé, à la comptabilité publique lorsqu'il est une personne morale de droit public. Il peut être employeur¹¹².

Pour résumer, même si le GIP, le GIE et le GCS sont des structures distinctes et sont créés sous des conditions différentes, ils présentent cependant deux points communs : (1) chacun dispose de la personnalité morale et (2) ils poursuivent les mêmes objectifs qui

¹⁰⁹TRUCHET D., *op. cit.*, p. 198.

¹¹⁰Art. L. 6133-7, CSP.

¹¹¹Art. L. 6133-8, CSP.

¹¹²Art. L. 6133-1, CSP ; TRUCHET D., *op. cit.*, p. 197.

permettent aux professionnels et établissements de santé de s'adapter aux nouveaux besoins, aux patients et permettre d'une meilleure de prise en charge.

B : En Thaïlande : l'association des hôpitaux privés et le consortium des universités médicales thaïlandaises

Il n'existe pas en Thaïlande de disposition législative concernant la coopération sanitaire ; même la loi sur les établissements de santé de 1998 qui est le principal texte lié au système hospitalier et aux établissements sanitaires en Thaïlande, ne prévoit rien sur la collaboration entre des professionnels sanitaires et établissements de la santé. En revanche, en France, l'article L.6134-1 CSP définit la coopération entre des professionnels, des établissements de santé, des groupements d'intérêt public (GIPs) et des groupements d'intérêt économique (GIEs). Ces coopérations sont toujours sous la forme de personne morale distincte de ses membres. Néanmoins, les coopérations sanitaires existent en pratique en Thaïlande telles que l'association d'hôpitaux privés, personne morale de droit public, et le consortium des universités médicales thaïlandaises, personne juridique de droit public. Les deux derniers sont des exemples concrets de la coopération sanitaire dotés de la nouvelle personnalité morale séparée de ses membres.

L'association d'hôpitaux privés : la catégorie de personne morale privée selon le code civil et commercial de la Thaïlande est organisée en cinq types : association, fondation, entreprise, société limitée et société en registre. Ils sont dotés de la personnalité morale à dater de leur immatriculation au registre du commerce et des sociétés et doivent être également publiés dans le journal officiel. L'association d'hôpitaux privés est établie sous les conditions de l'article 78 – article 109 du code civil et commercial relatifs à la création de l'association qui doit être constituée de dix membres au minimum.

L'association d'hôpitaux privés est créée en 1979 par la coopération entre des directeurs d'hôpitaux privés en Thaïlande. Ils ont eu l'idée d'établir ensemble un centre de coopération sanitaire entre des hôpitaux privés qui se trouvent en Thaïlande. A partir de 1972, on voit apparaître plusieurs nouveaux hôpitaux privés partout dans le pays ; ainsi les directeurs des différents hôpitaux ont eu l'idée de créer un centre des hôpitaux privés pour pouvoir échanger sur les nouvelles avancées médicales, technologiques ou encore en matière d'organisation. La première rencontre est organisée en 1979 par les directeurs de l'Hôpital de Bangkok, de l'Hôpital de Petchaburi-Tudmai, de l'Hôpital de Krungthon, de l'Hôpital de

Payathai et de l'Hôpital de Panya. Cette rencontre a abouti à l'instauration officielle de l'Association d'hôpitaux privés en Thaïlande.

La nature de la personnalité juridique du groupement ne fait pas problème : en tant qu'association, elle est une personne morale de droit privé, selon article 83 de Code civil et commercial de la Thaïlande. Elle est organisée et gérée par la commission exécutive de l'association qui comporte 26 médecins venant des 26 hôpitaux membres ; les membres de la commission changent tous les deux ans. Actuellement, elle comporte 205 hôpitaux privés membres qui se situent dans tout le pays¹¹³.

Ses missions peuvent être divisées en deux domaines. La première mission concerne la relation entre les hôpitaux privés membres. L'association d'hôpitaux privés voudrait promouvoir la coopération amicale entre les hôpitaux privés ainsi que protéger et garder l'intérêt commun des hôpitaux privés en Thaïlande. Par exemple, elle organise habituellement des conférences sanitaires entre des hôpitaux privés pour échanger sur les nouvelles avancées médicales, présenter les problèmes et les difficultés sanitaires qui se passent dans les hôpitaux privés afin de trouver ensemble des solutions optimales. En plus, elle est chargée de diffuser et présenter les nouvelles avancées technologiques en matière médicale, ou tout type d'information permettant d'aider les activités des membres de l'association. Par ailleurs, elle a également la mission de normaliser les règles communes des hôpitaux privés membres. Enfin, elle est le centre de conciliation entre les hôpitaux privés membres et entre les hôpitaux privés et des tiers.

La seconde mission porte sur la relation entre des hôpitaux privés membres avec d'autres organisations. L'association de l'hôpital privé à l'intention d'effectuer des activités de manière neutre. Autrement dit, elle ne voudrait pas exécuter des activités relatives à la politique. Elle voudrait promouvoir et mettre en place une relation de confiance, collaborer étroitement et « amicalement » avec le gouvernement et les autres organisations sanitaires. Par exemple, elle évoquera les difficultés et les problèmes sanitaires dans toutes les matières avec le gouvernement pour trouver ensemble des solutions.

On peut remarquer que l'association d'hôpitaux privés ressemble au groupement d'intérêt économie (GIE) de la France en raison de ses activités économiques et commerciales, et également eu égard à sa personnalité juridique de droit privé. Toutefois, ils sont différents au niveau de la qualification de ses membres : le GIE de la France peut être constitué par des

¹¹³Association d'hôpital privé, *L'historique et les objectifs de l'association* [en ligne]. Bangkok : Doc'AHP. Mise à jour : 2009 [ref. du 10/06/2011]. Disponible sur <http://www.thaiph.org/body/purpose.html>

personnes morales publiques et privées mais sa majorité doit être composée de personnes privées ; Alors qu'en Thaïlande, seuls des hôpitaux privés peuvent s'associer ensemble sous le nom d'association d'hôpitaux privés.

Le consortium des universités médicales thaïlandaises : le consortium des universités médicales thaïlandaises a été instauré le 7 avril 1989 par la collaboration entre les doyens de la faculté médicale venant de sept universités¹¹⁴ et avec le directeur du collège médical de pramongkudkraew. La première conférence a été organisée en 1989 à la faculté de Médecine de l'université de Chiang mai, où la première régulation de consortium des universités médicales de la Thaïlande a été adoptée¹¹⁵.

Ce consortium est créé avec des objectifs évidents de promotion et de développement des apprentissages et des recherches dans le domaine de la médecine, de la science sanitaire afin de trouver des solutions sanitaires au niveau national. De plus, il a pour objectif d'être le centre de collaboration et d'échange des connaissances d'apprentissages médicales entre les facultés médicales du pays, de promouvoir le développement de la capacité des professionnels sanitaires et soutenir la direction des données médicales, des données sanitaires et des données de science sanitaire. Enfin, il est le centre de synthèse des opinions concernant les difficultés et les solutions sanitaires des universités médicales membres. Ces opinions vont être passées au gouvernement et aux organisations concernées afin d'aboutir au développement de l'apprentissage de la médecine, de la science sanitaire et du système sanitaire de la Thaïlande¹¹⁶.

La structure de consortium est gérée par trois commissions : la commission de direction, la commission exécutive et la commission spécifique. La première se compose de sept doyens de chaque université médicale, du directeur du collège médical de pramongkudkraew, des représentants des universités (non majoritaire en nombre) et du secrétariat du consortium. Elle est chargée de déterminer la politique et le budget du

¹¹⁴L'université de chulalongkorn, l'université de Chiang Mai, l'université de khonkwean, l'université de songklanakarin, l'université de srinakarintarawiroch et faculté médicale de l'hôpital de siriraj et de l'hôpital de ramathibodie de l'université de mahidol.

¹¹⁵Consortium des universités médicales thaïlandaises, *L'historique du consortium* [en ligne]. Bangkok : Doc'CUMT. Mise à jour : 2005 [ref. du 13/06/2011]. Disponible sur <http://www.cotmes.org/about0.html>

¹¹⁶Article 4 de la régulation de consortium des universités médicales de la Thaïlande de 1989 et article 5 de la régulation de consortium des universités médicales de la Thaïlande : le rôle, la mission et l'opération de 1993.

consortium. De plus, elle a la mission de contrôler l'exécutif. Elle est nommée pour deux ans et le secrétariat de consortium détient un mandat de quatre ans¹¹⁷.

La commission exécutive est composée d'un secrétariat de consortium, du vice-secrétariat et des représentants de chaque université membre. Elle est chargée de la création et la préparation des projets et des activités spéciales du consortium. Elle va aussi proposer des suggestions concernant l'exécutif du consortium. Les représentants de chaque université membre disposent d'un mandat équivalent à celui de leurs doyens¹¹⁸.

De plus, la commission spécifique se compose d'un secrétariat de consortium et de personnes qui sont assignées par accord de la commission de direction. Elle va organiser des projets et des activités sanitaires spéciaux¹¹⁹.

Par ailleurs, le secrétariat du consortium des universités médicales thaïlandaises est chargé de toutes les affaires du consortium. La commission de direction a quant à elle la mission de diriger la politique et contrôler les affaires générales de consortium. Enfin, la commission du consortium va se réunir tous les deux mois afin d'établir de nouvelles politiques et de suivre les avancées de celles qui sont déjà mise en place.

Le consortium des universités médicales thaïlandaises est donc un exemple concret de la coopération sanitaire liée aux actions de formation, d'enseignement et de recherche sanitaire et médicale. Ces dernières sont des missions publiques étant assurées également par un groupement d'intérêt public (GIP) en France. De plus, le GIP et le consortium des universités médicales thaïlandaises possèdent tous deux la personne juridique de droit public. Pourtant, ils présentent des différences quant à leur durée d'installation, déterminée pour le GIE en France et indéterminée pour le consortium.

§ 2 : Le maintien de la personnalité juridique de ses membres

En France, il existe la communauté hospitalière de territoire (CHT) et les réseaux de santé qui sont des coopérations sanitaires principales maintenant la personnalité juridique de ses membres. En Thaïlande, après la réforme du système sanitaire et la réforme du système d'assurance sanitaire de la Thaïlande en 2002, le ministère de la Santé publique soutient toutes les institutions sanitaires à tous les niveaux du soin afin de réaliser une coordination

¹¹⁷Article 8 de la réglementation de consortium des universités médicales de la Thaïlande : le rôle, la mission et l'opération de 1993.

¹¹⁸Article 9 de la réglementation de consortium des universités médicales de la Thaïlande : le rôle, la mission et l'opération de 1993.

¹¹⁹Article 10 de la réglementation de consortium des universités médicales de la Thaïlande : le rôle, la mission et l'opération de 1993.

médicale et sanitaire. La plupart de ces coopérations, ne sont pas créés sous forme de nouvelle personne morale, puisqu'en général elles gardent leurs personnalités juridiques propres. On peut distinguer deux types de coopération sanitaire : la coopération concernant l'accroissement de la qualité des soins et les réseaux de santé.

A : En France : les CHT et les réseaux de santé

Il existe une coopération sanitaire sous deux formes principales qui ne sont pas dotées de la personnalité morale mais qui maintiennent la personnalité juridique de ses membres : la communauté hospitalière de territoire (CHT) et les réseaux de santé.

La communauté hospitalière de territoire (CHT) : c'est la nouvelle formule s'agissant de la coopération sanitaire entre établissement de santé. La CHT est créée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST)¹²⁰. Le législateur a décidé que la coopération dans la CHT serait sur la base du volontariat. C'est une forme d'organisation qui illustre bien la place du territoire dans la loi HPST.

L'exposé des motifs était ambitieux pour la CHT et cette notion nouvelle, directement inspirée du rapport de Gérard Larcher¹²¹, était l'une des mesures phare du texte sur l'hospitalisation publique. L'exposé des motifs de la loi les présentait ainsi : « *l'un des établissements se voit déléguer des compétences par les autres établissements et assure ainsi le rôle d'établissement siège. La CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences (ressources humaines, programme d'investissements lourds, système d'information...).* Les établissements adhérents restent autonomes juridiquement et financièrement tout en s'inscrivant dans le projet stratégique commun... »¹²².

Cette coopération ne concerne que des établissements publics de santé et ceux de médico-sociaux, qui peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être

¹²⁰Art. L.6132-1 à L.6132-8, art. R. 6132-20 à R.6132-35, CSP.

¹²¹LARCHER G., Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital remis au Président de la République, 2008.

¹²²BERGOIGNAN-ESPER C., « Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation », RDSS, n°5, 2009, p. 806s.

partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire¹²³. De plus, l'article premier de la loi HPST indique que les établissements de santé privée d'intérêt collectif (ESPIC)¹²⁴ peuvent conclure des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public d'une CHT. Là encore, la formulation n'attribue en rien la qualité de membre aux ESPIC¹²⁵.

La CHT prend en compte la notion géographique que constituent certains territoires. Mais le territoire d'une communauté n'est pas obligatoirement le territoire défini par l'ARS¹²⁶.

La convention de CHT est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et soumise à une double approbation, par les directeurs des établissements membres concernés et celle du directeur général de l'ARS¹²⁷. Il s'agit d'une mise en cohérence des projets des différents établissements membres. C'est un moyen pour les petites structures de sauver leur activité.

Sur cette base, le contenu de la convention sera modulable au cas par cas. Le texte précise toutefois les rubriques qui devront figurer dans la convention, à savoir :

(a) le projet médical commun et les transferts nécessaires, en termes d'autorisations et de biens mobiliers ou immobiliers ;

(b) les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ;

(c) les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;

(d) en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ;

(e) le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire.

¹²³Art. L. 6132-1, CSP.

¹²⁴Cette dénomination se substituant à celle d'établissements privés participant au service public hospitalier.

¹²⁵BERGOIGNAN-ESPER C., *op. cit.*, p. 806s.

¹²⁶Art. 118 de la loi codifiant l'art. L. 1434-16 CSP.

¹²⁷L. 6132-2, CSP.

L'« établissement siège » est désigné par les deux tiers au moins des conseils de surveillance membres du CHT représentant au moins les trois quarts de produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique). La convention constitutive doit indiquer la composition des instances de cet établissement (conseil de surveillance, directoire, organes représentatifs) qui comprennent des représentants des établissements partenaires)¹²⁸.

Les établissements publics membres ne perdent pas leur autonomie, ni leur personnalité morale, ni leur financement. Aucune personnalité morale supplémentaire n'est attribuée à l'« établissement siège ». Et ce dernier n'a pas de prérogatives supérieures aux autres.

En termes d'instances de la communauté, la loi prévoit une commission de communauté. Celle-ci est composée des présidents des conseils de surveillance des établissements membres, des présidents de commissions médicales d'établissements (CME), des directeurs de chaque établissement membre. Il pourrait en être ainsi de compétences renforcées pour la commission de communauté, ou encore pour le directeur de « l'établissement siège ». Mais ceci reste dépendant de la volonté des parties¹²⁹.

Enfin, une convention de CHT peut être résiliée selon des modalités précises portant sur les auteurs d'une telle démarche et les décisions à prendre¹³⁰. En Bretagne, une CHT a été créée entre St. Malo, Dinan et Cancale en 2008, en anticipation de la loi HPST.

Les réseaux de santé : ils étaient connus dans le système de la santé avant d'être organisés concrètement par la loi. Beaucoup de réseaux se sont créés de manière informelle, en privilégiant la prise en charge d'une pathologie particulière ; tuberculeux au début du XX^e, psychiatrie en 1972 et des autres pathologies comme hépatite C, toxicomanie, diabétologie, soins palliatifs, dépendance liée à l'âge. Mais le réseau est vraiment né avec l'infection du VIH dans les années 80 sur la base uniquement du volontariat. Ensuite, les ordonnances n°96-345 et n°96-346 du 24 avril 1996¹³¹ ont donné une existence juridique

¹²⁸Art. L.6132-2, CSP ; DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 271.

¹²⁹BERGOIGNAN-ESPER C., *op. cit.*, p. 806s.

¹³⁰La convention peut être résiliée par l'un des modes suivants : une décision concordante des conseils de surveillance des établissements membres, ou sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements membres, ou sur décision prise, après avis des représentants de l'Etat dans la région, par le directeur général de l'ARS en cas de non-application de la convention ; DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 271.

¹³¹Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

aux réseaux en les insérant dans le dispositif global de la planification hospitalière et dans le mécanisme des dépenses d'Assurance maladie¹³².

C'est ainsi que, pendant plusieurs années, deux types de réseaux coexistaient, l'un issu du Code de la santé publique (ancien art. L.6121-5) et l'autre établi par le Code de la Sécurité sociale (ancien art. L.162-31)¹³³. Désormais, il existe seulement une forme de réseau de santé qui est le résultat de la modification par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Les législateurs ont l'intention de fusionner les deux types des réseaux précédents comme prévu à l'article L.6321-1 du Code de la santé publique.

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. C'est la coordination au sein des réseaux en matière médicale et administrative. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations¹³⁴. Des actions d'évaluation du réseau donnent lieu annuellement à un rapport d'activité et tous les trois ans à un rapport financier qui doivent être transmis à des financeurs du réseau.

La liste des partenaires énoncée par le texte est significative. Les réseaux de santé peuvent être constitués par les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire (GCS), des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales ou des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers¹³⁵.

Concernant leur forme juridique : afin de remplir leurs objectifs et missions, les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire (GCS), groupements d'intérêt économique (GIE), groupements d'intérêt public (GIP) ou associations¹³⁶.

De plus, il s'agit pour chaque réseau de mettre en place un système d'information

¹³²DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 267.

¹³³L'un issu du Code de la santé publique relève d'une décision d'agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et l'autre établi par le Code de la Sécurité sociale qui vise à la davantage tarifaire et ambulatoire. Pour ce dernier, un arrêté ministériel, pris après avis d'un conseil national d'orientation ; DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *op. cit.*, p. 267.

¹³⁴Art. L. 6321-1, CSP.

¹³⁵Art. L. 6321-1, CSP.

¹³⁶Art. L. 6321-2, CSP.

administrative et médicale pour des professionnels et des patients. Les difficultés se posant sont relatives à l'accès et l'utilisation des informations nominatives. La charte du réseau doit prévoir les modalités d'accès, d'échange, d'archivage des informations pour des partenaires dans le respect des règles, de confidentialité et de déontologie.

Le mécanisme de financement a toujours été complexe. Il tend à être simplifié. Il fait appel tant aux dispositions du Code de la santé publique¹³⁷ qu'à celles du Code de la Sécurité sociale¹³⁸. Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002¹³⁹ peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie¹⁴⁰. De plus, les réseaux de santé peuvent également percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Ce montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale¹⁴¹.

Enfin, la filière et le réseau de santé sont différents. La filière se situe du point de vue des prestataires de soins qui la définissent eux-mêmes. La filière est prédéterminée et s'organise autour du médecin généraliste. Elle est appelée organisation verticale, ou le système d'adressage. Alors que le réseau de santé est articulé autour du patient selon une organisation horizontale. Il se caractérise par l'appartenance des professionnels à des milieux différents.

B : En Thaïlande : la coopération concernant l'accroissement de la qualité des soins et les réseaux de santé

Même s'il existe en Thaïlande une loi des établissements de santé (1998), elle ne contient pas de disposition concernant la coopération hospitalière territoire (CHT) ou les réseaux de santé. Au contraire, ces deux derniers ont été définis concrètement en France dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (la loi HPST). Cependant, fonctionne dans la

¹³⁷Art. L. 6321-1, CSP.

¹³⁸Art. L. 162-43 à L. 162-46; art. R. 162-59 à R. 162-68, CSS.

¹³⁹Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1, CSP.

¹⁴⁰Art. L. 6321-1, CSP.

¹⁴¹Art. L. 6323-5, CSP.

pratique une coopération sanitaire entre des établissements thaïlandais de la santé. En conséquence, des conventions de collaboration des établissements sanitaires sont apparues et se sont organisées informellement afin d'assurer une meilleure qualité des soins. De plus, il existe en Thaïlande une coopération sanitaire particulière relative au développement de l'accréditation des hôpitaux. Ces deux modèles de la coopération ne sont toujours pas personnes morales mais ils maintiennent la personnalité juridique de leurs membres. En ce qui concerne les réseaux de santé, la coopération se concentre dans le domaine du développement académique et de recherche sanitaire grâce au réseau des établissements académiques sanitaires et technologiques médicaux et au réseau de l'institution de la Recherche du système sanitaire.

La coopération concernant l'accroissement de la qualité des soins : il existe une coopération entre les établissements de santé et la coopération qualitative d'hôpitaux. D'abord, elle concerne la situation actuelle de la coopération de soin de l'hôpital, notamment l'hôpital universitaire de *Thammasat*, où il existe des relations avec les divers hôpitaux.

Ensuite, la coopération sanitaire particulière liée au développement de la qualité et l'accréditation des hôpitaux est sous la responsabilité du centre de la collaboration pour développer l'accréditation hospitalière (*Hospital Accreditation Collaborating Center : HACC*).

La coopération entre établissements de santé : la situation actuelle de l'hôpital universitaire de Thammasat. Il a été instauré le 5 décembre 1987 par la coopération entre la famille de Sanitwong, la banque militaire thaïlandaise, la communauté de Thammasat et la dotation de particuliers. Selon le décret d'installation de la faculté médicale de l'université de Thammasat de 1990, l'hôpital universitaire de Thammasat est l'une des parts de la faculté médicale depuis 19 mars 1990. Il a des missions évidentes d'apporter les soins aux malades et également d'être le lieu de formation des étudiants en médecine.

L'hôpital universitaire de Thammasat comporte une division générale qui a la capacité d'offrir des services sanitaires dans tout domaine médical aux malades. Il apporte des soins à plus de 1 000 malades légers par jours et à environ 550 malades graves. Selon le rapport actuel concernant le nombre total des professionnels de santé¹⁴², il y a 77 médecins, 503

¹⁴²Rapport actuel concernant le nombre total des professionnels sanitaires d'hôpital universitaire de thammasat en mois de juin 2011.

infirmières, 31 pharmaciens, 40 professionnels de science médicale, 10 professionnels de thérapie physique, 12 professionnels de radiologie, 316 assistants infirmiers et 139 assistants généraux dans le domaine médical. Cependant, quand le besoin de professionnels sanitaires se fait sentir en cas d'urgence, des médecins et des professionnels sanitaires de faculté médicale pourraient venir en aide aux titulaires.

Dans le cadre de la coopération entre établissements de santé, Monsieur Chunu Udon¹⁴³ dans un entretien du 13 juin 2011 fait état d'une coopération de l'hôpital universitaire à deux niveaux : la première est la coopération au niveau des établissements et la deuxième est la coopération au niveau des professionnels de santé.

Pour la coopération au niveau des établissements, il existe deux grands domaines de collaboration. D'abord, l'hôpital universitaire de Thammasat a passé un contrat de collaboration de soin avec 11 hôpitaux, hôpitaux publics et privés. Le but de cette collaboration est le transfert des malades gravement atteints des autres hôpitaux à l'hôpital universitaire de Thammasat qui est plus grand et qui dispose d'un plus grand nombre de médecins spécialistes.

Ensuite, il existe également des contrats médicaux d'utilisation des équipements lourds. Par exemple, l'hôpital a passé un contrat médical avec l'entreprise de *X-ray Computer Ourupong* pour utiliser un équipement médical dénommé « Multi-Slice CT Scan »¹⁴⁴. Cette entreprise privée a installé « Multi-Slice CT Scan » à l'hôpital qui va profiter pendant sept ans de cette technologie. Pour la rémunération de l'utilisation de cet équipement médical, l'hôpital et l'entreprise privée va partager 30% et 70%. Autrement dit, l'hôpital va partager et recevoir le revenu de 30% de la rémunération totale. Par la suite, sept ans après le début effectif de ce contrat, « Multi-Slice CT Scan » appartiendra à l'hôpital.

De plus, l'hôpital universitaire de Thammasat a passé également un contrat médical d'utilisation « excimer-laser » avec l'entreprise de *vision care* pendant cinq ans¹⁴⁵. On utilise cet équipement qui est un produit allemand pour traiter des maladies des yeux. Pour le paiement de cet équipement médical, l'hôpital et l'entreprise privée vont se partager à 10% et 90%. Autrement dit, l'hôpital va recevoir 10% de la rémunération totale.

Dans le cadre de la coopération sanitaire au niveau des professionnels de santé, l'entretien avec Monsieur CHUNU Udon a permis de faire apparaître deux types de contrats

¹⁴³Entretien avec Monsieur Chunu Udon à l'hôpital universitaire de Thammasat le 13 juin 2011. Il est le notaire de l'hôpital universitaire de Thammasat chargé de tout contrat et les toutes affaires légales.

¹⁴⁴Ce contrat a été passé le 21 mars 2007 entre l'entreprise de *X-ray computer ourupong* et l'hôpital universitaire de Thammasat.

¹⁴⁵Ce contrat a été passé le 8 février 2006 entre l'entreprise de *vision care* et l'hôpital universitaire de Thammasat.

médicaux concernant la coopération entre l'hôpital et les professions sanitaires.

Le premier type de contrat médical est une convention entre l'hôpital et les médecins spécialistes : soit des chirurgiens, soit des sages-femmes, soit des dentistes. Ces médecins spécialistes sont des professionnels sanitaires plus qualifiés et ayant beaucoup d'expérience ; ils sont donc embauchés par l'hôpital afin de réaliser des opérations particulières aux malades gravement atteints et traiter les patients ayant besoins de soins spéciaux.

Le deuxième type de contrat médical est utilisé en cas de déficit des professions sanitaires. En ce moment, il apparaît un déficit de médecins généraux et également spécialistes ; il manque aussi des pharmaciens et des techniciens dans l'hôpital universitaire de Thammasat. On emploie des médecins, des pharmaciens et des techniciens libéraux qui sont au taux de rémunération des professionnels d'hôpital universitaire de Thammasat de 2007. Ce texte prévoit que chaque professionnel sanitaire libéral qui travaille dans l'hôpital peut recevoir la rémunération de 500 bahts par heure mais ne pourrait percevoir plus de 30 000 bahts par mois.

Le centre de collaboration pour développer l'accréditation hospitalière (Hospital Accreditation Collaborating Center : HACC) : il a été établi par la collaboration entre l'institution d'accréditation des établissements sanitaire et les autres établissements de soin qui se trouvent partout le pays. En plus, le HACC est le centre de coopération sanitaire en niveau régional qui vise à développer et élaborer la qualité des offres de soin des hôpitaux publics et également privés pour la population. Toutefois, il n'a pas la personnalité juridique.

Le HACC s'est installé dans trois régions, et on en compte six dans tout le pays¹⁴⁶. L'institution d'accréditation des établissements sanitaire ayant le statut d'établissement public, a créé un réseau sanitaire au niveau régional dénommé centre de collaboration pour développer l'accréditation hospitalière ou HACC en six lieux différents. Le premier se situe à l'hôpital de Chiang Rai Rachanuchrae (HACC : CRH), le deuxième à la faculté médicale, université de Chiang Mai (HACC : CMU), le troisième à l'université de Naresuan (HACC : NU) : tous les trois se trouvent dans le nord du pays. Les autres centres sont à l'université de Khonkhan (HACC : KKU), la province de Nakornratchasima (HACC : KR) dans le nord-est du pays, et Southern (HACC : Southern) au sud du pays¹⁴⁷.

¹⁴⁶Il existe 6 HACCs dans 3 régions partout le pays ceux sont l'HACC dans le nord, l'HACC dans le sud et l'HACC dans le nord-est.

¹⁴⁷Le centre de collaboration pour développer l'accréditation hospitalière : la faculté médicale, université de Chiang Mai (HACC : CMU) a été créé en 2004 et le centre de la collaboration pour développer l'accréditation hospitalière :

Chaque HACC a été instauré et organisé dans un but sanitaire évident : permettre la coopération, le développement de la qualité des offres de soin à la population entre l'ensemble des membres. En outre, chaque HACC va organiser et gérer la collaboration entre les hôpitaux privés et publics sur l'utilisation des ressources sanitaires en commun et il va également promouvoir la participation des professionnels de santé dans chaque hôpital.

Selon le mémorandum entre l'institut d'accréditation des établissements sanitaires et des établissements académiques sanitaires dans chaque région où se trouve sur, on peut citer quatre missions sanitaires principales¹⁴⁸ :

(1) HACC est le centre de formation et le centre de diffusions de la connaissance sanitaire au niveau régional pour développer et élaborer la qualité des offres de soin des hôpitaux. Cependant, chaque formation sanitaire devrait respecter les prescriptions fournies par l'institut d'accréditation des établissements sanitaires.

(2) HACC est le centre de conseil sanitaire au niveau régional. Il est chargé de conseiller les hôpitaux publics et privés régionaux, d'améliorer la qualité des traitements médicaux et subvenir aux conseillers qualifiés aux besoins de chaque hôpital.

(3) HACC est le centre de renseignement sanitaire au niveau régional. Il est chargé de mutualiser les informations sanitaires utiles concernant l'amélioration de la qualité des hôpitaux régionaux. En plus, il va diffuser des connaissances médicales courantes aux besoins de chaque hôpital.

(4) HACC est le centre de collaboration entre des hôpitaux régionaux permettant une utilisation optimale des ressources médicales communes. En outre, il est le centre d'échange des nouvelles avancées technologiques découvertes dans les différents hôpitaux. Enfin, chaque HACC a pour mission principale de rendre compte de son travail à l'institut d'accréditation des établissements sanitaires.

Par ailleurs, le HACC tente d'acquérir le plus rapidement possible les nouvelles avancées médicales pouvant être découvertes dans chaque hôpital régional. Enfin, il promeut l'échange d'expérience entre les professionnels sanitaires concernant le développement de la qualité des hôpitaux par tous les moyens. Par exemple, chaque HACC va organiser des

le centre académique d'université de khonkhan (HACC : KKU) a été installé la première fois le 27 juin 2001 et après, il a été modifié la coopération sanitaire avec l'institut d'accréditation des établissements sanitaires le 31 août 2004.

¹⁴⁸L'institut d'accréditation des établissements sanitaires organise habituellement la conférence entre 6 HACC afin qu'acquérir la nouvelle connaissance et échanger l'expérience concernant la progression la qualité des hôpitaux régionaux entre 6 HACC. La dernière conférence a été organisée en 2 jours entre le 28-29 décembre 2010 à l'Hôtel de Rama Garden à Bangkok.

conférences médicales ; il va également gérer l'établissement de réseau sanitaire virtuel au niveau régional.

Les réseaux de santé : comme on le sait il n'existe pas de code de la santé publique, ni de loi relative aux réseaux de santé en Thaïlande. Mais la coopération sanitaire en matière de réseau de santé s'est installée en pratique. Cette dernière a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité, l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires et notamment la coopération académique et la recherche sanitaire. Dans le domaine du développement académique et de recherche sanitaire, il existe en Thaïlande deux coopérations principales entre les établissements académiques sanitaires et l'établissement national de la santé. La première coopération sanitaire concerne l'évolution des formations sanitaires des établissements académiques sanitaires qui est mise en œuvre par le réseau des établissements académiques sanitaires et technologiques médicaux. Ensuite, la coopération sanitaire liée à la recherche sanitaire est sous la responsabilité de l'institution de la Recherche du système sanitaire.

Le réseau des établissements académiques sanitaires et technologiques médicaux : en Thaïlande, il existe plusieurs établissements académiques sanitaires et des universités médicales et sanitaires. Pour l'étude sur la santé publique, il existe des collèges particuliers dénommés « collège sanitaire public Sirindhorn ». Ces établissements ont été instaurés en sept lieux dans cinq régions partout dans le pays : le collège sanitaire public Sirindhorn : Chonburi, le collège sanitaire public Sirindhorn : Khonkhan, le collège sanitaire public Sirindhorn : Yala, le collège sanitaire public Sirindhorn : Phitsanulok, le collège sanitaire public Sirindhorn : Trung, le collège sanitaire public Sirindhorn : Ubonrachathani et le collège sanitaire public Sirindhorn : Supanburi.

Ces sept établissements sont des institutions académiques spéciales permettant la formation des étudiants en médecine dans cinq régions : le nord, le nord-est, l'ouest, le sud et le centre du pays. La collaboration académique sanitaire entre les sept établissements et le collège technologique médical a permis l'installation d'un réseau d'établissements académiques sanitaires et technologiques médicales.

La création de ce réseau vise à répondre à des objectifs précis : promouvoir l'étude sur la santé publique, développer la nouvelle technologie médicale, donner des conseils et des services académiques aux autres établissements sanitaires et au gouvernement. On pourrait

donc diviser ses missions principales en deux matières : la promotion des études sur la santé publique et le développement du réseau.

La première mission vise à promouvoir l'étude de la santé publique. Afin de remplir cette mission, plusieurs points sont évoqués : mettre en place une formation standard et diversifiée sur le domaine de la santé publique aux étudiants, encourager des enseignants ou des chercheurs à faire plus des recherches sur le domaine sanitaire et médical, gérer la conférence académique national et international deux fois par an afin que des académiciens et des professionnels sanitaires dans le réseau se rencontrent et échangent. De plus, l'accroissement de la capacité des enseignants et des professionnels sanitaires dans le réseau est important. Enfin, il serait important d'installer une gestion exécutive plus efficace notamment dans les domaines tels que l'exécution, la finance et l'administration.

Ensuite, la deuxième mission, c'est le développement du réseau pour avoir une plus grande efficacité et être accepté par des autres établissements sanitaires et le gouvernement. Pour mener à bien cette mission, la communication et la notoriété de l'établissement de soins seront primordiales pour envisager un résultat satisfaisant. On peut ainsi remarquer qu'il existe une corrélation entre la première et la deuxième mission. En effet pour réussir la deuxième mission, il faut bénéficier d'une bonne image, et pour avoir une bonne image il faut pouvoir être efficace et avoir une gestion optimale.

Ce réseau est organisé par la commission du développement de réseau des établissements académiques sanitaires et technologiques médicaux qui a vingt-deux comités qualifiés¹⁴⁹. Cette commission se compose d'un Secrétaire Permanent et d'un Vice-Secrétaire Permanent du ministère de la santé publique, d'un directeur et d'un vice-directeur d'institution de prabaramchanok, d'un directeur de chaque collège sanitaire public Sirindhorn, d'un directeur du collège technologique médical et de divers spécialistes du domaine sanitaire. Dans l'année 2011, ce réseau est en train de gérer sept projets académiques sanitaires dont le budget total atteint 1 330 000 bahts¹⁵⁰.

Le réseau de l'institution de la recherche du système sanitaire : l'institut de la recherche du système sanitaire a été instauré en 1992 selon la loi sur l'institut de la recherche du système sanitaire. C'est une personne morale de droit public placée sous la

¹⁴⁹Selon l'ordre d'institution de prabaramchanok n° 2873/2000 sur la nomination de la commission du développement du réseau des établissements académiques sanitaires et technologiques médicaux.

¹⁵⁰Selon la planification du réseau des établissements académiques sanitaires et technologiques médicaux sur le budget de l'année 2011.

tutelle du ministre de la Santé publique. Ses missions sanitaires sont déterminées afin de répondre à la politique gouvernementale permettant au mieux la gestion de la connaissance sanitaire. De plus, elle est responsable de l'amélioration et du développement du système national de la santé. Pour aboutir à cette mission, elle devrait travailler étroitement avec les réseaux sanitaires installés partout dans le pays ainsi que collaborer avec les diverses institutions subordonnées.

En outre, depuis 2000, elle a pour rôle principal de réformer le système national de santé. De plus, elle propose des solutions au parlement, par le biais des avancées médicales, lors de la rédaction du projet de loi de la santé nationale et aussi la constitution de la santé nationale.

Pour améliorer et développer le système national de la santé, l'institut de recherche du système sanitaire doit donc concentrer son travail sur l'étude et la recherche sanitaire. Son idée est que la recherche conduite à découvrir de nouvelles connaissances, en conséquence, on pourrait bien améliorer et développer systématiquement le système sanitaire national.

L'institut de recherche du système sanitaire distingue neuf domaines de recherche sanitaire : la recherche et le développement du système des informations sanitaires, la recherche et le développement du système de recherche sanitaire, la recherche et le développement de la gouvernance sanitaire, la recherche et le développement sur la justice sanitaire, la recherche et le développement de la technologie sanitaire, la recherche et le développement des médicaments, la recherche et le développement du système des services sanitaires, la recherche et le développement de la finance sanitaire et la recherche concernant les nouveaux problèmes sanitaires¹⁵¹.

Tous les domaines des recherches sanitaires sont sous la responsabilité de l'institut de recherche du système sanitaire. Le but principal de ce réseau est de faire participer et coopérer la recherche sanitaire afin de créer de nouvelles recherches sanitaires permettant l'amélioration et le développement du système sanitaire national. En ce qui concerne la structure de réseau, il existe quatre niveaux : la coopération de la recherche au niveau des établissements sanitaires, au niveau des associations sanitaires, au niveau des centres de recherche sanitaire et au niveau des autres institutions sanitaires.

Au premier niveau, la coopération en matière de recherche au niveau de l'établissement

¹⁵¹Institution de la recherche du système sanitaire, *Le plan de la recherche* [en ligne]. Bangkok : Doc'IRSS. Mise à jour : 2009 [ref. du 07/07/2011]. Disponible sur <http://www.hsri.or.th/plans>

sanitaire se compose de sept établissements sanitaires dont notamment, l'Établissement sanitaire traditionnel thaïlandais, l'Établissement du développement de la protection de la recherche humaine, l'Établissement de recherche pour développer l'assurance de la santé, l'Établissement du soutien de la santé des handicapés, l'Établissement du développement du système de l'inspection du remboursement sanitaire. Ils travaillent étroitement ensemble en fonction des missions principales de l'institut de la recherche du système sanitaire.

Au deuxième niveau, l'établissement concerné devrait passer un contrat de coopération en matière de recherche et académique avec l'institut de recherche du système sanitaire. Actuellement, il existe seulement une Association de recherche et du développement du système sanitaire régional.

Le troisième niveau concerne treize centres, dont le Centre de recherche sociale et sanitaire, le Centre de recherche du problème Alcoolique, la Fondation nationale de la santé, l'Office de la recherche et du développement des personnels sanitaires, le Centre de recherche et du développement des personnes âgés, le Centre de développement du système des informations sanitaires. Ils mettent en œuvre des projets pour créer des recherches de qualité et utiles concernant le développement du système de la santé.

Conclusion du titre II

De cette étude, il ressort que les systèmes de santé et la mise à disposition de services sanitaires en France et en Thaïlande présentent à la fois des points de ressemblances et des différences en raison de leur histoire, de la société, de l'économie et des problèmes sanitaires actuels. Pourtant, ces deux pays donnent une importance à la planification du développement du système de la santé. Ainsi, ils soutiennent l'instauration de nombreux établissements sanitaires, surtout à la campagne et aussi la création des nouvelles institutions prenant en charge des missions sanitaires générales et spéciales, à la fois au niveau national et local, y compris le support du développement de la capacité des professionnels de la santé et l'accroissement de la coopération sanitaire entre les trois parties : les établissements sanitaires, les professionnels sanitaires, et les patients. Ces actions ont donné lieu à l'amélioration et au développement du système de santé du pays.

Conclusion de la partie I

On peut constater que le système public de la santé de France et celui de Thaïlande sont semblables ; dans le cadre de la mise en place du système, l'Etat s'avère toujours l'élément central de la détermination des politiques, l'exécution et la gestion, y compris la surveillance et le contrôle des opérations et des actions sanitaires de tous les organismes concernés à la fois au niveau national et au niveau local. Les tentatives de décentralisation et d'attribution de pouvoirs sanitaires aux organismes territoriaux, n'ont pas encore abouti. Par ailleurs, la bonne gestion du système de la santé est un facteur essentiel qui permet à la population d'exécuter concrètement son droit à l'accès aux soins. Si, en principe, l'assurance de ce droit est prévue dans les textes constitutionnels et juridiques, en pratique, la population peut se voir refuser l'accès aux soins ou avoir des difficultés à assurer son exécution pour différentes raisons ; cette assurance est donc juste une action juridique apparaissant seulement sur un papier. Ainsi, la bonne mise en place du système de la santé est un des éléments indispensables pour soutenir et promouvoir le droit à l'accès aux soins de la population.

Au-delà de l'étude du panorama du système public de la santé en France et en Thaïlande, mentionné ci-dessus, il est indispensable de prendre en considération les systèmes mettant en œuvre l'accès aux soins. L'Etat français et l'Etat thaïlandais ont instauré des systèmes particuliers afin d'assurer et mettre en œuvre le droit à l'assurance de la santé pour leur population. Ce dernier droit est destiné à permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux soins en cas de maladie ou d'accident, sans l'inquiétude des frais médicaux. Toutefois, l'assurance du droit à l'accès aux soins en France et en Thaïlande est mises en œuvre différemment, ce que l'on découvrira dans la deuxième partie.

Deuxième partie

La mise en œuvre du droit à l'accès aux soins

La bonne santé est l'un des éléments essentiels indiquant la qualité de vie. Lorsque des personnes possèdent une bonne santé physique et mentale, elles pourront travailler de manière efficace. Avoir d'un emploi, avoir un salaire permettent de posséder une vie de famille stable, et conduisent enfin à la stabilité économique et sociale du pays. L'humain est l'un des facteurs indispensables du développement économique et social du pays. La protection de la santé de la population en cas de maladie ou d'accident est un service public fondamental et essentiel que l'Etat doit prendre en charge et fournir à sa population. Au-delà de la confiance et de la stabilité de vie des membres dans la société, l'assurance de la santé est un des indicateurs importants qui montre le niveau de développement et de la prospérité de chaque pays.

La protection sociale est un énorme système que l'Etat a créé pour répondre au besoin de sécurité et garantir une certaine stabilité de vie à tous les membres de la société, surtout, pour prévenir les risques sociaux ou professionnels. Ce système est créé pour permettre de vivre ensemble, dans le bonheur et la tranquillité, entre membres d'une même société, malgré l'existence de différences de sexe, d'âge, d'éducation, de statut économique, de religion, de couleur de peau, etc. La Sécurité sociale fait partie du système de la protection sociale qui vise à la participation des membres de la société, notamment des personnes ayant un salaire ou un revenu, afin de partager ensemble les risques sociaux ou professionnels lorsqu'ils se produisent. Le système de sécurité sociale de la France est un énorme système qui couvre la plupart de la population, et en même temps, c'est un système efficace qui assure le droit à l'accès aux soins destinés aux assurés et aussi leurs ayant droits.

Il en est différemment en Thaïlande. Depuis quinze ans, le gouvernement thaïlandais a la volonté d'améliorer fortement le système thaïlandais de la santé. Il y a eu beaucoup de changements en ce sens. Toutefois, la plus grande réforme qu'a connue le système de la santé en Thaïlande fut incontestablement l'assurance d'accès aux soins auprès de la population, réalisée par l'ancien Premier Ministre Thaksin Chinawat. Après avoir gagné l'élection nationale le 6 janvier 2001, il installait la nouvelle politique sanitaire concernant le changement du système d'assurance sanitaire en 2002. Le but de cette réforme était d'établir la couverture universelle d'assurance sanitaire aux habitants. A cet effet, il a organisé un projet sanitaire appelé « trente bahts pour pouvoir accéder aux soins », ce qui permettait à la population d'être soigné en payant trente bahts par traitement. De plus, pour les plus démunis, le Ministère a mis en place la gratuité des soins sous présentation d'une carte d'identité.

Ensuite, après plusieurs changements de gouvernement thaïlandais en février 2005, le projet est repris par le Premier Ministre Apisit Vetchacheeva, et le 3 juillet 2011 par le nouveau Premier Ministre Yingluk Chinawat. Le système d'assurance sanitaire fonctionne continuellement. Il existe trois catégories d'assurance sanitaire actuellement : la Sécurité sociale, le système de l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents publics, et la Couverture maladie universelle (CMU). Grâce à cette réforme, le gouvernement peut assurer à 92,5 pourcents d'habitants d'accéder aux soins.

Dans cette deuxième partie, on abordera l'étude des assurances de santé gérées par l'Etat, et divisées en deux : l'accès aux soins principaux (titre I) et l'accès aux soins supplémentaires (titre II). La mise en œuvre du droit à l'accès aux soins en France et en Thaïlande présentent à la fois des similitudes et des différences.

Titre I

L'accès aux soins principaux

L'assurance sanitaire de la France et de la Thaïlande est exploitée à la fois par le secteur public et par le secteur privé. Tous les deux fournissent des services médicaux et sanitaires aux bénéficiaires d'une manière différente. Dans cette étude, on mettra l'accent seulement sur le système de l'assurance sanitaire gérée par l'Etat. L'accès aux soins principaux se concentre sur le système de l'assurance sanitaire à titre obligatoire, la loi prévoyant évidemment les formalités, la procédure, les droits et les obligations des personnes et organismes concernés. En particulier, les personnes actives qui travaillent ou possèdent un revenu régulier seront protégées par la loi et peuvent aussi obtenir le droit à l'assurance de la santé. A titre d'exemple, la loi sur la Sécurité sociale de la France et la Thaïlande impose en principal l'obligation aux personnes actives de verser chaque mois une cotisation à la Caisse de la sécurité sociale, moyennant les couvertures sociales, notamment la couverture maladie. La Sécurité sociale française et thaïlandaise s'inspire du même principe: la solidarité. Cela vise à partager entre des membres de la société, l'ensemble des risques sociaux et des risques professionnels afin d'installer une garantie et une stabilité dans la vie des membres d'une même société.

La Sécurité sociale de la France est un énorme système d'assurance de la santé qui couvre la plus grande partie de la population française, notamment les personnes actives. Ce système assure une protection contre les risques sociaux, non seulement pour les assurés, mais aussi pour leurs ayants droits. La Sécurité sociale française étend sa couverture pour protéger presque toutes les personnes résidant dans le pays. Alors qu'en Thaïlande, l'accès aux soins principaux géré par l'Etat se voit diviser en deux grands systèmes : (1) la Sécurité sociale et (2) le système de l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents publics. Les deux systèmes ont des objectifs d'instauration différents et leurs exploitations sont évidemment séparées. Toutefois, le nombre des bénéficiaires de la Sécurité sociale est plus important que celui du système de l'assurance sanitaire pour les fonctionnaires.

Chapitre I

Le système d'assurance sanitaire publique et le droit à l'accès aux soins

En France, le système principal de l'assurance sanitaire gérée par l'Etat est la Sécurité sociale, alors qu'en Thaïlande, l'assurance sanitaire principale est divisée en deux systèmes: la Sécurité sociale et le système de l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents publics. Dans ce chapitre, on abordera la notion, les principes et le droit de la sécurité sociale en France et en Thaïlande (section 1) ; l'accent soumis ensuite sur le droit à l'accès aux soins organisé par les divers systèmes d'assurance sanitaire publique en France et aussi en Thaïlande (section 2).

Section 1 : La conception de la sécurité sociale en tant que système principal d'assurance sanitaire publique

Le système de la Sécurité sociale en France et en Thaïlande regroupe les principaux systèmes d'assurance sanitaire publique des deux pays. Ils ont été instaurés dans le but de protéger les populations des risques sociaux et professionnels, notamment le risque maladie. La Sécurité sociale est donc un système de base qui garantit l'accès aux soins de la population dans la société, particulièrement des personnes actives qui travaillent dans le secteur commercial et des services. Pour bien comprendre la Sécurité sociale française et thaïlandaise, on ne peut pas éviter d'en préciser la notion et aussi de décrire le droit de la Sécurité sociale.

§ 1 : La notion de sécurité sociale

La sécurité sociale en France s'inspire du modèle bismarckien (allemand) ainsi que du modèle de Beveridge (britannique), alors que celle de la Thaïlande se base évidemment sur le modèle de Bismarck mais elle s'est adaptée ensuite à l'économie, la société et la politique du pays. La conception française et thaïlandaise de la sécurité sociale n'est pas universelle mais plutôt professionnelle, s'appuyant sur les principes de solidarité et de territorialité.

A : La formation du concept de sécurité sociale

Après la révolution industrielle en 1850, le droit à l'accès aux soins est assuré par l'instauration du système de l'assurance sociale selon le modèle proposé en 1874 par Bismarck (en Allemagne). Ensuite, après la seconde guerre mondiale (1939-1945), le modèle de Beveridge (en Grande-Bretagne) sur la sécurité sociale s'est diffusé partout en

Europe et dans le monde. Ces deux modèles sont à l'origine du système de sécurité sociale en France, et également en Thaïlande.

a : Le passage du système de l'assurance sociale au système de sécurité sociale en France

Avant 1945, les théoriciens français avaient été parmi les premiers à soutenir l'idée d'une assurance obligatoire afin de faire face aux risques sociaux ; il faut attendre les lois du 5 et 30 avril 1928 pour que les premières assurances sociales soient instituées et en juillet 1930 pour qu'elles entrent en vigueur. Les personnes concernées par le dispositif sont les salariés de l'industrie et du commerce dont la rémunération est inférieure à un certain montant, selon la technique du plafond d'affiliation. Les risques couverts sont la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et le décès, et les prestations sont financées par des cotisations partagées entre le salarié et l'employeur. Le dispositif institué ne garantit pas le risque chômage et ne couvre pas les charges familiales qui relèvent de l'initiative patronale. Il est nettement marqué par la logique contributive, le non-paiement des cotisations entraînant la déchéance du droit aux prestations. Il est aussi étroitement dépendant du contrat de travail, le lien de subordination déterminant les bénéficiaires¹.

Ces assurances ont des caractéristiques très proches du système Bismarckien ; c'est un système assurantiel : sont protégés uniquement les salariés, sauf en ce qui concerne les avantages familiaux afin qu'ils soient acquis à toute la population ; son financement repose sur des cotisations distribuées par les salaires. La gestion d'assurance sociale est libre car les mutuelles ne veulent pas lâcher le marché. Cependant, si l'assuré ne trouve pas de mutuelle, l'Etat met en place progressivement des caisses départementales chargées de gérer les risques.

Après la Seconde Guerre Mondiale (1939 - 1945), c'est la société tout entière qu'il faut reconstruire ; il faut protéger le territoire mais aussi les individus. L'une des idées est l'instauration de la sécurité sociale qui permet à la société et aux individus d'avoir la sûreté de la vie et également d'avoir la démocratie réelle dans la vie politique. La société ne peut pas posséder la démocratie sans sécurité élémentaire. Ainsi, la démocratie va être établie réellement dans la société lorsque les individus, notamment les ouvriers, vont se voir libérer de leur condition d'insécurité et pourront ensuite prendre part pleinement à la vie en société.

¹BADEL M., *Droit de la sécurité sociale*, Ellipses, Paris, 2007, p. 13.

La création de la sécurité sociale est donc la réponse. La sécurité sociale naît en France en 1945 au lendemain de la libération du territoire et de l'installation à Paris du Gouvernement provisoire de la République². La proposition d'instaurer la sécurité sociale en France est l'une des idées essentielles du Plan de Sécurité sociale, présenté par Pierre Laroque (1907-1997) et élaboré à la suite des travaux du Conseil national de la Résistance.

Auparavant, les législateurs français avaient prévu des dispositifs qui prenaient en charge des risques sociaux ou professionnels et certaines situations de besoins. Mais il ne s'agissait que de réponses parcellaires, isolées et dépourvues de véritable ligne directrice. Elles étaient spécifiques à un secteur d'activité professionnelle ou limitées à certains risques³.

Le Plan de Sécurité sociale va s'efforcer de définir les finalités de la protection sociale, et place la sécurité sociale au centre de ses priorités. Son but est de couvrir toute la population dans le cadre d'une organisation unifiée, et d'essayer de regrouper les différents professionnels pour aboutir à une solidarité nationale et non plus professionnelle. Autrement dit, ce plan vise à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir leurs charges de maternité et de famille. L'organisation de la sécurité sociale, selon le Plan français de sécurité sociale, repose sur quatre principes majeurs : l'universalité, l'unité, l'uniformité, et l'autonomie⁴.

Concernant l'accès aux soins, ce plan met l'accent sur les risques liés à la santé et sur les charges de famille. Les auteurs du plan ont préféré concentrer les efforts sur la reconstitution de la population française. De plus, les auteurs ont opté pour les soins au principe de l'assurance-remboursement ; mais ce plan s'est refusé à opter pour la constitution d'un système national de santé et la garantie de la gratuité des soins⁵.

L'ordonnance du 4 octobre 1945⁶ correspond au Plan de Sécurité sociale de Pierre Laroque. Cette ordonnance constitue l'acte de naissance du système de protection sociale en créant la sécurité sociale en France, et a pour but de « débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain qui crée chez eux un sentiment d'infériorité, et qui est la base

²PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Mémentos », 13^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 21.

³BADEL M., *op. cit.*, p.14s.

⁴L'universalité, qui concerne les champs matériel et personnel de la couverture, signifie que cette dernière doit s'étendre à tous les risques et tous les travailleurs. L'unité porte sur le régime et l'organisation administrative. L'uniformité veut que les prestations et les cotisations soient les mêmes pour tous. L'autonomie, enfin, fait référence à la gestion des organismes de sécurité sociale dans un cadre paritaire, ce qui témoigne d'une certaine défiance à l'égard de l'Etat ; BADEL M., *op. cit.*, p.15.

⁵PRETOT X., *op. cit.*, p. 22.

⁶L'ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale.

réelle et profonde de la distinction des classes » (article 1)⁷. Ainsi, cette ordonnance répond aux lacunes et au caractère incomplet du système d'assurance social obligatoire de 1930 qui était spécifique à un secteur d'activité professionnelle ou limité à certains risques. La protection sociale proposée dans cette ordonnance reprend alors les techniques d'assurance et d'assistance ; elle maintient donc à côté de la sécurité sociale des dispositifs de secours. Cette ordonnance annonce aussi, d'une part, l'harmonisation des législations existantes, d'autre part, l'extension du champ d'application de l'organisation de la Sécurité sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires, de risques ou de prestations⁸.

Cependant, tous les objectifs n'ont pas été réalisés comme prévu. Même si l'extension successive de la couverture à de nouvelles personnes est une réalité, l'universalité n'est pas atteinte dans la mesure où la nature contributive du droit apparaît comme un frein. La mise en œuvre de la sécurité sociale s'est heurtée à l'hostilité de certaines catégories socio-professionnelles, telles que les professions indépendantes, agricoles, ou spéciales comme les agents de la SNCF et d'EDF, ou les fonctionnaires, qui ont fait échec à la généralisation et ensuite à l'unité de la Sécurité sociale. Le régime général de la sécurité sociale ne s'est appliqué, en définitive, qu'à la majorité des travailleurs salariés de l'industrie et du commerce.

En ce que concerne le risque, le droit français entend la notion au sens de risque social. Il est en cela assez fidèle à la Convention n° 102 de l'organisation internationale du travail, l'OIT⁹, qui, dans sa présentation analytique de la sécurité sociale, vise la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, la vieillesse, l'accident du travail, la maladie professionnelle et les charges de famille¹⁰. En revanche, le risque de chômage, auquel sont exposés les salariés, bénéficiaires du régime général, n'a pas été retenu¹¹. M. Pierre Laborde, un professeur français, spécialiste dans le domaine de la sécurité sociale, constate que les risques du droit français de la sécurité sociale sont plutôt ceux qui atteignent l'assuré dans sa chair, dans son intégrité ou sa capacité physique.

⁷Art. 1 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 énonce qu' « il est institué une organisation de sécurité sociale, destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges générales de famille qu'ils supportent » ; BADEL M., *op. cit.*, p.14s.

⁸PRETOT X., *op. cit.*, p. 23.

⁹Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum) de 1952.

¹⁰BADEL M., *op. cit.*, p.15.

¹¹Cela s'explique par l'absence de chômage massif en 1945; *Id.*, p.16.

Au cours des années 1970, la politique de *généralisation* de la Sécurité sociale étend le champ d'application de la Sécurité sociale à l'ensemble de la population, dans le domaine relatif aux prestations familiales et à l'accès aux soins.

Pour la branche famille, la généralisation est réalisée par la loi n° 78-2 du 2 janvier 1978 qui ouvre à l'ensemble de la population résidente sur le territoire le bénéfice des prestations familiales sans condition d'activité, ou de cotisation. La généralisation est ainsi achevée: la branche famille répond ainsi pleinement aux principes formulés par le rapport Beveridge¹².

Ainsi, afin d'assurer l'accès aux soins, plusieurs lois sont adoptées relatives à diverses catégories, telles que les jeunes libérés du service national, les femmes divorcées ayant des enfants à charge. Ces derniers peuvent bénéficier des prestations en nature des assurances maladies et maternités liées au régime général. De plus, le législateur français a adopté la loi liée à la création de *l'assurance personnelle* du 2 janvier 1978 qui s'étend, d'une part, à toute personne qui cesse d'appartenir, à un titre ou à un autre, à un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, d'autre part, à toute personne qui ne relève d'aucun régime¹³.

Surtout, de nombreuses mesures interviennent pour améliorer la couverture des risques, notamment les risques liés à la santé. Les législateurs prévoient d'améliorer les conditions d'ouverture des droits de l'accès aux soins et services sanitaires, d'aménager des rapports entre l'assurance maladie et les professions de santé¹⁴.

Parallèlement, les pouvoirs publics s'efforcent de réduire les différences entre les régimes par certains dispositifs : d'une part *l'harmonisation des prestations* tend à aligner les prestations des autres régimes sur les conditions du régime général ; d'autre part *les mesures de compensation* répondent à la dégradation démographique de certains régimes. Par exemple, le régime minier dispose de capacités contributives insuffisantes, ce qui conduit les régimes plus favorisés, notamment le régime général, à contribuer au financement de ces autres régimes.

Par ailleurs, en 1995-1996, le gouvernement de M. Alain Juppé entend procéder à une réforme d'ensemble de la Sécurité sociale touchant à la fois les prestations (notamment l'universalisation de la couverture maladie), l'aménagement du système de soins et de ses

¹²PRETOT X., *op. cit.*, p. 25.

¹³*Id.*, p. 26.

¹⁴Décret n° 60-451 du 12 mai 1960 et loi n° 71-525 du 16 juill. 1971.

rapports avec l'assurance maladie, l'organisation administrative et le financement¹⁵. La réforme la plus remarquable, en 1999, est l'institution par les pouvoirs publics, dans un but d'égal accès aux soins, de la *Couverture maladie universelle* (CMU)¹⁶, qui étend à l'ensemble de la population résidente le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Cela nous amène à affirmer que la sécurité sociale présente à la fois un but et une technique, une fin et des moyens. Le concept de sécurité sociale en France a bien une signification particulière, apparue dès l'origine ; elle dispose d'une diversité des prestations et des risques couverts dans chaque régime. La sécurité sociale ne protège pas *une* réalité, mais *des* réalités de couverture sociale. La sécurité sociale française n'est pas universelle comme prévue, mais elle est plutôt professionnelle ; en effet elle couvre principalement les travailleurs et leurs familles. Elle fait référence à une technique de couverture sociale, très largement assurantielle ou contributive, en donnant lieu au versement de prestations en nature et en espèces. Même s'il existe des exceptions, comme les prestations non contributives et les recettes fiscales, elles restent marginales et insuffisantes pour affecter la cohérence d'ensemble de la sécurité sociale¹⁷.

b : Les tentatives successives d'instauration de système de sécurité sociale en Thaïlande

Le concept de sécurité sociale est fondé en Thaïlande depuis 1952 (huit ans après la Seconde Guerre Mondiale et vingt ans après le changement de régime politique en 1932¹⁸) par le gouvernement du Général Pau Pibulsongkram (1938-1944 et 1948-1957). Ce dernier a lancé une politique concernant l'assurance sociale pour les Thaïlandais et nommé ensuite un comité dénommé « comité de l'assistance sociale », présidé par le Premier ministre, composé de onze membres, ayant pour tâche de trouver les moyens appropriés pour mettre en place l'assistance sociale et l'assurance sociale. Suite à de nombreux travaux, ce comité a estimé que le système de l'assurance sociale devrait être établi en Thaïlande et il a proposé au gouvernement un projet de loi, à la fin du mois de décembre 1954, contenant une définition, des principes et des méthodes appropriées à l'assurance sociale. Enfin,

¹⁵PRETOT X., *op. cit.*, p. 28.

¹⁶La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

¹⁷BADEL M., *op. cit.*, p.20.

¹⁸La Thaïlande a changé de régime en 1932 et passé du régime de monarchie absolue à celui de monarchie constitutionnelle (la démocratie avec le roi comme chef de l'Etat).

l'Assemblée Nationale a adopté la loi sur l'assurance sociale de 1954, et a créé le département chargé de l'assurance sociale, placé sous le contrôle du Ministère des Finances. Pourtant, les législateurs ont considéré que cette loi ne pourrait entrer en vigueur que lorsque serait promulguée l'ordonnance la concernant. Cependant à ce jour, aucune ordonnance n'a été promulguée. De ce fait, la loi sur l'assurance sociale de 1954 n'est pas effective juridiquement¹⁹.

La loi sur l'assurance sociale de 1954 exige des assurés ayant un revenu mensuel supérieur à cinq cents Bahts de verser une cotisation ; elle est partagée également avec les employeurs et le gouvernement ; cette cotisation correspond à un niveau de revenu : l'assuré disposant d'un revenu plus élevé devra donc verser plus de cotisations que l'assuré ayant un revenu inférieur. De plus, cette loi permet aux personnes ayant une profession indépendante et également aux chômeurs d'être assurés dans le système d'assurance sociale. Cette loi prévoit les six types de risques couverts: la maladie, la maternité, la prestation familiale, l'invalidité, la vieillesse et le décès. Le département chargé de l'assurance sociale a alors préparé des projets de loi afin qu'ils entrent en vigueur en 1956.

Toutefois, avant l'entrée en vigueur de cette loi, une forte opposition s'est manifestée dans le peuple, car « l'assurance sociale » était un sujet nouveau, méconnu par son contenu, son système et aussi ses avantages. De plus les employeurs ne souhaitaient pas être contraints de contribuer pour leurs employés. C'est la raison pour laquelle le Général Pau Pibulsongkram, premier ministre, a ordonné la suspension illimitée de l'exécution de cette loi. Le département chargé de l'assurance sociale a été ensuite aboli.

En 1973, le concept de protection des employés a été initié dans le cas d'atteinte physique des employés (accident ou maladie liés au travail). La Déclaration de Ministère de l'Intérieur sur la compensation des employés du 15 avril 1973 le prévoit expressément²⁰. C'est l'un des éléments essentiels des lois liées à la protection des employés et elle est considérée comme le fondement du développement du système de la sécurité sociale actuelle. La Caisse de compensation des employés n'exige que la contribution des employeurs qui embauchent plus de vingt personnes. Cette caisse est chargée par l'Office de la compensation depuis 1974 jusqu'à ce jour.

¹⁹TOSUWANJINDA V., *La loi sur l'assurance sociale : les charges de l'employeur*, Bangkok, presses de Thammaniti, 1994, p. 11s.

²⁰FONGLADDA VICHENCHOM V., *Le droit de la protection sociale*, Bangkok, presses du deantula, 2012, p. 20.

L'idée de la création de système de la sécurité sociale en Thaïlande a été promue successivement par le gouvernement de chaque époque mais cette idée n'a pas abouti en raison de l'instabilité politique. Le gouvernement a changé à de nombreuses reprises, conduisant à un retard de la politique du gouvernement, y compris des projets de la loi. Le Ministère des Finances a tenté de promouvoir et d'établir un fond de prévoyance : le règlement ministériel n°162 relatif au fond de prévoyance mentionné dans le Code sur le revenu a été adopté par la suite et est entré en vigueur à partir du 1^{er} janvier 1984²¹. Il permet aux employeurs et aux employés de mettre en place conjointement et volontairement un fond de prévoyance. Les cotisations étaient issues de l'employeur et des employés permettant une compensation à l'employé lorsqu'il quitte son travail.

Elle n'est pas effective juridiquement. Les gouvernements successifs se sont efforcés d'adopter une nouvelle loi liée à la sécurité sociale. Des commissions ont été nommées pour étudier et planifier le système de sécurité sociale en Thaïlande. Plus tard, une loi sur la sécurité sociale a été adoptée en 1990. Cette loi prévoit d'instaurer un système de la sécurité sociale en Thaïlande afin d'aider les membres qui contribuent à la cotisation de la Caisse de la sécurité sociale ; en effet ils disposent en contrepartie d'une assurance pour risque ou maladie hors travail, une assurance invalidité, décès, maternité, la prestation familiale, l'assurance vieillesse et chômage²².

La loi sur la sécurité sociale de 1990 est publiée au Journal Officiel du 1 septembre 1990, et est entrée en vigueur le 2 septembre 1990. Toutefois, en ce qui concerne la distribution des cotisations à la Caisse de la sécurité sociale, elle est effectuée après 180 jours à compter de la date à laquelle cette loi entre en vigueur, afin de laisser le temps aux personnels de l'Office de la sécurité sociale de bien se préparer et de mettre en place les subventions. En ce qui concerne les personnes non-employées, elles peuvent être membres de la Caisse de la sécurité sociale, mais elles doivent attendre quatre ans à compter de la date à laquelle cette loi est entrée en vigueur²³.

Au terme de ces réflexions, l'idée d'instauration du système de la sécurité sociale évoquée en Thaïlande depuis 1952 s'est vue consacrée par la loi sur l'assurance sociale de 1990. Il aura fallu trente-huit ans pour installer et garantir une sécurité sociale aux Thaïlandais. La création et le développement la sécurité sociale en Thaïlande a pris plus de

²¹TOSUWANJINDA V., *op. cit.*, 4, p. 11.

²²FONGLADDA VICHENCHOM V., *op. cit.*, p. 20.

²³TOSUWANJINDA V., *op. cit.*, p. 14.

temps que certains pays européens et certains pays en d'Asie, comme le Japon²⁴. Il faut également souligner que la Thaïlande a décidé de mettre en œuvre un système de la sécurité sociale s'inspirant du modèle de l'assurance sociale de Bismarck, et non pas tout à fait un système de sécurité sociale comme actuellement en France. Les législateurs thaïlandais différencient selon la catégorie professionnelle des assurés ; ils doivent principalement être employés dans le secteur des services, de l'industrie, du commerce, et également dans le secteur académique, comme l'université, l'école publique et privée. Ces assurés doivent donc cotiser à la Caisse de la sécurité sociale, et avec la cotisation issue des employeurs et également du gouvernement, ils ont en contrepartie une assurance pour risque ou maladie hors travail, une assurance invalidité, décès, maternité, la prestation familiale, l'assurance vieillesse et le chômage.

La Caisse de la sécurité sociale n'offrira de prestations qu'aux assurés qui délivrent la cotisation, celles-ci ne couvrent pas leur famille. Autrement dit, les membres de famille des assurés ne sont pas protégés par ce système, contrairement au système de sécurité sociale en France qui déclare évidemment fournir une protection à la famille des assurés, pas seulement aux employés contribuant par leur cotisation.

Par ailleurs, en Thaïlande il existe diverses organisations chargées de la protection des membres contre les risques sociaux et professionnels, contrairement à la France. La sécurité sociale thaïlandaise est plutôt professionnelle, même si son objectif principal est de garantir à toutes les personnes dans la société d'être protégées des tous les risques²⁵. À l'heure actuelle, les organisations chargées de protéger des personnes contre les risques sont organisées indépendamment et séparées en trois offices principaux : l'Office de la sécurité sociale (chargé la Caisse de la sécurité sociale et la Caisse de la compensation), le Département du contrôleur général, placé sous le Ministère des Finances (chargé de protéger sur le plan sanitaire les fonctionnaires), et l'Office de l'assurance sanitaire nationale prenant en charge les personnes démunies ou les personnes n'ayant aucun titre d'accès aux soins.

²⁴La Thaïlande est le dix-huitième pays en Asie qui soutient le système de la sécurité sociale, tandis que le premier pays est le Japon ; KRITTITAYAWUT M., « La sécurité sociale en Thaïlande », *Guide de bonne pratique conformant la loi de la sécurité sociale*, Bangkok, presses de Thammaniti, 1990, p.3.

²⁵Office de la sécurité sociale, *Guide de l'assuré*, Bangkok, presses de l'Office de la sécurité sociale, Octobre 2008, p. 1.

B : Les principes fondateurs de la sécurité sociale

La sécurité sociale appliquée en France et également en Thaïlande est fondée sur le même principe essentiel: la solidarité sociale. Ce principe vise principalement à protéger et partager ensemble des risques sociaux entre les membres d'une même société et suppose un lien étroit avec le contrat de travail. Cependant il existe des considérations importantes liées aux travailleurs étrangers qui exercent des activités professionnelles en France ou en Thaïlande. On applique ainsi le principe de territorialité.

a : Le principe de la solidarité et le principe de territorialité en France

Le système de la sécurité sociale française s'inspire de deux principes majeurs qui sont le principe de la solidarité et celui de territorialité. Ce dernier est opposé au principe de « personnalité » ; cette dualité met alors en exergue les difficultés de faire coïncider la législation du natif et le territoire sur lequel il exerce son activité²⁶.

1 : Le principe de la solidarité

Le système de sécurité sociale en France s'inspire du *principe de la solidarité*, dans le premier alinéa de l'article L. 111-1 du Code de la sécurité sociale qui énonce que « l'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale ». Cette dernière est la réponse au problème d'équilibre démographique de certains régimes de sécurité sociale. En effet, il existe trop de bénéficiaires par rapport au nombre de cotisants dans certains cas : par exemple, dans le régime des mineurs, on constate qu'il existe une population nécessitant de nombreux soins malgré l'amenuisement du nombre de cotisants à ce régime. Le régime des ministres des cultes et des congrégations religieuses apparaît ainsi comme un régime complètement déséquilibré et va être absorbé par le régime général.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 ne cite pas le principe de solidarité nationale mais ce dernier est évoqué dans la loi du 2 janvier 1978²⁷, il doit assurément être pris au sérieux²⁸. La référence à la solidarité est en effet au cœur de système de sécurité sociale française, et permet de se libérer de la stricte logique de l'assurance²⁹.

²⁶DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *Droit de la sécurité sociale*, coll. « Précis », 17^e, Dalloz, Paris, 2011, p. 352.

²⁷Loi n° 78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale.

²⁸Nul doute que c'est aussi au titre de la solidarité que le système de Sécurité sociale participe par exemple à la lutte contre les discriminations et notamment par l'intermédiaire d'un fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (art. L. 767-2 du Code de la Sécurité sociale).

²⁹LABORDE J., *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Thémis Droit Public», PUF, Paris, 2005, p. 9.

En France, la sécurité sociale demande à l'assuré ayant un revenu moyen de supporter l'essentiel de la couverture des risques et charges subis par les titulaires de revenus faibles ; les cotisations sont alors déterminées en fonction du revenu, et non en fonction du risque. Il s'agit de distribuer l'ensemble des cotisations afin de couvrir les risques de tous, notamment des jeunes et des personnes âgées. Cela revient à faire peser l'essentiel de la charge sur les actifs, au bénéfice des inactifs. C'est le socle même de la solidarité.

C'est aussi le principe de solidarité qui soutient les retraites dites par répartition, c'est-à-dire que leur financement est réalisé par les actifs actuels, au contraire des retraites dites par capitalisation, financées par l'effort antérieur du retraité. C'est suite à l'étude sur la place et du rôle du principe de solidarité que la Cour de justice des Communautés européennes a considéré que les organismes de sécurité sociale n'étaient pas des entreprises ; leur monopole reste donc à l'abri du droit communautaire de la concurrence et spécialement des prescriptions des articles 85 et 86 du traité de Rome, devenus les articles 81 et 82 du traité instituant la Communauté européenne³⁰. Et c'est tout à fait dans le même esprit que l'article 1^{er} de la loi du 21 août 2003, sur les retraites, énonce que « la Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations »³¹ et que le nouvel article L. 111-2-1 du Code de la sécurité sociale, issu de la loi relative à l'assurance maladie, du 13 août 2004, énonce dans ses deux premiers alinéas que « la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie » et que « indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources »³².

Par ailleurs, le principe de la solidarité se traduit également par la politique française de sécurité sociale, basée sur la généralisation et la compensation.

La généralisation : la politique de la généralisation en France est traitée au risque par risque, tel que la famille et la maladie. L'idée de Pierre Laroque, qui est le père de la sécurité sociale française, est de mettre en place une sécurité sociale pour tous sur le territoire français (autrement dit « l'universalité »). Dès 1946, il montre que cette généralisation n'est pas possible. Pour en conserver l'esprit, le législateur a créé un régime général pour tous les

³⁰Voir en effet CJCE 17.02.1993, 2 arrêts (*Poucet et AGF c/ CAMULRAC et Pistre c/CANCAVA*), *Rec. CJCE*, p. I-637; *D.*, 1993, Somm., 277, obs. X. Prétot; *Dr. Soc.*, 1993, p. 288, note P. Laigre, obs. J.-J. Dupeyroux ; *RJS* 3/93, n° 336.

³¹Le financement de la retraite par répartition fait en effet appel à la solidarité des générations, alors que le financement par capitalisation repose au contraire sur l'épargne antérieure des retraités actuels.

³²LABORDE J., *op. cit.*, p. 10.

salariés de l'industrie et du commerce. Ce régime général va devenir le pilier central de l'édifice des autres régimes.

Concernant la famille, la généralisation va se faire automatiquement avec la loi de 1932 sur les allocations familiales. Ensuite, c'est une loi de 1974 applicable au 1^{er} janvier 1978³³ qui a décidé que toutes les prestations familiales seraient allouées sans condition d'activité professionnelle. En conséquence, les étudiants ont droit aux allocations.

En ce qui concerne la maladie, la généralisation de l'assurance maladie va porter sur les prestations en nature³⁴. Cette assurance maladie est aujourd'hui quasiment accomplie grâce à la couverture maladie universelle (CMU)³⁵. Cette dernière permet aux personnes non couvertes de bénéficier de l'assurance maladie et d'être protégées. La généralisation ne pose pas de problème dans la mesure où la sécurité sociale française s'inspirant du principe de la solidarité, impose que chaque personne résidant sur le territoire national puisse se soigner.

Ensuite, les ayants droits peuvent obtenir des prestations non pas en qualité d'assuré mais lorsqu'ils dépendent d'un assuré social. Alors, le législateur français admet une extension de la notion d'ayants droits. L'assurance maladie a un caractère familial. L'assuré couvre ses ayants droits tels que le conjoint, le concubin, le couple homosexuel, les enfants, les ascendants, les collatéraux et les alliés jusqu'au 3^{ème} degré, à condition d'« être à la charge totale, effective et permanente de l'assuré social »³⁶.

Par ailleurs, il existe la technique du maintien des droits impliquée par deux situations : la situation de femmes divorcées et la situation de personnes ayant perdu leur emploi. Le législateur a décidé que lorsqu'un ayant droit n'était plus couvert par un régime obligatoire de sécurité sociale, il continuait à bénéficier des prestations gratuitement pour les prestations en nature pendant une durée prévue³⁷.

³³Loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoire.

³⁴L'assuré peut rembourser la prestation en nature, alors la prestation en espèce est le revenu de remplacement (dite indemnité journalière) versées par la Sécurité sociale. Ces deux prestations sont distinguées quant à l'ouverture des droits. L'octroi des prestations en nature est détaché de l'idée d'assurance s'inspirant le principe de la solidarité, tel que loi sur la CMU. Pour les prestations en espèces, le lien assurantiel demeure souvent avec une durée d'assurance imposée par la loi. Par exemple, l'assurance chômage a lien étroit entre la durée de cotisation et la durée d'allocation.

³⁵La loi du 27 juillet 1999 met en place la couverture maladie universelle (CMU) qui permet sous une condition de résidence d'ouvrir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et qui concerne l'ensemble de la population résidant de manière régulière depuis 3 mois au moins sur le territoire français.

³⁶ARSEGUEL A., *les systèmes de protection sociale comparés*, cours de droit de la protection sociale, Université de Toulouse 1, 2011, p. 17.

³⁷Au départ, cette durée était d'un an, et a été par la suite portée à quatre ans.

La compensation : c'est un mécanisme financier qui s'effectue entre les différents régimes de la sécurité sociale. Il s'agit de venir en aide financièrement aux régimes qui connaissent des déséquilibres financiers et ne peuvent plus assumer la charge financière permettant le service des prestations. Dans ce cas, on écarte les financements de l'Etat qui n'entrent pas dans la compensation. Les ressortissants de ces régimes finissent le plus souvent dans le cadre du régime général. Le régime général va donc bénéficier des cotisants qu'ils détournent des régimes légaux et obligatoires. Dans la mesure où l'article 1^{er} du Code de la sécurité sociale fonde la sécurité sociale sur le principe de la solidarité nationale, le régime général vient donc apporter une aide financière aux régimes déficitaires, tels que le régime agricole, le régime étudiant. La plus grande part est en effet le régime général qui compense les déficits des autres régimes.

La compensation démographique était réalisée, il s'agit de prendre en compte uniquement la détermination des financements nécessaires et le nombre des ressortissants de chaque régime. La capacité financière n'est pas le sujet à considérer, et c'est le cas par exemple dans la compensation entre le régime des salariés et le régime des indépendants. Il est impossible de connaître les revenus de ces catégories, et cela est aussi valable pour le régime agricole. Cependant, quand il s'agit de salariés, on connaît les capacités contributives, donc il sera possible de faire en plus d'une compensation démographique, une compensation financière.

Elle donne lieu à quatre types de compensation³⁸ :

(a) *L'intégration* : certains régimes sont en total déficit financier et ont quasiment perdu leur autonomie mais il existe encore des ressortissants. Ils sont donc rattachés au régime général et leur déficit est pris en charge par le régime général.

(b) *La compensation bilatérale* : cette compensation concerne le régime général et les principaux régimes spéciaux de salariés. Ces régimes se voient appliquer les règles du régime général pour le calcul des cotisations et le financement des prestations. Ceux qui ont un déficit sont compensés par ceux qui n'en ont pas.

(c) *La surcompensation* : l'Etat vient en aide aux régimes spéciaux en leur versant des subventions. Mais l'Etat s'est aperçu que tous les régimes spéciaux ne connaissaient pas nécessairement des déficits. Avant que l'Etat ne subventionne, on établit une compensation

³⁸ARSEGUEL A., *op. cit.*, p. 18.

entre ces régimes. Les régimes excédentaires paient pour les régimes déficitaires. L'Etat va prendre en charge le déficit.

(d) *La compensation généralisée* : cette compensation intéresse tous les régimes mais en particulier le régime agricole et le régime des indépendants. Il s'agit d'établir fictivement une prestation et de calculer au sein du régime général et des autres régimes les capacités financières nécessaires pour financer cette prestation. Ceux qui n'y arrivent pas sont aidés par les autres.

2 : Le principe de territorialité

Le système de sécurité sociale française s'inspire également du principe de territorialité qui n'a pas valeur constitutionnelle³⁹. Ce principe est considéré en deux sens : l'approche positive relative à l'assujettissement qui fait naître la dette de cotisation et l'approche négative concernant le droit aux prestations qui est subordonné au lieu de résidence en France.

D'une part, par rapport à l'approche positive liée à la dette de cotisation, la législation applicable est celle du territoire où s'exerce l'activité professionnelle, même si la personne réside dans un autre Etat ou si l'entreprise qui l'emploie a son siège sur le territoire d'un autre pays. Autrement dit, le principe de territorialité impose à toute entreprise installée en France, quelle que soit sa nationalité et même si son siège est à l'étranger⁴⁰, d'affilier les salariés qu'elle emploie à un régime français de sécurité sociale. La condition exposant à une dette de cotisation en France est que l'activité professionnelle pour laquelle il est rémunéré soit exercée en France⁴¹. L'élément déterminant est donc le lieu du travail de l'employé, ce qui n'impose pas nécessairement sa présence quotidienne sur le territoire français⁴².

Concernant la nationalité du salarié qui travaille sur le territoire national, elle est sans incidence sur son assujettissement au régime français de sécurité sociale. L'article L.311-2 du Code de la sécurité sociale énonce d'ailleurs explicitement que la nationalité n'est pas une condition d'accès au régime général. Ainsi, le « non national » est donc assujetti dans les mêmes conditions que le travailleur français⁴³.

³⁹Cons. constit., 23 janvier 1987, n° 86-225.

⁴⁰Soc. 25 juin 1980, *Bull.* V, n° 568.

⁴¹Soc. 7 janv. 1971, *Bull.* V, n° 14.

⁴²Pour le président directeur général d'une société ne venant en France qu'une fois par mois, Soc. 11 mai 1996, *Bull.* IV, n° 440.

⁴³BADEL M., *op. cit.*, p.43.

D'autre part, l'approche négative concerne la clause de résidence : l'assujettissement est indépendant du droit aux prestations car le principe de territorialité limite les possibilités d'exporter les prestations ; il interdit à l'assuré qui ne réside pas sur le territoire français de bénéficier des prestations sociales françaises et, plus largement, d'appliquer la réglementation française hors des frontières⁴⁴. Alors, au sens de l'article 34 de la Constitution⁴⁵, ce principe fondamental a une portée radicale sur trois domaines : maladie, vieillesse et prestations familiales des assurés et leurs ayants droits.

En plus, la jurisprudence l'a affirmé en usant de la formule solennelle : « les lois de sécurité sociale ont un caractère d'ordre public et de territorialité qui ne leur permettent pas, à moins de conventions diplomatiques spéciales, de recevoir application hors du territoire national⁴⁶ ». Ainsi, les salariés étrangers peuvent accéder aux prestations seulement s'ils résident en France, ou à défaut de résidence et s'agissant des salariés dont le lieu de travail permanent est en France, si une convention a été passée à cet effet avec leur pays d'origine⁴⁷. Donc, ce principe connaît quelques atténuations dues à la conclusion d'accords bilatéraux de sécurité sociale, à l'application du droit communautaire ou même, de la loi française qui permettent d'exporter les prestations et, plus largement, de rester affilié à un régime française de sécurité sociale, malgré la résidence à l'étranger⁴⁸.

b : Le principe de la solidarité nationale en Thaïlande

Le fondement essentiel de la société thaïlandaise est l'aide et le soutien des uns envers les autres. Le système de sécurité sociale est celui qui convient à la société thaïlandaise car il est soumis au principe de la solidarité nationale ayant pour but de partager l'ensemble des souffrances et des bonheurs entre membres d'une même société. La sécurité sociale est ainsi un système d'assurance et de garantie de la stabilité de la vie des adhérents. Les assurés versant une cotisation vont donc partager l'ensemble des risques sociaux afin de s'entraider et soulager les souffrances des membres de la société⁴⁹.

⁴⁴*Id.*, p.42.

⁴⁵Art. 34 de la Constitution de la France énonce que « ...les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique... ».

⁴⁶Civ. 2^e, 19 janvier 1956, *Dr. soc.*, 1956, 319 ; Soc. 12 juillet 1995, *RJS*, 1995, n° 965.

⁴⁷Cela est dans l'article L.311-7, troisième alinéa de la Code de la sécurité sociale.

⁴⁸BADEL M., *op. cit.*, p.44.

⁴⁹Office de la sécurité sociale, *La sécurité sociale est le système partagé de bonheur et de souffrance dans la société thaïlandaise* [en ligne]. Bangkok : Doc'OSS. Mise à jour : 2012 [ref. du 09/11/2012]. Disponible sur www.sso.go.th

La sécurité sociale en Thaïlande a été promue et adoptée pour la première fois en 1936, mais cette loi n'est jamais entrée en vigueur en raison du manque de connaissance et de compréhension des personnes concernées, notamment les agents publics ayant l'autorité répressive, les employeurs et les employés prescrits dans cette loi, y compris le manque le soutien et de promotion de la part du gouvernement. Pourtant, la sécurité sociale est une réponse à la question concernant la qualité de vie de la population. L'économie de la Thaïlande s'est développée progressivement, alors que la qualité de vie des citoyens n'a été que tardivement été prise en compte, comme par exemple la distribution des revenus, la stabilité du travail, l'accès aux soins, l'épargne retraite, etc. On a dû donc attendre que la loi de la sécurité sociale en 1990 soit adoptée et rendue effective.

Le système de sécurité sociale thaïlandais est soumis au même principe de celui de tous les pays qui appliquent ce système. La naissance de la sécurité sociale en Thaïlande est liée au changement de l'emploi, dans le secteur agricole et dans le secteur industriel. Chaque employé vivait de façon précaire dans la mesure où dès lors qu'il cessait de travailler, pour cause d'accident ou maladie, il était confronté à une insécurité financière. Il perdait son salaire mais il pouvait être confronté aussi à des frais médicaux. Sans épargne, il ne pouvait se soigner et voir son état s'améliorer dans le but de retrouver un travail. Cette situation entraînait une instabilité financière pour le travailleur et sa famille⁵⁰. C'est la raison pour laquelle les législateurs thaïlandais ont décidé de créer la sécurité sociale en Thaïlande. La sécurité sociale est un service social à long terme qui est un des systèmes organisés et gérés par l'Etat. Ce système exige des salariés de prendre en charge l'ensemble des risques sociaux afin d'atténuer les risques et les souffrances des membres de la même société. On l'associe à de l'assistance. Autrement dit, la sécurité sociale est soumise au principe de l'autonomie de l'individu mais vise également à une entraide mutuelle entre les membres de la société⁵¹.

La sécurité sociale en Thaïlande met l'accent sur la contribution en commun de toutes les parties : l'employé, l'employeur et le gouvernement. Elle est considérée comme un moyen de réduire la différence de revenu entre des citoyens. Ainsi, les salariés, notamment dans le secteur industriel et des services doivent contribuer à la Caisse de la sécurité sociale,

⁵⁰CHANTARAVITTOON N., *Le droit de la sécurité sociale : le concept, l'évolution et l'initiative de la mise en place en Thaïlande*, presses de l'université de Thammasat, Bangkok, 1994, p. 85.

⁵¹Office de la sécurité sociale, *Le principe de la sécurité sociale en Thaïlande* [en ligne]. Bangkok : Doc'OSS. Mise à jour : 2012 [ref. du 08/11/2012]. Disponible sur <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=141>

calculé au taux fixe (à cinq pour cent du revenu distribué actuellement par l'employeur), en contrepartie de la couverture des risques par des prestations en nature et en espèce⁵².

Cependant, la cotisation est considérée comme un impôt particulier. Le versement de la cotisation est dû par seulement les travailleurs inscrits dans la loi. La couverture universelle est l'un des objectifs principaux de la sécurité sociale de l'avenir, afin d'aboutir à la couverture de tous les membres de la société⁵³.

Principalement, la charge de verser la cotisation des employés à la Caisse de la sécurité sociale est obligatoire selon la loi sur la sécurité sociale de 1990. Ceci est pris en charge par l'Office de la sécurité sociale, placé sous le contrôle du Ministre du travail. Cet office a été créé le 3 septembre 1990 conformément à la loi sur la sécurité sociale de 1990. Elle a pour objectif principal de protéger la sécurité des employés et de prendre en charge également deux caisses : la Caisse de sécurité sociale et la Caisse de compensation.

La Caisse de compensation a pour but principal de protéger l'employé blessé ou mort à cause du travail. Cette caisse ne perçoit que la cotisation de l'employeur permettant le versement de compensation aux employés blessés ou morts, telle que les frais médicaux, des indemnités journalières, les frais funéraires, les frais de la réhabilitation. La Caisse de sécurité sociale perçoit la cotisation de trois parties : l'employé, l'employeur et le gouvernement ; en contrepartie, elle assure une couverture pour risque ou maladie hors travail, une assurance invalidité, décès, maternité, la prestation familiale, l'assurance vieillesse et chômage⁵⁴. La sécurité sociale couvre les risques destinés non pas seulement aux assurés dans le secteur de l'industrie et des services, mais elle permet également aux travailleurs indépendants d'y adhérer volontairement, selon la loi sur la sécurité sociale de 1990⁵⁵. Pourtant, cette loi vise à protéger uniquement les salariés qui sont assurés et contribuent à la cotisation ; elle n'étend pas la couverture à leur famille. Cela apparaît contraire à la France qui étend la couverture des risques, notamment la couverture médicale, aux membres de la famille de l'assuré, comme le mari, la femme, les enfants. De plus, un groupe de personnes qui n'a aucun titre de couverture peut accéder aux soins par le service médical appelé « la couverture maladie universelle : CMU » géré par le gouvernement thaïlandais. Cela fait partie du système de santé offrant également les services sanitaires

⁵²CHANTARAVITTOON N., *op. cit.*, p. 87.

⁵³Office de la sécurité sociale, *Le principe de la sécurité sociale en Thaïlande*, *op. cit.*

⁵⁴Office de la sécurité sociale, *La sécurité sociale est le système partagé le bonheur et la souffrance dans la société thaïlandaise* [en ligne], *op. cit.*

⁵⁵CHANTARAVITTOON N., *op. cit.*, p. 85.

destinés à tous les thaïlandais. La CMU met l'accent sur l'accès aux soins gratuitement, avec trente bahts de participation, pour les personnes enregistrées dans l'établissement sanitaire le plus proche de leur résidence, à la seule condition de présenter une carte sanitaire.

On constate ainsi que la sécurité sociale thaïlandaise permet de garantir une couverture aux travailleurs de toutes les professions, notamment dans le secteur de l'industrie et des services, et d'étendre progressivement la couverture aux travailleurs au titre indépendant, aux femmes de ménage, et aux travailleurs étrangers au séjour régulier. Pour des raisons économiques, la sécurité sociale en Thaïlande a été mise en œuvre progressivement. Pendant la première période de la promulgation de la loi sur la sécurité sociale de 1990, les législateurs ont visé à assurer les employés travaillant dans une moyenne entreprise comptant au moins vingt employés ; puis, la couverture a été étendue aux travailleurs des entreprises ayant au moins dix employés, et enfin à celles ayant seulement un employé.

De plus, au cours des six premières années de fonctionnement de la sécurité sociale (1990 - 1996), elle a permis d'assurer seulement quatre risques ; la maladie et l'accident, l'invalidité et la mort en dehors du travail, ainsi que la maternité. Cela a permis de mettre l'accent premièrement sur l'accès aux services médicaux et sanitaires essentiels et offerts par la sécurité sociale et d'étendre ensuite la couverture à d'autres risques : la prestation familiale, l'assurance vieillesse et chômage, prenant en compte le facteur économique, la société et la politique du pays.

Le principe de territorialité n'existe pas évidemment dans le système de sécurité sociale thaïlandais. Mais, il existe des considérations importantes liées aux travailleurs étrangers venant en Thaïlande. Même si ces travailleurs étrangers résident de façon permanente à l'étranger, ils devront verser une cotisation à la Caisse de la sécurité sociale, s'ils ont une activité professionnelle en Thaïlande ; en contrepartie, ils percevront la couverture des sept risques comme les assurés thaïlandais.

En outre, les travailleurs étrangers sont couverts contre les risques d'accident ou de maladies imputables au travail, selon la loi sur la compensation de 1994. En cas d'accident ou de maladie, l'employé doit être soigné immédiatement dans un établissement sanitaire et l'employeur doit informer de l'accident ou de la maladie l'Office de la sécurité sociale dans les quinze jours. De plus, l'employé possède également le droit d'exiger directement la compensation dans les 180 jours, à compter de la date de réalisation de l'accident ou la maladie, auprès de la Caisse de compensation.

Actuellement, l'Office de la sécurité sociale classe les travailleurs étrangers protégés en trois types ;

1. Les travailleurs étrangers venant à titre légitime et étant titulaires de passeport et de permis de travail peuvent accéder au système de la sécurité sociale.

2. Les travailleurs étrangers venant à titre illégitime mais ayant prouvé définitivement leur nationalité, et étant titulaires de passeport temporaire ou de certificat d'identité, et de permis de travail peuvent accéder au système de la sécurité sociale.

3. Les travailleurs étrangers venant à titre illégitime et qui attendent leur retour dans leur pays d'origine sont autorisés à travailler temporairement mais ne peuvent pas accéder au système de la sécurité sociale, selon la résolution du conseil des ministres. Cependant, en cas d'accident ou malade imputable au travail, ces personnes peuvent informer directement l'Office de la sécurité sociale afin de demander à l'employeur de verser une compensation égale à celle des travailleurs étrangers venant à titre légitime et ayant un permis de travail.

Cependant, la loi sur la sécurité sociale de 1990 ne s'applique pas aux employés travaillant à l'étranger, même si le siège de leur entreprise est en Thaïlande⁵⁶. Ces employés ne sont pas soumis à cette loi, donc ils ne cotisent pas et ne perçoivent pas de prestations de la part de la Caisse de la sécurité sociale et de la Caisse de compensation.

§ 2 : Le droit de la sécurité sociale

Le droit de la sécurité sociale est un élément central permettant de mieux comprendre comment s'organise et s'articule le système de la sécurité sociale ayant pour but d'assurer un accès des soins à tous les citoyens. Pour mieux appréhender le système de la sécurité sociale, il convient de comparer les sources et les caractères des différents systèmes de sécurité sociale en France et en Thaïlande.

A : Les caractères du droit de la sécurité sociale

La notion d'ordre public et la logique statutaire sont des caractères qu'on retrouve dans les deux droits de la sécurité sociale ; cependant on remarque l'absence du principe de la territorialité dans le droit de la sécurité sociale en Thaïlande.

⁵⁶Art. 4 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

a : Les trois caractéristiques majeures du droit français de la sécurité sociale

Le droit de la sécurité sociale française repose sur plusieurs caractéristiques majeures⁵⁷ :

(1) Le caractère d'ordre public : la règle de droit s'impose tant aux usagers du service public, tel que des bénéficiaires des prestations, des débiteurs des cotisations, des professionnels sanitaires, qu'aux organismes concernés. Aucune personne ne peut échapper à l'application des règles du droit de la sécurité sociale, notamment des travailleurs dans toutes les catégories professionnelles, sauf en recourant par exemple à des conventions dérogatoires.

(2) Une logique statutaire : la relation légale entre les organismes de sécurité sociale et leurs usagers n'entre pas dans le cadre d'un contrat, mais s'inscrit dans un statut légal et réglementaire imposé par la loi. L'utilisateur est placé ainsi à l'égard de la règle de droit dans une situation légale et réglementaire, tandis que l'organisme de la sécurité sociale prend en charge de faire application des règles de droit en usant de décisions unilatérales, comme l'affiliation d'un assuré, l'attribution d'une prestation, la modification des cotisations.

(3) Le principe de territorialité : la règle française de la sécurité sociale s'applique autant aux nationaux qu'aux étrangers qui y résident de manière régulière au moins depuis trois mois ou ont une activité professionnelle sur le territoire français, y compris les départements d'outre-mer. Ainsi, il existe des considérations internationales et européennes du droit de la sécurité sociale. Si son application peut faire l'objet d'aménagements au moyen d'instruments internationaux ou européens, la règle de droit de la sécurité sociale revêt ainsi, au sens du droit international privé, le caractère d'une *loi de police*.

b : Les trois caractéristiques majeures du droit thaïlandais de la sécurité sociale

Les caractères du droit de la sécurité sociale thaïlandaise ressemblent à ceux de la France, mais il n'existe pas évidemment le principe de la territorialité dans cette loi thaïlandaise. Les caractères majeurs du droit de la sécurité sociale thaïlandaise peuvent être regroupés en trois catégories :

(1) La protection de public et des bonnes mœurs du peuple : cette loi s'impose tant aux usagers du service public, tels que les bénéficiaires des prestations, les débiteurs des cotisations, les professionnels sanitaires, qu'aux organismes concernés. Elle vise à protéger l'employé qui est l'un des mécanismes essentiels au développement du pays, notamment

⁵⁷PRETOT X., *op. cit.*, p. 34.

dans le secteur économique, contre les risques sociaux, tels que la maladie, la maternité, la prestation familiale, l'invalidité, la vieillesse, le décès et le chômage, afin qu'il puisse accéder et avoir une stabilité de vie. En cas de non-respect de cette loi, l'employeur encourt une peine d'emprisonnement ou d'amende, voire les deux. Ainsi, toute convention passée entre le travailleur et son employeur contraire à cette loi, sera réputée comme non effective juridiquement.

Toutefois, la sanction pénale est prescrite dans cette loi afin de protéger le droit des salariés ou des assurés, y compris certaines personnes imposées par la loi. C'est avant tout une mesure de dissuasion et de prévention, son caractère répressif semble subsidiaire.

(2) La protection de l'intérêt public : ce dernier droit de la sécurité sociale est d'établir une garantie et une sécurité sociale destinée aux membres de la société. Au début, initié pour protéger les employés contre les risques sociaux, notamment dans le secteur industriel et des services, il s'est progressivement étendu afin de couvrir d'autres personnes dans la société.

(3) La protection de la stabilité de vie des membres de la société par l'État. Il existe alors deux régimes : les personnes étant obligatoirement inscrites au système du fait de la loi et celles pouvant y participer de façon volontaire. Les diverses opérations et mesures sont évidemment prescrites dans la loi. La relation entre l'État et l'assuré, ainsi que les autres organismes s'inscrivent dans un statut légal et réglementaire imposé par la loi. Il ne s'agit pas d'une relation contractuelle. En effet, l'État possède un statut légal supérieur à celui de l'employé, l'employeur et des personnes concernés. Dans le cas où ces derniers ne respectent pas la règle imposée, l'agent public peut émettre un acte administratif et engager une poursuite pénale contre ces personnes, notamment les employeurs, qui la violent.

B : Les sources du droit de la sécurité sociale

Une source du droit est une forme ou une méthode permettant la création de règles juridiques⁵⁸ ; autrement dit, c'est la procédure établissant des règles dans une société auxquelles tous les citoyens doivent se conformer. En effet, il s'agit de plusieurs moyens pour créer ou produire des droits, tels que la création des règles juridiques par des coutumes, par le pouvoir législatif d'État ou par des jugements (la jurisprudence). Ainsi, chaque pays

⁵⁸CHUATHAI S., *L'introduction générale du droit, l'explication du droit civil : des principes généraux*, 12^e édition, presses de Winyuchon, Bangkok, 2006, p. 71.

opère des choix quant aux moyens utilisés pour créer son droit en fonction de son type de système juridique⁵⁹.

a : En France : au niveau national, européen et international

Le droit de la Sécurité sociale repose sur une multitude de sources et de droits. En raison de la spécialité de ce droit tourné vers la mise en œuvre de droits sociaux, il appartient à la jurisprudence de préciser l'articulation et la portée. Tandis que les droits international et européen énoncent des principes importants et consacrent des droits fondamentaux, primordiaux pour le concept de sécurité sociale, le droit communautaire et les conventions bilatérales jouent un rôle substantiel pour l'articulation des législations en cas de migration des bénéficiaires.

1 : Les sources relevant du droit interne

En premier lieu, le droit de la Sécurité sociale repose sur des **sources constitutionnelles**, dont le respect s'impose spécialement au législateur. Les dispositions du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (auquel renvoie le Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958) a établi des « principes économiques et sociaux particulièrement nécessaires à notre temps » qui sont les fondements du droit de la sécurité sociale⁶⁰. Ces dispositions consacrent ainsi, d'une part, *le droit à la protection de la santé*, selon l'al. 10 du Préambule qui rappelle que « la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement », d'autre part, *le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* (al. 11). Aussi, même si le Préambule constitutionnel ne consacre à aucun moment le droit à la sécurité sociale, il reconnaît « une série de droits qui, rassemblés, peuvent bien former l'essentiel d'un droit à la sécurité sociale »⁶¹. Ces dispositions étendent leurs effets à la Sécurité sociale ainsi qu'à l'aide et à l'action sociale.

Concernant le financement de la Sécurité sociale, il doit également répondre aux exigences de la Constitution. Ainsi les ressources (cotisations et contributions) doivent-elles respecter le principe de l'égalité devant les charges publiques formulé par la Déclaration des

⁵⁹NITIKRAIPOT S., *Le rapport sur des principes du droit administratif français*, L'institut de recherche et de conseil de l'université de Thammasat, proposé à l'Office de la cour administrative, Octobre, 2002, p. 40.

⁶⁰BADEL M., *op. cit.*, p. 28.

⁶¹LABORDE J., *op. cit.*, p. 198.

droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 (art. 13) ; de même l'équilibre financier de la Sécurité sociale répond-il à une exigence de valeur constitutionnelle⁶².

Le Conseil constitutionnel n'a pas manqué de s'appuyer sur les dispositions du Préambule de la Constitution pour développer une jurisprudence abondante et importante, particulièrement quant au droit à la protection de la santé⁶³. Au fil de ses décisions, le Conseil constitutionnel a en effet donné au droit de la sécurité sociale des fondements s'il a trouvés dans des règles et principes de valeur constitutionnelle glanés dans la Constitution, la Déclaration de droits de l'homme et du citoyen du 17 août 1789, le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, et dans les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République⁶⁴. Concernant à la portée des dispositions du Préambule de 1946 qui font obligation à la Nation de garantir à tous un certain nombre de sécurités et de protections, si le Conseil n'a à ce jour encore jamais censuré aucun texte de loi sur le fondement, c'est qu'il juge que ces textes laissent au législateur l'appréciation dans le choix des moyens à mettre en œuvre pour garantir ces principes. On peut constater que le Conseil constitutionnel reconnaît un certain pouvoir d'appréciation au législateur qui va préciser les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Le législateur doit enfin, lorsqu'il intervient dans le domaine de la Sécurité sociale, respecter le principe d'égalité : c'est, par exemple, au regard du principe d'égalité que le Conseil constitutionnel a jugé que les étrangers résidant régulièrement en France devaient normalement accéder aux prestations sociales dans les mêmes conditions que les nationaux⁶⁵.

En deuxième lieu, **les sources législatives et réglementaires** occupent une place de choix au sein du droit de la Sécurité sociale. Avant l'adoption de la Constitution du 4 octobre 1958, il appartenait au seul pouvoir législatif d'adopter des règles en matière de sécurité sociale. Le pouvoir exécutif ne pouvait que compléter les dispositions de la loi pour en permettre la mise en œuvre⁶⁶. L'édiction des normes législatives et réglementaires désormais repose, en particulier, sur la répartition opérée par la Constitution, selon l'article 34 et 37, entre les matières qui relèvent de la loi, et celles qui relèvent du pouvoir réglementaire. La

⁶²PRETOT X., *op. cit.*, p. 35.

⁶³Voir notamment Cons. const., 22 janvier 1990, *Dr. Soc.*, 1990, 352, n. X. Prétot ; *RJS*, 1990, n° 259 et 269 ; *RTD sanit. soc.*, 1990, 637, note L. Dubouis ; *Revue française de droit constitutionnel*, 1990, 330, obs. L. Favoreu ; *Actualité juridique droit administratif*, 1990, 473, note F. Benoit-Rohmer ; *Revue française de droit administratif*, 1990, 406, note B. Genevois.

⁶⁴BADEL M., *op. cit.*, p. 28.

⁶⁵PRETOT X., *op. cit.*, p. 35.

⁶⁶DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 349.

Constitution réserve ainsi à la loi le soin de fixer « les principes fondamentaux de la Sécurité sociale ». Il en résulte que le législateur est exclusivement compétent pour déterminer les règles essentielles et pour le vote des lois de financement de la Sécurité sociale, tandis qu'il reste à charge pour le Gouvernement d'en préciser, par décret, les modalités d'application. Ce partage des compétences entre le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif apparaît très nettement dans le Code de la sécurité sociale qui comporte une partie législative et deux parties réglementaires⁶⁷. Ainsi seule la loi peut subordonner à des conditions d'âge et d'affiliation antérieure le droit à pension de retraite ; mais c'est au pouvoir réglementaire que revient le soin de fixer précisément l'âge et le nombre des trimestres de cotisations nécessaires⁶⁸.

Suivant les dispositions de l'article 38 de la Constitution, le Parlement peut habiliter le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances, pendant un délai limité, des mesures qui relèvent normalement du domaine de la loi. Il a été recouru à plusieurs reprises à la formule dans le domaine de la Sécurité sociale⁶⁹. Par ailleurs, l'application des lois et règlements donne lieu à une jurisprudence fournie qui se partage entre la Cour de cassation et le Conseil d'Etat. La deuxième chambre civile de la Cour de cassation, comme la chambre sociale avant elle, joue un rôle essentiel pour l'interprétation des notions du droit de la sécurité sociale, de telle sorte qu'il est aujourd'hui impensable de prétendre connaître le droit de la sécurité sociale sans maîtriser la jurisprudence qui en découle. Sans exhaustivité aucune, on signalera son importance particulière pour l'assujettissement aux régimes de sécurité sociale et la distinction entre travailleur dépendant et indépendant, et pour le risque professionnel où la Cour contrôle la qualification de concepts clés tels que l'accident du travail et faute inexcusable⁷⁰.

En troisième lieu, **d'autres catégories de sources** doivent enfin être mentionnées. D'une part, *les sources issues de la négociation collective* ; leur place n'est pas négligeable dans le droit de la Sécurité sociale au sens étroit du terme. Les Caisses de sécurité sociale

⁶⁷PRETOT X., « Sur le nouveau Code de la sécurité sociale : IV. La délimitation des compétences législative et réglementaire », *Dr. Soc.*, 1986, p. 258.

⁶⁸PRETOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 35.

⁶⁹Par exemple, pour procéder à la réforme de l'organisation du régime général en 1967 (ordonnances du 21 août 1967) ou à l'abaissement à soixante ans de l'âge d'obtention d'une pension de retraite au taux plein (ordonnance du 26 mars 1982). La mise en œuvre du plan Juppé a également donné lieu, en 1996, à l'adoption d'une série d'ordonnances les 24 janvier et 24 avril 1996 ; PRETOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 35.

⁷⁰BADEL M., *op. cit.*, p. 30.

sont appelées à conclure des conventions, notamment dans le domaine de l'indemnisation du chômage⁷¹ et dans le domaine de la prévoyance et de la retraite complémentaire et supplémentaire⁷², avec des professions qui participent au fonctionnement du service public. Il s'agit des conventions avec les médecins, les pharmaciens, les cliniques, et établissements de soins. Ces conventions se sont vu reconnaître le caractère de « mesures d'application de la loi » par le Conseil constitutionnel, et les litiges qui surviennent en ce qui les concerne relèvent de la juridiction administrative⁷³.

D'autre part, *la doctrine administrative* : la Sécurité sociale est amenée, pour l'application des lois, règlements et instruments internationaux et communautaires intéressant la sécurité sociale, à édicter, à l'usage des services, de multiples circulaires, instructions et directives. Ces dernières viennent expliquer, préciser, compléter, voire contredire les sources tant législatives et réglementaires qu'internationales et européennes. *A priori* dépourvue de toute portée juridique, la doctrine administrative exerce, en pratique, des incidences sur les rapports entre les organismes et leurs usagers⁷⁴ ; ainsi, la Sécurité sociale ne peut s'exercer dans les domaines où la loi l'exclut, et c'est pourquoi la loi et la jurisprudence lui attachent certains effets dans le souci de protection des usagers.

2 : Les sources relevant du droit international et européen

Le droit de la Sécurité sociale est également dépendant des sources de droit international et de droits européens (droit de l'Union européenne et droit de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales), qui parfois cherchent à promouvoir le développement de la protection sociale, parfois posent les bases de solutions propres à résoudre les conflits entre les législations positives des Etats, lorsqu'ils entretiennent des relations. Par ailleurs, l'application des lois et les règlements nationaux doit être écartée lorsqu'ils sont incompatibles avec une règle internationale ou européenne. Cela met en cause des dispositions de l'article 55 de la Constitution du 4 octobre 1958⁷⁵ qui indique que les règles internationales et européennes en effet l'emportent.

⁷¹Le régime d'assurance chômage repose ainsi pour partie sur une convention conclue entre les partenaires sociaux et rendue exécutoire par les pouvoirs publics.

⁷²PRETOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 36.

⁷³La majorité des régimes sont issus de la négociation collective ; DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 360.

⁷⁴PRETOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 36.

⁷⁵Art. 55 de la Constitution énonce que « les traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie ».

Premièrement, **les règles internationales** quelles que soient leurs dénominations (charte, protocole, accord, convention ou pacte). L'incidence des traités et accords internationaux s'exerce à deux niveaux : il s'agit tout d'abord de *conventions nées au sein d'organismes internationaux* (OIT, Conseil de l'Europe) et qui procèdent soit par déclaration ou énonciation de principes⁷⁶, soit par édicition de normes⁷⁷. Autrement dit, certains traités internationaux s'appliquent à assigner aux Etats qui y souscrivent, de véritables obligations quant à l'aménagement et à la gestion de leur système de Sécurité sociale. Tel est le cas, en particulier, de la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail (OIT) qui fixe une norme minimale en matière de sécurité sociale. Tandis que certains traités internationaux consacrent enfin le droit à la sécurité sociale au nombre des droits fondamentaux : il en va ainsi, par exemple, du Pacte des Nations Unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁷⁸.

Ensuite, il peut également s'agir de traités internationaux, autrement dit *d'accords bilatéraux ou multilatéraux* signés par la France dans le domaine de la sécurité sociale qui ont pour objet d'aménager les rapports entre les systèmes nationaux de Sécurité sociale pour résoudre les difficultés auxquelles sont exposés ceux qui relèvent (ou bien échappent), successivement ou simultanément, des systèmes des Etats signataires: ce sont les instruments de coordination.

Deuxièmement, **le droit européen** concernant le droit de la sécurité sociale découle principalement de deux sources : d'une part celui *issu le traité de Rome du 25 mars 1957*, aujourd'hui fondé sur le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) ; le droit de l'Union européenne exerce également ses effets sur le droit de la sécurité sociale. Ces règlements européens de sécurité sociale ont pour objet principal de coordonner les différents régimes des Etats membres de l'Union européenne, afin de ne pas entraver les migrations de travailleurs (libre circulation) dont les droits tendent alors à être conservés.

⁷⁶Ainsi, la Déclaration universelle des droits de l'homme (10.12.1948) énonce-t-elle « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale » ; v. aussi le Préambule de la Constitution de l'OIT, la Charte de l'Atlantique (10 août 1941), la Déclaration de Philadelphie (10 mai 1944).

⁷⁷Convention OIT n°2, ainsi que Charte sociale européenne (18 octobre 1961 ; v. *BIT*, La Charte sociale européenne, 10 années d'application, 1978 ; Pierre LAROQUE, La Charte sociale européenne, *Dr. Soc.*, mars 1979 ; Code européen de sécurité sociale, 16 avril 1964 (entrée en vigueur le 17 février 1987 ; le Code européen est sans effet direct à l'encontre des particuliers, CE 5 mars 1999, préc.) ; CHAUCHARD J., *Droit de la sécurité sociale*, 5^e édition, LGDJ, Paris, 2010, p. 111.

⁷⁸PRETOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 36.

Dans tous les cas, les solutions du droit interne peuvent en être affectées, aujourd'hui plus qu'hier⁷⁹.

Le principe de la libre circulation des travailleurs sur l'ensemble des territoires des Etats signataires posé par le traité de Rome du 25 mars 1957 a conduit à la définition d'un ensemble de règles de coordination des systèmes de Sécurité sociale des Etats membres de l'Union. Cela permet aux travailleurs de ne pas perdre leurs droits d'un pays à l'autre, et l'article 42 prévoit le maintien des droits obtenus dans le pays d'origine. Tel est l'objet du règlement n° 883/2004/CE du 29 avril 2004 qui a pris le relais, récemment, de l'ancien règlement n° 1408/71/CE du 14 juin 1971. Dans le règlement n° 883/2004/CE, on trouve des dispositions à l'égard non plus seulement de la population active, mais plus généralement de tous les ressortissants couverts par un régime de sécurité sociale d'au moins un Etat-membre ; il inclut également les prestations de paternité et de dépendance, ainsi que les régimes de préretraite dans le domaine de la coordination ; il prévoit enfin l'exportation pendant un temps déterminé des prestations chômage au profit d'un chômeur désireux de se rendre dans un autre Etat membre afin d'y trouver un emploi⁸⁰.

Par ailleurs, les principes économiques de la construction européenne exercent également, on l'a souligné précédemment, une incidence sur le droit de la sécurité sociale. Certes, chaque Etat membre conserve la maîtrise de son propre système de Sécurité sociale, mais il doit se garder, dans l'aménagement et la gestion de celui-ci, de faire obstacle aux principes économiques du traité⁸¹.

D'autre part *le droit issu du Conseil de l'Europe* s'est toujours attaché à développer la coopération de ses Etats membres sur les questions de protection sociale ; il œuvre principalement par voie de conventions et d'accords ; en témoigne la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, dont l'influence a été déterminante sur les libertés publiques traditionnelles du droit national français. Toutefois, cette convention a donné lieu à une interprétation dynamique de la Cour européenne des droits de l'homme, qui en étend les effets au domaine des droits sociaux.

Enfin, certaines règles adoptées par le Conseil de l'Europe se rapportent exclusivement aux droits sociaux, tels que le Code européen de sécurité sociale (1964) et la Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 et celle-ci a été révisée le 3 mai 1996. La

⁷⁹CHAUCHARD J., *op. cit.*, p. 111.

⁸⁰PETIT F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Master Pro », Gualino, Paris, 2009, p. 80.

⁸¹PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 37.

première charte (1961) est révélatrice de l'attention que porte le Conseil de l'Europe à la question des droits sociaux, même si la valeur contraignante de ce texte peut être discutée : sans réserve, il a reconnu à tout travailleur un droit à la sécurité sociale ; selon son article 12, « tous les travailleurs et leurs ayants droit ont droit à la sécurité sociale » ; selon son article 11, toute autre personne « a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre ». Ensuite, la deuxième charte (1996) s'est montrée favorable à la reconnaissance des mêmes droits pour toute personne, sans lui réserver la qualité de travailleur⁸².

b : En Thaïlande : au niveau national et international

Les sources du droit de la sécurité sociale thaïlandaise sont similaires à celles de la France ; elles peuvent être regroupées en deux catégories : celles relevant du droit interne et celles relatives au droit international.

1 : Les sources relevant du droit interne

Premièrement, **la source constitutionnelle** : la Constitution est la loi suprême du pays à laquelle tous les pouvoirs publics doivent se conformer. Il s'agit de divers articles concernant la sécurité sociale dans la Constitution de la Thaïlande (de 2007) ; les sections principales garantissant l'accès et la qualité de la santé publique destinées à la population ce qui est également un objectif fondamental et important du système de la sécurité sociale figurent dans le troisième titre, neuvième chapitre sur le droit à recevoir les services sanitaires publics et la protection sociale de l'Etat (l'article 51 – 55) ; ainsi que le cinquième titre, quatrième chapitre, l'article 80 mentionnant que l'Etat doit mettre en œuvre la promotion, le soutien et le développement du système de santé afin de conduire à un état sanitaire durable.

En outre, *la jurisprudence* de la Cour constitutionnelle⁸³ est considérée également comme l'une des sources du droit qui a alors en charge d'interpréter, de compléter et d'étendre des dispositions de la Constitution visant à la bonne compréhension et application en pratique de ce droit par les agents publics. Pourtant, lorsqu'il n'existe aucune interprétation

⁸²PETIT F., *op. cit.*, p. 79.

⁸³La Cour constitutionnelle thaïlandaise a remplacé la commission constitutionnelle la première fois en 1997 par la Constitution de la Thaïlande (de 1997). Aujourd'hui, elle est prescrite dans les articles 204 – 217 de la Constitution de la Thaïlande (de 2007).

de la Cour constitutionnelle, les juges laissent au législateur l'appréciation des moyens de mise en œuvre de la garantie à l'accès aux soins et services sanitaires et sociaux.

Par ailleurs, *les principes généraux constitutionnels* sont également une source non-écrite du droit de la sécurité sociale, tels que le principe de proportionnalité, le principe d'égalité. Ce dernier appelle les agents administratifs à traiter également les individus ayant la même qualification, et de traiter différemment les individus ayant une qualification différente. C'est le principe général constitutionnel prescrit évidemment dans l'article 30 de la Constitution⁸⁴.

Deuxièmement, **la source législative et réglementaire**. En ce qui concerne **la source législative**, elle est considérée comme « la loi véritable » en raison de son adoption par le Parlement, telle la loi sur la sécurité sociale de 1990. Cette dernière est la loi principale relative à la sécurité sociale thaïlandaise et a été modifiée deux fois, en 1994 et 1999. Toutefois, il n'existe pas de Code de la sécurité sociale en Thaïlande car les législateurs thaïlandais ne rassemblent et ne classent pas l'ensemble des lois concernant la protection sociale dans un code (*Codification*)⁸⁵ ; ils préfèrent le moyen de la « *Consolidation* » c'est-à-dire qu'ils se réfèrent à différentes lois qui peuvent ainsi être modifiées sans avoir à réécrire un Code. Cela est différent de la France qui rassemble et classe dans le Code de la Sécurité sociale l'ensemble des lois et des règlements concernant la sécurité sociale en vigueur à la date d'adoption du code. En Thaïlande, il n'existe que sept Codes : le Code civil et commercial, le Code pénal, le Code de procédure civile, le Code de procédure pénale, le Code des impôts, le Code pénal militaire et le Code foncier.

Par ailleurs, la source réglementaire qui est le produit du gouvernement et des organes administratifs dite « règle de subordination », est considérée comme « une règle exceptionnelle » car le gouvernement est habilité par le Parlement à adopter des règles, selon deux types: l'ordonnance et le règlement.

(I) L'Ordonnance est l'une des règles exceptionnelles, mentionnée dans les articles 184 – 186 de la Constitution : le Parlement peut habiliter le gouvernement à prendre des ordonnances, pendant une durée limitée, à condition de n'être pas contraires à la

⁸⁴ Art. 30, premier alinéa de la Constitution prescrit que « toutes des personnes sont égales devant la loi et elles sont protégées également par la loi ».

⁸⁵ SANGUTHAI Y., *L'introduction générale du droit*, presses de Prakayprink, 16^e édition, Bangkok, 2005, p. 89.

Constitution, pour des raisons d'urgence et de nécessité, afin d'assurer la bonne exécution et la stabilité du pays. Ainsi, certains événements, gestions ou activités évoqués auront directement des effets dommageables sur le pays et ne peuvent attendre l'adoption d'une loi par le Parlement ; ils doivent donc être pris en charge immédiatement par le gouvernement. C'est la raison pour laquelle le gouvernement peut être habilité à adopter une ordonnance. Pourtant, il n'existe pas réellement en Thaïlande d'ordonnance concernant la sécurité sociale.

(II) Les règlements ; la valeur juridique des règlements est inférieure à celle des lois. La rédaction des règlements se compose essentiellement de trois principes ; (1) chaque règlement doit toujours se référer à l'article de la loi l'habilitant, (2) le règlement ne doit pas être contraire au contenu de la loi ou de l'ordonnance l'habilitant, et (3) il ne doit pas être édicté au-delà de la portée du contenu de la loi ou de l'ordonnance l'habilitant (*ultra vires*). Par ailleurs, les règlements sont appelés de différentes manières tels que le décret, le règlement de Ministre, la déclaration de Ministre, etc. L'habilitation de promulguer les règlements accordés au gouvernement et aux pouvoirs publics leur permettent de compléter les dispositions de la loi afin de la mettre en œuvre. Les règlements concernant le droit de la sécurité sociale existent sous divers noms, comme par exemple le Décret sur la détermination de la durée de la prestation lorsque l'assuré est sans activité après avoir quitté son travail de 2002, le Règlement ministériel sur la détermination du taux de cotisation à la Caisse de la sécurité sociale de 2012, le Règlementation de commission de la sécurité sociale sur la réception, le paiement, et la garde de la cotisation de caisse de 2004, etc.

Troisièmement, **les autres catégories de sources** englobent *les sources issues de la négociation collective*. La Sécurité sociale est appelée à conclure des conventions, notamment avec des hôpitaux ou des organismes tant publics que privés, afin d'assurer l'accès des services sociaux et sanitaires à toute la population dans le pays. Ainsi, il s'agit d'établir une convention entre l'Office de la sécurité sociale et des hôpitaux afin de fournir des soins et services sanitaires aux adhérents de Caisse de la sécurité sociale. Une convention est conclue entre la Caisse de la sécurité sociale et les banques ; en effet celles-ci assurent un service aux adhérents permettant ainsi le dépôt de leur cotisation à leur banque qui la transmettent à l'Office de la sécurité sociale.

D'autre part, il existe également *les sources non écrites* du droit de la sécurité sociale que les législateurs thaïlandais considèrent comme l'une des sources du droit, divisée en trois types : le droit coutumier, la jurisprudence et le principe général du droit.

D'abord, la coutume est un usage juridique, consacré par le temps et accepté par la population d'un territoire déterminé. Tandis que *le droit coutumier* est le droit reposant sur la coutume que les gens acceptent et admettent comme la loi écrite adoptée par le Parlement, l'Etat applique alors le droit coutumier de la même façon que la loi. Par exemple, le médecin fait une amputation avec le consentement éclairé de son patient afin de sauver sa vie ; il est évident que cela ne permet pas au médecin de commettre une faute menaçant gravement le corps de son patient. D'ailleurs, le système juridique de la Thaïlande est celui du droit civil (*Civil Law*) qui permet d'appliquer d'abord le droit écrit ; si aucun droit écrit n'existe, le droit non-écrit, comme le droit coutumier, va être ensuite appliqué afin de compléter la lacune du droit. Ainsi il existe une observation concernant le droit public et le droit de la sécurité sociale, ces derniers n'appliquent que rarement le droit coutumier car ils représentent tout deux des droits techniques, donc appliquent par analogie une loi semblable (*Analogy*) et les principes généraux de droit.

Ensuite, concernant *les principes généraux du droit*, ils se trouvent dans les dispositions du droit écrit, notamment dans le droit public fondamental, tels que le principe de légalité, le principe de non-rétroactivité, le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires, le principe de continuité du service public. Ils sont régulièrement appliqués dans le droit de la sécurité sociale thaïlandaise.

Enfin, *la jurisprudence* est une source essentielle dans le système juridique du droit commun (*Common Law*), notamment aux Etats-Unis, et en Grande Bretagne, mais aussi en France, même si son système juridique est celui du droit civil (*Civil Law*) comme en Thaïlande⁸⁶. En revanche, la plupart des pays reposant sur le système juridique de droit civil n'admettent pas des jugements en tant que source du droit, telles que l'Allemagne et la Thaïlande. Pourtant, il existe une dérogation : ainsi les législateurs thaïlandais considèrent certains jugements comme source du droit, dans la mesure où ces jugements sont reconnus par la plupart des juges thaïlandais, et considérés comme faisant jurisprudence.

⁸⁶KANJANADUL P., *L'explication du droit administratif*, 4^e édition, presse de l'Université de Chulalongkorn, Bangkok, 1995, p. 103.

2 : Les sources relevant du droit international

Certains éléments du droit de la sécurité sociale thaïlandaise sont issus également du droit international dont les sources sont multiples, comme la convention, la coutume, les principes généraux et la jurisprudence, ainsi que la doctrine internationale. En ce qui concerne le droit de la protection sociale et sécurité sociale en Thaïlande, il existe deux grands types : les droits coutumiers internationaux et les traités internationaux. Parmi, *les droits coutumiers internationaux*, la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, a pour but la protection des droits de l'homme, notamment le droit à l'accès aux soins et services sanitaires (l'article 25) ; elle résulte de la volonté essentielle des Etats membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Ainsi, les droits coutumiers internationaux ne sont que des normes standards, que les Etats membres doivent respecter et auxquels ils doivent se conformer, dans le but de promouvoir la coopération internationale et d'établir une « norme universelle ».

D'autre part, *les traités internationaux* sont considérés comme la source essentielle du droit de la protection sociale et de la sécurité sociale thaïlandaise, notamment les conventions nées au sein d'organismes internationaux (OIT, ONU) qui procèdent soit par déclaration ou énonciation de principes, soit par édicition de normes minimales que les Etats membres doivent respecter. La Thaïlande est associée à plusieurs traités comme la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur une norme minimale du système de la sécurité sociale de 1952, la Convention n° 159 de l'OIT sur la réhabilitation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées de 1983, la Convention de l'ONU sur des droits des enfants de 1989⁸⁷.

Par ailleurs, en ce qui concerne *le droit de l'ANASE ou ASEAN*, la Thaïlande est adhérente à l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE ou ASEAN) qui est une organisation politique, économique et culturelle regroupant dix pays d'Asie du Sud-Est. Elle a été fondée le 8 août 1967 à Bangkok en Thaïlande par cinq pays⁸⁸ dans le contexte de la guerre froide afin de faire barrage aux mouvements communistes, développer la croissance et le développement et assurer la stabilité dans la région. Aujourd'hui, l'association a pour but de renforcer la coopération et l'assistance mutuelle entre ses membres, d'offrir un espace

⁸⁷FONGLADDA VICHENCHOM V., *op. cit.*, p. 158.

⁸⁸L'ASEAN a été fondée par cinq États de l'Asie du Sud-Est maritime : Philippines, Indonésie, Malaisie, Singapour, et Thaïlande. Le Brunei, Viêt Nam, Laos, Birmanie, Cambodge les ont rejoint ensuite.

pour régler les problèmes régionaux et peser en commun dans les négociations internationales. Un sommet est organisé chaque année au mois de novembre.

En 2015, il s'agira de former une seule communauté économique de l'ASEAN dénommée « Communauté de politique et sécurité d'ASEAN : AEC », selon la décision des dix pays membres afin d'accroître le pouvoir de négociation et la compétitivité, notamment dans le domaine économique et commercial, dans l'arène internationale. L'AEC est un accord qui permettra ainsi la circulation libre de marchandises non taxées, de l'investissement et du travail entre les États partenaires.

De plus, durant la même année, l'ASEAN prévoit de former également une seule communauté sociale et culturelle dénommée « Communauté sociale et culturelle de l'ASEAN : CCEA) afin de promouvoir dans les Etats partenaires le développement dans tous les domaines pour élever la qualité de vie de la population, soutenir l'utilisation et conservation durable des ressources naturelles, encourager la création d'une « identité ASEAN » et devenir une communauté d'entraide et de partage. Dans le cadre du système de la sécurité sociale, il existe des considérations essentielles concernant la circulation libre des travailleurs dans le territoire de l'ASEAN. Comment établir un système de protection sociale, notamment dans le domaine sanitaire, destiné aux travailleurs exerçant une activité professionnelle dans un autre pays? Est-ce que des travailleurs peuvent bénéficier de la prestation de la Caisse de sécurité sociale de son pays dans les territoires des pays membres de l'ASEAN ? Quels sont les règlements essentiels du système de la sécurité sociale que des Etats membres doivent établir et appliquer ? Ce sont les questions essentielles qui attendront dans l'avenir des réponses claires de la commission de l'ASEAN, afin d'obtenir des règlements éclairés et convenables.

Section 2 : Le droit à l'accès aux soins organisé par les divers systèmes d'assurance sanitaire publique

En France, même si le législateur français a tenté de réunir toutes les personnes de la Société sous la protection unique du régime général de Sécurité sociale, conformément à l'idée d'origine du plan Beveridge de 1945, le système français de Sécurité sociale s'en démarque nettement par son absence d'unité. Le souhait initial du législateur n'a donc pas été réalisé. Ainsi, les professions indépendantes ont toujours voulu s'organiser de manière autonome et les particularités du monde agricole ont abouti à la constitution de régimes propres, tant pour exploitants agricoles que les salariés agricoles ; caractérisée par sa

complexité, la protection sociale française est donc prise en charge par une multitude d'organismes, répondant chacun à des règles de fonctionnement différentes.

En Thaïlande, le domaine de l'accès aux soins se divise en divers systèmes d'assurance sanitaire publique et plus précisément en trois modèles principaux : la mise en œuvre (1) par l'Office de la sécurité sociale (chargé de la Caisse de sécurité sociale et la Caisse de compensation), (2) le Département du contrôleur général, placé sous le Ministère des Finances (chargé de protéger de façon sanitaire les fonctionnaires), et (3) par l'Office de l'assurance sanitaire nationale prenant en charge les personnes démunies ou les personnes n'ayant aucun titre d'accès aux soins.

Alors, on peut noter que l'exécution et la gestion du système de l'assurance sanitaire par la Sécurité sociale française sont en effet plus unifiées et intégrées que les systèmes de l'assurance sanitaire publique en Thaïlande.

§ 1 : Le système principal d'assurance sanitaire publique

L'obligation de garantir l'accès aux soins destinés aux populations représente la charge essentielle de l'Etat. Les systèmes d'assurance sanitaire organisée par l'Etat sont divers mais le principal est le système de sécurité sociale qui existe à la fois en France et en Thaïlande. La plus grande différence entre les deux pays est que le système entier de la sécurité sociale thaïlandaise se résume au régime général de la sécurité sociale française. De ce fait, on abordera dans un premier temps la notion générale et ensuite la prestation d'assurance maladie.

A : Notion générale

Pour établir une comparaison entre le système français et le système thaïlandais, il faut attirer l'attention sur le système thaïlandais de sécurité sociale ressemble seulement à l'un des régimes de la sécurité sociale française ; le régime général. C'est pourquoi il convient de se concentrer sur la notion de régime général en France et celle du système de la sécurité sociale thaïlandaise, notamment sur la qualification d'assuré. Les deux systèmes ont le but principal de garantir l'accès aux soins des employés spécialement dans le secteur de l'industrie, du commerce et celui des services.

a : Le régime général de la sécurité sociale en France

Le régime général apparaît comme le premier régime légal et est conçu par ses auteurs pour accueillir l'ensemble de la population active. Ce régime s'est d'abord limité aux seuls salariés de l'industrie, du commerce et des services afin d'indemniser des dépenses (ou des pertes de revenus) occasionnées par la survenance d'un risque social⁸⁹. Ceci est l'application du plan de 1945 mené par les pouvoirs publics. Mais le législateur français a choisi ensuite d'assujettir toute une série d'autres catégories de personnes qu'il estime devoir faire bénéficier des prestations du régime général⁹⁰, telles que les étudiants, les ayants droit des salariés. Le régime général accueille ainsi dans le titre de la branche famille, le système de sécurité sociale garantissant la compensation des charges de famille non pas seulement pour les salariés, mais également pour l'ensemble de la population résidente sans distinction, telle que des travailleurs indépendants, des personnes sans profession, etc.⁹¹

Sont concernées au titre de la branche maladie et maternité (prestations en nature) diverses catégories rattachées au régime général pour l'accès aux soins ; s'y ajoute la majorité des assurés relevant de la Couverture maladie universelle. De plus certaines catégories socio-professionnelles, telles que les ministres du culte⁹² ou les artistes-auteurs, sont attachées également au régime général par détermination de la loi. Alors que la loi ouvre à certaines personnes la faculté d'adhérer volontairement au régime général pour la branche d'invalidité, de la vieillesse et d'accidents du travail.

Sous des réserves d'inégale importance, l'assujettissement au régime général n'est ouvert, en principe, qu'aux seuls travailleurs salariés de l'industrie et du commerce⁹³. Selon les dispositions de l'article L. 311-2 du Code de la Sécurité sociale, le législateur français définit les critères généraux de l'assujettissement au régime général: « *sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales du régime général, quel que soit leurs âges et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat* ».

⁸⁹PETIT F., *op. cit.*, p. 62.

⁹⁰KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Cours », 3e édition, Dalloz, Paris, 2009, p. 196.

⁹¹PETIT F., *op. cit.*, p. 62.

⁹²La loi du 2 janvier 1978 a institué un régime particulier pour les ministres du culte et les membres de congrégation religieuse non affiliés en qualité de salariés ; KESSLER F., *op. cit.*, p. 202.

⁹³PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 42.

Dans un souci d'harmonisation du système de sécurité sociale, la Cour de cassation ainsi fait coïncider, par la définition de critères communs, la notion de salariat en droit du travail et en droit de la sécurité sociale. Les critères de l'assujettissement au régime général sont identiques à ceux élaborés en droit du travail pour déterminer si un travailleur est salarié ou indépendant⁹⁴. Trois exigences se dégagent de l'interprétation des dispositions légales⁹⁵. Celles-ci sont (1) la démonstration d'un lien de subordination entre le travailleur et le donneur d'ouvrage ; (2) le versement d'une rémunération (qui doit correspondre, en principe, à la nature et à l'importance de l'activité exercée par le travailleur) ; (3) l'existence d'un contrat ou d'une convention (peu importe toutefois sa forme, sa nature, voire sa validité)⁹⁶.

Concernant la définition du lien de subordination, elle est mentionnée par la Cour de cassation dans un arrêt *Société Générale c/. URSSAF de la Haute-Garonne (soc ., 13 nov. 1996, Bull. civ. V, n° 386 ; Dr. Soc. 1996, p. 1 067, note J.-J. Depeyroux)*. Ainsi, le rapport du travailleur au donneur d'ouvrage se traduit par *la subordination juridique* du premier au second. Le rapport de subordination juridique se caractérise par le pouvoir reconnu au donneur d'ouvrage de *s'immiscer dans l'exécution du travail*. Il y a plus précisément subordination lorsque le donneur d'ouvrage (l'employeur) peut donner des *ordres, instructions et directives* au travailleur (le salarié), en *contrôler l'exécution* et prendre des sanctions en cas d'inexécution ou d'exécution défectueuse⁹⁷.

L'exigence d'un lien de subordination juridique est d'application très générale. Non seulement il s'applique aux médecins⁹⁸, aux professeurs⁹⁹, aux mandataires de société d'assurance¹⁰⁰, qui constituent une part importante du contentieux, mais il est également utilisé pour d'autres emplois tels que des diffuseurs de publicité, des mannequins, des démarcheurs financiers, des coutiers libres, etc.¹⁰¹

⁹⁴Soc., 13 nov. 1996, *Bull. V*, n° 386 ; Coursier Ph., « Vent de liberté sur l'assujettissement au régime général de sécurité sociale », in *Mélanges Christian Mouly*, 1998, vol. II, p. 77.

⁹⁵Soc., 13 nov. 1996, *Dr. soc.* 1996.1067 note Dupeyroux J.-J. ; KESSLER F., *op. cit.*, p. 198.

⁹⁶PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 42.

⁹⁷Ass.Plén., 27 févr. 1981, *Bull.*n° 1. La technicité particulière de la tâche ou des exigences déontologiques spécifiques ne sont, en elle-même, nullement exclusives de cette ingérence sur les conditions dans lesquelles s'inscrit cette exécution (lieu de travail, horaires...) par exemple pour un médecin Soc., 13 janv. 2000 *JCP E. et A.* 2000, pan. Rap., p. 401 ; PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 42.

⁹⁸Soc., 29 janv. 1998, Soc. 4 févr. 1998, *LS* n° 7827 du 13 mars 1998, *Juris. Contra Soc.*, 20 mai 1999 *Jurisp. Soc. UIMM*, n° 99-630, p. 325.

⁹⁹Ass. Plén., 18 juin 1976, *D.* 1977.173.

¹⁰⁰Soc., 20 avr. 2000, *RJS* 2000, n° 700.

¹⁰¹Soc., 21 juill. 1986, *Jurisp. Soc. UIMM* 86-479, p. 465 relatif à la distribution des produits Renaware ; Ass. Plén., 8 janv. 1993, *JCP E* 1993 pan. Soc., p. 99, Soc., 20 janv. 2000, *RJS* 2000, n° 438 (sous-agents d'assurance). Civ. 2e, mai 2004, *JCP E et A* 2004 IV, n° 2485 (artiste étranger). Morvan P., « Cotisations

De plus, le critère de la subordination juridique est créé également par la jurisprudence pour reconnaître la qualification de salarié à certains travailleurs qui exercent dans le cadre d'un *service organisé* dont l'activité suppose une certaine indépendance ou une liberté d'expression, tel que des médecins pratiquant au sein d'une clinique, un travailleur exerçant une partie de son activité en dehors de l'entreprise. Même si ces travailleurs ne reçoivent pas de directives précises dans l'exécution de leur travail, on considère que ces personnes, qui assument leur fonction au sein d'une « organisation » fonctionnant sous la direction et la responsabilité d'un employeur, ont la qualité de salariés¹⁰².

En ce qui concerne la rémunération, l'activité bénévole ne donnant pas lieu à rémunération, il n'y a donc pas d'assujettissement au régime général. Tandis que le caractère fixe ou forfaitaire de la rémunération fait présumer la subordination, ainsi que la garantie d'une rémunération minimale va également dans le sens du salariat¹⁰³. Pourtant, l'assujettissement au régime général est susceptible ainsi d'étendre ses effets à nombre de travailleurs indépendamment de la nature de leur activité. La qualification est affaire d'espèce : ainsi un chercheur doit-il être affilié au régime général, si l'aide financière que lui apporte une entreprise ou un organisme est assortie d'un contrôle de son activité (prescription d'objectifs, compte rendu d'activité, etc.), mais non s'il demeure maître de ses recherches (par ex. : allocation d'une bourse d'études sans condition particulière)¹⁰⁴.

Quant au troisième élément, l'existence d'un contrat ou d'une convention du travail, cette exigence n'a posé de problème durable que pour notamment le cas des religieux. Le problème ne se pose que pour les ministres du culte catholique. En effet, les pasteurs et les rabbins qui sont rémunérés par l'association culturelle dont ils dépendent sont assujettis au régime général¹⁰⁵.

L'application du critère de la subordination juridique procède de l'appréciation des conditions dans lesquelles le travailleur exerce *dans les faits* son activité. Elle est indifférente de la qualification du contrat qui lie celui-ci au donneur d'ouvrage : celle-ci doit être écartée, dès lors qu'elle ne correspond pas aux conditions d'exercice de l'activité. Il appartient

sociales : le lien de subordination juridique appliqué aux particuliers chargés de l'exécution d'un service de transport solaire », *JCP S* 2005.14.26. ; KESSLER F., *op. cit.*, p. 199.

¹⁰²PETIT F., *op. cit.*, p. 70.

¹⁰³KESSLER F., *op. cit.*, p. 201.

¹⁰⁴PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 43.

¹⁰⁵DOLE G., « La situation au regard de la sécurité sociale du religieux enseignant hors de sa congrégation », *Dr. Soc.* 1989, p. 752 ; KESSLER F., *op. cit.*, p. 202.

d'ailleurs au juge du fond de caractériser l'existence d'un lien de subordination et d'en faire ressortir les éléments constitutifs pour conclure à l'assujettissement au régime général¹⁰⁶.

Par ailleurs, parmi les multiples catégories socioprofessionnelles faisant ainsi l'objet de dispositions particulières qui étendent à leur profit le bénéfice de la protection sociale, il existe également des salariats déterminés par la loi qui sont attachés obligatoirement au régime général ou l'on peut dire l'assujettissement par voie d'assimilation. Ces personnes assimilées ont vocation au bénéfice de l'ensemble des prestations du régime général ; les intéressés sont alors pleinement considérés comme des travailleurs dépendants et traités comme tels¹⁰⁷, selon les dispositions de l'article L. 311-3 du Code de la Sécurité sociale. Ce dernier énumère une longue liste de catégories socio-professionnelles assimilées à des travailleurs dépendants : par exemple, les travailleurs à domicile, les voyageurs et représentants de commerce, les sous-agents d'assurance, les dirigeants de société (gérants minoritaires de SARL, présidents-directeurs généraux et directeurs généraux des sociétés anonymes), les artistes du spectacle et mannequins, les journalistes professionnels, les vendeurs à domicile et les vendeurs-colporteurs et porteurs de presse, les personnes qui créent ou reprennent une entreprise, etc.¹⁰⁸

Alors que certaines activités professionnelles ou assimilées à une activité professionnelle n'entraînent pas rattachement à un seul régime, les intéressés sont rattachés pour certaines prestations au régime général des salariés et pour d'autres à des régimes de non-salariés. C'est le cas notamment pour les praticiens conventionnés dont l'activité reste libérale au regard de l'assurance vieillesse, mais qui ont reçu vocation aux prestations en nature maladie-maternité du régime général¹⁰⁹, ainsi que des avocats salariés et des avocats porteurs de parts ou d'actions d'une société d'exercice libéral constituée pour l'exercice de leur profession relèvent-ils du régime général pour l'ensemble des risques à l'exception du risque vieillesse¹¹⁰.

L'assujettissement par assimilation s'étend également à certaines catégories sans activité professionnelle ; quoique ces catégories n'exercent pas une véritable activité

¹⁰⁶PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 43.

¹⁰⁷Sur le cas particulier des bénévoles, lesquels ne bénéficient que de dispositifs parcellaires de protection, v. not. LEBORGNE-INGELAERE C., « La protection sociale des travailleurs bénévoles », *RDSS*, 2006, p. 322; DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 443.

¹⁰⁸PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 44.

¹⁰⁹DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 447.

¹¹⁰Art. L. 311-3, 19°, CSS.

professionnelle, elles sont cependant rattachées au régime général : soit l'extension ouvre au bénéficiaire de l'ensemble des prestations du régime général, et il y a alors assimilation complète entre les personnes concernées et les travailleurs dépendants ; soit elle n'opère que pour certaines prestations, et l'assimilation est alors partielle¹¹¹. Ainsi, il s'agit de la branche accidents du travail, en raison de leur exposition à des risques de nature professionnelle, pour les élèves des établissements de l'enseignement technique, les stagiaires de la formation professionnelle ou des actions de reconversion ou d'insertions professionnelles, les détenus astreints au travail pénal¹¹², les bénévoles à l'activité de certains organismes et associations¹¹³.

Enfin, le conjoint d'un travailleur indépendant peut être assujéti au régime général s'il participe effectivement, à titre professionnel et habituel, à l'entreprise ou à l'activité de son époux, et s'il perçoit un salaire correspondant au salaire normal de sa catégorie professionnelle¹¹⁴. Ainsi que la loi n° 82-596 du 10 juillet 1982 offre également au conjoint du chef d'entreprise la faculté d'opter pour le statut de conjoint collaborateur ou pour celui de conjoint associé non salarié¹¹⁵.

b : La sécurité sociale en Thaïlande

La différence majeure entre le système de la sécurité sociale français et celui thaïlandais concerne l'exécution et la gestion du système. Ainsi, la mise en place d'une protection contre des risques sociaux et professionnels, notamment dans le domaine de l'assurance de la santé et l'accès aux soins, pour les citoyens thaïlandais est divisée en trois, en fonction des catégories professionnelles des assurés : elle est mise en œuvre (1) par l'Office de la sécurité sociale (chargé la Caisse de la sécurité sociale et la Caisse de compensation), (2) le Département du contrôleur général, placé sous la tutelle du Ministère des Finances (chargé de protéger de façon sanitaire les fonctionnaires), et (3) l'Office de l'assurance sanitaire nationale prenant en charge les personnes démunies ou les personnes n'ayant aucun titre d'accès aux soins. On peut noter que l'exécution, la gestion et la structure de l'organisation administrative du système de la sécurité sociale français sont plus unifiées et intégrées que celles de la Thaïlande.

¹¹¹DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R. *op. cit.*, p. 447.

¹¹²Art. L. 381-31, CSS.

¹¹³PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 44.

¹¹⁴Art. L. 311-6, CSS.

¹¹⁵PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 44.

Le système principal garantissant l'accès aux soins et une protection contre des risques sociaux et professionnels est celui de la sécurité sociale qui couvre notamment la population active. Il faut attirer l'attention sur le fait que le système thaïlandais de la sécurité sociale ressemble essentiellement au régime général de la sécurité sociale français car tous deux ont le même but essentiel de couvrir les risques sociaux destinés d'abord aux populations actives dans le secteur industriel, commercial et celui des services, et étend ensuite sa couverture à d'autres catégories socio-professionnelles. Néanmoins, il existe également certains points de divergence entre les deux systèmes.

Auparavant, selon la loi sur la sécurité sociale de 1990, la sécurité sociale thaïlandaise disposait d'une couverture très faible. Les législateurs ont visé au début à assurer les employés travaillant dans les entreprises moyennes comptant au moins vingt employés ; puis on a étendu en septembre 1993 la couverture aux travailleurs des entreprises ayant au moins dix employés, et enfin à celle ayant seulement un employé. De plus, la première catégorie socio-professionnelle protégée était les employés dans le secteur industriel, commercial et celui des services. Concernant le champ d'application, la couverture par la Sécurité sociale destinée aux employés travaillant dans le domaine des entreprises publiques, de l'halieutique, de l'agriculture, d'élevage et disposant d'un contrat à durée déterminée (CDD), y compris l'employé travaillant pour la Croix-Rouge, a été abolie sous le gouvernement de Monsieur Anan Punyarachun (1991 – 1992). Ceci est le résultat d'un coup d'état, le 23 février 1991, établi par un groupe militaire dénommé « le conseil national de maintien de la paix »¹¹⁶. Néanmoins, ces catégories professionnelles sont protégées par l'élargissement du champ de la couverture de la sécurité sociale depuis mai 2011.

« L'assuré » en vertu de la Caisse de la sécurité sociale désigne le membre contribuant à la cotisation de cette Caisse ; il a droit à la couverture de sept risques. La catégorie des assurés peut être divisée en trois types : l'assuré en vertu de l'article 33, celui de l'article 39 et celui de l'article 40, selon la loi sur la sécurité sociale de 1990 (l'assuré de la Caisse de compensation bénéficiant de la couverture de la maladie, l'invalidité, et le décès issue de l'activité professionnelle, sera également protégé dans les mêmes conditions), ainsi ;

(1) L'assuré en vertu de l'article 33 est un employé ayant au moins quinze ans mais n'ayant pas plus de soixante ans, ou un employé ayant plus de soixante ans mais qui continue

¹¹⁶CHANTARAVITON N., *op. cit.*, p. 137.

à travailler avec le même employeur. Ce dernier est donc considéré également comme assuré qualifié en vertu de cet article.

L'article 33 de la loi sur la sécurité sociale de 1990 prescrit que « un employé dans le champ d'application de cette loi est un assuré » ; tout employé doit donc être assuré en vertu de cette loi, à l'exception de certains travailleurs¹¹⁷. Ainsi, cette loi a pour but la couverture maximale des employés et prescrit évidemment l'exception de couverture pour certaines catégories professionnelles qui ne sont pas dans le champ d'assuré au sens de cette loi. « L'employé » désigné dans cet article, représente une personne travaillant pour son employeur en contrepartie d'une rémunération. La relation entre l'employeur et l'employé est établie par un contrat de travail et l'employé a l'obligation de travailler suivant la règle, l'instruction et l'ordre de son employeur, alors qu'il aborde le droit de recevoir une rémunération, le bien-être et les autres avantages relatif à son travail. L'employeur peut donner des *ordres, instructions et directives* à son employé, en *contrôler l'exécution* et prendre des sanctions en cas d'inexécution ou d'exécution défectueuse, y compris l'obligation de versement du salaire à son employé¹¹⁸. Ceci-ci est considéré comme la relation juridique déterminante entre l'employeur et l'employé en vue du droit de travail qui ressemble au critère de la subordination juridique dans le droit du travail français.

En ce qui concerne « la rémunération » définie clairement dans l'article 6 de la loi sur la sécurité sociale de 1990, il s'agit de tout type de montant versé par l'employeur à son employé en contrepartie du travail dans l'horaire légal de travail, qu'il soit calculé en fonction de la durée ou en fonction des œuvres créées par l'employé. Cela comprend les sommes versées à l'employé durant les jours fériés et les congés, même si celui-ci ne travaille pas. Néanmoins, ce montant d'argent qui peut être appelé de n'importe quel nom, et défini ou calculé de n'importe quelle façon ou quel moyen, est considéré comme « la rémunération » au sens de cet article.

Afin d'aboutir à un niveau de vie convenable et de partager ensemble des bonheurs et des risques entre membres d'une même société, la loi sur la sécurité sociale de 1990 indique de façon obligatoire que tous des employés doivent être assurés ; une personne qui est employée - peu importe son poste et sa rémunération - doit verser une cotisation destinée à la Caisse de la sécurité sociale en contrepartie des prestations définies par la loi.

¹¹⁷TOSUWANJINDA V., *op. cit.*, p. 28.

¹¹⁸Art. 5 de la loi sur la sécurité sociale de 1990 prescrit que « l'employeur est une personne embauchant l'employé et lui verse la rémunération, y compris une personne étant désignée à travail à la place de son employeur... » ; *Id.*, p. 28.

Néanmoins, l'article 4 prescrit une exception pour certaines catégories professionnelles qui ne sont pas tenus d'être affiliées au système de la sécurité sociale, ainsi :

(1) le fonctionnaire, l'employé au titre d'un contrat à durée indéterminée (CDI) et celui déterminée (CDD) qui reçoit la rémunération par jour ou par heure, travaillant dans l'administration centrale, départementale ou territoriale, sauf l'employé au titre d'un CDD ayant une rémunération mensuelle.

(2) l'employé du gouvernement étranger ou celui d'une organisation internationale.

(3) l'employé travaillant dans un pays étranger, même si son employeur possède son bureau en Thaïlande

(4) l'enseignant ou le directeur d'une école privée, selon le droit de l'école privée

(5) l'étudiant, l'étudiant infirmier ou celui en médecine ou faisant un stage dans une école, une université ou à l'hôpital

(6) les autres personnes ou employés dans certaines catégories professionnelles définis dans le décret

Cette exception de l'article 4 doit être strictement interprétée afin de ne l'appliquer que dans certains cas définis. Par exemple, dans le cadre d'une école privée, cette exception ne s'applique qu'à l'enseignant et son directeur, contrairement aux femmes de ménage ou au personnel administratif travaillant dans une école privée. Cette exception ne s'applique pas cependant à l'enseignant ou au directeur travaillant dans une université tant publique que privée. Ces personnes demeurent donc toujours « employées » au sens de cette loi et doivent être affiliées à la Sécurité sociale. Par ailleurs, si ces personnes d'exception travaillent en plus dans une « autre affaire » ne faisant pas l'objet d'une exception, elles doivent aussi être affiliées à la Sécurité sociale. Par exemple, une fonctionnaire enseignant dans une université privée comme professeur est donc assuré et doit verser une cotisation à la Caisse de la sécurité sociale¹¹⁹.

En ce qui concerne l'embauche des personnes, la loi interdit d'être employé au jeune de moins de treize ans ou à l'étranger n'étant pas titulaire d'un titre de travail ; ces personnes sont considérées toutefois comme assurées au sens du droit de la sécurité sociale, mais l'employeur doit être tenu comme responsable dans la mesure où il commet une infraction¹²⁰. On opère une distinction entre le droit de la sécurité sociale et le droit du travail.

¹¹⁹*Ibid.*, p. 29.

¹²⁰*Ibid.*

(2) L'assuré en vertu de l'article 39 représente un assuré à titre volontaire ayant déjà eu la qualité d'employé et ayant versé des cotisations au moins pendant douze mois ; celui-ci a déjà été enregistré en tant qu'assuré au titre de l'article 33 six mois avant la fin de l'expiration de ses droits en tant qu'assuré.

(3) L'assuré en vertu de l'article 40 désigne l'assuré à titre volontaire, hors l'assuré qualifié de l'article 33, ayant au moins quinze ans et n'ayant pas plus de soixante ans. Cet article est complété par un Décret sur la détermination des règles et du taux de versement de la cotisation pour bénéficier de la compensation, et sur les règles et les conditions relatives au droit de percevoir la compensation d'assuré à titre volontaire de 2011, ceci pour couvrir certains travailleurs à titre indépendant, les agriculteurs (plus de 24 millions de personnes), l'employé non qualifié par l'article 33 et 39, tels que la femme de ménage, le travailleur dans un petit groupe d'entreprises communautaires, le conducteur, le commerçant indépendant, etc. Ces travailleurs peuvent être affiliés à titre volontaire et doivent verser une cotisation à la Caisse de sécurité sociale en contrepartie d'une prestation choisie, notamment la compensation pour perte de revenu. Ceci s'illustre de deux manières :

La première option consiste dans le versement de 100 bahts de cotisation (soixante-dix bahts versés par l'individu et trente bahts de subvention de l'Etat) en contrepartie de trois prestations : la compensation à la perte de revenu (en cas d'hospitalisation la personne est soignée gratuitement par la couverture maladie universelle : CMU), l'invalidité et le décès, selon l'article 7 du décret de 2011.

La deuxième option : le versement de 150 bahts de cotisation (cent bahts versés par l'individu et cinquante bahts de subvention de l'Etat) en contrepartie de quatre prestations : la compensation à la perte de revenu (en cas d'hospitalisation, la personne est soignée gratuitement par la couverture maladie universelle : CMU), l'invalidité, le décès et le retraite, selon l'article 8 du décret de 2011¹²¹.

Enfin, dans le cas où l'employé travaille avec de nombreux employeurs, il verse normalement la cotisation plus un taux défini par la loi (plus de cinq pourcents du salaire ou plus de 750 bahts par mois) ; il peut alors demander à l'Office de la sécurité sociale de

¹²¹Office de sécurité sociale de Surat Thani, *La nouvelle étape étend la sécurité sociale à la profession indépendante (des mains d'œuvre hors de système de la sécurité sociale)* [en ligne]. Surat Thani : Doc'OSS. Mise à jour : 2009 [ref. du 11/12/2012]. Disponible sur : <http://www.sso.go.th/wprp/suratthani/content.jsp?id=2903&cat=1673&lang=th>

retourner le montant versé en excédent dans le délai d'un an à compter de la date du versement.

B : L'importance de l'assurance maladie

Le système d'assurance sanitaire de la France et de la Thaïlande a un but identique : garantir l'accès aux soins pour tous, même si les risques sociaux couverts sont différents entre les deux systèmes. Le système de la sécurité sociale française couvre principalement quatre catégories de risques sociaux, alors que celui de la Thaïlande couvre totalement sept risques. En ce qui concerne l'accès aux soins, on se concentrera seulement sur la branche d'assurance maladie qui existe dans les deux systèmes.

a : La couverture de l'ensemble de la population résidente en France

Le système de la sécurité sociale française couvre quatre catégories de risques sociaux : (1) les risques maladie, maternité, invalidité et décès (ils font l'objet du livre III du Code de la Sécurité sociale) ; (2) le risque vieillesse (livre III, CSS) ; (3) le risque accidents du travail et maladies professionnelles (livre IV, CSS) ; et (4) la compensation des charges de famille (livre V, CSS).

La branche « santé » couvre quatre catégories de risques : la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès, représentant 40 % environ des charges de la Sécurité sociale à la mesure du fort accroissement des dépenses de santé dans les pays développés¹²². Cependant on prendra ici seulement en compte la branche de l'assurance maladie.

La couverture des risques maladie et maternité prend la forme, principalement, d'une prise en charge de soins : la branche maladie du régime général s'applique aux salariés de l'industrie et du commerce, qui ne relèvent pas d'un régime spécial. Elle couvre également pour partie certaines catégories de travailleurs relevant des régimes spéciaux (ainsi les fonctionnaires relèvent du régime général en ce qui concerne la prise en charge des soins.). De plus, la couverture des risques maladie et maternité s'étend désormais à l'ensemble de la population résidente (depuis l'institution de la Couverture maladie universelle : CMU). Cette dernière accueille enfin tous ceux qui ne relèvent pas, en qualité d'assuré ou bien d'ayant droit, d'un régime d'assurance maladie et maternité (loi n° 99-641 du 27 juill. 1999).

¹²²PRETOT X., *Droit de la Sécurité sociale, op. cit.*, p. 111.

Concernant les prestations, elles sont applicables non seulement à l'assuré, mais également à ses ayants droit (conjoint, enfants à charge, etc.). Alors, la couverture des risques relevant de l'assurance maladie se traduit par le versement de prestations en nature et en espèces (les indemnités journalières). Néanmoins, le bénéfice de prestations en espèce n'est ouvert qu'aux assurés qui exercent une activité professionnelle¹²³.

¹²³*Id.*, p. 111.

Prestations servies par le régime général

Risques	Prestations servies	Bénéficiaires	Organismes gestionnaires
Maladie et maternité	Prestations en nature (remboursement de soins) Prestations en espèces (indemnités journalières)	Assurés du régime général et ayants droits	CPAM CNAMTS
Invalidité	Prestations en espèces	Assurés du régime général	
Décès	Prestations en espèces (capital décès)	Ayants droit des assurés du régime général	
Accidents du travail et Maladies professionnelles	Prestations en nature (remboursement de soins), Prestations en espèces (indemnités journalières et rentes)	Assurés du régime général et ayants droit (rentes) Assurés volontaires	CPAM CRAM CNAMTS
Vieillesse	Droits contributifs (Pensions) Droits non contributifs	Assurés du régime général et ayants droit (rentes) Assurés volontaires Anciens salariés non assujettis et ayants droit	CRAM CNAVTS
Prestations familiales	Prestations en espèces	Tous résidents sur le territoire national (métropole et DOM)	CAF CNAF

Source : CHAUCHARD Jean-Pierre, *Droit de la sécurité sociale*, 5^e édition, LGDJ, Paris, 2010, p. 338

1. Les prestations en nature

Les prestations en nature de l'assurance maladie sont destinées au remboursement total ou partiel des dépenses médicales et paramédicales, tels que honoraires médicaux et chirurgicaux, soins infirmiers, frais dentaires, analyses de laboratoire, hospitalisation, transport, etc. Les bénéficiaires de ces prestations sont l'assuré et ses ayants droit. La différence entre les prestations en nature et les prestations en espèce réside dans le fait que les prestations en nature correspondent, dans leur montant, à tout ou partie des frais effectivement exposés par l'assuré. Tandis que les prestations en espèces revêtent le caractère d'un revenu de substitution dont l'assuré a la libre disposition¹²⁴. Concernant les prestations en nature, elles se décomposent en trois formes: les modalités de la prise en charges des soins, l'étendue de la prise en charge des soins et le régime des prestations en nature.

(1) Les modalités de la prise en charges des soins représentent les conditions d'ouverture des droits pour l'assuré, les conditions d'ouverture des droits pour l'ayant droit, et le maintien des droits.

(1.1) Les conditions d'ouverture des droits pour l'assuré : elles s'apprécient normalement à la date des soins ou de leur prescription. Auparavant, les conditions d'ouverture des droits tenaient à une durée minimale d'affiliation ou d'immatriculation mais elles ont été supprimées par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

Au titre du régime général, les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature ont été considérablement allégées au fil du temps. Selon l'article R. 313-2 du Code de la Sécurité sociale portant les dispositions actuellement en vigueur, le droit aux prestations est ouvert pendant une année si l'assuré justifie¹²⁵ :

(a) D'une activité minimale au cours d'un mois civil ou de trente jours consécutifs (soit 60 heures de travail salarié ou assimilé, soit une activité ayant donné lieu à des cotisations sur une rémunération égale à 60 fois le taux horaire du SMIC) ;

(b) D'une activité minimale au cours d'un trimestre civil ou de trois mois de date à date (soit 120 heures de travail salarié ou assimilé, soit une activité ayant donné lieu à des cotisations sur une rémunération égale à 120 fois le taux horaire du SMIC) ;

¹²⁴*Ibid.*, p. 113.

¹²⁵Art. R.313-2, CSS

(c) D'une activité minimale au cours d'une année civile (soit 1200 heures de travail salarié ou assimilé soit une activité ayant donné lieu à des cotisations sur une rémunération égale à 2030 fois le taux horaire du SMIC).

Le droit aux prestations est ouvert pendant l'année qui suit la fin de la période de référence retenue pour l'ouverture des droits. Par ailleurs, l'institution de la Couverture maladie universelle¹²⁶ conduit à ouvrir des droits aux prestations en nature, particulièrement l'assurance maladie et la maternité à toute personne qui déclare ne pas relever d'un régime obligatoire. L'affiliation à la CMU est prononcée immédiatement (au besoin à titre provisoire dans l'attente de l'examen de la situation de l'assuré) ; le bénéfice des prestations est immédiat¹²⁷.

(1.2) Les conditions d'ouverture des droits pour l'ayant droit : s'ouvrent non seulement à l'assuré lui-même pouvant bénéficier des prestations en nature mais s'étendent également à ses proches (au sens large du terme) en qualité d'ayants droit¹²⁸, ainsi que¹²⁹ ;

(a) Le conjoint, le concubin (hétérosexuel ou homosexuel) ou le pacsé (un pacte civil de solidarité : PACS) qui n'exerce pas d'activité ;

(b) Le conjoint non divorcé ou pacsé séparé qui n'exerce pas d'activité ;

(c) Le cohabitant à la charge effective et permanente de l'assuré depuis plus de 12 mois, soit le compagnon de même sexe, soit tout autre personne avec ou sans lien de parenté.

(d) Les enfants à la charge de l'assuré : légitimes, naturels, adoptés ou simplement recueillis, les enfants à la charge de l'assuré ont la qualité d'ayant droit jusqu'à l'âge de seize ans (l'âge limite est reporté à dix-huit ans pour les enfants en apprentissage et à vingt ans pour les enfants qui poursuivent des études, et pour ceux qui ne peuvent exercer une activité professionnelle en raison de leur état physique ou mental).

(e) Les ascendants (parents, grands-parents), descendants (enfants, petits-enfants), collatéraux (frère/sœur, neveu/niece, oncle/tante) et alliés (beau-frère/belle-sœur, beau-père/belle-mère, neveu, niece, oncle ou tante par alliance) jusqu'au troisième degré de l'assuré peuvent avoir la qualité d'ayant droit s'ils vivent sous le toit de celui-ci et se

¹²⁶Loi n° 99-641 du 27 juill. 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

¹²⁷PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 114.

¹²⁸Art. L.313-3, CSS

¹²⁹PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 115 ; GRANDGUILLOT D., *L'essentiel du Droit de la Sécurité sociale 2011*, coll. « Carrés », 10^e édition, Gualino, Paris, 2011, p. 39.

consacrent aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans.

(1.3) Le maintien des droits : tout bénéficiaire, assuré ou ayant droit, conserve ses droits aux prestations en nature des assurances maladie pour une durée de 1 an à partir de : la cessation d'activité salariée ; la perte de la qualité d'ayant droit ; la fin ou l'arrêt des études ; la fin de l'indemnisation de l'assurance-chômage (sans limitation de durée si le demandeur d'emploi est toujours à la recherche d'un emploi et inscrit à Pôle emploi ou s'il est âgé de 55 ans et plus) ; la date de libération (en cas d'incarcération). De plus, toute personne qui a eu au moins 3 enfants à sa charge bénéficie sans limitation de durée de l'assurance maladie et maternité (en qualité d'assuré pour les ayants droit). Cependant, lorsqu'elle n'a plus la qualité pour recevoir des prestations en nature, la personne peut bénéficier également de la CMU¹³⁰.

(2) L'étendue de la prise en charge des soins présente deux caractéristiques : le caractère d'un remboursement et la participation de l'assuré laissant à sa charge une partie des frais exposés.

(2.1) Le principe du remboursement¹³¹ : la prise en charge des soins prend la forme, le plus souvent, du remboursement à l'assuré de tout ou partie des frais auxquels il a été exposés: il lui appartient de faire *l'avance des frais* (par ex. : en réglant directement les honoraires du médecin ou en s'acquittant du montant des médicaments) avant de solliciter ensuite le remboursement de ceux-ci auprès de l'organisme d'assurance maladie¹³².

Le principe comporte toutefois une exception : le mécanisme du *tiers payant*, notamment l'organisme d'assurance maladie. Ce dernier dispense de faire l'avance des frais de santé ; ils sont réglés directement au prestataire des soins, notamment des médecins, des pharmaciens et des établissements de soins concernés. L'assuré n'ayant plus donc à verser, le cas échéant, que la part qui demeure à sa charge, à savoir la partie des frais non remboursée par la Sécurité sociale. Cela est pratique et tend à s'étendre, particulièrement en cas d'hospitalisation ou auprès de certains médecins ou pharmaciens qui ont passé un accord avec la caisse primaire.

¹³⁰GRANDGUILLOT D., *op. cit.*, p. 39.

¹³¹Art. L.322-1, CSS

¹³²PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 115.

(2.2) La participation de l'assuré s'inspire de deux motifs essentiels : la limitation des dépenses de l'assurance maladie et le souci de sensibiliser l'assuré au coût des soins. Cela est la mesure de la prise en charge des soins, à l'ensemble des frais supportés et conserve une part à la charge de l'assuré.

La participation de l'assuré s'est inscrite, traditionnellement, dans le cadre du *ticket modérateur*; il est la partie des dépenses restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale, avant déduction des participations, franchises médicales ou forfait hospitalier à la charge de l'assuré. La participation de l'assuré conduit à laisser à sa charge une fraction, ou un pourcentage, du montant des frais exposés. Son montant varie selon la nature des prestations, de l'acte ou du traitement dispensé et du respect ou non du parcours de soins coordonnés¹³³, fixé désormais par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dans les limites prévues par voie réglementaire dans l'article R. 322-1, CSS (par ex. : entre 15 et 25 % du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ou entre 30 et 40 % pour les frais de transport ou entre 35 et 45 % pour les honoraires des auxiliaires médicaux et les frais d'analyses biologiques)¹³⁴.

Néanmoins, dans certains cas, la participation de l'assuré peut être supprimée soit en raison de la nature de sa maladie, soit en considération de sa situation personnelle¹³⁵. Il est alors pris en charge à 100 % mais sur la base des tarifs conventionnels.

(3) Le régime des prestations en nature : l'organisme d'assurance maladie auprès duquel l'assuré est affilié prend en charge le versement des prestations en nature (il s'agit, sauf exception, de l'organisme dans la circonscription dans laquelle l'assuré réside)¹³⁶. À l'exclusion de l'application des règles du tiers payant, la demande du remboursement des frais médicaux appartient à l'assuré qui doit également produire les pièces justificatives, comme l'ordonnance, la feuille de soins, etc. Le développement du tiers payant et la

¹³³GRANDGUILLOT D., *op. cit.*, p. 43.

¹³⁴Art. R.322-1, CSS

¹³⁵Art. L.322-2 I, CSS

¹³⁶Art. L.321-1, CSS

dématérialisation des procédures (notamment par le recours à la carte Vitale¹³⁷) conduisent à alléger considérablement les formalités requises pour l'obtention des prestations¹³⁸.

2. Les prestations en espèces

L'assurance maladie n'a pas seulement pour but de rembourser les frais exposés par la maladie mais elle est également appelée à servir des prestations en espèces qui permettent aussi de compenser, en tout ou partie, la perte de revenu résultant de l'arrêt de travail (maladie)¹³⁹. L'assuré, qui répond à certaines conditions d'ouverture, reçoit *des indemnités journalières* qui se présentent comme un substitut au salaire¹⁴⁰. Les conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces varient dans son principe et dans son étendue, suivant les régimes et les branches. Contrairement aux prestations en nature qui s'appliquent, à quelques nuances près, à l'ensemble de la population selon les mêmes règles.

Les bénéficiaires et la durée de versement des indemnités journalières : les salariés et assimilés relevant du régime général peuvent au titre de l'assurance maladie, recevoir des *indemnités journalières* en cas d'arrêt de travail. Ce droit est subordonné aux conditions d'ouverture des droits qui doivent être appréciées à la date de l'arrêt de travail¹⁴¹. Les conditions pour bénéficier des indemnités journalières peuvent être divisées en deux cas essentiels¹⁴² ;

1. Le droit aux prestations est ouvert dans la limite de six mois, lorsque l'assuré justifie d'une activité minimale au cours des mois précédents (soit 200 heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois derniers mois civils ou des quatre-vingt-dix jours précédents, soit des cotisations sur des rémunérations perçues au cours des six mois civils précédents au moins égales à celles dues sur une rémunération égale à 1 015 fois le taux horaire du SMIC).

¹³⁷La carte Vitale est la carte d'assuré social attestant du rattachement de l'assuré à un organisme d'assurance maladie. Elle est une véritable carte d'identité de santé contenant la biométrie, c'est-à-dire la photo de l'assuré, afin de s'assurer que le porteur de la carte Vitale en est le bénéficiaire, délivrée par le régime dont relève l'assuré et adressée à toute personne de plus de 16 ans, sur laquelle figurent tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement des soins ; GRANDGUILLOT D., *op. cit.*, p. 40.

¹³⁸PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 117.

¹³⁹Art. L.321-1, 5°, CSS

¹⁴⁰PETIT F., *op. cit.*, p. 160.

¹⁴¹Art. R.313-1, 2°, CSS

¹⁴²PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 128 ; SEBBAH C., *Le système de protection sociale en France*, coll. « ASH Etudiants », ASH, Paris, 2004, p. 28.

Principalement, les indemnités journalières sont versées pendant toute la durée de l'arrêt de travail prescrit par le médecin à partir du quatrième jour jusqu'à six mois. Alors, les trois premiers jours constituent un délai de carence¹⁴³.

2. Le droit aux prestations est ouvert au-delà de la limite des six mois d'arrêt de travail. Ce droit est exposé lorsque l'assuré peut justifier d'une immatriculation au régime général depuis douze mois au moins et d'une activité déterminée au cours de l'année précédente (soit 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze derniers mois civils ou des 365 jours précédents [dont 200 heures au cours des trois premiers mois], soit des cotisations sur des rémunérations perçues au cours des douze mois civils précédents au moins égales à celles dues sur une rémunération égale à 2 030 fois le taux horaire du SMIC [dont 1 015 fois le taux horaire du SMIC au cours des six premiers mois]).

Le droit à l'indemnité journalière au-delà de six mois s'impose lorsque le travailleur est victime d'une affection de longue durée impliquant la cessation du travail, ou d'une affection chronique entraînant de fréquents arrêts de travail, expressément mentionnées par la liste adressée par le Code de la sécurité sociale¹⁴⁴. C'est une pathologie « comportant un traitement prolongé et une thérapie particulièrement coûteuse ». Le bénéficiaire peut se voir verser les indemnités journalières pendant trois années à compter de la date de la constatation de l'affection. La prolongation du versement au-delà de six mois est toutefois conditionnée par une antériorité d'immatriculation d'un an et elle est soumise à des formalités spécifiques¹⁴⁵.

Le montant de l'indemnité journalière est déterminé en fonction de la rémunération de l'intéressé et ainsi égal à une fraction du salaire journalier de base¹⁴⁶, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, ce qui peut être divisé principalement en trois cas¹⁴⁷ ;

1. Le montant de l'indemnité journalière est égal à la *moitié* du salaire de l'assuré ; il est porté aux *deux tiers* à compter du trente et unième jour d'arrêt de travail à condition que l'assuré ait au moins trois enfants à sa charge¹⁴⁸.

¹⁴³BADEL M., *op. cit.*, p. 263.

¹⁴⁴Art. D.322-1, CSS.

¹⁴⁵Art. L.324-1, et de l'article R.324-1 à R.324-4, CSS ; BADEL M., *op. cit.*, p. 264.

¹⁴⁶Depuis 1987, l'assiette du salaire journalier de base est constituée des paies des trois mois précédant l'arrêt de travail. Ce mode de calcul ne permet pas toujours d'inclure dans le salaire journalier de base les primes et autres éléments de rémunérations versés à échéance fixe (primes de fin d'année, prime de 13^e mois) ; PETIT F., *op. cit.*, p. 160.

¹⁴⁷PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 129.

¹⁴⁸Art. L.323-4 et R.323-5, CSS

2. Le montant de l'indemnité journalière est majoré lorsque l'arrêt de travail dépasse six mois : l'indemnité est égale à 51,49 % du gain journalier de base (sans pouvoir être inférieure à 1/365^e du montant minimal de la pension d'invalidité, ni supérieure à 1/720^e du montant du plafond annuel des cotisations de sécurité sociale) ; elle est égale à 68,66 % du gain journalier de base lorsque l'assuré a trois enfants à charge (sans pouvoir être inférieure à 1/365^e du montant minimal de la pension d'invalidité majoré d'un tiers, ni supérieure à 1/525^e du plafond annuel des cotisations)¹⁴⁹.

3. Le montant de l'indemnité est déterminé en fonction *du gain journalier de base*. Lorsque le salarié bénéficie d'une rémunération mensualisée, le montant de l'indemnité est ainsi égal à 1/91.25^e du montant des trois mois précédant l'interruption de travail¹⁵⁰ ; des règles particulières s'appliquent en cas de travail discontinu ou saisonnier ainsi qu'à certaines catégories de travailleurs, telles que travailleurs à domicile, pigistes, voyageurs représentants placiers, etc. Alors, le gain journalier de base n'est pris en compte que dans la limite du montant du plafond des cotisations de la sécurité sociale.

Néanmoins, lorsque l'arrêt de travail est supérieur à trois mois, le montant de l'indemnité journalière va être revalorisé en cas d'augmentation des salaires en application de la convention collective concernant l'assuré ou d'augmentation générale des salaires.

Les indemnités journalières sont servies par la caisse primaire d'assurance maladie selon les mêmes règles que les prestations en nature.

b : La couverture aux seuls assurés en Thaïlande

Selon la loi sur la sécurité sociale de 1990, il existe sept prestations définies assurant la couverture des assurés au titre de la sécurité sociale thaïlandaise. Au départ, il n'existait que les prestations de la maladie ou d'accident, la maternité, l'invalidité et le décès (hors travail). Six ans plus tard (en 1996), les législateurs thaïlandais décidaient d'étendre la couverture à deux nouvelles prestations : la retraite et la prestation familiale. Actuellement, il existe sept prestations couvrant également un nouveau risque: le chômage¹⁵¹. Dans le cadre de cette étude, on se concentrera seulement sur la branche assurance maladie.

Les bénéficiaires de la branche d'assurance maladie du système de la sécurité sociale thaïlandais couvrent également l'accident hors travail et se traduisent par le versement de

¹⁴⁹Art. R.324-3, CSS ; Décret n°85-1353 du 17 décembre 1985 relatif au code de la sécurité sociale (partie Législative et partie Décrets en Conseil d'Etat).

¹⁵⁰Art. R.323-4, CSS.

¹⁵¹TOSUWANJINDA V., *op. cit.*, p. 32.

deux types de prestations comme en France : les prestations en nature et celles en espèce (l'indemnité journalière). Néanmoins, il existe une différence entre les deux systèmes français et thaïlandais. Ainsi, l'assurance maladie et maternité du régime général français sont applicables non seulement aux assurés, mais également à leurs ayants droit (conjoint, enfants à charge, etc.). Tandis que le système de la sécurité sociale thaïlandaise n'offre la couverture contre le risque maladie ou d'accident que pour les assurés, et ne s'étend pas à leurs ayants droit. Cet aspect doit être développé par les législateurs thaïlandais pour se conformer au « principe de l'universalité », dans le but de permettre à tous d'accéder également aux soins par le système de la sécurité sociale. Toutefois, la couverture des risques maladie s'étend également à l'ensemble des citoyennes thaïlandais grâce à l'institution de la Couverture maladie universelle : CMU. Cette dernière accueille principalement les Thaïlandais ne relevant d'aucun système de sécurité sociale, selon la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

1. Les prestations en nature

Les prestations en nature de l'assurance maladie sont destinées au remboursement total ou partiel des dépenses médicales et paramédicales.

(1) Les modalités de la prise en charges des soins : les assurés pourront bénéficier des prestations, notamment pour la branche maladie ou d'accident hors travail lorsqu'ils respectent les conditions suivantes prévues par la loi ;

(1.1) Le versement de la cotisation : les employés doivent verser la cotisation pendant une durée non inférieure prévue par la loi, les employeurs prennent normalement en charge de prélever la cotisation du salaire de leurs employés et de la verser ensuite à la Caisse de la sécurité sociale. Ainsi, l'employé doit verser une cotisation depuis au moins 90 jours pour en contrepartie bénéficier de la prestation d'assurance maladie ou d'accident hors travail¹⁵².

(1.2) La durée du versement de la cotisation : la condition d'ouverture des droits de l'assuré en Thaïlande se déroule toujours selon une durée minimale d'affiliation ou d'immatriculation. En effet, l'assuré pourra bénéficier d'une prestation d'assurance maladie

¹⁵²Art. 62 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

ou d'accident dès lors qu'il verse la cotisation depuis au moins quinze mois avant de recevoir un soin et un service médical.

La condition de durée du versement des cotisations est définie afin de protéger certains employés qui changent souvent de travail. Ainsi, dans certains cas, le nouvel (deuxième) employeur ne peut pas prélever pleinement la cotisation de son employé dans un délai de 90 jours, selon (1.1), avant la survenue de l'accident ou la maladie ; l'employé peut cependant percevoir une couverture, si son ancien (premier) employeur a déjà prélevé la cotisation au moins pendant quinze mois, selon (1.2)¹⁵³.

(1.3) L'origine du dommage : La sécurité sociale n'est pas prévue pour prévenir les dommages mais elle a pour but d'éliminer ou réduire des dommages auxquels l'assuré est exposé. L'assuré peut donc bénéficier de la prestation d'assurance maladie ou d'accident lorsque les dommages résultent d'une maladie ou d'un accident. Il faut souligner que si l'assuré subit des dommages auxquels il est exposé et auxquels il a consenti, que ce soit un dommage dû à autrui ou à sa propre personne, celui-ci ne peut exiger une prestation d'assurance maladie ou d'accident prévue par la loi. On considère alors le dommage comme intentionnel ou causé avec le consentement de l'assuré.

(1.4) Le maintien des droits : tout assuré conserve ses droits aux prestations en nature des assurances maladie ou d'accident hors travail et maternité pour une durée de six mois à partir de la cessation d'activité salariée¹⁵⁴.

(2) L'étendue de la prise en charge des soins se compose de trois éléments : la nature des dépenses médicales et paramédicales, le principe d'un remboursement et la participation de l'assuré laissant à la charge de l'assuré une partie des frais exposés.

(2.1) La nature des dépenses médicales et paramédicales se compose d'honoraires médicaux et chirurgicaux, du diagnostic, des soins infirmiers, des analyses de laboratoire, des médicaments, des frais d'hospitalisation, du transport, etc.¹⁵⁵ Ces dépenses peuvent être remboursées en fonction de huit cas : la maladie générale, la maladie d'urgence ou l'accident, le soin dentaire (seulement pour l'arrachage d'une dent, plombage, et la mise à

¹⁵³TOSUWANJINDA V., *op. cit.*, p. 31.

¹⁵⁴Art 38 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

¹⁵⁵Art 65 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

l'échelle), la thérapie de remplacement rénal (seulement la dépuración du sang avec une machine du rein artificiel, le lavage de l'abdomen avec une solution permanente, l'opération de greffe de rein et l'opération de changement de rein), la thérapie de la greffe de moelle osseuse, le changement de la cornée et les frais d'organe artificiel et des appareils à traitement, y compris le frais de soins engendrés par le SIDA¹⁵⁶.

Toutefois, l'assuré ne peut se voir rembourser les frais médicaux pour quinze maladies énoncées par l'Office de la sécurité sociale : la psychose (à moins que la psychose soit traitée immédiatement et la durée du traitement ne peut dépasser quinze jours), la maladie ou l'accident dû à la toxicomanie au regard de la loi sur les stupéfiants, l'affection chronique qui nécessite une hospitalisation de longue durée soit plus de 180 jours par an, le traitement rénal par le lavage du sang (sauf en cas d'insuffisance rénale aiguë avec une durée de traitement allant jusqu'à 60 jours), la chirurgie esthétique, le traitement en cours d'expérimentation, le traitement de la stérilité, l'examen du tissu pour changement d'organe, le diagnostic non essentiel, la greffe d'organe, l'opération permettant le changement de sexe, l'insémination, le traitement et la réadaptation, les soins dentaires (sauf l'arrachage d'une dent, le plombage et la mise à l'échelle), y compris les lunettes ou les lentilles.

(2.2) Le principe du remboursement : lorsque l'employé a pleinement la qualification d'assuré d'après la loi sur la sécurité sociale, il recevra « la carte de droit aux soins certifiés » portant son nom et le nom de l'établissement sanitaire choisi. Cette carte est considérée comme celle de santé des citoyens, mais elle ne peut pas être utilisée toute seule car ne disposant pas de photo, elle doit donc être montrée avec la carte d'identité du titulaire. Toutefois, l'assuré peut accéder aux soins et services médicaux en tant que, soit « patient de jour », soit « patient complet »¹⁵⁷ sans payer de frais médicaux, sauf les frais médicaux particuliers, tels que les frais d'honoraires d'un médecin spécialiste ou les frais d'hospitalisation dans une chambre exigée par l'assuré. Alors, tous les assurés doivent choisir leur établissement sanitaire traitant disposant d'un réseau (sous-traitant), c'est à dire d'un hôpital de petite échelle, de moyenne taille ou d'une clinique, afin d'offrir à ses patients

¹⁵⁶Office de la sécurité sociale, *op. cit.*, p. 9.

¹⁵⁷« Le patient dehors » signifie celui qui n'est pas hospitalisé, ne reste pas la nuit. Il est soigné par le médecin pendant la journée et après il peut rentrer chez lui. Alors que « le patient dedans » est normalement un malade très grave ; il doit être traité prudemment par le médecin et doit donc rester durant la nuit.

un accès facilité aux soins. On peut dire que l'assuré peut obtenir des soins dans son établissement sanitaire traitant sans frais¹⁵⁸.

Cependant, pour certaines maladies graves, il se peut que l'établissement sanitaire traitant ne soit pas en mesure de dispenser les soins nécessaires, notamment dans certaines spécialités telles que la neurologie ou la cardiologie ; le malade sera alors envoyé dans un établissement sanitaire supérieur ayant la capacité et l'équipement, dans le cadre d'une coopération établie entre les deux établissements. Les frais médicaux restent cependant à la charge de l'établissement sanitaire traitant¹⁵⁹.

Enfin, l'assuré peut également obtenir soins et services médicaux dans un autre établissement sanitaire, mais il devra avancer les frais et après se verra rembourser par l'envoi d'un dossier à l'Office de la sécurité sociale.

(2.3) La participation de l'assuré : l'Office de la sécurité sociale définit évidemment le plafond de la prestation que l'employé peut se voir rembourser. Lorsque les frais médicaux du malade ou l'accidenté dépassent le plafond déterminé par la sécurité sociale, le montant excédent est alors pris en charge par l'assuré. Cette mesure est proche de celle pratiquée en France mais la différence réside dans le mode de calcul. Ainsi, la participation de l'assuré français conduit à laisser à la charge de l'assuré une fraction, ou un pourcentage du montant des frais exposés. Son montant varie en fonction de la nature des prestations, de l'acte ou du traitement dispensé. En Thaïlande, le plafond des prestations versées n'est pas calculé en pourcentage, mais il est défini clairement en montant. Par exemple, pour l'obtention de soins et services médicaux dans un hôpital public, l'Office de la sécurité sociale rembourse les frais médicaux réels et essentiels auxquels le patient est exposé, avec 700 bahts par jour pour le prix de chambre et de la nourriture. Donc, s'il reçoit des soins ou un service médical dans un hôpital privé, l'assuré se verra rembourser les frais mais pas plus de 700 bahts par jour en tant que « patient de jour » ; mais pour un « patient complet », il peut se voir rembourser un maximum de 2000 bahts pour les frais médicaux et de 700 bahts pour la chambre et la nourriture par jour. Le montant des frais médicaux dépassant le plafond est à la charge du patient.

¹⁵⁸Office de la sécurité sociale, *op. cit.*, p. 8.

¹⁵⁹*Id.*, p. 9.

2. Les prestations en espèce

L'assurance maladie n'a pas seulement pour but de rembourser les frais exposés ; en effet, elle est également appelée à servir des prestations en espèces (des indemnités journalières) qui permettent de compenser, en tout ou partie, la perte de revenu résultant de l'arrêt de travail (maladie ou accident dehors du travail). En cas d'arrêt du travail, elle permet seulement à l'assuré (ne s'étend pas à ses proches) de recevoir l'indemnité journalière qui équivaut à la moitié de son salaire. Auparavant, le montant de l'indemnité journalière était déterminé en fonction du salaire journalier de base. Afin de calculer clairement, la loi sur la sécurité sociale de 1990 a prévu qu'une semaine égale 7 jours, un mois égale 30 jours et un an égale 365 jours. Mais ce mode de calcul a été supprimé par la loi sur la sécurité sociale (n°2) de 1990. Le montant de l'indemnité journalière est désormais déterminé en fonction du salaire mensuel de base¹⁶⁰ ; ainsi le salaire maximum pour verser la cotisation, est de 500 bahts par jour ou de 15 000 bahts par mois. Si l'assuré possède un salaire supérieur à 15 000 bahts par mois, il verse une cotisation seulement sur la base d'un salaire de 15,000 bahts¹⁶¹.

La durée de versement des indemnités journalières varie selon deux cas¹⁶² ;

(1) De façon générale, le versement des indemnités journalières ne peut excéder en principe 90 jours par maladie et ne doit pas dépasser 180 jours par an (peu importe le nombre de fois que l'assuré a été malade).

(2) En cas de maladie chronique définie clairement par le médecin et existant sur la liste prévue par le Règlement ministériel, tels que le cancer, la paralysie cérébrale, une maladie rénale chronique, et si la maladie doit être traitée consécutivement plus de 180 jours, l'assuré peut se voir verser des indemnités journalières de plus de 180 jours mais elles ne peuvent pas dépasser 365 jours par an.

L'assuré qui perçoit des indemnités journalières, ne doit pas recevoir de salaire durant l'arrêt du travail. S'il obtient un salaire pendant cette période, il ne peut pas exiger d'indemnité journalière, sauf si le salaire s'avère inférieur à l'indemnité journalière ou pour une courte durée, celle-ci complètera la part déficitaire. La demande se fait alors directement auprès de l'Office de la sécurité sociale¹⁶³.

¹⁶⁰Art 6 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

¹⁶¹KRITTITAYAWUT M., *op. cit.*, p. 11.

¹⁶²Premier alinéa de l'article 64, de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

¹⁶³Troisième alinéa de l'article 64 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

§ 2 : Les autres systèmes d'assurance sanitaire publique au regard de l'assurance maladie

Le système fondamental français d'assurance sanitaire publique s'articule autour de la Sécurité sociale qui réunit toutes les catégories professionnelles afin de lutter contre des risques sociaux et professionnels. Dans cet énorme système, il existe quatre régimes principaux, selon la fonction, l'identité et les caractéristiques de chaque catégorie professionnelle. En Thaïlande, après la réforme du système d'assurance sanitaire de 2002, on a divisé le système d'assurance sanitaire publique en trois modèles principaux, chaque système étant géré et organisé séparément¹⁶⁴. Cependant, si l'on tient compte de la fonction des catégories professionnelles, on peut compter seulement deux grands principaux systèmes : la Sécurité sociale et celui destiné aux fonctionnaires et autres agents publics. En outre, la réforme de 2002 a pour prétention de proposer à 92,5% de la population d'accéder aux soins¹⁶⁵.

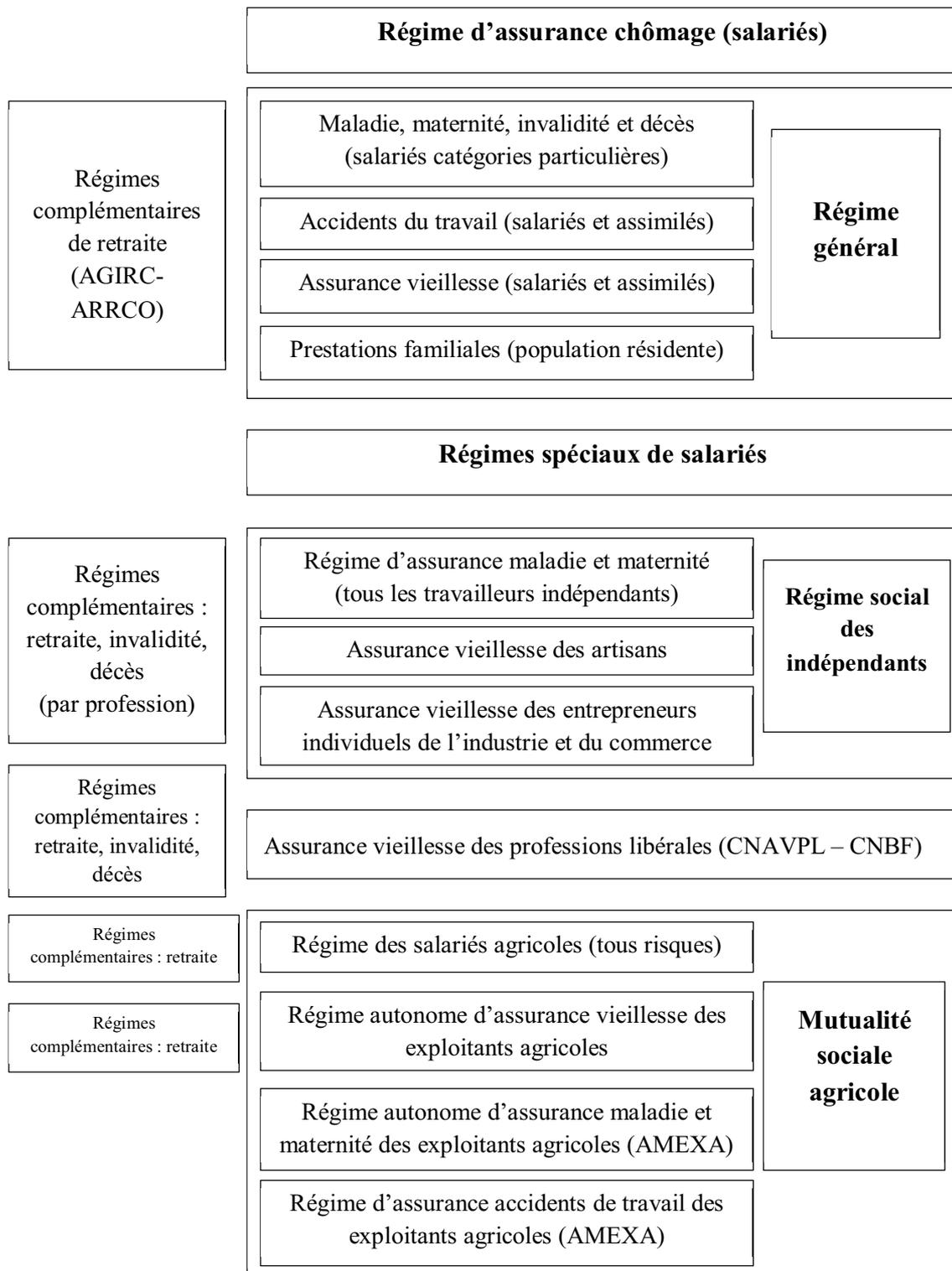
A : Les autres régimes de la sécurité sociale en France

Le système français de la sécurité sociale tente de s'organiser conformément au principe de l'unité mais il est en pratique confronté à la diversité des catégories professionnelles de la société. Afin de couvrir tous les citoyens contre les risques sociaux, la Sécurité sociale se divise en quatre régimes principaux qui sont gérés selon la nature et le caractère de chaque catégorie professionnelle : le régime général, les régimes spéciaux, le régime agricole et les régimes des travailleurs indépendants. Cette étude mettra l'accent sur l'assurance maladie.

¹⁶⁴Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé publique de Thaïlande 2005-2007*, presses de l'organisation des vétérans de la guerre de la Thaïlande, 2007, p. 390-391.

¹⁶⁵Le nombre total d'habitants thaïlandais est environ 70 millions en 2011.

Le système français de sécurité sociale



Source : PRETOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Mémentos », 13^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 30

a : Les régimes spéciaux

Selon le Vocabulaire Juridique Capitant « les régimes spéciaux désignent des régimes légaux qui, indépendants en tout ou partie du régime général, accordent à certaines catégories socio-professionnelles (des travailleurs des mines, de la SNCF¹⁶⁶, de l'EDF¹⁶⁷, de la RATP¹⁶⁸, fonctionnaires, militaires de carrière etc.) des avantages supérieurs à ceux du régime général, certains régimes spéciaux codifiant des avantages acquis par les intéressés antérieurement à l'institution de la Sécurité sociale »¹⁶⁹.

Les régimes spéciaux sont institués de longue date au profit de certaines catégories professionnelles bien précises. Avant 1945, de nombreuses professions, telles que des mineurs, marins, fonctionnaires civiles, entreprises publiques de transport ferroviaire, entreprises électriques et gazières, s'étaient déjà engagées dans des systèmes corporatistes de protection sociale. Ils étaient créés soit à l'initiative de leurs membres (sous forme de sociétés de secours mutuels ou d'institutions de prévoyance), soit à l'initiative d'employeurs soucieux autant d'assurer la santé de leurs travailleurs que de les fidéliser¹⁷⁰.

En 1945, le législateur a voulu unifier les régimes mais il se heurta au désaccord manifeste des régimes spéciaux. Poursuivant une logique de solidarité professionnelle, ces régimes étaient maintenus « à titre provisoire » par l'Ordonnance du 4 octobre 1945 et l'article 61 du décret du 8 juin 1946 pour des raisons d'opportunité politique ; ces régimes sont pour une très large part régis par des textes spécifiques¹⁷¹.

L'assujettissement au régime spécial procède de l'exercice d'une profession déterminée qui relève notamment des travailleurs dans des entreprises liées au service public ou assurant une activité essentielle d'intérêt national ; la liste des régimes spéciaux figure à l'article R. 711-1, CSS. Au sein de cette liste, on distingue les régimes qui se particularisent totalement ou appartiennent à un organisme ou à une entreprise déterminée (tel est le cas de Mines, SNCF, RATP, militaires de carrières, l'Opéra de Paris, Banque de France, marins) de

¹⁶⁶La Société nationale des chemins de fer français (SNCF) est une entreprise publique française opérant dans le transport ferroviaire.

¹⁶⁷Électricité de France (EDF) est la principale entreprise de production et de fourniture d'électricité en France et dans le monde.

¹⁶⁸La Régie autonome des transports parisiens (RATP) est un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) assurant l'exploitation d'une partie des transports en commun de Paris et de sa proche banlieue.

¹⁶⁹CORNU G. (Dir), *Vocabulaire juridique*, 9^e édition, PUF, Paris, 2011, p. 692, V^o *Régime spécial*, une mosaïque de régimes s'est progressivement constituée depuis le XIX^e siècle : Banque de France (1806), Comédie Française (1812), Chemin de fer (1855), mines (1894) ; KESSLER F., *op. cit.*, p. 87.

¹⁷⁰PETIT F., *op. cit.*, p. 109.

¹⁷¹KESSLER F., *op. cit.*, p. 88.

ceux qui sont soumis à un statut particulier et ne présentent qu'une spécialisation réduite quant aux avantages servis (par exemple des fonctionnaires civils de l'Etat, fonctionnaires des collectivités territoriales, personnels des industries électriques et gazières, (EDF-GDF¹⁷²), régime étudiant, artistes-auteurs, employés et clercs de notaire)¹⁷³. Ces derniers sont pris en charge pour les risques non couverts par le régime général.

Concernant les prestations, les régimes spéciaux offrent normalement des prestations plus avantageuses que celles du régime général, notamment en matière d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Il est évident que cet avantage est vraiment affirmé quant aux conditions d'accès aux prestations, peut-être aussi quant à la participation financière des agents. Le Code de la sécurité sociale ne fait pas obstacle au maintien des avantages acquis, confirmés dans l'article R.711-17.

L'étendue des prestations offertes par les régimes spéciaux est diverse, notamment en matière d'assurance maladie. Certains régimes, tels que celui des mines, de la RATP ou de la SNCF, offrent la gratuité des soins dans le cadre d'une médecine de caisse¹⁷⁴. Tandis que des autres procèdent par remboursement d'avances de frais de soins.

Certains régimes couvrent l'ensemble des risques sociaux, tels que les gens de mer, les agents de la RATP ou de la SNCF. Certains régimes spéciaux ne couvrent que pour un ou plusieurs risques ; ainsi les intéressés sont assujettis pour les autres risques au régime général. Ces régimes sont parfois dénommés « régimes particuliers ». Tel est le cas, par exemple, des fonctionnaires : s'ils disposent de leur propre régime de retraite (régime des pensions civiles et militaires de l'Etat) et de leur propre couverture des risques professionnels (couverture statutaire des accidents de service, tels que de pertes de revenus du fait de la maladie ou de l'invalidité et de protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles¹⁷⁵), ils relèvent du régime général pour les prestations en nature des assurances maladie, maternité et les prestations familiales¹⁷⁶.

Quant aux prestations en espèce (les indemnités journalières) ou l'indemnisation de l'arrêt de travail, particulièrement concernant l'assurance maladie, une distinction s'impose :

¹⁷²Gaz de France (GDF) était un groupe énergétique français, spécialisé dans le transport et la distribution de gaz naturel.

¹⁷³PETIT F., *op. cit.*, p. 109.

¹⁷⁴*Id.*, p. 111.

¹⁷⁵L'indemnisation des accidents de service des agents titulaires de l'Etat est assurée en vertu des dispositions du Statut général des fonctionnaires (art. 34 et 65 du titre II de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984) et du Code des pensions civiles et militaires de retraite (art. L. 27) et du décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960 modifié.

¹⁷⁶PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 45.

si certains régimes spéciaux versent également des indemnités en cas d'arrêt de travail, d'ordinaire sur des bases plus favorables que le régime général (tel est le cas, par exemple, du régime des employés et clercs de notaire), les assurés relevant d'autres régimes spéciaux bénéficient purement et simplement du maintien, en tout ou partie, de leur rémunération par l'employeur (il en va ainsi, par exemple, des fonctionnaires de l'Etat, des agents de la SNCF ou des personnels d'EDF-GDF). Généralement, les régimes de ces derniers versent pendant plusieurs mois l'intégralité du salaire, parfois sans délai de carence¹⁷⁷.

Enfin, il faut souligner que les prestations d'assurance maladie des fonctionnaires sont versées par des institutions particulières et non par celles du régime général : mutuelles de fonctionnaires pour la prise en charge des frais de soins et liquidation en même temps que le traitement par les services ministériels compétents pour les prestations familiales¹⁷⁸. Ainsi, le régime particulier d'assurances sociales pour les fonctionnaires était prévu par les lois organiques des 14 avril 1924 et 21 mars 1928, dont les prestations étaient servies par leurs mutuelles de santé. A partir de 1947, le régime général d'assurance maladie fut étendu aux fonctionnaires, mais leurs mutuelles restèrent seules compétentes pour le service des prestations en nature des assurances obligatoires maladie, maternité et invalidité¹⁷⁹.

b : Le régime agricole

La présence d'un régime agricole parmi les régimes de sécurité sociale s'explique d'abord par l'histoire de l'installation d'une protection sociale pour le monde agricole et ensuite par le champ d'application d'une couverture sociale en faveur des agriculteurs.

L'organisation prématurée d'une protection sociale par la mutualité agricole date de la seconde moitié du XIX^e siècle, lorsque les agriculteurs ont éprouvé le besoin de s'organiser collectivement. Pour faire face aux difficultés résultant de la destruction de leurs biens, de leurs récoltes ou de la perte de leur bétail, ils créent les premières mutuelles locales. C'est une loi du 4 juillet 1900 qui est à l'origine de la mutualité agricole, constituée à l'origine de groupements volontaires sans but lucratif en vue d'assurer la gestion des risques

¹⁷⁷*Id.*, p. 45.

¹⁷⁸Mais, pour ces mêmes prestations, les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers sont affiliés aux caisses d'allocations familiales du régime général ; KESSLER F., *op. cit.*, p. 90.

¹⁷⁹Rapport au président de la République pour 2002, « Les mutuelles de fonctionnaires gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie », janv. 2003, p. 245 – 263. Les prestations en nature ne sont toutefois versées par leurs mutuelles qu'aux fonctionnaires civils ; celles des militaires sont servies par un établissement public, la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS).

incendie, grêle et mortalité du bétail¹⁸⁰. Ces mutualités agricoles vont par la suite donner naissance à la Mutualité sociale agricole (MSA) dont le champ matériel est tout autre. Cette dernière concerne en effet les risques sociaux auxquels sont exposés les paysans et relève d'institutions distinctes¹⁸¹.

Progressivement, ce sont les salariés agricoles qui se sont vus reconnaître les mêmes droits à la protection que les autres salariés. Le législateur commence par étendre à l'agriculture la loi sur les accidents du travail du 15 juillet 1914 et du 15 décembre 1922. Les lois sont applicables à tous les salariés, mais aussi aux collaborateurs occasionnels, aux métayers qui travaillent seuls ou avec l'aide de leur famille. De plus, après la création des assurances sociales en 1928 et 1930 pour les salariés des autres professions, un dispositif comparable a été mis en place visant le monde agricole¹⁸². Ainsi, depuis 1930 les salariés agricoles sont aussi couverts contre les risques maladie, maternité, décès et vieillesse.

En 1932, l'instauration d'un système d'allocations familiales a été suivie de la mise en place d'un dispositif adapté à l'agriculture, d'abord pour les ouvriers agricoles (1936), ensuite pour les exploitants eux-mêmes (1938)¹⁸³. A partir de 1940, la MSA est placée sous la tutelle du ministère de l'Agriculture et elle est instituée comme organisme professionnel pour gérer l'ensemble des risques sociaux des assurés agricoles¹⁸⁴.

Après la guerre, l'ordonnance du 4 octobre 1945 a d'abord laissé intact le dispositif antérieur, les professions agricoles et forestières étant soumises au même régime¹⁸⁵; les modifications du régime agricole ont eu lieu plus tard (1960), à la suite du regroupement des trois caisses de mutualité compétentes (assurances sociales¹⁸⁶, allocations familiales et assurance-vieillesse¹⁸⁷) en une seule catégorie de caisses, les caisses de mutualité sociale agricole (MSA), organisées au niveau départemental. Mais furent conservés au niveau national les trois types de caisses correspondant à chacun des risques assurés : la Caisse centrale de secours mutuels agricoles (pour la prise en charge du risque maladie et accidents

¹⁸⁰Elles étaient à l'origine réservées aux seuls agriculteurs. Elles sont aujourd'hui regroupées en GROUPAMA et se sont ouvertes à un cercle plus large d'assurés ; PETIT F., *op. cit.*, p. 118.

¹⁸¹BADEL M., *op. cit.*, p. 350.

¹⁸²PETIT F., *op. cit.*, p. 118.

¹⁸³*Id.*

¹⁸⁴BADEL M., *op. cit.*, p. 351.

¹⁸⁵Art. L. 111-2, CSS.

¹⁸⁶Le régime d'assurance maladie obligatoire (AMEXA) a été instauré par la loi du 25 janvier 1961, l'assureur possède le libre choix d'être affilié.

¹⁸⁷Le régime d'assurance vieillesse obligatoire a été créé par la loi du 10 juillet 1952 et est géré par la MSA.

du travail¹⁸⁸) ; la Caisse centrale des allocations familiales agricoles (pour la prise en charge des familles), la Caisse nationale de vieillesse agricole (pour la prise en charge des pensions de retraite). Il a fallu attendre la loi du 10 février 1994 pour qu'une seule caisse – la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole – prenne en charge l'ensemble de risques sociaux¹⁸⁹.

Les ressortissants du régime agricole sont 1,4 millions (800 000 exploitants agricoles et 600 000 salariés agricoles)¹⁹⁰ et peuvent être divisés en deux types, soit en tant que salariés, soit en tant qu'exploitants agricoles.

En tant que salariés agricoles, ils sont considérés comme les salariés bénéficiant du régime général¹⁹¹, la qualité de salarié est donc appréciée au regard du critère de subordination. Cependant, la protection des salariés et assimilés du régime agricole est gérée par les caisses particulières ; celles de mutualité sociale agricole (MSA). Les petits métayers travaillant seuls ou en famille sont aussi assimilés à la MSA¹⁹². L'alignement a laissé survivre quelques règles imposées par le particularisme du milieu agricole. La protection est étendue, comme dans le régime général, à quelques catégories supplémentaires ; par exemple les employés de maison des exploitations agricoles, les stagiaires, les élèves auprès des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricole, les salariés agricoles désignés pour siéger dans certaines instances, les chômeurs en congé de conversion, etc.¹⁹³

En tant qu'exploitants agricoles : l'Etat a la volonté d'étendre le champ d'application du régime agricole. Tout d'abord, la protection vise toute activité agricole par nature, ce qui correspond à l'exploitation du sol et à l'élevage. Afin d'être bénéficiaire du régime agricole, l'intéressé doit tenir une exploitation conformément à une fraction de la « surface minimale d'installation : SMI », qui est fixée par l'autorité administrative¹⁹⁴. Ainsi,

¹⁸⁸La loi du 22 décembre 1966 met en place un régime complémentaire obligatoire contre les accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de la vie privée, avec libre choix de l'assureur (AAEXA). Cette couverture sera réformée et revalorisée en 2002, avec l'installation d'un Fonds de prévention des risques professionnels dont la gestion est confiée à la MSA. Quant aux salariés, leur couverture est parachevée par la loi du 25 octobre 1972 qui institutionnalise leur protection contre les accidents du travail, les accidents de trajet et les maladies professionnelles ; BADEL M., *op. cit.*, p. 352.

¹⁸⁹PETIT F., *op. cit.*, p. 119.

¹⁹⁰LOBRY C., *Droit du travail et Sécurité social*, Chiron éditeur, Clamecy, 2011, p. 138.

¹⁹¹L'affiliation des salariés agricoles à un régime de retraite complémentaire est obligatoire depuis la loi du 29 déc. 1972.

¹⁹²Les petits métayers répondent à conditions suivantes : ils travaillent d'ordinaire seuls ou avec l'aide de leurs familles, la valeur du cheptel qu'ils possèdent en propre à l'entrée dans l'exploitation ne doit pas dépasser 457£ et le revenu cadastral des terres exploitées est au plus égal à 508 £, quelle que soit la valeur du cheptel. (Art. L. 417-1, 722-1, C. rural)

¹⁹³PETIT F., *op. cit.*, p. 120.

¹⁹⁴Art. L. 312-6, C. rural.

les personnes bénéficiant du régime agricole doivent diriger une exploitation d'une dimension au moins égale à une demi-SMI. Concernant les exploitations ou entreprises dont l'importance ne peut être appréciée par référence à une surface (SMI), l'activité professionnelle peut aussi être appréciée à partir du temps de travail nécessaire. Ceci équivaut à la demi-SMI (1 200 heures par an multipliées par le nombre de membres ou d'associés participant aux travaux)¹⁹⁵.

Ensuite, le législateur inclut également, par extension, l'exploitation des bois et forêts, l'élevage d'animaux de laboratoires, l'activité d'une société de course. Ainsi il additionne d'autres activités qui s'exercent au profit des professions agricoles, de même que les groupements professionnels qui concourent à de telles activités, telles que l'activité de la vente de produits agricoles, celle de travaux agricoles (par exemple, terrassement à l'aide d'outils agricoles), celle d'un organisme de crédit agricole, d'une coopérative agricole ou d'un syndicat agricole¹⁹⁶.

De plus, sont également assujettis à titre personnel au régime agricole les membres de la famille de l'exploitant¹⁹⁷ qui, âgés de plus de 16 ans (pour l'assurance vieillesse et l'assurance maladie)¹⁹⁸ ou de 14 ans (pour l'accident du travail) et non-salariés, vivent et participent aux travaux de l'exploitation¹⁹⁹. Ces membres de la famille peuvent être des *associés d'exploitation*, que la loi du 17 juillet 1973 fait bénéficier d'un statut particulier²⁰⁰. En ce qui concerne les formes sociales d'exploitation (entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée : EURL ou co-exploitation), elles permettent au conjoint de bénéficier d'un statut d'associé lui ouvrant une égalité de droits avec l'exploitant²⁰¹.

En ce qui concerne les risques pris en charge ou les prestations couvertes, il faut distinguer ceux des salariés agricoles et ceux des exploitants agricoles. **En premier lieu, concernant les salariés agricoles:** à partir de l'origine de la sécurité sociale, les droits des salariés agricoles ont été alignés sur ceux du régime général. Ainsi, l'assurance maladie offre les mêmes prestations; la pension de vieillesse de base, comparable à celle du régime

¹⁹⁵DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 963.

¹⁹⁶PETIT F., *op. cit.*, p. 119.

¹⁹⁷Ce sont les ascendants, les frères et sœurs ou alliés au même degré de l'exploitant ou de son conjoint. Le conjoint est couvert par l'assurance maladie de l'exploitant et n'a donc pas de cotisation à verser à ce titre ; en revanche, il est assujetti, à titre personnel, à l'assurance vieillesse.

¹⁹⁸Au-dessous de cet âge, l'enfant est couvert comme ayant droit par l'assurance maladie de son père ou de sa mère.

¹⁹⁹L'habitation sur l'exploitation fait présumer la participation aux travaux.

²⁰⁰Il s'agit d'une personne non salariée âgée de 18 à 35 ans, membre de famille du chef d'exploitation ou de son conjoint et qui a pour activité principale la participation à la mise en valeur de l'exploitation.

²⁰¹Art. L. 321-6 à L. 321-12 C. rural ; DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 963-964.

général; une pension de retraite complémentaire est s'ajoutée depuis la loi du 29 décembre 1972. De plus, le régime des accidents du travail n'est guère différent de celui des salariés du régime général; néanmoins, si les prestations sont identiques, les modes de calcul sont différents. Ainsi dans le régime agricole, il est tenu compte de l'activité discontinuée de certains travaux, tels que les travaux à la tâche ou saisonniers²⁰².

En second lieu, concernant les exploitants agricoles : il s'agit des bénéficiaires exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle agricole non salariée, ainsi que leurs ayants droit définis dans le régime général. Ces bénéficiaires peuvent maintenir leur droit à des prestations en nature au régime agricole pendant quatre ans après la perte de la qualité d'assuré, comme dans les autres régimes. Alors, le bénéficiaire des prestations n'est plus subordonné au paiement des cotisations dans divers cas de cessation d'activité²⁰³.

Du point de vue des prestations maladies, depuis la mise en œuvre de la réforme de l'assurance accident du travail et maladies professionnelles, le régime agricole prend en charge les accidents et maladies d'origine professionnelle (assurance dite AAEXA), dans des conditions comparables à celles du régime général²⁰⁴.

Depuis la loi du 25 janvier 1961, l'assurance maladie AMEXA a servi des prestations en nature, mais ignorait le versement de prestations en espèces à l'occasion d'accidents et des maladies d'origine non professionnelles. Ainsi, les prestations en nature couvrent les dépenses médicales, paramédicales, pharmaceutiques, hospitalières, etc. Les dispositions relatives à ces prestations sont, en principe, les mêmes que celles relatives aux prestations dues aux salariés. Cette situation n'a été guère modifiée depuis la loi du 30 novembre 2001 : si l'effort a été réel en matière de relèvement des prestations en nature, les prestations en espèces sont toujours exclues en cas d'accidents ou de maladies d'origine non professionnelle²⁰⁵.

Les évolutions récentes ayant affecté, en matière d'assurance maladie, le régime général se sont étendues à l'assurance maladie des exploitants agricoles : principe du « médecin traitant », dossier médical personnel, carte Vitale personnalisée, forfait non remboursable par consultation, hausse du forfait hospitalier, contrôles accrus des arrêts de travail et régime de sanctions afférent²⁰⁶.

²⁰²PETIT F., *op. cit.*, p. 121.

²⁰³Art. L. 722-13 et L. 725-19 C. rural et Art. L. 161-8, CSS.

²⁰⁴Art. L. 752-1 et s., C. rural.

²⁰⁵PETIT F., *op. cit.*, p. 120.

²⁰⁶DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *op. cit.*, p. 969.

c : Les régimes des travailleurs indépendants

Les régimes des travailleurs indépendants (ou les régimes autonomes des travailleurs non-salariés non agricoles) sont les régimes appelés parfois des « non-non » ou des « ni-ni ». Ils couvrent les artisans, commerçants, industriels et professions libérales²⁰⁷ qui comprenaient 2,5 millions de cotisants en 2010 (commerçants : 41,5 % ; artisans : 35,4 % ; professions libérales : 23,1 %). La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales comptait, quant à elle, 606 500 cotisants²⁰⁸.

Les travailleurs indépendants relèvent à la fois d'un régime autonome d'assurance vieillesse (il en existe trois distincts : le régime ORGANIC (les industriels et les commerçants), le régime CANCAVA (les artisans) et le régime des professions libérales, sans compter le régime des avocats), et d'un régime unique d'assurance maladie et maternité. Ils relèvent par ailleurs du régime général en ce qui concerne les prestations familiales. Il faut remarquer qu'aujourd'hui, la gestion des régimes ORGANIC et CANCAVA, d'une part, et la gestion du régime d'assurance maladie et maternité, d'autre part, concerne un même ensemble d'organismes : le Régime social des indépendants (RSI)²⁰⁹.

Dès 1945, les travailleurs indépendants ont été rattachés au régime général pour les prestations familiales et à la fin de 1946 jusqu'au début de 1947, ils rejetaient l'assimilation aux salariés pour l'assurance vieillesse sans concessions des immatriculations et des cotisations. Ensuite, en 1948, ils obtiennent la création de « régimes autonomes d'assurance vieillesse » précédant l'instauration de « régimes autonomes d'assurance maladie maternité » dix-huit ans plus tard (1966). Pendant cette période (1948-1966), on assiste régulièrement à un affrontement entre autonomie et intégration au régime général. Alors, l'instauration d'un régime social unique des travailleurs indépendants ou dit « RSI », par l'intégration des régimes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie qui étaient les leurs²¹⁰, est venue simplifier l'architecture des régimes et maintenir le particularisme puisque ce nouveau régime demeure en dehors du régime général²¹¹.

Avant 2005, les régimes d'assurance vieillesse sont nés d'une loi du 17 juillet 1948 et ont servi des prestations (allocations et pensions) qui, peu à peu, ont été alignées sur celles

²⁰⁷GRANDGUILLOT D., *op. cit.*, p. 16.

²⁰⁸PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 45.

²⁰⁹*Id.*, p. 45.

²¹⁰Principe affirmé dans la loi de simplification du droit du 9 décembre 2004, mis en œuvre par une 1^{er} ordonnance du 31 mars 2005 qui donne naissance à une instance nationale provisoire se substituant aux conseils d'administration des organismes national aux trois régimes concernés.

²¹¹CHAUCHARD J., *op. cit.*, p. 195.

du régime général. Il fallait alors distinguer un régime autonome des professions industrielles et commerciales et un régime des professions artisanales²¹².

Le régime d'assurance maladie et maternité institué par une loi du 12 juillet 1966 couvrait l'ensemble des travailleurs indépendants, qu'ils soient industriels et commerciaux, artisans, ou professions libérales. En 1970 (par la loi du 6 janvier), puis en 1973 (par la loi Royer, du 27 décembre²¹³) et en 1994 (loi du 11 février²¹⁴) et en 1995²¹⁵, le régime d'assurance maladie et maternité a été progressivement aligné sur le régime général. Désormais, les travailleurs indépendants sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité, selon l'article L. 613-1, CSS. Néanmoins, ce régime a pour but de tenter une conciliation entre le caractère obligatoire du régime et le principe de liberté de ses ressortissants. Donc, il permet à chacun d'entre eux de choisir l'organisme assureur et chaque profession peut décider d'améliorer sa protection par le choix d'un régime complémentaire.

Après avoir créé le RSI, il est nécessaire désormais de distinguer les professions libérales des autres professions indépendantes. **Premièrement le régime social des indépendants (RSI)** concerne généralement les bénéficiaires des professions industrielles, et commerciales (l'article L. 622-4, CSS)²¹⁶ et les artisans (l'article L. 622-3 CSS), ceux qui sont normalement caractérisées par une inscription administrative (registre du commerce ou répertoire des métiers) valant présomption simple d'activité non salariée.

Elles s'opposent pour une large part aux professions salariées, bien que certaines situations révèlent de l'application de certaines règles du droit du travail ; celles-ci sont ainsi qualifiées en présence d'un contrat de travail ou, par voie de contentieux, à la suite de l'établissement d'un lien de subordination à l'égard d'un employeur. Avant la création du RSI, la loi donne une définition générale du travailleur indépendant : « est présumé travailleur indépendant celui dont les conditions de travail sont définies exclusivement par lui-même ou par le contrat les définissant avec son donneur d'ordre »²¹⁷. Même si cette

²¹²*Id.*

²¹³Un décret de 1977 a permis l'amélioration de certaines prestations en nature (assurance maladie) en les portant à hauteur de celles du régime général.

²¹⁴Harmonisation de l'assiette des cotisations, possibilité de rachat de trimestres d'assurance-vieillesse, amélioration du statut de conjoint collaborateur, contrats d'assurance de groupe.

²¹⁵Création d'un régime d'indemnités journalières des artisans et d'une indemnité journalière de repos maternel (loi DDOS 4 février 1995).

²¹⁶Cass. Civ. 2^e 11 octobre 2005 (associé en nom collectif), *Dr. Soc.* 2006, 111, obs. G. FRANCOIS-DAINVILLE.

²¹⁷Art. L. 8221-6.1 C. trav., loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008.

définition ne résout pas toutes les difficultés, ce texte est à rapprocher des définitions ou éléments de définition que l'on rencontrait, dans chaque régime de professions indépendantes²¹⁸ avant l'instauration du RSI (l'article L.621-3, CSS) : professions industrielles et commerciales de l'article L.622-4 CSS, artisans de l'article L.622-3 CSS, généralement caractérisées par une inscription administrative (registre du commerce ou répertoire des métiers) valant présomption simple d'activité non salariée²¹⁹.

En outre, les bénéficiaires sont non seulement l'assuré social mais également ses ayants droit (selon l'article L. 613-10, CSS) qui sont très proches des ayants droit des assurés sociaux du régime général pour l'assurance maladie et maternité. Ainsi, les ayants droits se composent du conjoint (s'il n'est pas lui-même assuré), les descendants, dans des limites étroites les ascendants, la personne en vie maritale avec l'assuré. Même si le texte manque sur ce point de clarté, il faut aussi ajouter le « pacsé » à la charge de l'assuré et la personne qui vit avec lui depuis au moins un an et qui est à sa charge effective, totale et permanente²²⁰.

A propos des prestations, le RSI verse traditionnellement des prestations en nature. Il s'ouvre aujourd'hui aussi, même si c'est dans une mesure limitée, aux prestations en espèces. Ce régime ne comprend pas le service des prestations familiales car il leur est assuré par les CAF²²¹ (au régime général) ; les professions non salariées (non agricoles) disposent néanmoins d'une protection spécifique qui offre des garanties identiques à celles du régime général²²².

D'abord, les prestations en nature, comme l'énonce désormais explicitement l'article L. 613-14, CSS : les prestations en nature sont servies par le régime autonome, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, et sont dites « prestations de base » qui sont communes à l'ensemble des professions relevant du régime autonome. Le régime en est ainsi avec l'assurance maladie-maternité obligatoire, instituée par une loi du 12 juillet 1966, qui a été progressivement alignée sur le régime général. Depuis la LFSS pour 2001 (loi du 23 décembre 2000), les prestations de base servies sont les mêmes que celles du régime général

²¹⁸Art. L. 621-3, CSS.

²¹⁹CHAUCHARD J., *op. cit.*, p. 199.

²²⁰LABORDE J., *op. cit.*, p. 511.

²²¹Le financement en est assuré notamment par une cotisation spécifique, la cotisation personnelle d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants (art. L. 242-11, CSS), distincte de la cotisation d'allocations familiales dont ils sont redevables en tant qu'employeur d'un personnel salarié (L. 241-6, 2°, CSS).

²²²A l'exception des accidents du travail et des maladies professionnelles (sauf recours à l'assurance volontaire du régime général ou aux assurances privées) ; CHAUCHARD J., *op. cit.*, p. 201.

(prestations en nature)²²³. De plus, il est désormais - tant en ce qui concerne les dépenses prises en charge que leur taux de couverture - tout à fait comparable à celles du régime général²²⁴. Selon l'article R. 613-28, CSS et sauf dispositions particulières, le droit aux prestations est ouvert à la date de l'affiliation.

Ensuite, les prestations en espèces servies en cas de maladie ou d'accident sont des « prestations supplémentaires »²²⁵, quant à l'article L. 613-20, CSS, puisqu'elles sont propres à certaines professions seulement²²⁶. Ainsi, des décrets sont venus instituer au profit des artisans (à compter du 1^{er} juill. 1995) et des commerçants (à compter du 1^{er} janv. 2000), des indemnités journalières dont les règles d'attribution ont été calquées sur les dispositions applicables au sein du régime général²²⁷. Les conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces sont généralement appréciées à la date des soins, selon l'article R. 613-28, CSS.

Deuxièmement les régimes des professions libérales : l'instauration du RSI a conduit à une séparation propre avec les régimes de protection des professions libérales, notamment en ce qui concerne l'assurance vieillesse parce que l'assurance maladie et maternité sont gérées par le RSI, par voie de délégation aux organismes conventionnés (OC). En matière de vieillesse²²⁸, chaque profession a son propre régime et est administrée par des caisses dites « sections professionnelles » telles que la caisse des huissiers, des notaires, des médecins²²⁹, des agents généraux d'assurance, des architectes, des pharmaciens²³⁰, etc. La protection en matière de retraite et de prévoyance comprend un régime de retraite de base commun²³¹ et des régimes complémentaires de retraite et d'invalidité décès, obligatoires et propres à chaque profession²³².

En ce qui concerne le domaine financier, même s'il existe une compensation interprofessionnelle réduite qui opère au sein de la *Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales* (CNAVPL)²³³, il possède son autonomie propre. Alors, pour les

²²³Art. L. 613-14, CSS ; *Id.*, p. 201.

²²⁴LABORDE J., *op. cit.*, p. 511.

²²⁵Art. L. 613-20, CSS ; *Id.*, p. 518.

²²⁶*Ibid.*

²²⁷PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 131.

²²⁸Art L. 641-1, CSS.

²²⁹La caisse autonome de retraite des médecins français n'est pas une entreprise et n'est pas soumise aux directives assurances (Cass. Soc. 22 juin 2000, *RJS* 11/2000, n° 1129).

²³⁰Cass. Civ. 2^e, 20 juin 2007, *JCP* 2007, S, 1749, note G. VACHET.

²³¹Cass. Civ. 2^e, 15 mai 2008, *RJS* 7/08, n° 825.

²³²CHAUCHARD J., *op. cit.*, p. 203.

²³³Comme les sections professionnelles, la caisse nationale est dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

membres d'une même section, leurs cotisations et leurs prestations sont en principe uniformes.

S'agissant des avocats, ils ont leur régime propre séparément de celui des professions libérales et organisé par la « Caisse nationale des barreaux français » qui gère, notamment, le régime vieillesse de la profession²³⁴ pour l'ensemble des avocats en activité, y compris les avocats salariés. Ce régime comprend une retraite de base et une retraite complémentaire. Pour les autres risques (assurance maladie, maternité, invalidité et décès), ils sont rattachés au régime général²³⁵.

B : Les autres systèmes d'assurance sanitaire publique en Thaïlande

En dehors du système de la Sécurité sociale qui est l'un des systèmes principaux d'assurance sanitaire, il existe également d'autres systèmes d'assurance sanitaire publique, selon la catégorie professionnelle ; il s'agit du système destiné aux fonctionnaires et ainsi que de celui destiné aux autres agents publics.

a : Le système destiné aux fonctionnaires

Le système d'assurance sanitaire publique destiné aux fonctionnaires est l'un des trois systèmes sanitaires principaux en Thaïlande, créé en 1980 afin d'assurer et garantir la sécurité et la stabilité de vie, notamment dans le domaine d'assurance maladie des fonctionnaires, des employés disposant d'un contrat à durée indéterminée (CDI) et les pensionnaires (en tant qu'anciens fonctionnaires). Ce système s'étend à la protection des membres de leur famille. Cette assurance sanitaire est directement à la charge de l'Etat, mise en œuvre par le Département du contrôleur général, placé sous le Ministère de Finance, et est financé par une subvention d'Etat. Il est organisé et géré conformément au Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010 qui est la règle principale.

Ce système a été modifié par la réforme de 2002 ; ses caractéristiques restent cependant identiques. En effet, ce système prévoit un avantage médical en nature aux fonctionnaires afin de compenser les faibles salaires du secteur public. Actuellement, c'est l'assurance sanitaire publique qui présente le plus d'avantages par rapport aux autres catégories d'assurance. Les fonctionnaires peuvent ainsi bénéficier de l'avantage médical

²³⁴Art. L. 723-1, CSS.

²³⁵PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 46.

sur l'ensemble des services que proposent les hôpitaux publics, et payer la différence dans les hôpitaux privés.

Le rapport annuel de l'Office de l'assurance sanitaire nationale de 2008 mentionne que le nombre des bénéficiaires de ce système s'élève à cinq millions, soit huit pour cent du nombre total des personnes disposant d'un droit à l'accès aux soins partout dans le pays²³⁶.

En ce qui concerne **les bénéficiaires** : les fonctionnaires et les employés au titre d'un contrat à durée indéterminée (CDI), y compris les pensionnaires, peuvent recevoir la prestation d'assurance maladie à titre personnel, selon l'article 5 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010. Ainsi, « fonctionnaires » désigne dans ce cas les fonctionnaires de l'administration centrale et les fonctionnaires des administrations déconcentrées. Autrement dit, les fonctionnaires des collectivités territoriales et les simples agents policiers étant en formation continue sont exclus de ce système. De plus, « les employés disposant d'un contrat à durée indéterminée (CDI) », incluent les employés étrangers au titre CDI travaillant dans l'administration mais n'ayant aucune assurance maladie particulière indiquée dans leur contrat du travail. Enfin, « pensionnaires », désigne les pensionnaires généraux partis à la retraite dès soixante ans, ou spéciaux en cas d'invalidité²³⁷.

Pour faire la comparaison avec le système d'assurance sanitaire des fonctionnaires en France, les fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales sont principalement sous les régimes spéciaux du système de la Sécurité sociale. Ils relèvent également du régime général, mais seulement en ce qui concerne la prise en charge des soins.

D'ailleurs, les bénéficiaires sont également les ayants droit de l'assuré, mentionnés par la loi tels que le père légal, la mère légale et l'époux légal, y compris les trois premiers enfants légaux. Dans ce cas, les enfants à la charge de l'assuré sont ceux qui ne sont pas majeurs (vingt ans), ou sont incompetents ou quasi incompetents légalement, même s'ils ont plus de vingt ans ; à l'exclusion de l'enfant adoptif et des enfants de l'assuré adoptés²³⁸. Dans le cas où l'assuré a plus de trois enfants et que l'un des trois premiers décède avant sa majorité, le quatrième enfant pourra alors percevoir la prestation d'assurance maladie de celui-ci²³⁹.

²³⁶Centre d'information thaïlandaise pour les droits civils et journalisme d'investigation, *Le système d'assurance maladie destiné aux fonctionnaires* [en ligne]. Bangkok : Doc'CTJI. Mise à jour : 2012 [ref. du 23/01/2013]. Disponible sur : <http://www.tcijthai.com/tcijthai/view.php?id=1420>

²³⁷Art. 4 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010.

²³⁸Art. 4 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010.

²³⁹Deuxième alinéa, l'article 6 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010.

Dans le cas où l'assuré n'a pas d'enfant, ou en a moins de trois, et que par la suite il a des jumeaux le conduisant à avoir plus de trois enfants, le législateur thaïlandais considère qu'il a le droit à la couverture de l'assurance maladie de son premier jusqu'à son dernier enfant (même s'il existe plus de trois enfants bénéficiaires). Néanmoins, tous les enfants peuvent bénéficier de la prestation maladie dès lors qu'ils sont nés du couple légal²⁴⁰. Il faut mentionner que ce système fournit une prestation maladie plus complète que celle du système de la Sécurité sociale puisqu'il couvre non seulement l'assuré mais aussi inclut les membres de sa famille. Néanmoins, cette couverture est faible par rapport à celle du système de la Sécurité sociale en France qui prévoit une couverture complète pour les ayants droits tels que le conjoint, le concubin, le couple homosexuel, les enfants, les ascendants, les collatéraux et les alliés jusqu'au 3^{ème} degré, à condition d'« être à la charge totale, effective et permanente de l'assuré social ».

En ce qui concerne **l'étendue de la prestation maladie**, l'article 4 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010 définit « la prestation maladie » comme celle qui fournit directement les services médicaux et sanitaires aux assurés et leurs ayants droit afin d'aboutir au soin, au diagnostic et à l'habilitation essentielle pour la santé et aussi la vie, y compris l'examen médical, la promotion de la santé et la prévention des maladies à des fins sanitaires, mais excluant, selon le Ministre de la Finance, la chirurgie esthétique. L'étendue des charges médicales engagées que les bénéficiaires peuvent se faire rembourser, par la Sécurité sociale comprend :

(1) des médicaments, des fournitures et équipements médicaux, du sang et des éléments du sang, des liquides chimiques à soin, des aliments par voie intraveineuse et oxygène, ainsi que les autres éléments similaires utilisés pour traiter des maladies.

(2) des organes artificiels et des appareils utilisés pour le traitement des maladies, y compris les dépenses dues à la réparation des organes artificiels et des tels appareils.

(3) des services médicaux, des services infirmiers, le diagnostic et l'analyse des maladies, sauf les honoraires médicaux supplémentaires, des services infirmiers particuliers, des charges spéciales et les autres services similaires.

(4) l'examen prénatal, l'examen à accouchement et la dépense faite après l'accouchement.

²⁴⁰Premier alinéa, l'article 7 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010.

- (5) le logement et la nourriture fournie pendant la durée du traitement.
- (6) les dépenses liées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.
- (7) les dépenses liées à la rééducation physique et mentale.
- (8) les autres charges nécessaires pour le soin, prévues par le Ministre de Finance.

A propos des **établissements sanitaires et la nature des services de soin**, les fonctionnaires, les employés à titre CDI et les pensionnaires à titre personnel et leurs ayants droit, bénéficient des prestations suivantes²⁴¹ ;

(1) ils peuvent être admis principalement dans les établissements publics, en tant que « patient de jour » ou en tant que « patient dedans ».

(2) ils peuvent être admis en tant que « patient dedans » dans les établissements privés selon les conditions prévues par le Ministre de Finance.

(3) ils peuvent être admettre en tant que « patient dedans » dans d'autres établissements privés non prévus quant à (2), seulement en cas d'accident, de catastrophe ou en cas d'urgence et nécessité vitale pour les bénéficiaires.

(4) ils peuvent être admis exceptionnellement en tant que « patient de jour » dans des établissements privés prévus par le Ministre de Finance, lorsque l'hôpital public ne peut le prendre en charge et qu'il opère un transfert afin d'assurer la continuité des soins.

Concernant le **moyen du remboursement**, le demandeur doit généralement déposer un dossier de demande et la facture dans une durée d'un an à compter de la date indiquée sur la facture (date de paiement). Sinon, il ne peut plus être remboursé. Néanmoins, depuis le 1 octobre 2006, le bénéficiaire peut être remboursé directement, en tant que patient dedans ou patient de jour, auprès l'établissement sanitaire public ; à savoir, il peut être soigné sans paiement. Ainsi, il doit d'abord s'enregistrer administrativement une seule fois auprès d'un établissement sanitaire public, et ensuite il peut obtenir directement et immédiatement des soins médicaux engendrés sans avoir à payer. Toutefois, les frais médicaux excédentaires ne peuvent pas être pris en charge et sont prévus par la loi et donc incombent à l'assuré. D'ailleurs, l'établissement sanitaire public concerné va être remboursé directement des dépenses médicales des bénéficiaires par le Département du contrôleur général, le Ministère des Finances²⁴².

²⁴¹Art. 8 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010.

²⁴²Art. 14 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010.

En outre, si le bénéficiaire possède plusieurs moyens de prise en charge au niveau de l'assurance maladie, c'est à dire par la sécurité sociale ou par le régime des fonctionnaires, il doit choisir un seul mode de remboursement. S'il choisit de se faire rembourser par la sécurité sociale, il n'a donc aucun droit à exiger le remboursement par le Département du contrôleur général²⁴³. Il faut ajouter que lorsqu'il s'agit d'un assuré d'une assurance maladie privée et sa famille, celle-ci doit tout d'abord prendre en charge les dépenses médicales provoquées. Si l'assureur privé ne prend pas en charge la totalité des frais médicaux ou ne rembourse que certains frais médicaux, le bénéficiaire du système demandera le remboursement du reste au Département du contrôleur général, mais il ne peut aller au-delà des dépenses réelles²⁴⁴.

Aujourd'hui, la Thaïlande fait face à un gros problème d'augmentation des dépenses de santé des fonctionnaires, des employés à titre CDI et des pensionnaires puisque le gouvernement soutient la charge médicale sans limite ou sans plafond. Selon le rapport du Département du contrôleur général, le budget médical d'Etat en 2008 destiné aux fonctionnaires était 54904,48 millions bahts soit l'équivalent de 11000 bahts par personne. L'Etat tente désormais de résoudre ce problème financier par différences moyens comme la prise en compte du remboursement pour le frais de groupe de diagnostic connexes « ou Diagnosis related group : DRGs », le non remboursement de certains médicaments depuis le 2 octobre 2012, comme par exemple celui des traitements, etc²⁴⁵.

b : Les systèmes destinés aux autres agents publics

Il existe ensuite des systèmes d'assurance sanitaire destinés aux autres agents publics. Ils se démarquent par la diversité dans le domaine de la mise en œuvre, de l'organisme de prise en charge, et de l'étendue de la prestation maladie.

Concernant **les bénéficiaires**, on y trouve les agents des collectivités locales (sauf les employés à titre de CDD), les agents des entreprises publiques²⁴⁶ (par exemple, l'Autorité

²⁴³Premier alinéa de l'article 10 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010.

²⁴⁴Art 11 du Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010.

²⁴⁵Centre d'information thaïlandaise pour les droits civils et journalisme d'investigation, *Le système d'assurance maladie destiné aux fonctionnaires* [en ligne]. Bangkok : Doc'CTJI. Mise à jour : 2012 [ref. du 23/01/2013]. Disponible sur : <http://www.tcijthai.com/tcijthai/view.php?ids=1420>

²⁴⁶L'entreprise publique est, en Thaïlande, l'une des formes d'organisme public thaïlandais dont l'Etat est principalement le propriétaire et aussi avec les autres partenaires privés. Elle est créée essentiellement pour but de l'appropriation de nature des activités des certains organismes publics qui fonctionnent en façon concurrentielle, afin de répondre rapidement le besoin des citoyens dans la société. Normalement, elle est souvent instaurée dans le domaine commercial et des services.

de production d'électricité de la Thaïlande : APE, l'Autorité métropolitaine d'adduction d'eau : AME, l'Organisation thaïlandaise de téléphone : OTT) mais aussi les agents des organisations publiques²⁴⁷ (par exemple, l'Agence de recherche au développement agricole : ARA, l'Office de l'assurance sanitaire nationale : OAS, l'Institut d'administration de fonds énergétique : IAFE), ainsi que les agents d'organisme indépendant sous la tutelle d'Etat (par exemple, la Cour constitutionnelle, la Banque de la Thaïlande, le Bureau du secrétariat principal privé de Sa Majesté).

Ces agents publics ne sont pas théoriquement soumis au droit du travail, et donc à la protection du travailleur, au système de compensation et de la sécurité sociale. En effet, ces agents ont leurs propres règlements d'assurance maladie, tels les agents des collectivités territoriales qui sont soumise à la réglementation du ministère de l'intérieur sur la prestation maladie des agents des collectivités territoriales de 1998, qui prévoit une description et une étendue de la prestation maladie similaire à celles des fonctionnaires civils.

L'assurance sanitaire publique des agents de l'entreprise publique est prise en charge par l'Office de politique des entreprises publiques, placé sous le Département du contrôleur général, le Ministère des Finances. Il dispose de son propre règlement: la réglementation du comité de la protection sociale des entreprises publiques sur le standard des avantages sociaux d'agent de l'entreprise publique de 1991. Ainsi, la description et la procédure, notamment du remboursement les frais médicaux, de la prestation maladie des agents des entreprises publiques sont semblable à celles des fonctionnaires civils, mais l'étendue de la prestation est plus large.

En ce qui concerne l'assurance sanitaire des agents des organisations publiques, chaque organisme est titulaire de l'autorité pour déterminer ses propres règles afin de prévoir et garantir le bien-être destiné à ses agents, tels que le Règlement du comité exécutif de l'Institut national de recherche astronomique sur la protection sociale et les autres avantages destinées aux agents et employés de 2009.

Selon une enquête de 2011 de l'Office de recherche du système d'assurance sanitaire thaïlandaise, les collectivités territoriales, les entreprises publiques, les organisations publiques et les organismes indépendants sous la tutelle d'Etat mettent à la disposition trois modèles de prise charge en matière d'assurance maladie, (1) chaque organisme détermine

²⁴⁷L'organisation publique est la troisième forme d'organisme public thaïlandais (l'administration est la première, et l'entreprise publique est la deuxième), créée par la loi sur l'organisation publique de 1999 afin d'installer une meilleure efficacité du travail de ce nouvel organisme public. Certaines activités d'Etat ont besoin de vitesse dans la prise de décision et la mise en œuvre.

un budget particulier d'assurance maladie afin de le gérer lui-même, ou achète en supplément une assurance maladie privée pour ses agents, (2) chaque organisme permet aux agents de s'inscrire dans l'assurance maladie de la Sécurité sociale, (3) chaque organisme permet à ses agents de se faire rembourser ses frais médicaux auprès du Département du contrôleur général²⁴⁸.

En outre, on peut diviser les types d'agents publics en deux. D'une part, l'agent disposant d'un CDI est un fonctionnaire ou un contractuel effectuant un travail de façon régulière ou ayant un emploi depuis au moins un an. Ces personnes reçoivent pleinement la protection d'assurance maladie prévue dans la loi. D'autre part, l'agent en CDD désigne un agent ou un employé avec un emploi temporaire dont la durée est déterminée en mois ou année. Ces personnes sont normalement protégées par le système de la Sécurité sociale, tandis que l'employé avec l'emploi disposant d'une durée déterminée en jour n'a aucun titre d'assurance maladie. Il est donc soumis au système de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Il semble que le législateur thaïlandais devrait mettre également l'assurance maladie à la disposition de tous les types d'agents publics, notamment l'employé à titre journée qui n'a aucun droit à l'assurance maladie, sauf la CMU. Ce dernier devrait être couvert au minimum par la Sécurité sociale pour bénéficier également des autres prestations sociales et professionnelles.

D'ailleurs, l'assurance maladie couvre également les membres de la famille de l'assuré. Les collectivités territoriales et les entreprises publiques permettent au travers des assurances maladie mises en place de couvrir tous les membres de la famille de l'assuré. Alors que les organisations publiques et les organismes indépendants sous la tutelle de l'Etat ont différentes couvertures en fonction de la gestion et du budget de chaque organisme. Il faut mettre l'accent sur le fait que par rapport à la Sécurité sociale, le système d'assurance maladie des fonctionnaires civils, des fonctionnaires des collectivités territoriales, des agents des entreprises publiques, des organisations publiques et aussi des organismes indépendants sous la tutelle d'Etat assure une couverture beaucoup plus large que le simple assuré de la Sécurité sociale.

La nature des dépenses médicales et paramédicales de ces systèmes couvre la maladie générale, la maladie d'urgence ou l'accident tant pour le patient hospitalisé que

²⁴⁸Office de recherche du système d'assurance sanitaire thaïlandaise, *L'organisme public, la collectivité territoriale et l'assurance maladie* [en ligne]. Bangkok : Doc'ORSAT. Mise à jour : 31 mai 2012 [ref. du 23/01/2013]. Disponible sur : <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=36>

celui de jour, les soins dentaires, l'examen annuel de santé etc. Ainsi la dépense médicale se compose des honoraires médicaux et chirurgicaux, de diagnostic, des soins infirmiers, des analyses de laboratoire, des médicaments et des frais d'hospitalisation, ainsi que le transport, etc.

A propos des **établissements sanitaires choisis et la nature des services de soins**, ils ne sont pas différents dans chaque organisme. En effet, la plupart des organismes publics permettent à leurs agents d'être admis dans un établissement sanitaire public, ou privé ainsi que dans une clinique médicale, ayant établi au préalable une convention avec l'organisme, tant pour le patient hospitalisé que de jour.

Concernant le **moyen de remboursement**, on en distingue deux : d'une part, l'agent public peut être soigné sans payer, à condition que son organisme ait envoyé une lettre officielle à l'établissement sanitaire concluant le contrat pour l'informer de l'arrivée de l'agent public. Et puis, l'établissement sanitaire sera directement remboursé par l'organisme public de l'assuré ou par l'assurance maladie privée en cas de supplément. Cela se produit souvent en cas d'hospitalisation (soigné et restant la nuit). D'autre part, l'assuré doit payer l'avance des frais médicaux et sera remboursé ultérieurement par son organisme public. Ceci est souvent observé chez le patient de jour (ne restant pas la nuit) soigné auprès d'un établissement sanitaire n'ayant pas conclu de contrat avec l'organisme²⁴⁹.

Afin de contrôler et limiter la dépense médicale, chaque organisme public, à l'exclusion de la collectivité territoriale, fixe donc un plafond de remboursement. En effet, les organisations publiques et aussi les organismes indépendants disposent d'un plafond plus élevé que les autres organismes, c'est-à-dire égal à 66.67 et 77.78 pour cents. Alors, en comparaison avec le coût de la vie par personne²⁵⁰, l'assuré d'une organisation publique coûte 10,979.05 bahts en dépense médicale par an. En outre, une enquête de 2011 de l'Office de recherche du système d'assurance sanitaire thaïlandaise relève également le niveau municipal comme l'une des collectivités territoriales, où l'insuffisance du budget sanitaire (égale 76.92 %), et l'augmentation des dépenses médicales (égale 77.78 %) sont les plus fortes parmi les organisations publiques²⁵¹.

²⁴⁹*Id.*

²⁵⁰Cela est calculé par la dépense médicale totale par an et le nombre total des assurés malades ce qui égale 3.3 million de personnes (référence du rapport du Département de contrôleur général sur le nombre des assurés et les membres de la famille qui sont malades en 1990)

²⁵¹Office de recherche du système d'assurance sanitaire thaïlandaise, *op. cit.*

On constate donc que même si les agents publics en CDI de tous les organismes publics sont titulaires d'un droit à l'assurance maladie, la couverture médicale, le plafond de la dépense et les règles de chaque organisme apparaissent très diversifiés.

Chapitre II

L'organisation de la sécurité sociale et le droit à l'accès aux soins

La santé est considérée comme un élément important dans la qualité de vie des citoyens. L'assurance de la santé est un système de sécurité de la vie qui donne une confiance en la personne qui sera en mesure de se livrer à des comportements de santé appropriés, et serait en mesure d'obtenir un accès complet à la promotion de la santé et des services de prévention des maladies. Ils devraient également être en mesure d'accéder aux services de santé sans aucun obstacle quand ils sont malades et ont besoin de soins médicaux.

Les Constitutions française et thaïlandaise assurent le droit à l'accès aux soins comme l'un des droits fondamentaux de la population qui doit être fourni et mis en place par l'Etat. Tous les agents publics devraient donc respecter ce droit et également la dignité humaine. Dans ce chapitre, on mettra l'accent seulement sur l'organisation administrative (section 1) et l'organisation financière (section 2) concernant l'assurance de la santé par la Sécurité sociale qui est le système principal en France et aussi en Thaïlande, et on abordera le régime général de la Sécurité sociale française afin de le comparer avec le système de la Sécurité sociale thaïlandaise.

Section 1 : L'organisation administrative de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie

L'accès aux soins organisé par la branche d'assurance maladie du régime général français et par la Sécurité sociale thaïlandaise a pour objectif principal de garantir la stabilité de la vie de toutes les personnes dans la société ; cet objectif nécessite une organisation administrative propre et parallèle avec l'intervention de l'Etat. En France, cette mission est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui est la caisse nationale dotée d'un établissement public à caractère administratif et au niveau local, il existe aussi la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui est un établissement de droit privé. Au contraire en Thaïlande, la mission de la Sécurité sociale est à la charge de l'Office de la sécurité sociale, doté d'un organe administratif. Ainsi, la Caisse de la sécurité sociale et la Caisse de compensation n'ont aucun statut juridique et sont considérées comme des caisses étant sous la tutelle de l'Office de la sécurité sociale. Les diverses ressources financières de ces caisses vont donc appartenir à l'Office de la sécurité sociale et ne vont pas être versés au Ministère des finances.

§ 1 : Les organismes de gestion

Les organismes de gestion du régime général de la sécurité sociale en France et ceux de la Sécurité sociale en Thaïlande sont différents. Ainsi, le législateur français prévoit que chaque caisse française dispose de la personnalité morale et est dirigée par le conseil administratif et des organes de direction. Au contraire, en Thaïlande, l'Office national de la sécurité sociale est un organisme administratif doté d'une personnalité morale de droit public et prend en charge les affaires administratives selon la direction de la commission de la sécurité sociale ; il s'occupe des deux caisses concernées qui n'ont pas le statut juridique.

A : Le régime général en France

Le régime général de la Sécurité sociale se compose de cinq branches distinctes : (1) la branche maladie gérant les risques maladie, maternité, invalidité et décès ; (2) la branche accidents du travail et maladies professionnelles ; (3) la branche vieillesse ; (4) la branche famille ; et (5) la branche recouvrement. Ces branches sont organisées et soumises à la structure du régime général de la Sécurité sociale qui comprend trois niveaux : au niveau national, on trouve les établissements publics nationaux à caractère administratif et au niveau régional ou local, des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public¹.

En outre, ces cinq branches sont gérées au niveau national de façon distincte par quatre caisses principales. (1) La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) gère les pensions de retraite des assurés et assure une action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées du régime général. (2) La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) met en œuvre la politique familiale qui s'inscrit dans le cadre de celle définie par les pouvoirs publics. (3) L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) assure la redistribution des recettes destinées au financement des prestations des quatre branches (maladie, accident du travail et maladie professionnelle, famille et retraite) du régime général. Autrement dit, chacune des caisses nationales reçoit son financement de l'ACOSS et doit assurer son équilibre financier. Enfin (4) la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)².

¹GRANDGUILLOT D., *L'essentiel du Droit de la Sécurité sociale 2011*, coll. « Carrés », 10^e édition, Gualino, Paris, 2011, p. 21.

²*Id.*, p. 22.

Du point de vue de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) et la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont mises en œuvre de façon différente par la CNAMTS. Cette dernière est un établissement public national doté d'une structure administrative. Au niveau local ou régional, la CNAMTS est organisée en deux caisses locales. D'une part les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) prennent en charge la retraite, la prévention et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et de l'action sociale. D'autre part, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) assurent l'immatriculation des assurés et le service des prestations et aussi exercent un rôle de prévention et d'éducation sanitaires, en tant que centres d'examens de santé, ou en établissant les actions de dépistage ciblées³.

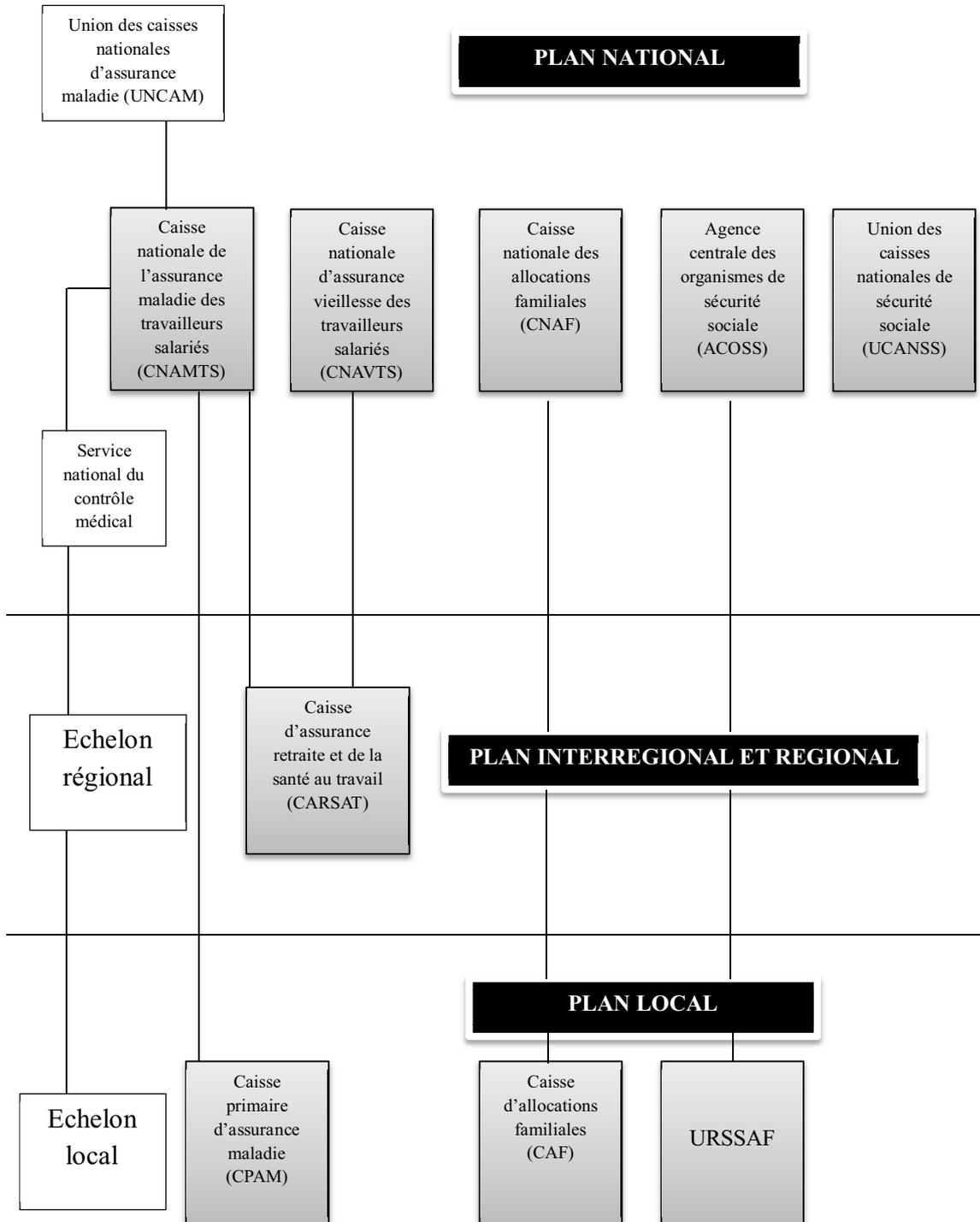
Néanmoins, il existe également un organisme essentiel qui est l'Union des caisses nationales de Sécurité sociale (UCANSS). Cet organisme assure des tâches d'intérêt commun à l'ensemble du régime général de la Sécurité sociale, notamment en matière de gestion immobilière et de ressources humaines⁴. Toutefois, l'Etat joue toujours un rôle dominant dans le fonctionnement de la Sécurité sociale. Ainsi, il fixe le taux des cotisations, le montant des prestations et aussi contrôle la gestion des quatre caisses nationales de la Sécurité sociale. Les objectifs financiers à atteindre sont désormais fixés annuellement par le vote du Parlement⁵.

³*Ibid*, p. 24.

⁴*Ibid*, p. 22.

⁵LOBRY C., *Droit du travail et Sécurité social*, Chiron éditeur, Clamecy, 2011, p. 139.

Organismes du Régime général



Source : PRETOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Mémentos », 13^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 51

Les caisses de la sécurité sociale sont dotées d'organisme de droit privé ; à l'exclusion d'organismes nationaux, régis par le Code de la mutualité. Ces caisses prennent la forme d'association à but non lucratif et sont financées par les cotisations et les contributions des assurés⁶ et aussi dirigées par les conseils d'administration dont les administrateurs sont élus principalement par les assurés sociaux et les représentants des employeurs. Elles sont dotées d'un conseil d'administration de la caisse (1), d'organes de direction (2), et d'un personnel de droit privé (3).

(1) Les conseils d'administration des caisses : Ce sont des instances collégiales, résultant de la déclaration d'ordonnance du 24 avril 1996⁷ concernant le principe de nomination des administrateurs des caisses. Ces conseils sont composés sur le mode du paritarisme des employeurs et aussi des assurés sociaux, et non plus sur celui de la majorité. Cette désignation des conseils se fait conformément au principe de la démocratie sociale qui s'est imposée auprès de tous les conseils des organismes nationaux, régionaux et locaux relevant du régime général⁸.

Chaque conseil d'administration se compose de quatre principaux types de représentants : (1) les représentants des organisations syndicales de salariés et des employeurs, (2) les représentants d'institutions intervenant dans les domaines d'activités de la caisse concernée, (3) les représentants, selon les branches, de la mutualité française ou des associations familiales, et (4) les représentants du personnel de l'organisme, élus par le personnel⁹.

En ce qui concerne les missions des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale, elles sont définies à l'article L. 121-1 du Code de la sécurité sociale. Ils détiennent une compétence générale pour exercer les attributions de l'organisme de Sécurité sociale. Ainsi, ils définissent des orientations générales des organismes de sécurité sociale et contrôlent l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires. Les décisions des conseils d'administration de la caisse procèdent de délibérations. De plus, ils ont pour rôle d'adopter les règlements intérieurs et les statuts des organismes, de voter les budgets de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale, de la prévention, d'opérations en capital concernant les programmes d'investissements, de

⁶PETIT F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Master Pro », Gualino, Paris, 2009, p. 98.

⁷Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

⁸PETIT F., *op. cit.*, p. 99.

⁹GRANDGUILLOT D., *op. cit.*, p. 24.

subventions ou de participations financières. On parle alors de prérogatives financières. Et, dans le domaine de nomination, ils procèdent à l'élection du directeur, d'agent comptable, du directeur adjoint, des autres emplois de direction, sur la proposition du directeur¹⁰, et des commissions, notamment la commission de recours amiable qui joue un rôle essentiel dans la prévention des litiges¹¹.

(2) Les organes de direction de la caisse : l'organe exécutif se compose en général d'un directeur, un directeur adjoint, un ou plusieurs sous-directeurs, un agent comptable, un secrétaire général, selon l'article 2 de la loi n° 50-1045 du 22 août 1950¹². Les directeurs des caisses nationales sont nommés par l'Etat, alors que le personnel de direction et les agents comptables sont liés à l'organisme par un contrat de travail¹³. Leurs attributions et leur statut sont prévus dans les dispositions du décret n° 60-452 du 12 mai 1960¹⁴ qui ont donné naissance à la fonction de direction au sein des organismes.

En ce qui concerne le directeur et l'agent comptable des organismes régionaux et locaux, ils sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie par une commission placée sous l'égide du ministre chargé de la Sécurité sociale, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat¹⁵. Ainsi, la direction de l'organisme national propose trois noms au conseil d'administration à partir d'une liste d'aptitude sur laquelle doivent figurer dans une proportion des 4/5^e les anciens élèves de l'Ecole nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S)¹⁶. Le directeur de la caisse nationale nomme alors le directeur ou l'agent comptable après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme local concerné et après avis du comité des carrières¹⁷. La nomination de ce personnel est, de plus, soumise à l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale et de celui du budget¹⁸. Par ailleurs, les agents de direction doivent également, une fois nommés dans un emploi de direction d'un organisme, faire l'objet d'un

¹⁰Art. R. 121-1, CSS.

¹¹Art. R. 121-1, CSS.

¹²Loi n°50-1045 du 22 août 1950 renforçant le contrôle de l'Etat sur les organismes de sécurité sociale.

¹³Art. L. 217-3, al. 4^e, CSS.

¹⁴Décret n°60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale.

¹⁵Art. L. 217-3, CSS ; il existe des listes distinctes pour le régime général, les régimes des travailleurs indépendants et la mutualité sociale agricole.

¹⁶La formation professionnelle, initiale et continue, des agents de direction relève, principalement, de l'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S), instituée en 1960 et érigée en 1978 en établissement public à caractère administratif.

¹⁷Art. L. 217-3, al. 2^e et l'article L. 217-5, CSS.

¹⁸Art. R. 122-1, CSS ; KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Cours », 3^e édition, Dalloz, Paris, 2009, p. 350.

agrément dans leurs fonctions : le retrait de l'agrément leur interdit de poursuivre l'exercice de leurs fonctions¹⁹.

Dans la seule branche maladie, le directeur général de la CNAMTS a compétence pour nommer le directeur et l'agent comptable des caisses locales²⁰. Alors, il peut être mis fin aux fonctions d'un directeur ou d'un agent comptable par l'organisme national « dans l'intérêt du service »²¹. Le retrait de l'agrément ministériel entraîne le licenciement. Le licenciement relève du conseil d'administration.

La nomination du personnel de direction des trois caisses nationales du régime général et de l'Agence centrale obéit à des règles spéciales. Ainsi, le directeur est désigné par décret en conseil des ministres sur rapport du ministre chargé de la sécurité sociale après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné²². Dans la branche maladie, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 assigne aux fonctions du directeur général une durée de cinq ans et habilite le conseil de la CNAMTS à s'opposer, à la majorité des deux tiers, à la désignation de la personne dont la nomination est envisagée. Tandis que, l'agent comptable est nommé par voie d'arrêté conjoint des ministres chargés de la Sécurité sociale et du budget²³.

Les attributions du directeur sont soumises au décret n° 60-452 du 12 mai 1960 concernant les compétences et les attributions propres pour l'organisation et le fonctionnement de l'organisme. Au sein de la branche maladie du régime général, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 fait désormais du directeur l'autorité de droit commun, appelée à exercer toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité²⁴. Ses compétences et attributions peuvent être regroupées en quatre catégories ;

(a) Le directeur assure le fonctionnement de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration²⁵. Il ne lui en revient pas moins des pouvoirs propres à la gestion quotidienne des services.

(b) Le directeur a seul autorité sur le personnel et fixe l'organisation du travail dans les services. Dans le cadre des dispositions qui régissent le personnel et sauf en ce qui concerne les agents de direction et les agents comptables, il prend seul toute décision d'ordre

¹⁹PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Mémentos », 13^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 65.

²⁰Art. L. 217-3-1, CSS.

²¹Art. L. 217-3, al. 3^e, CSS.

²²Art. L. 226-1, CSS.

²³Art. R. 122-1, CSS ; PRETOT X., *op. cit.*, p. 66 ; KESSLER F., *op. cit.*, p. 351.

²⁴Art. L. 211-2-2, al. 1^{er} ; PRETOT X., *op. cit.*, p. 67.

²⁵Art. R. 122-3, al. 1^e, CSS.

individuel que comporte la gestion du personnel et notamment nommé aux emplois, procède aux licenciements, règle l'avancement, assure la discipline²⁶.

(c) Le directeur soumet chaque année au conseil d'administration de préparer et exécuter les délibérations, les divers projets de budget, par exemple, d'élaborer et de présenter les projets de budget de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale²⁷. Il établit aussi un rapport annuel sur le fonctionnement administratif et financier de l'organisme.

(d) Le directeur représente de plein droit l'organisme en justice et dans les actes de la vie civile dans les domaines qui relèvent de ses pouvoirs propres ; il peut également recevoir mandat à cet effet du conseil d'administration dans les autres matières²⁸.

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur. Il est chargé, (sous sa propre responsabilité) et sous le contrôle du conseil d'administration, de l'ensemble des opérations financières de l'organisme. Sa gestion est garantie par un cautionnement dont le montant minimum est fixé dans les limites déterminées par un arrêté du ministre chargé du budget et des ministres intéressés²⁹.

(3) Les personnels des organismes : les organismes fondamentaux du régime général sont dotés d'institution de droit privé ; leur personnel est alors soumis au Code du travail et le contentieux lié aux contrats de travail relève des conseils de prud'homme. En revanche, les articles L. 521-2 à L. 521-6 du Code du travail relatifs aux modalités de la grève dans les services publics sont applicables, tout comme les règles sur les cumuls d'emploi des fonctionnaires et agents publics³⁰.

Les salariés des organismes de gestion sont soumis aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, de leurs unions ou fédérations, de leurs établissements et œuvres sociales fixées par la convention collective nationale du 8 février 1957. Cette convention est modifiée par l'UCANSS agissant pour le compte des organismes de gestion. Toutefois, les dispositions de ces conventions ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale³¹.

²⁶Art. R. 122-3, al. 2^e, CSS.

²⁷Art. R. 122-3, al. 3^e, CSS.

²⁸Art. R. 122-3, al. 8^e, CSS.

²⁹Art. R. 122-4, CSS.

³⁰KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Cours », 3^e édition, Dalloz, Paris, 2009, p. 353.

³¹Art. L. 123-1 et R. 123-1, CSS.

La situation des agents des caisses nationales est donc très diverse. Elle relève tantôt du droit public, tantôt du droit privé. Ainsi, le personnel des caisses nationales comprend : (1) des agents régis par le statut général de la fonction publique, (2) des agents soumis à un statut de droit public fixé par décret, et (3) des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale³².

B : La sécurité sociale en Thaïlande

Le système de la sécurité sociale en Thaïlande fut créé par l'Office de caisse de la compensation en 1972, selon l'ordonnance du comité révolutionnaire n°103 du 16 mars 1972, et sous le contrôle du Département du travail. Il mettait en œuvre l'exécution de la « Caisse de la compensation » pour les indemnités, les accidents, les blessés et les maladies dues du travail. Après l'adoption de la loi sur la sécurité sociale le 2 septembre 1990, le système de la sécurité sociale s'est amélioré. Désormais, les salariés protégés peuvent être indemnisés par l'Office de la sécurité sociale en cas d'accident, de blessure, de la maladie et de mort dûs au travail.

L'Office de la sécurité sociale est une organisation publique à caractère administratif placée sous le contrôle du Ministère de travail et protection sociale. Il a été instauré le 3 septembre 1990 selon la loi de la sécurité sociale de 1990³³. Il est chargé d'organiser le système de la sécurité sociale tant à titre obligatoire qu'à titre volontaire. La sécurité sociale thaïlandaise comprend deux caisses principales : la caisse de la compensation et la caisse de la sécurité sociale. Toutefois, ces deux caisses n'ont aucun statut juridique et sont considérées comme des caisses placées sous la tutelle de l'Office de la sécurité sociale. Toute somme d'argent versée à l'Office de la sécurité sociale, lui appartiendra et ne sera pas versée au Ministère de finance³⁴. Il est donc différent du statut juridique de la caisse française qui est par la loi, un établissement public doté d'une structure administrative pour la caisse nationale et un établissement de droit privé en ce qui concerne la caisse régionale ou locale.

La caisse de la compensation est sous la responsabilité de l'employeur afin de protéger l'employé contre les blessures liées au travail, les maladies et les frais funéraires. Alors que la caisse de la sécurité sociale est assurée par la tripartition (l'employeur, l'employé et le gouvernement), elle assure la sécurité sanitaire pour les employés du secteur non

³²Art. L. 224-7 et s., CSS.

³³Office de la sécurité Sociale, *La sécurité sociale est le système d'assistance amicale dans la société thaïlandaise*, Bangkok, 2010, p. 1-3.

³⁴Art. 23 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

gouvernemental. Les employés vont être protégés et indemnisés dans sept domaines et ce parfois sans qu'il existe de lien avec le travail: l'accident ou la maladie, l'invalidité, le décès, la maternité, la prestation familiale (pour les enfants), le chômage et la vieillesse.

Le système thaïlandais de la sécurité sociale est géré et organisé par (1) deux commissions nationales (2), l'Office de la sécurité sociale et (3) les personnels d'Office de la sécurité sociale.

(1) Les commissions nationales se composent de la commission de la sécurité sociale et de la commission médicale. En ce qui concerne la commission de la sécurité sociale, elle se compose d'un Secrétaire permanent du Ministère de travail et protection sociale, des représentants du Ministère de finance, des représentants du Ministère de la santé publique, des représentants de l'Office budgétaire, de cinq représentants du groupe d'employeur et cinq représentants du groupe d'employés³⁵. Cette commission est nommée par le cabinet du ministère et est chargée d'exercer pendant deux ans ; elle peut alors être renouvelée pour un seul mandat³⁶.

La commission de la sécurité sociale est chargée de cinq missions principales concernant le système de sécurité sociale³⁷ ;

(1) elle propose des avis au Ministre de travail et protection sociale concernant les politiques et les mesures liées au système de la sécurité sociale.

(2) elle formule des avis au Ministre de travail et protection sociale liée à l'adoption des ordonnances, des règlements ministériels et les régulations générales concernant la sécurité sociale.

(3) elle élabore avec l'accord du Ministère de finance, des règles relatives à l'exécution deux caisses sanitaires.

(4) elle considère et inspecte le bilan et le compte financier des caisses sanitaires et présente le résultat annuel de sa performance concernant la gestion de la sécurité nationale.

(5) elle conseille et suggère certains éléments aux autres commissions sanitaires et à l'Office de la sécurité sociale concernant le système de sécurité sociale.

De plus, elle met en œuvre également les affaires sanitaires auxquelles le Ministre de travail et protection sociale est astreint par la législation.

³⁵Art 8 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

³⁶Art 10 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

³⁷Art. 9 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

Par ailleurs, il existe également une commission médicale qui met en œuvre les affaires médicales et sanitaires et soutient l'organisation de commission de la sécurité sociale. Elle comprend seize membres qui viennent de chaque catégorie de la profession médicale, élus pour une durée de deux ans³⁸.

La commission médicale, a pour objectif d'atteindre quatre missions principales qui sont les suivantes³⁹.

(1) La formulation d'avis à la commission de la sécurité sociale concernant la gestion à l'offre des services médicaux.

(2) L'élaboration de règles, d'une liste des bénéficiaires médicaux et d'un taux de compensation pour les personnes protégées concernant les sept domaines; l'accident ou la maladie, l'invalidité, le décès, la maternité, la prestation familiale (l'aide aux enfants), le chômage et la vieillesse.

(3) L'offre d'avis à la commission de la sécurité sociale concernant l'adoption du règlement ministériel sur les catégories des maladies chroniques liées au travail.

(4) L'offre de conseils et de suggestions médicales à la commission administrative d'appel et à l'Office de la sécurité sociale.

Enfin, elle interviendra également sur des affaires médicales auxquelles le Ministère de travail et protection sociale ou l'Office de la sécurité sociale sont astreints.

(2) l'Office de la sécurité sociale : dans le cadre de ses stratégies de développement de la sécurité sociale, le programme quinquennal « 2010 – 2014 » se décompose en trois parties. La première stratégie consiste dans le développement de la qualité, de l'égalité, de l'équité, et de la gouvernance de l'Office de la sécurité sanitaire. Ensuite, la deuxième développe les bénéficiaires médicaux en renforçant la stabilité des deux caisses sanitaires. Enfin, la troisième tend à assurer la qualité et l'efficacité de l'exécution de l'office afin que les assurés puissent être protégés plus facilement et plus rapidement.

Les Offices de la sécurité sociale sont divisés en deux niveaux : national et provincial. D'une part, l'Office national de la sécurité sociale est doté d'une organisation publique à caractère administratif placé sous le contrôle du Ministère de travail. Il est instauré par la loi sur la sécurité sociale de 1990 et se trouve dans la capitale du pays (à Bangkok). D'autre part, les Offices provinciaux de la sécurité sociale n'ont aucune loi

³⁸ Art. 14 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

³⁹ Art. 15 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

définissant et assurant leur statut juridique, ils ne sont pas une personne morale. Il est évident que seul l'office national a le statut juridique du droit public. Toutefois, les offices provinciaux sont créés par Règlement ministériel et instaurés dans chaque ville afin d'offrir au mieux les services publics aux assurés, notamment les services en nature et les services en espèce en cas de maladie.

Au niveau national, selon l'article 20 de la loi sur la sécurité sociale de 1990, il s'agit de nommer le Secrétaire Général travaillant comme le chef d'Office national de la sécurité sociale. Il va mettre en œuvre toutes les affaires administratives correspondant à la direction d'exécution de la commission et aussi les affaires concernant les personnels de l'Office de la sécurité sociale, de plus il est le responsable supérieur des Offices provinciaux de la sécurité sociale. Il est également possible de nommer une ou plusieurs Vice-secrétaires ainsi qu'un agent comptable afin d'assister le Secrétaire général dans toutes ses missions. De plus, la loi prévoit le statut du Secrétaire général et Vice-secrétaires : ils sont considérés comme des fonctionnaires civils.

Au niveau provincial, la structure de l'office n'est ni prévue dans la loi ni dans le règlement ministériel. Chaque office organise sa structure selon l'appropriation du nombre des assurés, du nombre de cas résultant d'accidents ou maladies et du budget reçu. Il est certain que chaque office provincial se compose d'au moins du directeur général, du directeur conjoint, d'un agent comptable et d'un personnel.

Selon l'article 19 de la loi sur la sécurité sociale de 1990, l'office est chargé de (1) l'organisation du système de la sécurité sociale tant à titre obligatoire qu'à titre volontaire, de mettre en œuvre la caisse de compensation et aussi la caisse de sécurité sociale afin que les assurés puissent bénéficier d'une garantie et d'une stabilité de vie au travail et également dans leur vie personnelle. Ainsi, après l'arrivée du dommage, la personne protégée va être indemnisé en espèces ou en service médicale selon la condition de compensation de l'office. (2) Il prend en charge également la conservation, la collecte, l'analyse de toutes les données liées à la sécurité sociale. (3) Il est responsable de l'immatriculation dans tout le pays des employeurs et des employés qui versent la cotisation à la caisse. Et (4) il va mettre en œuvre tous des affaires qui lui sont confiées par le ministre ou la commission de la sécurité sociale afin de soutenir la tâche de la commission⁴⁰.

⁴⁰Art. 19 et 20 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

(3) Les personnels des organismes : les Offices de la sécurité sociale tant au niveau national qu'au niveau provincial sont des organismes administratifs d'Etat et seul l'Office national de la sécurité sociale est une personne morale du droit public. La plupart des personnels des offices de la sécurité sociale ont donc le statut de fonctionnaire. Cependant, il existe aussi des personnels travaillant dans les offices comme salariés. Il existe alors auprès de l'office national et provincial de la sécurité sociale des fonctionnaires mais aussi des salariés comme cela peut être le cas dans d'autres organismes administratifs.

La relation entre l'organisme de la sécurité sociale et ses fonctionnaires est particulière. Ainsi, la nomination, la promotion et la condamnation des fonctionnaires sont soumises au droit public et à la juridiction de la Cour administrative en cas de contentieux. Tandis que les salariés sont soumis au code du travail et à la Cour de travail en cas de contentieux : ce qui est différent du personnel des organismes régionaux ou locaux du régime général de la sécurité sociale en France. Ainsi, ces organismes sont dotés du statut d'établissement de droit privé et leurs personnels sont les salariés. De ce fait ils sont soumis au code du travail et leur contentieux relève des conseils des prud'hommes.

§ 2 : L'intervention des pouvoirs publics

L'accès aux soins assuré par le régime général français ainsi que par le système de la sécurité sociale thaïlandais est garanti par l'intervention de l'Etat en raison de la mission de service public qui est l'objectif principal de la gestion des deux systèmes. L'Etat intervient sous diverses modalités et dans deux domaines principaux : l'administration et le financement. Ainsi, cette intervention se traduit par la tutelle de l'exécution, de l'opération et du fonctionnement des organismes concernés par la sécurité sociale en France et en Thaïlande.

A : Le régime général en France

Le régime général de la Sécurité sociale assure une mission de service public dans lequel l'Etat intervient en manière de tutelle, de contrôle de l'organisation et de gestion tant sur le plan administratif que financier de la Sécurité sociale. Les moyens de tutelle peuvent être divisés principalement en trois ; (1) l'intervention du Parlement, (2) la tutelle administrative et financière d'Etat et (3) l'inspection des conseils de surveillance.

(1) L'intervention du Parlement : le plan Juppé de 1996 a modifié et rétabli un équilibre plus démocratique des pouvoirs public, et ouvre au Parlement un droit de vote et de contrôle chaque année par *la loi du financement de la sécurité sociale (LFSS)*. Autrement dit, le Parlement intervient chaque année sur le budget de la Sécurité sociale prévu dans la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale⁴¹. Cette loi est la principale innovation des législateurs français ; elle permet au Parlement de délibérer des conditions de l'équilibre financier, et compte tenu de prévision de recettes, de fixer les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes légaux et obligatoires de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole⁴².

Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, il existe une contractualisation des rapports entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale prévue dans l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996⁴³. D'une part, l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec chacune des trois caisses nationales et l'agence centrale du régime général, pour une période de trois ans au moins, *des conventions d'objectifs et de gestion* comportant les engagements réciproques des signataires. De plus, il appartient particulièrement au conseil de surveillance placé auprès de l'organisme national de s'assurer de la bonne application de la convention. D'autre part, la caisse nationale (ou l'agence centrale) conclut, entre chacun des organismes locaux et régionaux de la branche, *les conventions de gestion*, comportant des engagements réciproques pour la gestion des risques et la bonne marche du service public.

Ces deux conventions déterminent les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mise en œuvre à ces fins par chacun des signataires⁴⁴.

En outre, en ce qui concerne la branche maladie, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004⁴⁵ prévoit l'obligation aux organismes nationaux des trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général, le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants et le régime d'assurance maladie et maternité des exploitants agricoles, de présenter l'évolution de leurs charges, de leurs ressources et leurs propositions afin de

⁴¹Art. 47-1 de la Constitution de la France et l'article 3 de la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale.

⁴²Art. 1 de la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale.

⁴³Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

⁴⁴GRANDGUILLOT D., *op. cit.*, p. 25.

⁴⁵Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

préserver ou rétablir l'équilibre financier de la branche. Cette présentation doit être faite avant le 30 juin de l'année, tant au Parlement qu'au Gouvernement.

Enfin, cette loi de 2004 instaure également *un comité d'alerte*, placé auprès de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Il a la responsabilité d'alerter tant le Parlement que le Gouvernement dans le cas où apparaîtrait une évolution des dépenses incompatible avec l'objectif national des dépenses d'assurance maladie de chaque régime prescrit par la loi de financement de la sécurité sociale. Le comité d'alerte comprend le secrétaire général de la commission des comptes, le directeur général de l'INSEE⁴⁶ et une personnalité qualifiée désignée par le président du Conseil économique, social et environnemental⁴⁷.

(2) La tutelle administrative et financière de l'Etat : d'une part, elle relève, au plan national du ministre chargé de la sécurité sociale où existe au sein de l'administration centrale *une direction de la sécurité sociale*, du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et du ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Ils veillent à l'application de l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires relatives à la Sécurité sociale.

La direction de la sécurité sociale comprenant six sous-directions exerce un rôle central dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques relatives à la sécurité sociale, ainsi que la tutelle sur les organismes de sécurité sociale. Ainsi, cette direction va préparer et suivre les conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'Etat et les caisses nationales. De plus, depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale, la direction de la sécurité sociale doit également assurer la préparation et le suivi financier. En outre, cette direction s'est vu confier un rôle de conception de toutes les mesures relatives au financement de la protection sociale, à la gestion des différents risques et à la régulation du système d'assurance maladie⁴⁸.

D'autre part, le ministre chargé du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat prend en charge la tutelle conjointe des différentes caisses nationales avec le ministère chargé de la sécurité sociale. Ils mettent en œuvre la tutelle différente relevant de leur compétence, notamment la vigilance sur l'organisation financière

⁴⁶Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

⁴⁷PRETOT X., *op. cit.*, p. 69.

⁴⁸MATT J., *La sécurité sociale : organisation et financement*, LGDJ, Paris, 2001, p. 36.

de la Sécurité sociale et sur les conséquences et implications budgétaires des politiques de sécurité sociale.

Au plan régional, l'action du ministère chargé de la sécurité sociale est désormais relayée par *la Mission nationale de contrôle et d'audit*. Elle est un service à compétence nationale auquel revient le soin de pourvoir à la mise en œuvre des mesures de tutelle selon le décret n° 2009-1596 du 18 déc. 2009⁴⁹. L'organisation de la tutelle de la Sécurité sociale est modifiée radicalement suite à la réorganisation des services déconcentrés de l'Etat. Ainsi, au sein des départements et des régions, la plupart des organisations publiques sont regroupées et réunies sous l'autorité des préfets et des préfets de région.

La Mission nationale de contrôle et d'audit est rattachée au directeur de la sécurité sociale avec pour mission d'assurer le contrôle de la légalité des actes des organismes de sécurité sociale et de veiller, plus largement, au bon fonctionnement du service public, ainsi que de procéder à l'évaluation des agents de direction des organismes. L'organisation de la Mission nationale repose sur une cellule nationale et neuf antennes interrégionales. De plus, il faut mentionner également *l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)* et la *Cour des comptes* qui peuvent exercer leurs pouvoirs d'enquête et de contrôle sur les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole⁵⁰. Enfin, il existe également des autres moyens de contrôle, notamment le contrôle financier exercé au niveau local par *les comptables publics du Trésor* qui veille au bon fonctionnement financier des organismes de base. Les agents comptables des caisses de sécurité sociale doivent être agréés par le ministre de l'économie⁵¹.

Le périmètre de la tutelle administrative de la Sécurité sociale est réparti en deux axes : la tutelle sur les personnes et celle sur les actes des organismes de la Sécurité sociale. D'une part, pour la tutelle administrative sur les personnes prévue dans l'article L. 281-3 du Code de la sécurité sociale, l'Etat peut intervenir sur la Sécurité sociale dans le cas de *démission d'office* d'un administrateur en cas d'absence régulière aux séances du conseil d'administration ou de refus d'accomplir un acte prévu dans la loi. L'Etat a également le pouvoir de prononcer *la dissolution* du conseil d'administration en cas de mauvaise exécution. Ainsi, la dissolution du conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale par l'autorité de tutelle revêt-elle le caractère d'une mesure ayant pour objet de

⁴⁹Décret n° 2009-1596 du 18 décembre 2009 relatif au contrôle des organismes de sécurité sociale.

⁵⁰PRETOT X., *op. cit.*, p. 70.

⁵¹MATT J., *op. cit.*, p. 36.

permettre à l'organisme de disposer à nouveau d'organes en état de l'administrer. Elle ne constitue pas une sanction et n'entre dans aucune des catégories des décisions devant être motivées et peut intervenir sans que l'autorité de tutelle ait à consulter au préalable le conseil d'administration, ni à le mettre à même de présenter ses observations⁵².

Concernant les agents de direction, l'Etat peut également modifier, suspendre ou retirer l'*agrément* des fonctions qu'ils ont investies.

D'autre part, la tutelle administrative sur les actes des organismes de sécurité sociale se traduit de manières diverses ; ainsi pour l'*approbation préalable* de l'Etat à certains actes tels que les statuts et règlements intérieurs des organismes, les conventions et accords collectifs ou les conventions nationales. De plus, l'Etat peut prendre *une mesure d'annulation* d'actes des organismes en cas d'illégalité de l'acte ou en raison des risques qu'il comporte pour l'équilibre financier de la branche ou du régime. Enfin, l'Etat peut procéder à *la mesure de substitution* des organismes en cas de refus d'accomplir un acte prévu dans la loi par des organismes⁵³.

(3) L'inspection des conseils de surveillance : un conseil de surveillance est instauré par l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 et institué auprès de chacune des trois caisses nationales (CNAMTS, CNAVTS et CNAF) et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Il a pour mission de suivre et examiner l'exécution de la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion sur la base d'un rapport présenté par chaque organisme, d'émettre un avis à l'usage du Parlement, et il peut aussi bénéficier du concours de *l'inspection générale des affaires sociales*.

Le conseil de surveillance se compose notamment de représentants du Parlement (l'Assemblée nationale et le Sénat), de représentants des collectivités territoriales et de représentants des institutions intéressées telles que les associations familiales, les organisations représentant les retraités, les représentants des professions de santé. Le conseil de surveillance élit aussi son président et son vice-président parmi les parlementaires qui en sont membres⁵⁴.

⁵²CE 30 mars 2005, n° 260782, *Union régionale des syndicats CFTEC de La Réunion*, Juris-Data n° 2005-068238, *TPS*, n° 6, Juin 2005, p. 191.

⁵³PRETOT X., *op. cit.*, p. 71.

⁵⁴*Id.*, p. 68 ; GRANDGUILLOT D., *op. cit.*, p. 25.

B : La sécurité sociale en Thaïlande

La Sécurité sociale thaïlandaise mise en œuvre par l'Office de la sécurité sociale joue un rôle important en assurant comme en France une mission de service public. L'Office de la sécurité sociale thaïlandaise est doté du statut d'organisme de l'administration, placé sous la direction du Ministère du travail et de la protection sociale ; en conséquence son exécution et sa gestion sont contrôlées par l'Etat. L'Etat a donc un pouvoir de tutelle sur l'Office de la sécurité sociale de deux manières : la tutelle sur des actes et des personnes de l'Office. Cela existe de la même façon pour le contrôle et la tutelle de l'Etat sur les actes et les personnes de toutes les administrations. En ce qui concerne les moyens de la tutelle, ils peuvent être divisés principalement en trois : (1) l'intervention du Parlement, (2) la tutelle administrative et financière d'Etat et (3) la surveillance de l'inspecteur général.

(1) L'intervention du Parlement : elle existe sous plusieurs formes, mais le moyen le plus évident est la tutelle financière de l'Office de la sécurité sociale. Le parlement a le pouvoir de considérer et approuver le budget annuel de tous les organismes d'Etat, y compris le budget de l'Office de la sécurité sociale ; cette procédure financière a lieu chaque année. La Thaïlande ne connaît pas de loi particulière relative au financement de la sécurité sociale ; en effet, le budget de la sécurité sociale est approuvé par le Parlement au même titre que des autres organismes d'Etat, lors du « *budget annuel d'Etat* ». En France, par contre, il existe la loi financière spéciale de la sécurité sociale, instaurée depuis 1996 et qui porte le nom de la « loi du financement de la sécurité sociale (LFSS) ».

L'article 166 de la Constitution de la Thaïlande prévoit que la préparation du budget annuel de l'Etat s'effectue sous la forme de « la loi ». Chaque organisme d'Etat tel que les organismes de l'administration, les entreprises publiques, les organisations publiques, ainsi que la sécurité social doit prendre en charge la préparation et la présentation de son plan du travail et de ses projets d'activité au Parlement dans le cadre du budget d'Etat. Afin de répondre aux conditions prévues dans l'article 167 de la Constitution, il est évident que chaque organisme doit préparer ses propres documents budgétaires ce qui inclut la prévision des recettes et une présentation claire des objectifs, des plans et des projets d'activité des dépenses.

En outre, chaque année dans un délai de six mois à compter de la fin de l'année, la commission de la sécurité sociale chargée du bilan financier, doit transmettre son rapport financier au Bureau du vérificateur général de Thaïlande. Le bureau du vérificateur général

va être chargé d'examiner et approuver ce bilan financier et aussi le rapport de l'Office de la sécurité sociale ; il les adressera ensuite au ministre de l'intérieur qui le présentera directement au Premier ministre⁵⁵. Après avoir considéré ce bilan et ce rapport, le Premier ministre les présentera au Parlement et les publiera au Journal Officiel⁵⁶. Dans ce cas, on peut constater que le financement annuel de l'Office de la sécurité sociale est contrôlé et soumis à examen à chaque étape de la procédure du « Budget annuel d'Etat ». Le Parlement est considéré comme l'organisme superviseur de l'Etat qui est responsable, d'approuver et de contrôler le budget annuel de l'Office de la sécurité sociale, et du bon respect des objectifs de dépense, des plans et des projets d'activité proposés.

Par ailleurs, le Parlement prend en charge le contrôle de la bonne exécution, des programmes mis en œuvre par l'Office de la sécurité social. En fait, l'article 9(5) de la loi sur la sécurité sociale de 1990 prévoit l'obligation de remettre chaque année au Parlement le rapport annuel sur le fonctionnement et les résultats de toutes les activités mises en œuvre par l'Office de la Sécurité sociale.

Enfin, le « règlement ministériel sur la division de la structure intérieure d'Office de la sécurité sociale du ministère du travail de 2009 » donne - au niveau central - l'obligation au « bureau de politique et plan » qui est l'un des organismes intérieurs d'Office de la sécurité sociale, d'élaborer des politiques et des plans du travail d'Office central de la sécurité sociale, y compris de coordonner toutes les activités en conformité aux plans et à la politique sous le contrôle duquel l'Office est placé. Tandis que, l'Office de la sécurité sociale au niveau local doit fonctionner en se conformant aux politiques, aux plans du travail et aux projets d'activité de l'Office central et aussi de l'Office du travail local. L'obligation de surveiller, inspecter et évaluer cette opération et activité est également sous la charge du bureau de politique et plan de l'Office central.

(2) La tutelle administrative et financière de l'Etat : Au niveau national, la tutelle de l'Etat peut être divisée en deux manières : premièrement, la tutelle administrative de la commission et de l'Office de la sécurité sociale en ce qui relève plusieurs ministères, tels que le ministère de l'intérieur, le ministère du travail, le ministère de la santé publique, le ministère du développement social et de la sécurité humaine. Concernant le périmètre de la tutelle administrative, il faut distinguer deux moyens : d'une part la tutelle administrative sur

⁵⁵Art. 7 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁵⁶Art. 277 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

les actes d'organisme de la sécurité sociale se traduit en manières diverses. Par exemple, *la nomination des commissions* ; la commission de la sécurité sociale et la commission médicale sont ainsi nommées par le ministre du travail comme prévu dans l'article 145 de la loi sur la sécurité sociale de 1990. Ce ministre est chargé de sélectionner les membres de chaque commission parmi des personnes qualifiées et compétentes et il fait obligation à ces deux commissions d'exécuter et aussi déterminer la direction, les politiques et les objectifs d'Office de la sécurité sociale.

La commission de la sécurité sociale est composée de nombreux représentants venant de certains ministères : le ministère du travail, le ministère des finances et le ministère de la santé publique, y compris cinq représentants d'employeurs, cinq représentants d'employés, un représentant de l'Office budgétaire et le Secrétaire général de l'Office de la sécurité sociale⁵⁷. Tandis que, la commission médicale comprend seize membres au maximum. Ce sont des experts qualifiés issus de chaque profession médicale différente⁵⁸.

En outre, le ministre du travail est titulaire du pouvoir d'*approbation préalable* sur certains actes, politiques, plans et activités, y compris l'approbation préalable aux conventions et accords collectifs ou aux conventions nationales de l'Office de la sécurité sociale. De plus, il possède l'autorité de prendre *une mesure d'annulation* des actes de l'organisme en cas d'illégalité de l'acte ou des risques qu'il comporte pour l'équilibre financier de la sécurité sociale. Enfin, *le pouvoir de règlementation intérieur* de l'Office de la sécurité sociale (soit le décret, soit le règlement de ministre, soit la directive) est l'un des exemples de la tutelle administrative de l'Etat dont la charge incombe principalement au ministère du travail.

D'autre part, une tutelle administrative sur les personnes est prévue dans l'article 11 de la loi sur la sécurité sociale de 1990 ; l'Etat peut intervenir à la Sécurité sociale seulement dans le cas de *la démission d'un membre de la commission* qui est le pouvoir exclusif du ministre du travail. Cependant, la loi ne prévoit aucune cause ou condition évidente relative à la démission. Dans ce cas, on devra donc attendre la jurisprudence ou l'interprétation juridique des juges ou des législateurs.

Deuxièmement, la tutelle financière relève principalement du ministère des finances et du Bureau du vérificateur général de la Thaïlande. Ainsi, le ministère des finances est compétent pour *l'approbation préalable* des règles de la commission de la sécurité sociale,

⁵⁷Art. 84 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁵⁸Art. 14 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

relatives à la réception, au paiement et au garde des fonds de la Caisse de la sécurité sociale⁵⁹, y compris la fourniture des intérêts ou des avantages pour la Caisse⁶⁰.

La Caisse de la sécurité sociale a été établie dans le but d'être un fonds commun pour indemniser les assurés des dommages consécutifs à sept risques sociaux ceux qui sont prévus évidemment dans la loi. Cette caisse est abondée par trois parties : le gouvernement, les employeurs et les employés⁶¹. De plus, la loi prévoit clairement que le fonds de cette caisse appartient à l'Office de la sécurité sociale. Ce fonds n'est pas considéré comme les propriétés de l'Etat et ne sera pas versé au Ministère des Finances⁶². En outre, la loi fait obligation à l'autorité de prélever le fonds de cette caisse à l'Office de la sécurité sociale pour les dépenses générales de l'Office, mais il ne peut pas prélever chaque année plus de dix pourcents du fonds total. Cependant, l'Office peut également se voir verser la subvention de l'Etat en cas d'insuffisances pour les dépenses générales⁶³, selon l'arrêté de la commission de la sécurité sociale sur la réception, le paiement, et la garde du fonds prélevé de la caisse pour les dépenses générales de l'Office de la sécurité sociale de 2006.

Par ailleurs, l'article 277 de la loi sur la sécurité sociale de 1990 fait obligation au Bureau du vérificateur général de la Thaïlande de contrôler et d'exercer une tutelle financière sur l'Office de la sécurité sociale. Ce dernier est doté d'une organisation constitutionnelle indépendante prévue évidemment par l'article 252 de la Constitution avec la mission d'examiner les recettes et les dépenses du budget de chaque organisme de l'Etat en conformité avec la discipline financière et budgétaire⁶⁴. Ainsi, chaque année, ce bureau assure l'examen du bilan financier, des listes de recettes et dépenses, y compris le budget de la Caisse de la sécurité sociale. Ces dossiers sont préparés par l'Office de la sécurité sociale et envoyés ensuite au Bureau du vérificateur dans six mois à compter de la fin de l'année.

Au niveau local, des Offices locaux de la sécurité sociale sont surveillés et contrôlés par l'Office de la sécurité sociale centrale et aussi l'Office du travail local. Ainsi, des Offices locaux de la sécurité sociale doivent exécuter, déterminer et fonctionner leurs politiques, leurs plans et leurs projets d'activité en respectant les consignes de l'Office central ; ils

⁵⁹Art. 3 et 25 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁶⁰Art. 4 et 26 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁶¹Art. 21 et 22 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁶²Art. 23 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁶³Art. 24 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁶⁴Art. 253 de la Constitution de la Thaïlande.

doivent poursuivre, évaluer et reporter leurs résultats de performance à l'Office central et à l'Office du travail local⁶⁵.

(3) La surveillance de l'inspecteur général : Cette surveillance est assurée par l'Office d'inspecteur général qui est placé auprès du département du travail. Cet office a été créé par un arrêté du département du développement des compétences n° 25/2552 avec pour mission un soutien administratif à l'inspecteur général chargé de surveiller et d'inspecter les organismes d'administration auprès du département du travail. L'inspecteur général se charge également d'examiner le fonctionnement des Offices de la sécurité sociale tant au niveau central, qu'au niveau local dans le but de faire respecter les objectifs, les politiques et les planifications proposés, ainsi que surveiller et évaluer l'efficacité de l'offre des services à la population, y compris étudier des problèmes et des obstacles évoqués liés au fonctionnement et proposer des solutions concernées aux Offices. Enfin, l'inspecteur général fait un compte rendu et rapporte le résultat de ses inspections au ministre du travail.

Section 2 : L'organisation financière de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie

L'organisation financière concerne l'étude de deux matières : la gestion financière et les catégories des ressources financières liées au régime général français puis celles de la Sécurité sociale thaïlandaise, et principalement de l'assurance maladie.

§ 1 : Les gestions financières

Les gestions financières de la France et de la Thaïlande présentent tant des points comparables, que des points différents. Le plus remarquable, c'est l'utilisation de techniques financières particulières, de techniques budgétaires, ainsi que le financement de la Sécurité sociale, qui existent dans le système français mais également dans le système thaïlandais. Alors que l'exécution, la gestion et la politique de la Sécurité sociale française est déterminée par la loi du financement de la sécurité sociale depuis 1966, une telle loi n'existe pas en Thaïlande. L'exécution et la gestion financière sont affectées à la commission de la sécurité sociale thaïlandaise.

⁶⁵Art. 18 d'arrêté de commission de la sécurité sociale sur la réception, le paiement, et la garde du fonds prélevé de la caisse pour la dépense générale d'Office de la sécurité sociale de 2006.

A : Le régime général en France

Le financement de la Sécurité sociale française repose sur quatre éléments caractéristiques⁶⁶ : (1) Il tient à l'importance des sommes en jeu, les dépenses des régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole devraient atteindre la somme déterminée chaque année, soit environ un cinquième du produit intérieur brut. (2) Les dépenses de la Sécurité sociale constituent des dépenses de transfert et ses ressources sont affectées pour leur montant au financement des prestations servies aux assurés. (3) Son financement demeure tributaire des cotisations assises sur les revenus d'activité et de remplacement, soit environ deux tiers des ressources. Et (4) depuis la fin des années 1970, la Sécurité sociale est affectée d'un important déficit à cause de difficultés économiques, soit le chômage, soit l'incidence de la démographie sur les dépenses des branches vieillesse et santé, soit le progrès médical, soit les modes de vie et de consommation.

Du point de vue des principes financiers, l'organisation et le fonctionnement de la Sécurité sociale demeurent fondés sur plusieurs principes⁶⁷ :

(1) Le principe de l'autonomie des régimes et des branches : chaque régime ou chaque branche, notamment le régime général, dispose de recettes et dépenses propres et il possède également un compte distinct. L'autonomie s'applique aussi à l'égard de l'Etat. Ainsi, pour la gestion de la trésorerie, les relations entre les régimes et le Trésor public et la Caisse des dépôts et consignations donnent lieu à la conclusion de conventions.

(2) Le principe de l'affectation des recettes : chaque régime ou chaque branche possède des recettes distinctes qui ne peuvent pas concourir au budget d'Etat mais conduisent à des charges du régime ou de la branche distincte. Ce principe s'oppose au principe de l'universalité du droit des finances publiques, qui a pour but la non-affectation des recettes, toutes également inscrites au budget de l'Etat et affectées au financement indifférencié des dépenses.

(3) La distinction des gestions techniques et des gestions budgétaires : normalement, des organismes publics ne poursuivent leurs dépenses que dans la limite des crédits inscrits à cette fin dans leur budget (crédits limitatifs). Contrairement à la gestion financière de la Sécurité sociale qui peut verser librement les prestations aux usagers remplissant les conditions, en fonction des fonds disponibles. En fait, c'est une simple gestion technique des recettes et des dépenses et il n'y a pas, à proprement parler, de budget de la Sécurité

⁶⁶PRETOT X., *op. cit.*, p. 73-74.

⁶⁷*Id.*, p. 75.

sociale. Il existe seulement un financement de la gestion administrative et de l'action sanitaire et sociale qui donnent lieu à l'adoption de véritables budgets dans chaque organisme. Ainsi, ces budgets se voient alimentés par un prélèvement sur les ressources du régime ou de la branche et dotés de crédits limitatifs. Cependant, l'ensemble des gestions budgétaires ne représente qu'une faible partie des recettes et des dépenses de la Sécurité sociale.

Depuis la fin des années 1970, la Sécurité sociale est affectée d'un important déficit à cause d'une part, d'un accroissement des dépenses de santé, et d'autre part d'un déséquilibre démographique des régimes. L'augmentation des dépenses de la santé est due à des causes multiples telles que le prolongement de l'âge des personnes bénéficiaires des soins, l'élévation du niveau de vie, les progrès de la médecine, l'amélioration des appareillages techniques, etc⁶⁸. Alors qu'un déséquilibre démographique des régimes concerne le nombre des assurés dans chaque régime et la capacité contributive de la cotisation des assurés. En ce qui concerne évidemment la gestion financière de la Sécurité sociale, on prend en compte le problème d'un déséquilibre démographique des régimes qui permet de trouver des solutions appropriés. Normalement, il existe deux techniques pour résoudre ce problème financier : (1) la subvention d'équilibre versée par l'Etat aux différents régimes se traduisant par une fiscalisation du financement des régimes et (2) un mécanisme financier appelé « la compensation »⁶⁹.

Dans ce cas, on se concentrera sur la compensation comme une technique financière importante et intéressante. La compensation est un mécanisme financier effectué entre les différents régimes autonomes. Il s'agit de venir en aide financièrement aux régimes qui connaissent des déséquilibres financiers et qui ne peuvent pas financièrement assumer la charge financière permettant le service des prestations. Certains d'entre eux sont appelés à procéder à des transferts en faveur d'autres régimes de manière à compléter leurs ressources. On trouve que les ressortissants des régimes finissent le plus souvent dans le cadre du régime général qu'est un régime légal et obligatoire. Le régime général bénéficie donc plus de cotisants que des autres régimes. Dans l'article 1^{er} du Code de la sécurité sociale fondant la

⁶⁸BARRIENTOS A., « Le rôle de la Sécurité sociale financée par l'impôt », *RISS* 2007, vol.60, n° 2-3, p. 111 ; EUZEBY Alain, « Financement de la protection sociale, efficacité économique et justice sociale », *Rev. Marché commun*, 1997, p. 253 ; PRETOT X., « Le financement de la sécurité sociale. Réflexions sur la légitimité des prélèvements publics », *RFFP*, n° 88, 2004, p. 49 ; STERDYNIAK H., « Mieux financer la sécurité sociale ? Un bilan des réformes récentes », *Dr. Soc.*, n° spécial, 1997, p. 792.

⁶⁹ARSEGUEL A., *les systèmes de protection sociale comparés*, cours de droit de la protection sociale, Université de Toulouse 1, 2011, p. 19 et 20.

Sécurité sociale sur le principe de la solidarité nationale, il est ainsi considéré normalement que le régime général doit compenser le financement des autres régimes déficitaires.

En terme de compensation, on distingue en pratique trois formes ;

(1) L'intégration financière : c'est la forme plus ancienne rattachant certains régimes déficitaires au régime général, ainsi la cotisation et la compensation sont pris en charge par le régime général. Par exemple, le régime des salariés agricoles ou le régime des étudiants, dont les ressources et les charges sont purement et simplement confondues dans les comptes du régime général.

(2) La compensation financière : cela prend en compte les capacités contributives respectives des ressortissants des régimes pour déterminer les versements des uns au profit des autres. Elle ne s'applique qu'entre les régimes de salariés. En fait, cette compensation intéresse les régimes spéciaux entre eux et le régime général. Après avoir calculé, il permet la compensation entre les régimes excédentaires et le régime déficitaire. S'il existe encore un déficit, l'Etat interviendra en versant des subventions.

(3) La compensation généralisée: elle intéresse tous les régimes mais en particulier le régime agricole et le régime des indépendants. Cette compensation ne concerne que la démographie et pas le financement. On crée un régime fictif imaginaire qui est plus proche du régime agricole et du régime des indépendants et puis on calcule les contributions qui seraient nécessaires pour que chacun des ressortissants de ces régimes puissent bénéficier des prestations de ces régimes⁷⁰.

En réalité, on constate que la compensation démographique est plus réalisable. Ainsi, il s'agit de prendre en compte uniquement le nombre des ressortissants de chaque régime lorsqu'il y a la détermination des financements nécessaires. On ne s'intéresse pas à leur capacité financière. Par exemple, dans la compensation entre le régime des salariés et le régime des indépendants, il est impossible de connaître les revenus de ces catégories, et cela est aussi valable pour le régime agricole. Toutefois, quand il s'agit de salariés, on connaît les capacités contributives, il sera donc possible de faire une compensation en termes financiers, en plus de la compensation démographique. La compensation entre les régimes est prescrite par la loi du 24 décembre 1974⁷¹.

⁷⁰*Id.*, 2012, p. 17.

⁷¹Loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité social obligatoire ; *Ibid.*, p. 16.

En outre, concernant l'assurance maladie, le législateur crée également un Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (ou Fonds de financement de la CMU complémentaire) pour la clarification du financement des prestations sociales. Il est instauré par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 pour la mission liée à la mise en œuvre de la couverture maladie complémentaire. Son financement se voit assuré par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance ainsi que par une dotation de l'Etat⁷².

Dans le cadre de la dette accumulée des régimes de Sécurité sociale en 1996, elle conduit à une solution originale : l'institution de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Cette institution est créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 et dotée d'un établissement public. Elle a une mission d'apurement de la dette cumulée les exercices antérieurs. Elle dispose à cette fin, en particulier, du produit d'une contribution spécifique : la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) qui est instaurée en 1996 et s'applique à une assiette comparable à celle de la Contribution sociale généralisée (CSG), mais avec un taux différent (0,5%)⁷³. De plus, il s'agit du nouveau transfert de dette à la Caisse, il est désormais mis en place une augmentation de la recette des régimes de la Sécurité sociale de manière à ne pas allonger la durée d'amortissement, prescrit par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005⁷⁴.

Par ailleurs, depuis une loi du 31 décembre 1949, la Cour des comptes est appelée à procéder à « la certification des comptes » de l'ensemble des régimes de Sécurité sociale et aussi de mutualité sociale agricole et des organismes qui concourent à leur financement. A cet égard, la Cour n'a pas de rôle juridictionnel aussi marqué que pour les comptables publics du budget de l'Etat mais elle exerce essentiellement une mission de contrôle⁷⁵, de vérification et d'approbation des comptes des organismes de la sécurité sociale.

En ce qui concerne les lois de financement de la Sécurité sociale, antérieurement à 1996, le Parlement n'était pas appelé à délibérer des conditions de financement de la Sécurité

⁷²PRETOT X., *op. cit.*, p. 77.

⁷³La création de la CSG date de 1993 ; il s'agit d'un impôt qui frappe une très large variété de revenus, mais dont le produit est affecté au financement de l'assurance-maladie. Dérogeant au principe gouvernant habituellement le droit fiscal, la CSG est un impôt à affectation définie. Elle frappe non seulement les salaires et les revenus des professionnels indépendants, mais également des sommes, telles que la participation ou l'intéressement, qui échappent aux cotisations sociales. Elle s'applique également aux revenus de remplacement, tels que les indemnités journalières, les pensions de retraite et les allocations de chômage. Sont enfin assujettis à cet impôt les revenus du patrimoine, les produits de placement-tels que les loyers, les revenus de valeurs mobilières et les plus-values-, ainsi que les produits des jeux ; PETIT F., *op. cit.*, p. 132.

⁷⁴PRETOT X., *op. cit.*, p. 77.

⁷⁵MATT J., *op. cit.*, p. 107.

sociale. Mais la loi de financement de la sécurité sociale se voit désormais votée par le Parlement chaque année. Il incombe au Parlement de délibérer des conditions de l'équilibre financier de la Sécurité sociale au niveau national et de déterminer la politique financière. L'institution des lois de financement de la Sécurité sociale par la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 a modifié absolument l'étendue des pouvoirs du Parlement. La loi de financement de la Sécurité sociale élaborée par le ministre chargé de la sécurité sociale sous l'autorité du Premier ministre a fait l'objet de deux lois organiques : la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 et la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005⁷⁶. La loi de financement est publiée chaque année avant le 1^{er} janvier, le législateur prévoit donc les strictes règles de délai d'examen du projet de loi.

Selon l'article LO 111-3 du Code de la sécurité sociale, issu de la loi organique du 2 août 2005, cette loi comprend quatre parties : (1) une partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, (2) une partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, (3) une partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir et (4) une partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir.

Il convient de préciser que la loi de financement peut se voir déferée au Conseil constitutionnel. Ainsi, toutes les lois de financement adoptées depuis 1996 ont fait l'objet d'un tel recours⁷⁷. En outre, pendant le cours d'exercice, le Parlement peut être appelé à délibérer d'une loi de financement rectificative qui a été exigée la première fois en 2011.

Dans la loi de financement, le Parlement peut définir indépendamment des diverses dispositions financières et des conditions de l'équilibre financier. Cela conduit à la présence de représentants des deux assemblées au sein des conseils de surveillance des organismes nationaux du régime général, et l'institution du Comité d'alerte par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, qui a la charge de surveiller, notamment, l'équilibre financier de la Sécurité sociale⁷⁸.

Par ailleurs, il existe également une Commission des comptes de la Sécurité sociale, présidée par le ministre chargé de la sécurité sociale. Cette commission comprend des représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat, du Conseil économique social et environnemental, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales,

⁷⁶PRETOT X., *op. cit.*, p. 78.

⁷⁷*Id.*, p. 80.

⁷⁸*Ibid.*

sociales et familiales, des conseils d'administration et conseils des organismes de sécurité sociale, des organisations mutualistes, des professions et établissements de santé et des personnalités qualifiée ; elle est également dotée d'un secrétaire général permanent. Cette commission est pour la mission de procéder à l'analyse des comptes des régimes obligatoires de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole et de prendre connaissance des comptes des régimes complémentaires rendus légalement obligatoires⁷⁹.

B : La sécurité sociale en Thaïlande

La Sécurité sociale thaïlandaise se compose de deux caisses : la Caisse de la sécurité sociale et la Caisse de la compensation. Ces deux dernières sont prises en charge par l'Office de la sécurité sociale selon la loi sur la sécurité sociale de 1990, l'amendement n° 2 en 1994 de la loi sur la sécurité sociale de 1990 et l'amendement n° 3 en 1999 de la même loi. La Caisse de la sécurité sociale a pour but d'assurer et protéger la stabilité de la vie des assurés travaillant dans des industries, les bureaux ou les magasins qui mettent en œuvre la Sécurité sociale. Les sources de son revenu viennent principalement de la cotisation des trois parties : employeurs, employés et gouvernement⁸⁰. Alors que la source des revenus de la Caisse de la compensation ne vient que des employeurs afin d'assurer et compenser leurs salariés en cas de la maladie ou d'accident dû des travaux. Dans le cadre de la gestion financière, ces deux caisses sont gérées séparément par des commissions indépendantes. C'est le principe financier essentiel se trouvant dans la Sécurité sociale en France et en Thaïlande.

Toutefois, l'assurance de la santé par le système de la Sécurité sociale thaïlandaise est dédiée à couvrir principalement les salariés travaillant dans le secteur industriel, commercial et des services. C'est la raison pour laquelle les législateurs thaïlandais ne créent que deux caisses. En plus, ils ne réunissent pas encore les autres systèmes de l'assurance de la santé dans le seul système comme la Sécurité sociale française. Ainsi, l'assurance de la santé destinée aux fonctionnaires et des autres agents publics est gérée séparément et indépendamment de la Sécurité sociale. C'est pourquoi, il n'existe pas la technique financière de la compensation dans la Sécurité sociale thaïlandaise, contrairement à la France.

En outre, la Thaïlande ne dispose pas de loi particulière relative au financement de la sécurité sociale. Contrairement à la France, où il existe la loi financière spéciale de la sécurité sociale, instaurée depuis 1996 et qui porte le nom de la « loi de financement de la

⁷⁹*Ibid.*, p. 81.

⁸⁰Art. 21 et 22 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

sécurité sociale (LFSS) ». L'exécution et la gestion de la Caisse de la sécurité sociale et la Caisse de la compensation sont prises en charge par la commission de la sécurité sociale et la commission de la compensation. Particulièrement, la loi prévoit clairement que le fonds de ces caisses appartient à l'Office de la sécurité sociale et il ne peut pas être vu comme une rémunération d'Etat qui doit être adressé au Ministère des Finances⁸¹. C'est une gestion technique financière, différente de la gestion budgétaire, les organismes publics ne poursuivent leurs dépenses que dans la limite des crédits inscrits à cette fin à leur budget (crédits limitatifs). Cependant, cette technique trouve son principe aussi bien dans la Sécurité sociale française que dans la thaïlandaise.

Pourtant, afin d'avoir une vérification et un contrôle du financement de la Sécurité sociale, la loi prescrit que dans les six mois à compter de la fin de l'année, la commission de la sécurité sociale se charge de considérer et examiner le bilan financier, publie un rapport lié aux recettes et aux dépenses de l'Office auprès du Bureau du vérificateur général de la Thaïlande, et ceci chaque année. Ce bureau va prendre en charge l'examen et approbation du bilan financier et aussi le rapport d'Office et il les adressera au Ministre de l'Intérieur pour le présenter directement au Premier Ministre⁸². Après avoir considéré ce bilan et rapport, le Premier Ministre les rapportera au Parlement et les publiera dans le Journal Officiel⁸³.

En outre, le bureau du développement financier et budgétaire de la santé nationale: BDFS, selon la réglementation de l'Office du Premier Ministre sur le développement financier et budgétaire de la santé nationale de 2010 et la loi sur la santé nationale de 2007, a pour mission principale d'apporter des propositions relatives à la politique de trois grands systèmes de l'assurance de la santé en Thaïlande : l'assurance de la santé par la Sécurité sociale, celle destinée aux fonctionnaires et aux agents publics et celle de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Ce bureau prend en charge également de trouver les points forts et les faiblesses de chaque système afin de les améliorer, notamment par le développement et l'augmentation de l'efficacité du travail et de la performance de chaque système. De plus, il tente de réduire la disparité de manière avantageuse entre les trois systèmes différents en trouvant un équilibre financier. Ce bureau du développement est dirigé par la commission du développement financier et budgétaire de la santé nationale,

⁸¹Art. 23 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁸²Art. 7 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁸³Art. 277 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

présidé par le Premier Ministre. Dans la première séance, le 21 mars 2011, deux sous-commissions ont été nommées : la sous-commission du développement des politiques et des stratégies du système financier et budgétaire de la santé et la sous-commission du développement des mécanismes sociaux et des médias publics⁸⁴.

Dans ce sujet, on se concentrera sur l'exécution et la gestion de la Caisse de la sécurité sociale au regard de l'assurance maladie. La gestion financière de la Sécurité sociale se compose de nombreuses techniques de paiement des frais médicaux aux établissements sanitaires, mais la technique principale utilisée est le paiement par capitation, c'est-à-dire le paiement forfaitaire. Ainsi, des établissements sanitaires disposant d'un contrat avec la Sécurité sociale vont recevoir par avancement des frais médicaux d'une manière forfaitaire. Cependant, ces établissements sanitaires doivent prodiguer conformément au standard des soins déterminés et doivent soigner sans se soucier du coût et du nombre d'actes nécessaires⁸⁵.

Cette technique de paiement est réalisée par l'Office de la sécurité sociale pour des raisons d'économie de dépense et d'efficacité dans la gestion. Ainsi, cette technique ne nécessite pas de beaucoup de personnel pour surveiller et pour vérifier les factures médicales des assurés (après avoir été soigné), et de ce fait l'Office peut prévoir l'avancement des dépenses médicales qu'il doit reverser aux établissements sanitaires. De plus, le fonds de la Caisse de la sécurité sociale est limité et il est difficile de savoir par avance le montant exact de la cotisation que l'Office recevra par les assurés et les employeurs, la technique du paiement forfaitaire apparaît donc comme la meilleure solution du contrôle des dépenses médicales. Des assurés peuvent obtenir des services médicaux dans l'établissement sanitaire qu'ils choisissent et enregistrent avec l'Office de la sécurité sociale, et ils ne doivent montrer que leur « carte de titulaire du droit aux soins » distribuée par la Sécurité sociale, afin de recevoir des services médicaux sans paiement et non-limité, à l'exception des dépenses médicales spéciales et des dépenses de services non liés aux soins⁸⁶.

Il est évident que la détermination appropriée du taux de paiement forfaitaire destiné aux établissements sanitaires est le point essentiel. La loi impose cette obligation à la

⁸⁴ARIYASRIWATTANA C., *La réforme du système financière et budgétaire de la santé* [en ligne]. Bangkok. Mise à jour 23 mars 2011 [ref. du 11/12/2012]. Disponible sur : <http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=1446.0;wap2>

⁸⁵SUNTORNTAM S., *Le système de l'assurance de la santé en Thaïlande*, presses de l'Office de l'assurance sanitaire nationale, Nonthaburi, 2012, p. 63.

⁸⁶NA RANONG A. et TRIEMVARAKUN S., *Le rapport sur la performance et l'adaptation de la Sécurité sociale*, rapport de l'institution de la recherche du système sanitaire n° 7, novembre 2002, p. 13.

commission médicale, mais avec l'approbation préalable de la commission de la sécurité sociale⁸⁷. Au début de la gestion, en 1991, le taux de paiement forfaitaire était déterminé à sept cents bahts par an pour chaque assuré et après s'est vu augmenter à huit cents bahts. En 1998, le taux de paiement forfaitaire a été divisé en deux parts : d'une part, le taux a été monté à mille bahts par personne et par an pour des établissements sanitaires occupant moins de 50 000 assurés; d'autre part, neuf cents bahts pour chaque assuré a été reversé annuellement aux établissements sanitaires occupant plus de 50 000 assurés. Cependant, deux ans après (octobre 2000), tous les établissements sanitaires ont reçu annuellement le même taux de paiement soit 1 100 bahts par personne⁸⁸. Actuellement, l'Office de la sécurité sociale reverse annuellement 2 105 bahts par personne pour couvrir totalement 11,66 millions des assurés dans le système de la sécurité sociale.

Cependant, des établissements sanitaires peuvent se voir rembourser directement pour la dépense de certains médecins spécialistes ayant soigné des assurés, par l'Office de la sécurité sociale, selon des conditions déterminées par la loi⁸⁹. En outre, dans certains cas, les assurés peuvent se voir remboursés directement par l'Office de la sécurité sociale, tels que des dépenses dentaires ou des dépenses oculaires, etc.⁹⁰

La situation financière de la Caisse de la sécurité sociale se traduit par la considération des recettes et des dépenses de la Caisse. Il est absolument hors de question que la situation financière d'aujourd'hui soit un indicateur essentiel de la stabilité financière de la Caisse dans l'avenir. La plupart des ressources de la Caisse viennent des cotisations des trois parties : des employés, des employeurs et le gouvernement ; elles sont gérées par l'Office de la sécurité sociale assurant la couverture et la distribution des prestations aux assurés. Le financement de la Caisse de la sécurité sociale est établie en deux parties : la partie « performance » (relative à des recettes et des dépenses) et la partie « situation financière » (relative au bilan financier)⁹¹.

En ce qui concerne la partie « performance », depuis la création de la Sécurité sociale en 1991 jusqu'à récent, les sommes de la recette sont plus élevées que celles de la dépense et elles ont tendance à augmenter chaque année, sauf en 1997 et 1998 où la Thaïlande a dû faire face à la crise économique. Il y a eu beaucoup des chômeurs, en conséquence, le

⁸⁷Art. 15(8) de la loi sur la sécurité sociale de 1990 ; SUNTORNTAM S., *op. cit.*, p. 64.

⁸⁸NA RANONG A. et TRIEMVARAKUN S., *op. cit.*, p. 15.

⁸⁹SUNTORNTAM S., *op. cit.*, p. 64.

⁹⁰NA RANONG A. et TRIEMVARAKUN S., *op. cit.*, p. 19.

⁹¹*Id.*, p. 44.

nombre des assurés a diminué. Toutefois, l'année précédente, la recette de la Caisse a été accrue de façon significative en raison de l'élargissement de la couverture en deux branches : la prestation familiale et la prestation de retraite. Les assurés et les employeurs devaient donc verser des cotisations plus élevées. Ainsi, ils doivent reverser cinq pourcents du salaire mensuel. Pourtant, depuis 2012, le taux de la cotisation diminué d'un pourcent : les employeurs et les employés ne doivent reverser que quatre pourcents du salaire mensuel, alors que le gouvernement verse le même taux (2,75 pourcents chaque mois). Cela résulte de la déclaration du gouvernement en 2013 sur l'augmentation du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) correspondant à trois cents bahts par jour destinés à tous les employés. La commission de la sécurité sociale a donc décidé de réduire le taux de la cotisation afin d'aider et diminuer la charge des employeurs⁹².

Etant donné que la recette de la Caisse est issue principalement de la cotisation, soit 80-90 pourcents de la recette totale, il ne reste que 10-20 pourcents de la recette venant d'intérêts et de dividendes des banques et des investissements financiers. Alors que 87-99 pourcents de la dépense totale sont attribuées aux prestations aux assurés et le reste pour les dépenses de gestion⁹³.

Il faut noter que le versement de la prestation des retraites est faible, mais à long terme, il est prévu que cette prestation soit augmentée afin d'assurer de meilleures retraites dans l'avenir. En fait, à partir de janvier 2014, les assurés ayant 55 ans recevront la prestation de retraite, après avoir été prélevé chaque mois de la cotisation pendant 15 ans (ou 180 mois). Il est prévu que la prestation de retraite s'élèvera aux alentours de 8 280 milliards en 2014⁹⁴. En conséquence, depuis 2001, la Caisse de la sécurité sociale cherche une solution financière pour distinguer la dépense à long terme de la dépense à court terme, et doit prendre en compte la prestation de retraite qui s'accroîtra de plus en plus dans l'avenir⁹⁵.

En ce qui concerne la situation financière de la Caisse de la sécurité sociale, elle est plutôt stable car son bilan financier s'accroît régulièrement chaque année : il y a plus de recettes que de dépenses. Particulièrement, pendant les dix premières années après la naissance de la Sécurité Sociale (1991-2000), la Caisse possédait des capitaux totaux à 98

⁹²Office de la sécurité sociale, « La déclaration de commission de la sécurité sociale sur la réduction du taux de la cotisation en 2013 », *Journal de la sécurité sociale*, vol. 18, n° 12, décembre 2012, p. 5.

⁹³NA RANONG A. et TRIEMVARAKUN S., *op. cit.*, p. 45.

⁹⁴La prestation de retraite est effective depuis janvier 1999 ; BUDSAYABUNTOON S., « Après 2014, combien des prestations de retraite les assurés recevront ? », in *Thansettakij*, vol. 32, n° 2 799, 9 décembre 2012, p. 5.

⁹⁵NA RANONG A. et TRIEMVARAKUN S., *op. cit.*, p. 46.

pourcents et des endettements de moins de deux pourcents⁹⁶. Actuellement (2013), la somme totale de la Caisse de la sécurité sociale est 946 376 millions bahts⁹⁷.

Toutefois, même s'il n'y a aucune loi particulière liée au financement de la sécurité sociale thaïlandaise, la commission de la sécurité sociale ne peut pas exécuter et gérer la Caisse sans surveillance et contrôle. La loi impose une obligation de contrôle et de tutelle financière de l'Office de la sécurité sociale par le Bureau du vérificateur général de la Thaïlande⁹⁸. Ce dernier est doté d'une organisation constitutionnelle indépendante prévue évidemment dans l'article 252 de la Constitution qui a pour mission d'examiner la recette et la dépense du budget de chaque organisme d'Etat en se conformant à la discipline financière et budgétaire⁹⁹. Chaque année, ce bureau a la charge d'examiner et vérifier le bilan financier et les listes des recettes et dépenses de la Caisse de la sécurité sociale adressés par la commission de la sécurité sociale dans six mois à compter de la fin de l'année. Finalement, après avoir été contrôlés par nombreuses procédures, le bilan financier et les listes des recettes et dépenses de la Caisse seront publiés au Journal Officiel.

§ 2 : Les ressources financières

Pour apprécier les ressources financières, il conviendra d'étudier dans un premier temps les différentes catégories de sources financières soutenant le système de la sécurité sociale thaïlandaise et ensuite de les comparer avec celles du régime général de la Sécurité sociale française.

A : Le régime général en France

La Sécurité sociale a été créée dans le but de remplacer le revenu perdu du fait d'une maladie ou un accident et aussi compenser les dépenses issues de la survenance de certains risques, notamment des risques maladies. Les façons de financer les dépenses de la Sécurité sociale sont nombreuses. Certaines personnes divisent le schéma des ressources de l'assurance maladie en quatre catégories de recettes: (1) les cotisations, notamment des cotisations patronales, (2) les impôts et taxes affectées, essentiellement la CSG, (3) les contributions publiques, à savoir la compensation par le budget de l'Etat au titre des exonérations consenties dans le cadre de la politique de l'emploi, et (4) les transferts qui

⁹⁶*Id.*, p. 48.

⁹⁷BUDSAYABUNTOON S., *op. cit.*, p. 5.

⁹⁸Art. 277 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

⁹⁹Art. 253 de la Constitution de la Thaïlande.

sont pris en charge de cotisations et de prestations par des organismes tiers tels que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans le cadre des dépenses liées à l'accueil des personnes âgées et de personnes handicapées dans les établissements de services médicaux sociaux financés par l'assurance maladie obligatoire¹⁰⁰.

Cependant, on trouve que le schéma des recettes de la Sécurité sociale française se divise généralement en deux grandes catégories : d'une part le financement par la cotisation inspirée du système assurantiel bismarckien. D'autre part le financement par la fiscalité reposant sur l'idée d'une solidarité nationale de Beveridge.

a : Le financement par la cotisation

Le financement par la cotisation est privilégié dans les régimes professionnels et interprofessionnels empruntant une logique à l'assurance. La cotisation possède un taux uniforme, des prélèvements obligatoires, et est assise sur les revenus professionnels, qui représente actuellement les deux tiers (65 %) des ressources de la Sécurité sociale. Ses ressources laissent toujours une place prédominante aux cotisations sociales, même si celle-ci s'est sensiblement réduite depuis une quinzaine d'années¹⁰¹. En 2012, les recettes nettes du régime général sont affectées 58,4 % par les cotisations, 20,4 % par la CSG et 21,2 % par les autres impôts, taxes et transferts¹⁰².

Ce mode de financement est à l'origine de prestations contributives. Ainsi, il a vocation à renforcer la cohésion professionnelle et sociale du groupe. Toutefois, le système actuel de sécurité sociale dérive d'un tel schéma par deux grandes raisons : (1) une difficulté d'ajustement, un décalage récurrent entre les recettes et les dépenses de la Sécurité sociale et (2) l'interventionnisme de l'Etat dans l'organisation, la gouvernance et le fonctionnement de la Sécurité sociale¹⁰³.

Dans la loi du financement de la sécurité sociale, les catégories des cotisations sont divisées en deux principales branches. La première est formée des cotisations effectives versées aux organismes de recouvrement par les redevables, tels que des employeurs et travailleurs indépendants. Ainsi, en 2009, les cotisations représentaient à 64,6 % de ces ressources hors transferts, dont 35,8 % pour les cotisations effectives payées par les

¹⁰⁰MARIE R., « L'évolution du financement de l'accès aux soins », *L'accès aux soins*, Actes du colloque n° 8, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, p. 187.

¹⁰¹ELBAUM M., *Economie politique de la protection social*, 2^e édition, PUF, Paris, 2011, p. 416.

¹⁰²Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, « Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2011 prévisions 2012 et 2013 », octobre 2012, Paris, p. 33.

¹⁰³PETIT F., *op. cit.*, p. 130.

employeurs, 16,7 % pour celles à la charge des salariés et 3,9 % pour celles des non-salariés¹⁰⁴. La seconde correspond aux *cotisations fictives* relatives au financement des prestations de certains régimes spéciaux, tels que le régime des pensions civiles et militaires de l'Etat. Ces régimes font la confusion du financement des prestations aux employeurs ; il est donc nécessaire de procéder à l'évaluation du coût pour déterminer le montant à l'employeur.

En ce qui concerne le régime général, il existe le principe de la séparation des risques issu de la réforme de 1967 et aussi la distinction des cotisations de chaque branche du régime général, dont le taux du versement est fixé. Selon l'article L. 242-1, alinéa 1^{er}, du Code de la sécurité sociale, l'assiette des cotisations du régime général s'étend de façon large à l'ensemble des « sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire ». En fait, on peut en déduire que toute somme, tout avantage perçus par le salarié en raison de son appartenance à l'entreprise doit, en principe, être compris dans l'assiette des cotisations¹⁰⁵.

Le taux de la cotisation du régime général est uniforme, s'appliquant à la totalité du salaire en matière de maladie-maternité-invalidité-décès, de prestations familiales et d'accidents de travail, tandis que la plus grande part des cotisations vieillesse est prélevée dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (2 946 € en 2011). Leur taux global est de 35,6 % hors accidents du travail, dont 28,1 % à la charge des employeurs. C'est à ce montant que s'applique l'allègement de 26,1 points au niveau du SMIC (28,1 points pour les entreprises de moins de 20 salariés), dégressif jusqu'à 1,6 SMIC¹⁰⁶. Cependant, les cotisations de sécurité sociale ne s'appliquent qu'à la rémunération *nette* des salariés¹⁰⁷. A partir de 1^{er} janvier 2013, le taux des cotisations du régime général est conforme au tableau ci-dessous :

¹⁰⁴ELBAUM M., *op. cit.*, p. 416.

¹⁰⁵PRETOT X., *op. cit.*, p. 87.

¹⁰⁶ELBAUM M., *op. cit.*, p. 422.

¹⁰⁷Art. L. 131-8, CSS.

Taux des cotisations du régime général (1^e janvier 2013)

Sur la totalité du salaire				
Total	Maladie, maternité, invalidité, décès, solidarité		Allocation familiales	Vieillesse
	PP	PS (1)	PP	PP + PS
20,95	13,10	0,75	5,40	1,60 + 0,10

PP = Part patronal

PS = Part salarial

(1) Au 1^{er} janvier 2012 dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le taux de la cotisation salariale maladie supplémentaire passe de 1,60% à 1,50%.

Une cotisation "accidents du travail - maladie professionnelles" dont le taux et le montant varient en fonction de l'activité de l'entreprise et l'effectif employé est due. Ce taux est notifié chaque début d'année par les Carsat (ex cram).

Source : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, *Taux des cotisations du régime général* [en ligne]. Paris : Doc'URSSAF. Mise à jour : 27 décembre 2012 [ref. du 13/08/2013]. Disponible sur : http://www.urssaf.fr/profil/associations/baremes/baremes/taux_des_cotisations_du_re_gime_general_01.html

Par ailleurs, le principe de l'assiette minimale des cotisations qui résulte de l'article R. 242-1, alinéa 6, du Code de la sécurité sociale, mérite également attention. En aucun cas employeurs et salariés ne peuvent cotiser sur une somme inférieure au salaire minimum de croissance. La jurisprudence a même élargi la portée de cette règle en portant l'assiette minimale au niveau du salaire minimum conventionnel¹⁰⁸. Le SMIC étant un taux horaire, la rémunération à comparer au seuil minimum est calculée sur la base du nombre d'heures de travail effectif, à l'exclusion du temps nécessaire à l'habillage et au « casse-croûte »¹⁰⁹.

¹⁰⁸Cass. Soc., 21 juillet 1986, pourvoi n°84-15445, *Bull. civ.* 1986 V, n° 428 p. 326 et Cass. Soc., 8 juin 1988, *JCP*, 1988, II, 21227, note VACHET G.

¹⁰⁹Cass. Soc., 1 février 1989, n° 86-17704, *Bull.* 1989 V, n° 89, p. 54 ; COURSIER P., *Travaux dirigés de droit de la protection sociale*, 4^e édition, LexisNexis SA, Paris, 2010, p. 77 et 78.

Toutefois, certains compléments de salaire font l'objet de règles particulières qui sont exonérés du versement de la cotisation à la Sécurité sociale par la loi. Par exemple, des sommes perçues au titre de l'intéressement ou, de la rémunération des heures complémentaires et supplémentaires¹¹⁰ ou de la prime versée aux salariés au sein des sociétés qui augmentent leur dividende¹¹¹. Par ailleurs, il faut mentionner également que certains cas sont exonérés ou voient leurs cotisations réduites, soit certaines catégories de salariés, telles que les titulaires d'un premier emploi ou les seniors, soit l'emploi de salariés dans certaines régions (par ex. : zones franches urbaines ou zones de revitalisation rurale)¹¹².

A l'égard des débiteurs des cotisations, ce devoir incombe à l'employeur qui est seul débiteur des cotisations dans les régimes de salariés. Il est chargé de prélever la cotisation sur la rémunération brute à la charge du salarié et y ajouter sa propre part et verser le tout à l'organisme de recouvrement dans le mois de janvier de l'année suivante qui est l'échéance de paiement. C'est ainsi que le paiement des cotisations peut être effectué par tous moyens (espèces, chèque, virement, inscription au crédit du compte courant de l'organisme, télé règlement)¹¹³.

b : Le financement par la fiscalité

En raison du caractère universel de la Sécurité sociale et du problème du déficit financier de certains régimes, une partie du financement de tout régime déficitaire est assurée par la fiscalité : ceci ayant pour seul but de couvrir tous les citoyens professionnels dans la Sécurité sociale. En France, la fiscalité a longtemps gardé un caractère subsidiaire; aujourd'hui, elle s'affirme de manière marquée et tend à se généraliser pour l'assurance-maladie, sous la forme notamment de la Contribution sociale généralisée (CSG) et de la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)¹¹⁴.

La CSG est créée en 1993 par la loi de finance de 1991¹¹⁵, à l'initiative du gouvernement de Michel Rocard pour diversifier les revenus mais son produit est affecté au financement de l'assurance-maladie. Particulièrement, elle frappe non seulement les salaires

¹¹⁰Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

¹¹¹Loi n° 2011-894 du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011.

¹¹²PRETOT X., *op. cit.*, p. 89.

¹¹³*Id.*, p. 92.

¹¹⁴PETIT F., *op. cit.*, p. 131.

¹¹⁵La loi du 29 décembre 1990 portant loi de finances pour 1991 a créé un nouveau type de ressource affecté à la Sécurité sociale : la Contribution sociale généralisée (CSG) ; PELLET R. et SKZRYERBAK A., *Leçons de droit social et de droit de la santé*, coll. « Manuel intégral concours », 2^e édition, Dalloz, Paris, 2008, p. 299.

et les revenus des professionnels indépendants, mais également des sommes, telles que la participation ou l'intéressement, qui échappent aux cotisations sociales afin de toucher la plus large fraction des revenus. C'est une dérogation au principe habituel du droit fiscal, mais la CSG est alors définie proportionnellement au revenu.

De plus, la CSG s'applique également aux revenus de remplacement, tels que les indemnités journalières, les pensions de retraite, de préretraite, d'invalidité et les allocations de chômage. Sont enfin assujettis à cet impôt les revenus du patrimoine, les produits de placement-tels que loyers, les revenus de valeurs mobilières et les plus-values-, ainsi que les produits des jeux. Il faut mentionner que toutes les personnes domiciliées en France pour l'application de l'impôt sur le revenu, et les personnes résidant en France, mais travaillant à l'étranger, sont susceptibles d'acquitter la CSG¹¹⁶.

En ce qui concerne le taux de la CSG, il est différent selon la source du revenu mais repose sur la proportion du revenu. Le taux initial en 1991 est 1,1 % ; il s'agit d'une contribution prélevée à la source. En 1993, son taux a été porté à 2,4 % et les recettes supplémentaires ont été affectées au Fonds de solidarité vieillesse¹¹⁷. En 2011, la CSG s'applique aux rémunérations brutes de salarié après un abattement de 3 % pour frais professionnels, et réduit à 2 % en 2012. Son taux est de 7,5 % à charge du salarié, dont 5,1 % sont déductibles du revenu imposable. Elle s'applique à un taux réduit sur les revenus de remplacement : 6,2 % pour les indemnités de chômages et de maladie, 6,6 % sur les pensions de retraite et d'invalidité (avec des réductions ou exonérations pour les ménages à faibles revenus)¹¹⁸.

Concernant la nature de la CSG, le Conseil constitutionnel a jugé que cette contribution est non pas une cotisation, mais une « imposition de toute nature »¹¹⁹ au sens de l'article 34 de la Constitution ; on ne pouvait lui prêter la qualification de taxe parafiscale, car cette dernière, qui doit être créée par décret pris en Conseil d'Etat, ne peut être perçue par un établissement public administratif. Elle ne pouvait également être qualifiée de redevance, en l'absence de contrepartie perçue à l'occasion d'un service rendu. Cette

¹¹⁶PETIT F., *op. cit.*, p. 148.

¹¹⁷La loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 a créé un « Fonds de solidarité vieillesse » (FSV) qui a vocation à rembourser aux branches d'« assurance vieillesse » des différents régimes de Sécurité sociale leurs dépenses de « solidarité » non contributives ; PELLET R. et SKZRYERBAK A., *op. cit.*, p. 301.

¹¹⁸ELBAUM M., *op. cit.*, p. 423.

¹¹⁹Cons. Const., 28 décembre 1990, n° 90-286 DC, JO 30 décembre 1990, p. 10613.

qualification choisie par le Conseil constitutionnel s'explique par sa souplesse, sa plasticité, son taux et son assiette, y compris des procédures d'affectation¹²⁰.

En outre, en 1996, la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) a été créée pour assurer l'apurement des comptes de la sécurité sociale, gérée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ; elle a été mise en place initialement jusqu'en 2014. Elle s'applique à une assiette comparable et aussi large que la CSG, en touchant ainsi les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placement ou de certaines ventes (métaux précieux, objets d'art), les produits du jeu (casinos, pari mutuel, lotos sportifs), et prélevée au taux unique de 0,5 %¹²¹.

Par ailleurs, des ressources de la sécurité sociale par la fiscalité se traduisent également par l'imposition des taxes spécialement affectées à la sécurité sociale, qui est utilisée souvent à titre exceptionnel ou une durée indéterminée. Par exemple, la taxes sur les polices d'assurances des véhicules (en 1967), les alcools¹²², la publicité des produits pharmaceutiques¹²³, le tabac, le prélèvement exceptionnel de 1% sur les revenus fonciers, la contribution exceptionnelle des industries pharmaceutiques¹²⁴, et la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants de dispositifs médicaux¹²⁵.

Selon le rapport de la sécurité sociale en 2012, le régime général, notamment la branche maladie, recevait, 47 % de cotisations sociales, 35,4 % de CSG, et 17,6 % d'autres impôts et taxes affectés comme les droits sur les tabacs et l'alcool, la Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et les taxes sur les médicaments.

Il existe également des contributions publiques qui recouvrent la participation des administrations publiques centrales et locales au financement de la sécurité sociale, non par l'affectation de ressources spécifiques, mais par la voie des concours budgétaires qu'elles apportent aux différents régimes. Ces contributions ont représenté 7,2 milliards d'euros en 2011. Elles recouvrent à la fois le financement des prestations directement à la charge de l'Etat ou des collectivités territoriales (RSA¹²⁶, AAH¹²⁷, aides au logement), le reliquat de

¹²⁰PETIT F., *op. cit.*, p. 149.

¹²¹ELBAUM M., *op. cit.*, p. 423 ; PETIT F., *op. cit.*, p. 132 et 149.

¹²²Art. 245-7, CSS.

¹²³Art. 245-1, CSS.

¹²⁴Art. L. 5121-17, CSP et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

¹²⁵Art. L. 245-5-1, CSS et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ; PETIT F., *op. cit.*, p. 132.

¹²⁶Revenu de solidarité active (RSA) est une prestation destinée à assurer à des personnes sans ressource ou disposant de faibles ressources, un niveau minimum de revenu variable selon la composition de leur foyer.

¹²⁷L'allocation aux adultes handicapés (AAH) vise à assurer un revenu d'existence aux personnes handicapées, pour faire face aux dépenses de la vie courante.

la compensation des exonérations de charges sociales, et une série de versements aux autres régimes, notamment des subventions d'équilibre aux régimes des mineurs, des marins, des agents de la SNCF et de la RATP¹²⁸.

Enfin, selon le Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale en Octobre 2012¹²⁹, les recettes totales du régime général issues des cotisations affectées sont 185,10 Md€ (soit 81,3 Md€ pour la branche maladie), de la CSG est 82,76 Md€ (soit 63,10 Md€ pour la branche maladie), et d'impôts et taxes sont 50,25 Md€ (soit 25,59 Md€ pour la branche maladie). Tandis que les dépenses globales du régime général sont 330,5 Md€ (soit 162 Md€ pour la branche maladie). On peut dire que l'assurance maladie est la dépense majoritaire de la sécurité sociale.

B : La sécurité sociale en Thaïlande

La mise en œuvre de la Caisse de la sécurité sociale thaïlandaise est dépendante de ressources financières qui apparaissent différentes de celles du système français. Ainsi, le financement de la Caisse de la sécurité sociale thaïlandaise est assuré par trois types de ressources: (1) des cotisations issues d'employeur et d'employé (2) des cotisations venant de l'Etat¹³⁰ et (3) des revenus des capitaux ou des avantages issus d'investissement. Certes, le (1) et (2) sont des ressources financières plus essentielles et importantes ce qui représentent 80 à 97 pourcents des recettes totales de la Caisse, depuis la naissance de la Caisse, en 1991, jusqu'à récemment. Il ne reste que 10 à 20 pourcents de la recette issue d'intérêts et des dividendes du dépôt dans des banques et des investissements financiers. 87 à 99 pourcents de la dépense totale sont pour des prestations compensées aux assurés et le reste pour la dépense de la gestion¹³¹. Actuellement (2013), le budget de la Caisse de la sécurité sociale s'élève 946 376 millions bahts¹³², qui est géré par la commission de la sécurité sociale et supporté par l'Office de la sécurité sociale.

¹²⁸ELBAUM M., *op. cit.*, p. 418.

¹²⁹Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, *op. cit.*, p. 30s.

¹³⁰Art. 21, 22 et 46 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

¹³¹NA RANONG A. et TRIEMVARAKUN S., *op. cit.*, p. 45.

¹³²BUDSAYABUNTOON S., *op. cit.*, p. 5.

a : Le financement par les cotisations issues des employeurs et employés

La loi de la sécurité sociale de 1990 impose aux employeurs et employés de verser mensuellement des cotisations à la Caisse¹³³. Le taux du versement de la cotisation est défini à cinq pourcents du salaire mensuel d'un employé, ce qui est le même taux pour l'employeur et l'employé qui doivent la verser chaque mois, moyennant la couverture des sept risques : la maladie, l'invalidité, le décès, la maternité, la prestation familiale, la vieillesse et le chômage. Toutefois, en 2012, la commission de la sécurité sociale a annoncé la diminution du taux du versement de la cotisation de cinq pourcents à quatre pourcents pendant deux ans; du début de l'année 2012 jusqu'à la fin d'année 2013. Cela résulte de la déclaration du gouvernement en 2013 sur l'augmentation du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) à trois cents bahts par jour destinés à tous des employés du pays. La commission de la sécurité sociale a donc décidé de réduire le taux de la cotisation afin de diminuer les charges des employeurs¹³⁴.

Le calcul de la cotisation patronale et salariale thaïlandaise est différent de celui de la France. Ainsi, la cotisation de l'employeur et aussi celle de l'employé se voient calculées sur la base du salaire mensuel de l'employé qui doit percevoir au minimum 1 650 bahts et au maximum 15 000 bahts. Autrement dit, le montant du versement de la cotisation est imposé en fonction du montant du salaire de l'employé qui est lui-même plafonné¹³⁵. Tandis que le législateur français impose le principe de l'assiette minimale des cotisations, dans l'article R. 242-1, alinéa 6, du Code de la sécurité sociale. Ainsi, en aucun cas employeur et salarié ne peuvent cotiser sur une somme inférieure au salaire minimum de croissance (SMIC) qui est un taux horaire. C'est ainsi que les taux de cotisation du régime général sont des taux uniformes s'appliquant à la totalité du salaire en matière de maladie-maternité-invalidité-décès, de prestations familiales et d'accidents de travail, tandis que la plus grande part des cotisations vieillesse est prélevée dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (2 946 € en 2011).

En outre, des cotisations (avec le taux de cinq pourcents) issues de l'employeur et de l'employé sont séparées évidemment en trois types de couverture¹³⁶ :

¹³³Art. 6 et 46 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

¹³⁴Office de la sécurité sociale, « La déclaration de la commission de la sécurité sociale sur la réduction du taux de la cotisation en 2013 », *Journal de la sécurité sociale*, vol. 18, n° 12, décembre 2012, p. 5.

¹³⁵Office de la sécurité sociale, *Guide de l'assuré*, presses de l'Office de la sécurité sociale, Bangkok, Octobre 2008, p. 3.

¹³⁶*Id.*

(1) 1,5 pourcents pour la couverture concernant la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès.

(2) 3 pourcents pour la couverture concernant la prestation familiale et la retraite. La prestation de la retraite sera contribué en totale à l'assuré lorsqu'il est en retraite.

(3) 0,5 pourcents pour l'allocation chômage.

L'employeur est seul débiteur des cotisations. Il prend en charge le prélèvement de la cotisation sur la rémunération brute à la charge du salarié, y ajoute sa propre part et verse le tout à l'Office de la sécurité sociale, le 15 du mois suivant l'échéance du paiement¹³⁷. En cas de non-versement dans le délai prévu ou de versement de la cotisation avec le montant non-correspondant au taux prévu, l'employeur se verra condamner par la loi à payer un taux de deux pourcents chaque mois, en plus de la cotisation non-versée ou de la cotisation ne correspondant pas au taux prévu¹³⁸.

Il faut noter le cas des assurés à titre volontaire en vertu de l'article 39 ou de l'article 40 de la loi sur la sécurité sociale de 1990, tels que les travailleurs indépendants, les personnes qui étaient déjà employés depuis au moins d'un an et voudraient continuer à être couverts par la Sécurité sociale. La loi fait obligation à ces personnes de cotiser directement chaque mois à la Caisse de la sécurité sociale et plus précisément tous les 15 du mois¹³⁹.

b : Le financement par des cotisations venant de l'Etat

En ce qui concerne des cotisations venant de l'Etat, en vertu de l'article 46 de la loi sur la sécurité sociale de 1990, la loi en fait évidemment une obligation à l'Etat. Le taux du versement de la cotisation du gouvernement est imposé à la moitié du taux du versement d'un employeur et d'un employé. En fait, l'Etat cotise actuellement chaque mois à 2,75 pourcents, alors que l'employeur et l'employé se font imposer à cinq pourcent de la base du salaire de l'employé. Cependant, en 2012 et 2013, même si le taux du versement par employeur et employé a été diminué (ils ne doivent cotiser que quatre pourcents), l'Etat reste toujours en soutien et continue à verser le même taux de 2,75 pourcents.

Le montant supporté par l'Etat est défini et nommé clairement par la loi comme une « cotisation ». La dernière est issue du budget général de l'Etat qui est distribuée à la Caisse de la sécurité sociale chaque mois. Autrement dit, des cotisations d'Etat thaïlandaises ne sont

¹³⁷Art. 47 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

¹³⁸Art. 49 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

¹³⁹Art. 39 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

pas actuellement d'origine fiscale tels que l'impôt, la taxe ou la contribution spéciale liée évidemment à la sécurité sociale, comme la Contribution sociale généralisée (CSG), la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), ou la fiscalité sur des produits pharmaceutiques de la France, mais elles proviennent du budget général de l'Etat. On peut constater que des cotisations de la sécurité sociale thaïlandaise soient versées par trois parties : l'employeur, l'employé et le gouvernement.

En outre, les cotisations de 2,75 pourcents issues de l'Etat sont réparties selon trois types de couverture¹⁴⁰ :

(1) 1,5 pourcents pour la couverture concernant la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès. (C'est le même taux des cotisations versées régulièrement par l'employeur et l'employé.)

(2) un pourcent pour la couverture en matière de prestation familiale et de retraite qui sera versé totalement aux assurés lorsqu'ils seront en retraite.

(3) 0,25 pourcents pour l'allocation chômage.

c : Des revenus des capitaux ou des avantages issus d'investissement

Des revenus des capitaux ou des avantages issus d'investissement sont l'une des ressources financières de la Sécurité sociale qui représente 5 à 10 pourcents des ressources financières totales. La loi sur la sécurité sociale de 1990 permet à l'Office de la sécurité sociale d'investir désormais sur des fonds de la Caisse de la sécurité sociale afin de maximiser des avantages et la valeur financière de la Caisse. Pourtant, cette autorité d'investissement doit se conformer aux règles, et respecter des conditions juridiques prévues dans la réglementation de la commission de la sécurité sociale sur l'approvisionnement des bénéficiaires de la Caisse de la sécurité sociale de 2006.

En effet, cette réglementation permet à l'Office de la sécurité sociale d'approvisionner des bénéficiaires par deux moyens. D'une part, l'investissement financier stable : par exemple, l'achat des bons du trésor (l'Obligation assimilable du Trésor : OAT), des bons des entreprises publiques cautionnés par le Ministère des Finances, etc. L'Office peut investir au minimum soixante pourcents du fonds de la Caisse. D'autre part, l'investissement financier instable ou comportant des risques, comme le dépôt dans des banques, l'achat des valeurs, des actions ordinaires des entreprises, etc. La loi permet à l'Office de le faire, mais

¹⁴⁰Office de la sécurité sociale, *Guide de l'assuré, op. cit.*, p. 3.

de ne pas dépasser les quarante pourcents du fonds¹⁴¹. La mise en œuvre d’approvisionnement des bénéficiaires destinée à la Caisse correspond au plan annuel d’investissement de l’Office de la sécurité sociale et ainsi avec l’approbation préalable de la commission de la sécurité sociale, en considérant des rendements attendus, des risques d’investissement et la stabilité à long terme de la Caisse¹⁴².

Selon le compte rendu du 30 juin 2012 concernant la Caisse de la sécurité sociale, le résultat de la gestion de la caisse prend en considération quatre sujets :

(1) *Le statut et la situation du montant de la caisse* : la Caisse de la sécurité sociale dispose d’un montant total de 920 809 millions bahts qui sont ainsi ventilés : 801 230 millions bahts accumulés pour la prestation familiale et la prestation vieillesse couvrant 9,7 millions d’assurés à travers le pays. La prestation vieillesse sera distribuée au début de l’année 2014. De plus, 54 546 millions bahts approvisionnés pour la prestation maladie, le décès, l’invalidité et la maternité ; 64 330 millions bahts pour les chômeurs, et enfin 703 millions bahts pour les assurés à titre volontaire, selon l’article 40 de la loi sur la sécurité sociale de 1990.

(2) *La proportion d’approvisionnement des bénéficiaires de la caisse* : le montant total de 920 809 millions bahts de la Caisse de la sécurité sociale se voit investi de deux façons. D’une part, 732 440 millions bahts (ou 80 pourcents de la Caisse) sont investis de manière stable ; d’autre part, 188 369 millions bahts (ou 20 pourcents de la caisse) sont investis dans des investissements instables ou comportant des risques¹⁴³.

(3) *Des rendements financiers d’investissement de la caisse* : pour l’année 2011, la Caisse a obtenu des rendements de 36 062 millions bahts, et pour les six premiers mois de l’année 2012 a eu des bénéfices de 21 139 millions bahts comprenant alors les revenus des intérêts de dépôt dans des banques, des bons de trésor et des valeurs s’élevant à 15 939 millions bahts, ainsi que des dividendes et des profits de la vente des capitaux représentant 5 200 millions bahts. En résumé, pendant les six premiers mois en 2012, l’Office de la

¹⁴¹Art. 6 de la Réglementation de la commission de la sécurité sociale sur l’approvisionnement des bénéficiaires de la Caisse de la sécurité sociale de 2006.

¹⁴²Office de la sécurité sociale, *Le résultat de la gestion financière de la Caisse de la sécurité sociale du 30 juin 2012* [en ligne]. Bangkok : Doc’OSS. Mise à jour : 2012 [ref. du 11/03/2013]. Disponible sur : http://www.sso.go.th/wpr/uploads/uploadImages/file/SSF-01%2012Q2_Thai.pdf, p. 3.

¹⁴³*Id.*, p. 1-2.

sécurité sociale a obtenu des rendements de la Caisse de 21 139 millions bahts soit 3 308 millions bahts de plus que l'année précédente¹⁴⁴.

(4) *Des rendements d'investissement cumulé de la caisse* : la croissance de la Caisse de la sécurité sociale est actuellement à hauteur de 920 809 millions bahts. Ce montant comprend deux grandes parts : d'une part, les cotisations des trois parties (l'employeur, l'employé et le gouvernement), après avoir déduit des coûts issus des sept prestations couvertes, il reste encore 664 573 millions bahts. D'autre part, les rendements d'investissement cumulés de la caisse, gérés par la commission de la sécurité sociale, représentent 256 236 millions bahts. En effet, on peut constater que pendant vingt ans, l'Office de la sécurité sociale a fait l'objet d'une augmentation des bénéfices et des avantages de plus de 200 000 millions bahts destinés à la Caisse. En conséquence, cela permet d'aboutir à la stabilité financière de la Caisse¹⁴⁵.

On peut constater que les sources de financement de la Sécurité sociale en France et aussi en Thaïlande viennent principalement des cotisations de l'employeur et de l'employé qui cotisent mensuellement à la Caisse. Le législateur thaïlandais impose évidemment le taux du versement de la cotisation ; à cinq pourcents du salaire mensuel de l'employé, ces cotisations sont versées chaque mois par l'employeur et aussi l'employé ; à l'exception de certaines années où le législateur impose un taux différent afin d'aider et diminuer le fardeau des employeurs et des employés. Tandis que le législateur français impose un taux différent chaque année pour le versement de la cotisation, en fonction des catégories de la profession et de leur rémunération différente. De plus, le taux du versement de la cotisation est distinct entre l'employeur et l'employé. Ainsi, l'employeur est acteur principal et cotise normalement plus que l'employé. En outre, le législateur français impose le principe de l'assiette minimale des cotisations ; ainsi les employeurs et les salariés ne peuvent pas cotiser sur une somme inférieure au salaire minimum de croissance (SMIC).

Par ailleurs, les taux de la cotisation sont en France des taux uniformes s'appliquant à la totalité du salaire en matière de maladie-maternité-invalidité-décès, de prestations familiales et d'accidents de travail, tandis que la plus grande part des cotisations vieillesse est prélevée dans la limite du plafond de la Sécurité sociale. Alors qu'en Thaïlande, la cotisation de l'employeur et de l'employé se voit calculée sur la base du salaire mensuel de l'employé qui est au moins de 1 650 bahts et ne va pas au-delà de 15 000 bahts. Autrement

¹⁴⁴*Ibid.*, p. 2.

¹⁴⁵*Ibid.*, p. 3.

dit, le montant de la cotisation, pour toutes les prestations, se voit imposé dans la limite du plafond de 750 bahts chaque mois.

Depuis la création de la Sécurité sociale en 1991 jusqu'à récemment, la somme de la recette est plus élevée que celle de la dépense et elle a tendance à augmenter chaque année. C'est la raison pour laquelle le législateur thaïlandais ne dispose actuellement que de trois types de ressources financières pour la Sécurité sociale : les cotisations de l'employeur et l'employé, les cotisations d'Etat et les revenus des capitaux ou les avantages issus d'investissement. Néanmoins, il est prévu que la dépense de la Sécurité social soit augmentée en raison de la validation de prestation de retraite. Ainsi, à partir de janvier 2014, des assurés ayant 55 ans recevront la prestation de retraite, après avoir été prélevé chaque mois pendant 15 ans (ou 180 mois). Il est prévu que la prestation de la retraite reversée s'élèvera aux alentours de 8 280 milliards en 2014¹⁴⁶.

Après la validation de la prestation de retraite, la commission de la sécurité sociale devra chercher et adopter des mesures appropriées afin d'approvisionner les recettes de la Caisse et faire face certainement aux dépenses croissantes de celle-ci. Il est possible de prendre et d'appliquer des mesures dites fiscales comme les impôts, la mise en place de taxes spéciales liées à la Sécurité sociale comme en France afin de soutenir la stabilité du financement de la Sécurité sociale thaïlandaise.

¹⁴⁶La prestation de retraite est assurée depuis janvier 1999 ; BUDSAYABUNTOON S., *op. cit.*, p. 5.

Conclusion du titre I

La situation de l'accès aux soins principaux en France et en Thaïlande est souvent similaire, et quelquefois différente. La similarité de deux pays liée à l'assurance de la santé à titre obligatoire est qu'ils mettent en place et fournissent une assurance sanitaire sous la forme de la Sécurité sociale. Les prestations offertes par la Sécurité sociale française et celles de la Thaïlande sont semblables. Ainsi la Sécurité sociale française assure la protection dans quatre catégories de risques sociaux : (1) les risques maladie, maternité, invalidité et décès, (2) le risque vieillesse, (3) le risque accidents du travail et maladies professionnelles, et (4) la compensation des charges de famille. Tandis que la Sécurité sociale thaïlandaise agit dans sept domaines : la maladie et l'accident, l'invalidité, le décès, la maternité, la prestation familiale, l'assurance vieillesse, et aussi le chômage. Ce dernier n'est pas un risque assuré par la Sécurité sociale française. C'est un des points qui diffère entre les deux pays.

En outre, la Sécurité sociale française est un énorme système qui couvre la plupart de la population française et toutes les catégories professionnelles. Alors que la Sécurité sociale thaïlandaise présente un système d'assurance sanitaire à titre obligatoire qui ne couvre que des assurés travaillant dans le secteur industriel, commercial, et des services. Pour les travailleurs agricoles et indépendants, ils peuvent être couverts aussi par la Sécurité sociale, mais à titre volontaire, c'est-à-dire qu'ils doivent eux-mêmes faire une demande d'affiliation. Enfin, concernant les personnes travaillant pour l'Etat comme les fonctionnaires ou des autres agents publics, leur droit à l'assurance de la santé est assuré directement par l'Etat, qui est organisé et géré par un organisme public séparé clairement de l'Office de la sécurité sociale. Ces personnes se voient offrir normalement des bénéfices médicaux et sanitaires plus avantageux que ceux des autres systèmes. Cela conduit au problème actuel de la disparité entre les trois systèmes de l'assurance de la santé en Thaïlande. Les propositions liées à ce problème apparaîtront à la fin de deuxième titre.

Titre II

L'accès aux soins supplémentaires

Le droit à l'accès aux soins est l'un des droits de l'homme que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation internationale du Travail (OIT), et les autres organisations internationales ont affirmé et protégé pour tous les êtres humains. La France et la Thaïlande assurent le droit à l'accès aux soins dans leur Constitution en faveur des citoyens. Le droit à l'accès aux soins est considéré comme un droit fondamental et l'Etat doit mettre en place des services publics médicaux et sanitaires pour l'ensemble de la population, et notamment, pour ceux qui sont pauvres, défavorisés ou qui vivent dans des campagnes ou des lieux éloignés.

L'accès aux soins supplémentaires prend en compte les personnes qui ne sont pas couvertes par le système de soins principaux, c'est-à-dire, dans le cadre de la France celles qui ne sont pas couvertes par la Sécurité sociale française ; en Thaïlande, il s'agit de personnes qui ne sont pas couvertes par la Sécurité sociale thaïlandaise, ni par le système de l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents publics. Les personnes qui ne peuvent pas être protégées par les systèmes de soins principaux se trouvent dans cette situation pour plusieurs raisons. Par exemple, dans le cas de la France, les gens qui sont pauvres ou au chômage ne peuvent accéder aux soins principaux ; en Thaïlande, ceux qui ne sont pas fonctionnaires ou agents publics ne peuvent être couverts par le système de l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires, de même que ceux qui ne travaillent pas dans le secteur industriel, commercial, ou de service, ne peuvent pas adhérer à la Sécurité sociale thaïlandaise.

La distinction entre l'accès aux soins principaux et l'accès aux soins supplémentaires ne prend pas en compte le statut ou les ressources financières du bénéficiaire. Cette distinction ne prend pas non plus en compte le nombre des bénéficiaires couverts dans chaque système parce qu'en Thaïlande, des personnes riches ou des personnes de classe moyenne peuvent être couvertes par le système de soins supplémentaires, et ainsi plus de 70 % de la population thaïlandaise est protégée par ce système. Cette couverture, dite supplémentaire quant aux personnes, est en fait subsidiaire puisque l'accès aux soins principaux n'est pas possible. Le système de soins supplémentaire est donc créé afin que la couverture maladie couvre tous les individus.

Chapitre I

Le système général de l'accès aux soins supplémentaires

L'accès aux soins supplémentaires en France et en Thaïlande est créé pour assurer une couverture maladie à toutes les personnes, notamment les gens les plus démunis ou défavorisés. En Thaïlande, de 20 % à 40 % des bénéficiaires du système de soins supplémentaires sont des pauvres ou des personnes défavorisées ; et la plupart d'entre eux vivent à la campagne ou dans des zones rurales isolées où les services médicaux et sanitaires sont indisponibles. Afin de permettre une bonne compréhension du système de l'accès aux soins supplémentaires, il est inévitable de préciser la notion d'aide et d'action sociales, les rapports entre l'aide sociale, la sécurité sociale et la santé publique, ainsi que l'évolution de l'accès aux soins supplémentaires en France et en Thaïlande (section 1). On mettra ensuite l'accent sur l'organisation administrative de la prise en charge, ainsi que sur l'organisation financière en France et en Thaïlande (section 2).

Section 1 : La conception de l'aide et l'action sociale au regard de l'accès aux soins supplémentaires

L'accès aux soins supplémentaires a une relation étroite avec l'aide et l'action sociales et la santé publique. Mais tout d'abord, il convient de préciser la définition de l'aide et de l'action sociales, puis les rapports entre l'aide sociale, la sécurité sociale et la santé publique. Enfin, l'accent sera mis sur l'évolution juridique de l'accès aux soins supplémentaires en France et en Thaïlande.

§ 1 : Les notions d'aide et d'action sociales

Définir les notions de l'aide et de l'action sociales suppose l'étude de deux aspects : la définition et les caractères de l'aide et de l'action sociales en France et en Thaïlande, puis l'étude des rapports entre l'aide sociale, la sécurité sociale et la santé publique dans le contexte français et aussi thaïlandais.

A : La définition et les caractéristiques

L'expression « aide sociale » est d'usage récent ; c'est pendant longtemps « assistance publique » qui a été utilisé. Actuellement, le législateur français fait la distinction entre « l'aide sociale » et « l'action sociale ». En Thaïlande, c'est le terme d'« assistance sociale » qui est utilisé, plutôt que ceux « d'aide sociale » et « d'action sociale ». Ainsi, ces deux dernières ne sont pas encore clairement définies dans la législation thaïlandaise et ne sont pas bien évidemment séparées comme en France.

a : La distinction claire entre « l'aide sociale » et « l'action sociale » en France

L'aide sociale est un droit défini dans l'article L. 111-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : « toute personne résidant en France bénéficie, si elle remplit les conditions légales d'attribution, des formes d'aide sociale telles qu'elles sont définies par le présent Code ». L'aide sociale cherche à « abolir l'état de besoin » des personnes dans la société par la gestion et la collaboration de tous les systèmes de prévoyance, de solidarité nationale et de service public social.

L'expression actuelle de l'aide sociale est susceptible de deux sens : un sens conceptuel et un sens organique. Du point de vue conceptuel, la notion d'aide sociale concerne à la fois le droit social et le droit de la politique sociale. Il s'agit de toutes les formes de prestations obligatoires prévues par la loi, destinées aux personnes identifiées comme se trouvant en situation de besoin, et prises en charge et financées par les collectivités publiques¹. De plus, il existe deux écrivains politiques anglais qui ont donné la définition de l'aide sociale au début du XIX^e siècle : une définition *a contrario*².

Edmond Burke écrivait dans *Thoughts on Scarcity (Pensées sur la pénurie)* : « Nous devons virilement repousser l'idée première (...) qu'il est de la compétence du gouvernement (...) ou même des riches, de procurer aux pauvres ces choses nécessaires qu'il a plu à la divine providence de leur refuser pendant quelque temps. Nous devons être assez raisonnables pour comprendre que ce n'est pas en brisant les lois du commerce, qui sont les lois de la nature, et par conséquent les lois de Dieu, que nous pourrions espérer atténuer le déplaisir de Dieu et l'amener à nous soulager de toute calamité dont nous souffrons ou qui nous menace ».

Patrick Colquhoun, lui, écrivait dans *Treatise on indigence (Traité sur l'indigence)* : « La pauvreté est cet état, cette condition de l'individu qui, dans une société, n'a pas d'excédent de travail en réserve ou, en d'autres mots, pas de propriété ou de moyens de subsistance, sauf celui qui découle d'un travail constant dans les diverses occupations de sa vie. La pauvreté, par conséquent, est un des éléments les plus nécessaires et indispensables de la société, sans lequel les nations et communautés ne pourraient se maintenir en état de civilisation »³.

¹ALFANDARI E. et TOURETTE F., *Action et aide sociales*, 5^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 1.

²DOUBLET J. et LAVAU G., *La sécurité sociale*, PUF, Paris, 1961, p. 2.

³HARDY J. et LHUILLIER J., *L'aide sociale aujourd'hui*, coll. « Action sociales », 16^e édition, ESF, Paris, 2008, p. 13.

Du point de vue organisme, l'aide sociale désigne un ensemble de services administratifs appelés à exercer un contrôle, voire des activités de gestion directes, avec des règles de fonctionnement précises, des modes d'intervention déterminés, voire un contentieux particulier⁴.

On peut constater que l'aide sociale repose sur l'idée de solidarité nationale qui constitue un droit pour tous à une vie humaine digne et au respect nécessaire des droits de la personne humaine. L'aide sociale est prise en charge par la collectivité publique, notamment l'Etat et le département et financée par l'impôt⁵ afin de répondre à une situation de besoin de l'intéressé. Ce droit est affirmé par la décision du 15 février 1990 du Conseil d'Etat pour qui « l'assistance est donnée en vertu du droit que les bénéficiaires tiennent de la loi elle-même et non en vertu d'une décision prise discrétionnairement par une autorité administrative »⁶. En outre, l'aide sociale est due principalement aux personnes résidant en France : (1) disposant de ressources insuffisantes et donc dans l'impossibilité de pourvoir aux nécessités de la vie et (2) de nationalité française ou originaire d'un pays ayant passé une convention avec la France⁷.

Alors, l'action sociale est une expression courante du langage administratif ou budgétaire ; la loi de finances de l'année comprend ainsi une « action sociale interministérielle ». De plus, c'est une expression qui semble vouloir prendre de l'ampleur et rechercher une vigueur supplémentaire, comme en témoigne le Code de l'action sociale et des familles (CASF) qui s'est substitué au Code de la famille et de l'aide sociale (CFAS), et a un sens restreint⁸, depuis décembre 2000. En outre, le législateur a fait disparaître l'aide sociale de l'intitulé du nouveau code alors même que celle-ci est le « noyau dur des politiques sociales et l'action sociale le ventre mou » (Michel Borgetto)⁹.

Dans un sens « global », l'action sociale s'inscrit dans une conception large visant les différentes dimensions du système de protection sociale. L'aide sociale est incluse dans cette action sociale globalisante. Dans un sens « restreint », l'action sociale est un système

⁴ALFANDARI E. et TOURETTE F., *op. cit.*, p. 1.

⁵Les dépenses d'aide sociale ont un caractère obligatoire et doivent en conséquence être obligatoirement inscrites au budget départements ; HARDY J. et LHUILLIER J., *op. cit.*, p. 13.

⁶COMITI V. et DESSAINT L., *Les textes fondateurs de l'action sanitaire et sociale*, ESF, Paris, 2002, p. 308 et HARDY J. et LHUILLIER J., *op. cit.*, p. 13.

⁷GRANDGUILLOT D., *L'essentiel du Droit de la Sécurité sociale 2012*, coll. « Carrés », 11^e édition, Gualino, Paris, 2012, p. 123.

⁸ALFANDARI E. et TOURETTE F., *op. cit.*, p. 2.

⁹AUBIN E., *Droit de l'aide et de l'action sociales*, coll. « Fac-Universités », 3^e édition, Gualino, Paris, 2011, p. 23.

d'attribution de prestations, soit parallèles à celles de l'aide sociale ou de la sécurité sociale, soit complémentaires, visant, en général, les mêmes catégories de personnes (personnes âgées, personnes handicapées, etc.), mais attribuées selon des critères beaucoup plus souples¹⁰. Autrement dit, l'action sociale renforce les obligations légales en matière de Sécurité sociale et d'aide sociale et expérimente de nouvelles réponses aux besoins avant que lesdites réponses soient souvent dans un deuxième temps institutionnalisées par voie législative et réglementaire. L'action sociale a donc toujours existé et complété l'aide sociale et la Sécurité sociale¹¹.

Toutefois, il existe des différences entre l'aide sociale et l'action sociales. Ainsi, l'aide sociale vise à la distribution ou versement de prestations individualisées répondant à un besoin de l'individu, tels que le revenu minimum d'insertion (RMI). Elle s'inscrit dans une logique de solidarité sociale et est une réponse institutionnelle, une obligation pour la collectivité à une situation factuelle qui crée un droit pour l'individu.

Donc l'action sociale ne relève pas exclusivement des services publics, mais elle se veut facultative. Elle se matérialise ainsi par des actions souvent collectives agissant sur le corps social de façon structurante en poursuivant une finalité d'insertion et de maintien du lien social entre les individus afin de rendre possible une certaine organisation sociale de la société, l'exercice de la citoyenneté, la cohésion sociale¹² et, au final, la paix civile qui implique le respect de l'égalité de tous les êtres humains ainsi que l'égalité des chances¹³. C'est ainsi qu'elle intervient logiquement à titre secondaire par des interventions diversifiées qui, contrairement à l'aide sociale : aides directes (par ex. : prêts et avances), équipements et services collectifs (par ex. : crèches, foyers-restaurant, maisons de retraite), actions d'accompagnement et de suivi social, et tend ainsi à une appréhension d'ensemble de la situation des personnes qui en font l'objet¹⁴.

Concernant les organismes pris en charge, l'aide sociale est liée, notamment, à l'Etat et au département car depuis 1984 l'aide sociale a été décentralisée aux départements. De plus, l'article 49 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales affirme que « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale »¹⁵ alors même que le département est le généraliste de l'aide sociale. De son côté, l'action sociale

¹⁰ALFANDARI E. et TOURETTE F., *op. cit.*, p. 2.

¹¹HARDY J. et LHUILLIER J., *op. cit.*, p. 35.

¹²Art. L. 116-1, CASF.

¹³AUBIN E., *op. cit.*, p. 23.

¹⁴PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Mémentos », 13^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 212.

¹⁵Art. L. 121-1, CASF.

concerne le nombre des intervenants publics et privés afin d'accomplir de ses missions et de combler les éventuelles carences de l'aide sociale. Ainsi les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole développent-ils sur leurs propres fonds une action sanitaire et sociale (branche maladie) ou une action sociale (branches vieillesse et famille)¹⁶.

L'aide sociale est un droit d'un individu affirmé par des règles constitutionnelles (tel est l'objet du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946) et par de nombreux instruments internationaux et européens (la Charte sociale européenne garantit, par exemple, le droit à l'assistance médicale et sociale). Elle comporte quatre caractéristiques, principales¹⁷ :

(1) C'est un droit subjectif : il est fondé sur l'appréciation de la situation personnelle. Ainsi, l'individu, en tant que sujet de droit, a le droit d'être assisté dès lors qu'il remplit les conditions d'admission à l'aide sociale qui sont relativement restrictives. Le caractère subjectif du droit de l'aide sociale s'explique également par la nécessité dans laquelle se trouve le demandeur de faire la preuve de l'existence d'un état de besoin qui sera apprécié par l'administration compétente au cas par cas.

(2) C'est un droit subsidiaire : une personne ne peut recourir, en principe, aux prestations de l'aide sociale que pour autant qu'elle n'est pas en état de faire face à ses besoins en usant de ses propres ressources ou de ses droits aux prestations contributives (sécurité sociale, régimes complémentaires, etc.) ou en sollicitant ses proches tenus à son égard de l'obligation alimentaire prévue par le Code civil.

(3) C'est un droit alimentaire : ce droit est rattaché à la personne de besoin qui ne peut le céder ni faire l'objet d'une saisie. Son objet est de permettre au demandeur de bénéficier d'aliments afin de répondre aux besoins de la vie. Il est difficile à définir à l'aune du droit¹⁸, la notion de besoin exprime un état de fait, une situation résultant d'un aléa¹⁹ constatée par l'administration de l'aide sociale et dans laquelle un individu ne peut plus, objectivement, faire face et deviendrait un « laissé-pour-compte » qui ne pourrait plus se nourrir, se loger et faire face à la maladie sans l'aide des aliments versés par la collectivité au nom du principe de solidarité.

(4) C'est un droit non-automatique : c'est-à-dire des personnes doivent prouver un état de besoin soumis à l'évaluation et l'appréciation des administrations des collectivités publiques qui financent les prestations d'aide sociale. C'est ainsi qu'un droit pour les

¹⁶PRETOT X., *op. cit.*, p. 212.

¹⁷*Id.*, p. 214; HARDY J. et LHUILLIER J., *op. cit.*, p. 34 et AUBIN E., *op. cit.*, p. 37.

¹⁸MOUTOUH H., « La notion de besoin et le droit », *Inform. Soc.*, n° 86, 2000, p. 40.

¹⁹HAURIOU A., « Le droit administratif de l'aléatoire », in *Mélanges Trotabas*, 1970, p. 197.

individus qui peuvent faire appel devant des instances juridictionnelles des décisions de rejet de leurs demandes, c'est une obligation pour la collectivité, l'aide sociale étant pour elle une dépense obligatoire, ce qui l'oblige à prévoir les financements nécessaires.

Pourtant, dans le cadre du positionnement de l'aide et de l'action sociales au sein de la protection sociale, il apparaît que l'aide et l'action sociales est un droit non totalement recouvert par la protection sociale. Ainsi, le droit de l'aide et de l'action sociales ne relève pas totalement du droit de la protection sociale dans la mesure où celui-ci a pour objet de couvrir des assurés contre des risques sociaux. Selon Francis Kessler, « le noyau dur de la protection sociale est aujourd'hui constitué par les mécanismes dits de sécurité sociale »²⁰. Or, le droit de l'aide et l'action sociales a pour objet de réduire les inégalités et de recréer un lien social entre les individus en appliquant des dispositifs et des normes juridiques répondant à l'exigence de solidarité nationale. Sous ce rapport, les politiques de lutte contre le chômage et d'accès à la santé ainsi que d'allocation aux adultes handicapés et l'allocation supplémentaire du FSV²¹ étudiées dans le cadre de cet ouvrage relèvent d'une logique de protection et non d'aide sociale contrairement, par exemple, au régime d'assistance des demandeurs d'emploi (allocation de solidarité spécifique et RSA), des personnes âgées (dans le cadre du dispositif de l'APA²² alors que l'ASPA²³ relève de la Sécurité sociale) ainsi que des personnes handicapées dans le cadre de la prestation de compensation du handicap. L'action consistant à prévenir socialement l'enfance en danger a également été rattachée à la fin des années 1950 à la protection sociale²⁴ alors que la prise en charge des enfants au titre de la politique d'aide sociale à l'enfance (ASE) relève du droit de l'aide sociale²⁵.

b : La différence de terminologie et de catégorie en Thaïlande

L'expression « assistance sociale » est utilisée en Thaïlande plutôt que celles d'« aide sociale » et « action sociale ». Ces deux dernières ne sont pas encore définies clairement par le législateur et ne sont pas séparées comme en France. L'assistance sociale

²⁰KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Précis », 3^e édition, PUF, Paris, 2000, p. 4.

²¹Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV)

²²Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

²³Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

²⁴Le décret n° 59-100 du 7 janvier 1959 précise, dans son article 1^{er}, qu'il faut « exercer une action sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants ».

²⁵AUBIN E., op. cit., p. 42-43.

thaïlandaise est vraiment variée et concerne plusieurs organismes fournissant des services sociaux en direction de la population, qu'ils soient publics ou privés. Certaines activités de « l'assistance sociale » sont directement prises en charge par l'Etat qui intervient et destine aux membres de la société. Il s'agit d'une obligation fondamentale de l'Etat, notamment l'obligation indispensable de la mise en place du système national de la santé afin d'offrir des services sanitaires de meilleure qualité et d'accéder également aux soins pour les habitants et les pauvres, y compris les personnes n'ayant aucune couverture médicale. Ainsi, les pauvres et les personnes n'ayant pas de couverture médicale peuvent être soignés gratuitement auprès d'un établissement sanitaire public, prévu évidemment dans l'article 51 de la Constitution.

De plus, il existe aussi certaines activités d'assistance sociale que l'Etat n'a pas forcément l'obligation de mettre en place, mais qui sont prises en considération comme des aides facultatives gérées par l'Etat. Par exemple, l'instauration des unités médicales mobiles dont le but est de fournir des services médicaux aux gens dans des villes éloignées, ainsi que la création des associations publiques ou privées afin de donner des aides et de protéger des femmes et des enfants défavorisés qui sont victimes de la violence issue de la société ou de leur famille, etc. Par ailleurs, des nombreuses lois relatives à l'assistance sociale ont été votées, mais elles ne sont pas encore codifiées, contrairement à la France qui dispose depuis longtemps du Code de l'action sociale et des familles.

L'objectif principal de l'assistance sociale thaïlandaise est similaire à celle de tous les pays. Ainsi, elle a pour but de promouvoir le développement social, de soutenir et d'améliorer tous les domaines sociaux et de renforcer la qualité de vie et l'autonomie des habitants. Il faut souligner aussi que l'objectif de l'amélioration de la société est défini afin de résoudre des problèmes sociaux, tels que le problème médical et sanitaire, le problème de la violence, de l'invalidité et de l'exclusion ; et ainsi d'augmenter le niveau de vie des habitants, ainsi que d'empêcher des risques dommageables aux individus, aux familles, aux communautés et aussi à la société. L'assistance sociale thaïlandaise englobe significativement des connaissances approfondies à la fois internationale et nationale, y compris la connaissance et la compréhension des problèmes locaux existants. C'est ainsi

que la compréhension des causes de chaque problème conduira à trouver la solution appropriée pour les défavorisés dans chaque communauté²⁶.

En ce qui concerne la définition de « l'assistance sociale », il n'y a aucun article de la Constitution qui en dispose, mais il existe évidemment une garantie des droits fondamentaux de l'accès aux services sanitaires et sociaux, à partir de l'article 51 jusqu'à l'article 55. C'est ainsi que la politique sociale et sanitaire s'impose dans l'article 80 de la Constitution, comme la politique fondamentale que tous les gouvernements doivent respecter et poursuivre.

Auparavant, de nombreux professeurs et chercheurs ont essayé d'imposer une définition évidente de l'assistance sociale, mais cette définition était toujours dans le cadre international et non pas dans le contexte thaïlandais. Le 21 août 2010, l'Association des travailleurs sociaux de Thaïlande avait organisé une réunion des travailleurs sociaux venant du secteur public et aussi du secteur privé, y compris des réseaux de l'assistance sociale, afin de discuter et rassembler les divers avis sur la définition de l'assistance sociale. Le mois suivant, le 22 septembre 2010, cette association a présenté la conclusion définitive sur la définition de l'assistance sociale dans le cadre de la Thaïlande²⁷, ainsi ;

« L'assistance sociale signifie l'encouragement et le soutien du développement social et du changement social à travers le renforcement des capacités de l'individu, de la famille, du groupe, de l'organisation, et de la communauté dans ses environnements. L'assistance sociale intègre des connaissances de l'art et de la science en collaboration avec la sagesse, la gestion des ressources sociales et les compétences des habitants. Cela a pour but de la protection, la prévention, le traitement et la réadaptation physique, mentale, sociale et intellectuelle des habitants dans la société. Dans le cadre de l'adhésion à l'éthique professionnelle, des travailleurs sociaux respectent la valeur professionnelle, la valeur de l'homme, le droit de l'homme, la justice sociale, et la dignité humaine afin d'aider des démunis à vivre tranquillement et indépendamment dans la société »²⁸.

L'assistance sociale thaïlandaise repose sur quatre caractéristiques principales²⁹ :

²⁶WASIKASIN W., WASINAROM S. et NONTHAPUTTAMADUL K., *La connaissance générale de la protection sociale et l'assistance sociale*, presse de l'Université de Thammasat, Bangkok, 2007, p. 14.

²⁷Association des travailleurs sociaux de la Thaïlande, « *Le document sur la révision de la définition de l'assistance sociale en Thaïlande* », août-septembre 2010, Bangkok, 2013.

²⁸AONOPAS S., *La révision de la définition de l'assistance sociale en 2010* [en ligne]. Bangkok : Doc'UHC. Mise à jour : 26 avril 2011 [ref. du 21/03/2013]. Disponible sur : <http://swhcu.net/km/mk-articles/sw-km/186-new-sw-meaning53.html>

²⁹AOICHAÏ P., « L'assistance sociale », *L'encyclopédie pour des jeunes thaïlandaises*, 12^e volume, numéro 3, 17^e édition, pressess de conseil des enseignants de la Thaïlande, Bangkok, 2550, p. 55.

(1) L'assistance sociale est l'aide à long terme jusqu'à ce que des démunis puissent s'aider eux-mêmes. Ainsi, la pratique des travailleurs sociaux thaïlandais est-elle d'aider des démunis sous divers aspects ; la solution, la réhabilitation, et la protection, afin d'éviter des risques conduisant à l'émergence ou à la répétition des problèmes sociaux, ainsi que renforcer la capacité, l'autonomie et le lien social des démunis. Cet objectif nécessite la collaboration de la gestion des ressources sociales dans chaque territoire,

(2) L'assistance sociale est une aide reposant sur le principe du respect du droit de l'homme et la dignité humaine. Elle est ainsi considérée comme le droit de non-automatique, à savoir les personnes doivent prouver un état de besoin soumis à l'évaluation et l'appréciation des administrations des collectivités publiques.

(3) L'assistance sociale est appliquée avec des connaissances, des arts et des sciences de plusieurs champs académiques afin d'aider des démunis et des pauvres dans la société. Seule la connaissance d'un champ académique n'est pas suffisante pour trouver la sortie de la situation de besoins des démunis. Des travailleurs sociaux intègrent donc des connaissances interdisciplinaires ainsi que des connaissances locales ; la coutume, la tradition, la religion et la croyance locale, pour atteindre l'objectif principal d'aider et établir la qualité de vie des démunis.

(4) L'assistance sociale est gérée par des travailleurs sociaux professionnels ou des personnes éduquées et ayant une expérience liée à l'assistance sociale, conformément à la norme requise et à l'éthique professionnelle. Le législateur thaïlandais donne la définition de la profession de l'assistance sociale dans l'article 3 de la loi sur la profession de l'assistance sociale de 2011 : « la profession de l'assistance sociale désigne la profession utilisant des connaissances et des compétences liées à l'assistance sociale, afin d'éviter ou de résoudre des problèmes individuels, familiaux et communautaires, y compris afin que des démunis puissent avoir l'autonomie de vie et habiter tranquillement dans la société ». En outre, cette loi instaure pour la première fois de l'Ordre des travailleurs sociaux, dans l'article 5, qui est dotée juridiquement de la personnalité morale.

On peut constater que l'assistance sociale thaïlandaise est l'aide et le soutien entre des hommes, correspondant à la croyance bouddhisme thaïlandaise. Cela ressemble à la création de l'assistance sociale dans des pays occidentaux correspondant à la conception de l'importance de l'individu. De plus, l'assistance sociale met l'accent sur la valeur et la dignité humaine de chaque individu dans la société et refuse la différence entre chacun en raison du statut social, de la connaissance, de la compétence, du sexe, et de la religion. C'est

ainsi que l'assistance sociale thaïlandaise reconnaît la valeur universelle du droit de l'homme et de la justice sociale qui aide et protège les démunis et les défavorisés dans la société afin de réaliser la justice sociale.

Les droits à l'assistance sociale et au bien-être sont définis évidemment dans la Constitution et peuvent être divisés en cinq domaines :

(1) Le droit des enfants et des jeunes : chaque enfant et jeune possède le droit au suivi et au développement du potentiel physique, mental et intellectuel dans l'environnement approprié en tenant compte essentiellement de la participation des enfants et des jeunes³⁰. De plus, ils ont le droit de recevoir la protection contre des actes violents et injustes dans leur famille et la société³¹. C'est ainsi que des enfants et des jeunes abandonnés peuvent recevoir la protection et l'éducation gratuite gérée par l'Etat³².

(2) Le droit des femmes et des membres de la famille : ce droit est prévu afin de protéger des femmes et des membres de la famille contre des actes violents et injustices venant de personnes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille³³.

(3) Le droit des personnes âgées ayant plus de soixante ans et n'ayant pas un revenu suffisant : elles ont le droit d'exiger à l'Etat d'intervenir pour leur donner des conditions de vie décentes, tel qu'un logement, une aide médicale, une allocation du revenu³⁴.

(4) Le droit des handicapés et des personnes invalides : ce droit prévu pour leur permettre d'admettre et d'obtenir des services sociaux, du bien-être et des assistances sociales appropriées gérées par l'Etat³⁵.

(5) Le droit des pauvres et des indigents : il s'agit de leur garantir le droit à exiger de l'aide sociale gérée par l'Etat, notamment le droit à l'accès aux soins qualifiés et aux services sanitaires appropriés sans paiement³⁶.

B : Les rapports entre l'aide sociale, la sécurité sociale et la santé publique

Pour bien comprendre le système de l'accès aux soins supplémentaires, il faut préalablement préciser les termes et les concepts, ainsi que les différences et la relation entre

³⁰Premier alinéa d'article 52 de la Constitution.

³¹Deuxième alinéa d'article 52 de la Constitution.

³²Dernier alinéa d'article 52 de la Constitution.

³³Deuxième alinéa d'article 52 de la Constitution.

³⁴Art. 53 de la Constitution.

³⁵Art. 54 de la Constitution.

³⁶Art. 51 et 55 de la Constitution.

l'aide sociale (le terme d'assistance sociale est utilisé plutôt en Thaïlande), la sécurité sociale et la santé publique.

a : La relation étroite entre les trois secteurs en France

L'aide sociale, la sécurité sociale et la santé publique fonctionnent dans le même but du renforcement de la qualité de vie des habitants. Tous trois ont des aspects similaires mais présentent également des différences. Il est donc nécessaire, pour plus de clarté, d'aborder dans un premier temps le rapport entre l'aide sociale et la sécurité sociale, et ensuite celui entre l'aide sociale et la santé publique.

1. Les rapports entre l'aide sociale et la sécurité sociale

La relation entre l'aide sociale et la sécurité sociale est spécifique. Ainsi, la Sécurité sociale est un système dans lequel les assurés acquièrent des droits, tandis que l'aide sociale représente des droits que les gens ont toujours en tant qu'habitants.

La Sécurité sociale repose sur une logique assurancielle, élaborée dans le cadre de la démocratie sociale ou du paritarisme, qui couvre des assurés contre des risques sociaux. Elle est le noyau de la protection sociale et a été créée par le conseiller d'Etat Pierre Laroque à Alger. Au début, le législateur français prévoyait la généralisation de la couverture des risques sociaux à tous les Français. Il s'agissait de couvrir tous les Français dans un système unique, contre les risques de toute nature qui sont susceptibles d'annuler ou de restreindre leur capacité de travail ou d'augmenter leurs charges familiales, selon le plan français de la Sécurité sociale de 1945 qui a fait l'objet d'une ordonnance du gouvernement provisoire de la République française le 4 octobre 1945. Pourtant, en réalité, la Sécurité sociale ne permet pas de couvrir la totalité des risques sociaux : certains en sont exclus ou sont pris en charge partiellement, comme le risque chômage et le risque dépendance. De plus, des mutuelles, des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance complètent la prise en charge pour les assurés sociaux en mesure d'y adhérer³⁷.

La Sécurité sociale est un droit objectif pour les assurés sociaux cotisants. Il existe un accès automatique aux prestations de la Sécurité sociale, dans un régime obligatoire ou facultatif (assurance privée), pour l'assuré cotisant ou ses ayants droit dès lors que les risques couverts (la maladie, l'accident du travail, l'invalidité, la maternité, le décès, des prestations

³⁷HARDY J. et LHUILLIER J., *op. cit.*, p. 34 ; AUBIN E., *op. cit.*, p. 22.

familles et la retraite) sont réalisés. Ainsi, un assuré qui engage des frais de soins sera remboursé de tout ou en partie de ceux-ci dès lors que son droit est ouvert, sans qu'il ait à faire valoir qu'il ne peut y faire face avec ses propres ressources³⁸.

Au regard d'une logique assurancielle, la Sécurité sociale est fondamentalement basée sur des contributions financières versées sous forme de cotisations prélevées sur les salaires ; la logique de solidarité est alors bien présente puisque les prestations offertes aux assurés ne sont pas liées au montant des cotisations qu'ils ont versées, à l'exclusion de la retraite³⁹.

En ce qui concerne l'aide sociale, la notion se substitue à celle de l'assistance publique par le décret du 29 novembre 1953. L'assistance privée destinée aux indigents, comme des actions des congrégations religieuses, et les actions charitables des associations privées, ont existé avant l'intervention de l'Etat.

L'aide sociale repose sur la logique d'assistance, mais pas celle de l'universalité. Les prestations d'aide sociale s'adressent non pas à « l'être humain dans son universalité » (Miguel Herrera) mais à des catégories d'individus. Ainsi, les habitants, du seul fait qu'ils résident en France et quelles que soient les modalités de leur résidence (en situation irrégulière, sans domicile fixe), ont droit à l'aide de la collectivité publique telle qu'elle est définie par la loi, dès lors qu'ils en remplissent les conditions. Les individus bénéficiant de l'aide sociale ont normalement en commun une fragilité physique et doivent faire l'objet d'une assistance sociale en vue de les protéger (enfants), de les aider à mieux vivre la perte grandissante de leur autonomie (personnes âgées) ou de compenser toutes les conséquences de leur handicap (personnes handicapées)⁴⁰. Ces personnes doivent apporter la preuve qu'elles sont dans une situation telle qu'elles ne peuvent faire face à leurs besoins avec leurs propres ressources, pour exiger le droit à l'aide sociale de la collectivité publique ; l'aide sociale relève désormais de la compétence des départements et non de l'Etat⁴¹.

Toutefois, certaines prestations de la protection sociale « modernes » comme le RMI (1989), la CMU (2000), APA (2002) et PCH (2006)⁴², mélangent ensemble les caractéristiques de la Sécurité sociale, de l'aide sociale et de l'action sociale. On peut constater que la Sécurité sociale repose à la fois sur le système assuranciel (cotisation) et sur

³⁸HARDY J. et LHUILLIER J., *op. cit.*, p. 33.

³⁹*Id.*, p. 35.

⁴⁰AUBIN E., *op. cit.*, p. 22.

⁴¹HARDY J. et LHUILLIER J., *op. cit.*, p. 33.

⁴²Le revenu minimum d'insertion (RMI), la couverture maladie universelle (CMU), la Allocation personnalisée d'autonomie (APA), la Prestation de compensation du handicap (PCH).

la solidarité (prestation) dans le but de couvrir les risques de la vie des hommes au travail. Tandis que l'aide sociale est considérée comme l'assistance destinée aux hommes dans la situation de besoin.

2. Les rapports entre l'aide sociale et la santé publique⁴³

La relation entre l'aide sociale et la santé publique est vraiment proche et étroite. Auparavant, le système de la santé publique s'était inspiré de la logique de l'assistance. Il s'était traduit par l'aide médicale et l'instauration des établissements hospitaliers qui étaient les premiers débiteurs du système de l'assistance publique. Les établissements hospitaliers étaient financés par des dons et des legs afin d'aider et offrir gratuitement⁴⁴ les soins destinés aux pauvres, aux défavorisés, aux indigents et aux handicapés. De plus, historiquement, les établissements publics hospitaliers comportaient un caractère communal. Cependant la commune avait participé au financement de l'établissement d'une manière très limitée. L'aide médicale d'aujourd'hui n'est plus un service communal. En outre, l'unité de structures juridiques des établissements publics rejoint aussi l'uniformisation des services d'assistance.

Ensuite, en 1970, la loi hospitalière a été votée dans le but de renforcer la spécialisation et la technicité médicale des établissements hospitaliers. En conséquence, les services sociaux ont été rejetés au sein des établissements hospitaliers par la fermeture des maisons de retraite. L'établissement public de santé est alors devenu autonome par rapport à l'aide sociale. Son financement n'est plus venu seulement de dons et legs comme auparavant mais surtout de l'assurance maladie qui est devenue la propre source financière d'un établissement hospitalier public.

Actuellement, il existe une tendance au rapprochement entre le secteur social, sanitaire et médico-social. Cela se traduit par la promulgation de plusieurs lois. A partir de la loi du 30 juin 1975, on a entrepris une coordination des interventions sociales et médico-sociales. Surtout, la loi de 1986 a rapproché les établissements sociaux et les établissements de santé (mêmes obligations d'accueil). De plus, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation et la circulaire du 20 février 2007 permettent la création et la gestion d'établissements sociaux et médico-sociaux par des établissements de santé. Il s'agit, selon la circulaire, de « permettre les rapprochements nécessaires entre le secteur sanitaire

⁴³ALFANDARI E. et TOURETTE F., *op. cit.*, p. 155-156.

⁴⁴ROCHAIX M., *Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien régime à nos jours*, thèse, Delavaud, Dijon, 1959, p. 356.

et le secteur social et médico-social, tout en préservant l'identité de ce dernier et les conditions propres aux législations qui s'y rapportent ». Enfin, la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 (la loi HPST) a innové avec la création des agences régionales de santé (ARS). L'enjeu réside dans le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social. De plus en plus s'impose une logique de « coopération, de réseau ». Il conviendrait désormais de « socialiser » le sanitaire et « sanitariser » le social⁴⁵.

La relation entre l'aide sociale et la santé publique est donc très étroite. Il existe à la fois des aspects distincts et des aspects semblables. Ainsi, la santé publique a pour but de soigner des malades et de répondre à des besoins sanitaires, tandis que l'aide sociale fonctionne pour aider des personnes ayant des difficultés sociales et pour répondre à des besoins sociaux. Les deux systèmes ont des différences d'organisation, de financement et ainsi des acteurs.

Pourtant, il n'est pas toujours facile de distinguer la santé publique et l'aide sociale. Les actions⁴⁶ et les buts⁴⁷ des deux systèmes sont souvent proches. Les deux ont des liens étroits, des influences réciproques et de nécessaires connexions à établir. Ainsi, certaines prestations sociales sont liées à la santé des personnes (couverture maladie universelle, aides aux personnes handicapées, aides aux personnes dépendantes⁴⁸). De plus, des rapprochements entre les deux systèmes se traduisent par le financement qui vient de l'assurance-maladie, en tant que « le meilleur fournisseur de fonds »⁴⁹, par la connexion entre les deux services administratifs, en ce qui concerne les professionnels et les établissements⁵⁰.

Des actions de rapprochement de la santé publique et de l'aide sociale ont été tentées concrètement par de nombreuses lois qui sont votées dans le but de prendre en charge des indigents nécessitant l'accès aux soins et de promouvoir la coopération entre les deux systèmes. La loi du 29 juillet 1998⁵¹ est votée pour réaffirmer le rôle social de l'hôpital. En 2005, le Conseil économique et social avait souligné la nécessité de réconcilier « la tradition

⁴⁵TABUTEAU D., « Santé et devoirs sociaux », *RDSS*, 2009, p. 42.

⁴⁶ROCHE F., « Le rapport du CSTS sur l'articulation du sanitaire et du social », *Vie sociale*, n°1, 2007, p. 82.

⁴⁷On pense ici à la nouvelle vision de la santé, tournée vers le bien être des individus.

⁴⁸MOURIER L. et CARILLON-COUVREUR M., « Rapport de la MECSS sur l'action sociale », *RLCT*, 2007, p. 12

⁴⁹TABUTEAU D., « Solidarité et santé », *Dr. Soc.*, 2007, p. 136.

⁵⁰ALFANDARI E., « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale », *RDSS*, 2004, p. 756 ; LAFORE R., « Le secteur médico-social et la santé publique », *RDSS*, 2008, p. 439.

⁵¹Les établissements de santé publics et privés doivent accueillir toute personne, de jour comme de nuit, requérant leurs services. Pour les plus démunis, les permanences d'accès aux soins de santé jouent un rôle tout particulier en la matière. L'article L. 6112-1 et L. 6112-2, CSP.

humaniste » de l'hôpital et l'« approche techniciste de la médecine moderne »⁵². Les coopérations sont de plus en plus exigées. Sur ce point, la circulaire du 3 octobre 2008 prévoit que les établissements de santé autorisés au titre des soins de suite et de réadaptation doivent développer des coopérations, notamment avec les structures médico-sociales. Par ailleurs, une circulaire du 23 octobre 2008 cherche à assurer non seulement la permanence des soins, mais aussi la continuité d'une prise en charge médico-sociale.

Par ailleurs, la santé publique pourrait avoir une influence bénéfique sur l'aide sociale par certains aspects. Ainsi, les médecins doivent logiquement soigner tous les malades sans discrimination ; c'est une obligation légale du médecin. Le législateur se doit d'empêcher de créer une médecine des pauvres et une médecine des riches. Tous les humains possèdent le droit et l'égalité de l'accès aux soins qualifiés. Toutefois, en réalité, il existe actuellement des débats sociaux liés à la prise en charge des bénéficiaires de la couverture maladie universelle, l'accès aux soins des étrangers, et le refus de soins des médecins.

Au contraire, la santé publique pourrait avoir aussi des effets indirects sur l'aide sociale. Ainsi, dans le domaine sanitaire, on se concentre désormais sur la politique de la prévention plus que celle du traitement, en raison de formation et de rémunération, etc⁵³. En conséquence, la thérapeutique sociale et l'action sanitaire et sociale, notamment pour les handicapés, doivent trouver quelques mesures de prévention. Par ailleurs, la source financière de la santé publique et l'aide sociale vient principalement de l'assurance maladie. On a « médicalisé » à l'excès des aides de caractère plutôt social (notamment chez des personnes handicapées) pour assurer leur prise en charge. La crise de l'assurance maladie, les nouvelles responsabilités financières des collectivités territoriales ont mis la lumière sur de tels errements, mais n'y ont pas mis fin.

Enfin, les agences régionales de santé (ARS) ont été créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 (la loi HPST). Elles sont désormais des acteurs principaux pour gérer et organiser la santé publique au niveau territorial. Leur objectif principal est de coordonner le secteur sanitaire et le secteur social. Il convient d'unifier et de redéfinir les pilotages. L'idée est celle d'une plus grande cohérence, et d'éviter pour les usagers des ruptures dans les prises en charge. Il y a un parcours à construire, mêlant le secteur sanitaire et le secteur médico-social, une coordination des équipes à rechercher, et une cohérence des financements à trouver.

⁵²MOLINIE E., « L'hôpital public en France : bilan et perspectives », *Notes D'IENA*, n° 208, 29 juin 2005, p. 4.

⁵³LIGNEAU P., *La prévention sanitaire en France*, Sirey, Paris, 1983, p. 341.

b : La relation étroite entre les trois secteurs en Thaïlande

L'assistance sociale, la sécurité sociale et la santé publique ont une relation étroite et il est difficile de les distinguer clairement pour certains aspects. Dans le contexte thaïlandais, le législateur, le médecin et le professionnel de l'assistance sociale sont pris en compte dans « la santé de la société » par des politiques et des projets gouvernementaux. Il est donc nécessaire, pour plus de clarté, d'aborder dans un premier temps le rapport entre l'aide sociale et la sécurité sociale, et ensuite celui entre l'aide sociale et la santé publique.

1. Les rapports entre l'assistance sociale et la sécurité sociale

La sécurité sociale thaïlandaise est l'un des services du système de protection sociale. Elle est le projet d'un service social à long terme qui est géré par l'Etat. Par rapport à l'assistance sociale, il existe des différences entre les deux systèmes, qui concernent les méthodes de mise en œuvre, celles qui concernent les personnes protégées, et celles des ressources et la gestion financière. Ainsi, la sécurité sociale a pour but de renforcer l'aide et le partage des risques sociaux entre les salariés ou des personnes ayant un revenu. Ce système s'inspire à la fois de la logique assurancielle et du principe de la solidarité. Les cotisations viennent de trois partis : l'employeur, l'employé et le gouvernement ; elles sont versées à la Caisse de la sécurité sociale, en contrepartie de la couverture de sept risques sociaux : la maladie, l'invalidité, la maternité, le décès, la prestation familiale, la vieillesse et le chômage.

La tentative d'instaurer une Sécurité sociale en Thaïlande a commencé en 1952, mais cette idée n'a pas abouti jusqu'à 1972. Cette année-là, le Département du travail a installé d'abord l'Office de la compensation qui est destiné à protéger les salariés en cas d'accidents ou de maladies issus du travail. Cette initiative est considérée comme la première étape de la Sécurité sociale en Thaïlande qui assure la sécurité et la stabilité de la vie aux travailleurs. Le 3 septembre 1990, l'Office de la sécurité sociale est finalement créé, selon la loi sur la sécurité sociale de 1990 et placé sous le Ministère du travail et de la protection sociale depuis le 23 septembre 1993. La Sécurité sociale est fondée sur cinq principes fondamentaux :

1. L'employeur, l'employé et le gouvernement ont la charge de verser des cotisations à la Caisse de la sécurité sociale. Cela repose sur le principe assuranciel.

2. Etre assuré par la sécurité sociale est obligatoire, en particulier pour les salariés du secteur industriel, commercial et du service. Désormais les travailleurs indépendants peuvent également participer à titre volontaire à la couverture de la sécurité sociale.

3. La Caisse de la sécurité sociale thaïlandaise n'est pas une personne morale, contrairement à la France. Le fonds de cette caisse est géré dans deux buts principaux. D'une part, afin d'assurer des prestations aux assurés et à leur famille. D'autre part, pour de l'investissement, sous des conditions prévues par la loi, afin d'enrichir la valeur du fonds.

4. Le droit à recevoir la prestation ne correspond pas à la somme de la cotisation qui a été versée à la Caisse de la sécurité sociale, sauf pour la prestation de retraite. Ce droit repose sur le principe de la solidarité.

5. Le calcul du taux de la cotisation correspond au revenu de l'assuré.

On peut constater que la Sécurité sociale est destinée à garantir la stabilité de la vie de l'assuré (surtout celui qui a un revenu régulier comme un salarié), de la naissance à la fin de vie. C'est afin d'éviter de la souffrance lors de la perte d'emploi, ou la perte, en partie ou totalité, du revenu. La sécurité sociale est l'un des mécanismes sociaux qui renforcent la stabilité et la solidarité nationale, en vertu du principe de l'égalité et de la démocratie.

Les principes et les modalités de la Sécurité sociale sont différents par rapport à ceux de l'assistance sociale. Cette dernière ne repose pas sur le principe assurantiel, ni sur l'idée du partage par tous des risques sociaux comme la Sécurité sociale, mais elle s'inspire du principe de l'assistance qui est destiné à aider les indigents, les démunis et les personnes défavorisées, tels que des enfants, des personnes âgées, des handicapés, des pauvres. De plus, l'assistance sociale est le moyen d'aider des gens de façon individuelle. Les ressources financières de l'assistance sociale ne viennent plus de la cotisation, mais proviennent de legs et de dons d'associations et des fondations publiques et privées, y compris de subventions de l'Etat. En outre, la forme de l'assistance est plus diversifiée que celle de la sécurité sociale. La classification des formes de l'assistance en Thaïlande fonctionne de nombreuses façons, mais dans le cadre juridique, la forme d'assistance est prévue en fonction de la catégorie des personnes défavorisées dans la société⁵⁴, ainsi les enfants et les jeunes : il existe actuellement plusieurs moyens d'aider les enfants et les jeunes. Par exemple, l'aide à l'éducation gratuite pour les enfants handicapés ou défavorisés, de l'école primaire à 1^{er} cycle du l'enseignement secondaire ce qui constitue l'éducation obligatoire de neuf ans ; l'aide alimentaire, le logement et la formation professionnelle, etc. Celles-ci sont prises en charge par le Ministère du développement social et de la sécurité humaine. Il en est de même, depuis 2009, pour les personnes âgées à compter de soixante ans et n'ayant aucune la

⁵⁴Ces droits à l'assistance sociale sont prévus évidemment dans la Constitution de la Thaïlande, dans les articles 49, 51-55.

prestation de retraite : elles ont le droit de demander à l'Etat de recevoir une allocation de six cents bahts par mois.

Pour les personnes handicapées, l'assistance sociale fonctionne conformément à deux lois principales. D'une part, la loi sur la réhabilitation de la capacité des personnes handicapées de 1991, qui est destinée à aider et fournir des services sociaux aux personnes handicapées qui ont été enregistrées. D'autre part, la loi sur la promotion et le développement de la qualité de vie des personnes handicapées de 2007, qui a pour but d'aider des handicapés, notamment donner l'aide financière d'un dispositif adapté pour aider des handicapés. C'est ainsi que des handicapés peuvent bénéficier de deux autres aides financières de l'Etat : (1) l'allocation mensuelle de cinq cents bahts pour des handicapés enregistrés auprès du Ministère du développement social et de la sécurité humaine, et (2) l'aide financière pour la famille de la personne handicapée, aide d'un montant maximum de deux mille bahts et qui ne peut être renouvelée que deux fois.

2. Les rapports entre l'assistance sociale et la santé publique

La relation entre l'assistance sociale et la santé publique en Thaïlande est similaire à celle de la France. Ainsi, ces deux systèmes ont un lien étroit, des influences et des effets l'un sur l'autre. A l'origine, l'assistance sociale en Thaïlande mettait l'accent sur l'aide médicale et sanitaire gratuite destinée aux enfants, aux handicapés, aux personnes âgées et aux démunis. Cette assistance médicale était diffusée au début dans les temples et par des moines bouddhistes ayant une connaissance médicale traditionnelle. Ensuite, l'aide médicale a été étendue concrètement par l'instauration du premier hôpital en Thaïlande dans la ville de « Phetchaburi ». Cet hôpital a été créé et géré par un groupe missionnaire chrétien qui était entré en Thaïlande pour diffuser la croyance chrétienne en aidant des indigents et des pauvres dans la société. Le premier hôpital en Thaïlande a donc porté le statut d'hôpital privé, géré par un groupe privé et non pas par l'Etat.

En 1981, sa Majesté le Roi Rama V a eu l'idée de créer le premier hôpital public dans la capitale du pays (Bangkok), en raison de l'émergence d'une épidémie de choléra qui a frappé la Thaïlande. Cette épidémie a menacé de nombreuses vies, y compris l'un des fils du Roi Rama V. Le roi voulait donc créer l'hôpital public pour soigner des malades et fournir des services sociaux et sanitaires aux personnes défavorisées. Ce projet a débuté le 22 mars 1986 par la nomination d'une commission de prise en charge de la construction de l'hôpital, et le 26 avril 1988 cet hôpital a été ouvert officiellement, portant le nom de « Siriraj ».

Comme il a déjà été dit, l'assistance sociale et la santé publique sont en relation étroite. Ainsi, dans le cadre académique social et sanitaire thaïlandais, on parle souvent de « la santé de la société ». Ce terme désigne « une société dont des membres peuvent habiter ensemble en harmonie. Il y a un équilibre de vie entre les humains qui vivent ensemble dans la même société, et aussi un équilibre entre l'humain et l'environnement ». Alors, le terme de « la santé » signifie « l'être au complet physique, mental, social et spirituel. Ces facteurs se correspondent et sont liés entre eux »⁵⁵. On peut donc constater que « la santé de la société » est le domaine qui prend en compte tous les aspects sociaux afin de développer la société et la santé publique de façon unitaire. Par exemple, dans le cadre du développement du pays, il faut prendre en compte l'aspect individuel et l'aspect collectif (famille, communauté, société) et aussi un environnement, une économie et une politique. C'est le développement qui voudrait la collaboration entre tous les secteurs sociaux. Cela conduirait enfin à un développement durable.

On peut tenir compte de certains projets actuels du gouvernement qui sont le résultat du concept de « la santé de la société ». Ces projets mettent l'accent sur le rapport étroit entre la politique sanitaire et aussi la politique de l'assistance sociale qui se complètent de l'une à l'autre. Concrètement, le mode de travail en matière sanitaire a été changé ; à savoir, auparavant équipes médicales et des équipes sociales ont travaillé séparément mais aujourd'hui ils travaillent ensemble. Chaque hôpital doit entretenir de bonnes relations avec la communauté locale, en profitant des connaissances traditionnelles et des capacités de la communauté locale⁵⁶. La politique sanitaire actuelle met l'accent sur la participation des habitants et de la communauté locale dans les œuvres et activités de la santé publique, sur la prévention des maladies, et sur le changement du mode de guérison. Il s'agit donc d'un changement de l'approche thérapeutique, évoluant d'un soin seulement physique à un soin qui prend en compte aussi les conditions et l'environnement des patients. Cela permet d'atteindre un équilibre entre le physique, le mental, les émotions, l'esprit, la société et l'environnement d'un patient. De plus, le gouvernement met en place des projets ayant pour but la prévention des problèmes sociaux qui affecteront sur la santé, et aussi des projets de la prévention des problèmes de santé liés aux questions sociales. Par exemple, le projet

⁵⁵WASI P., *La santé de la société conduit à la paix de la société*, presse de l'Office de la réforme du système de la santé et l'Institution de la Recherche du Système Sanitaire, Nonthaburi, 2002, p. 5.

⁵⁶THAMRONGWARANGKOON S., *Le document sur le développement flexible et durable*, la conférence annuelle n°11 de l'institution de certification des établissements de soins, Nontaburi, 2010, p. 58-63.

d'interdire la conduite en état ivresse, le projet du port obligatoire du casque en motocyclette, le projet de surveiller la contraception des jeunes filles ayant moins de quinze ans, etc⁵⁷.

Les politiques et les projets gouvernementaux mentionnés ci-dessus auront une influence sur l'état de santé des habitants. Ainsi, lorsque les gens peuvent être couverts par le système de protection sociale et que le gouvernement peut assurer l'égalité dans la société, les habitants peuvent avoir une stabilité de vie. En conséquence, le vivre ensemble dans la société sera harmonieux et pacifique. Lorsque les gens ne stressent pas, ils peuvent donc travailler ; il n'y aura ni crime, ni manifestation, ni collision, ni blessé, ni mort, ni victime, etc. Il faut noter que lorsque des gens sont en bonne santé, cela a des effets positifs sur la stabilité de la société et du pays.

Enfin, la présence du médico-social en Thaïlande est l'un des exemples concrets qui montre la collaboration entre la santé publique et l'assistance sociale. « Le médico-social », dans le contexte thaïlandais, désigne « l'aide à un patient et ses proches pour accéder à l'assistance médicale, tel qu'un lieu pour la convalescence, l'aménagement des frais médicaux selon le type de l'assurance sanitaire d'un patient, la coordination des tâches entre une équipe médicale et les établissements sanitaires concernés »⁵⁸. Ces tâches sont mises en œuvre particulièrement par « un travailleur du médico-social » qui est titulaire d'un diplôme en sciences sociales et ayant la qualification et l'expérience. Il travaille dans un hôpital et est considéré comme l'un des membres de l'équipe médicale. Il est ainsi un maillon nécessaire de la coordination entre une équipe de soin, les établissements sanitaires concernés et les patients. Récemment, des travailleurs du médico-social se sont réunis et ont décidé de créer l'association professionnelle portant le nom de « l'Association des travailleurs de médico-social thaïlandais : ATMST ». Son symbole est un cercle vert avec un homme, une femme et deux enfants debout sur un cœur rouge.

§ 2 : L'évolution et l'actualité de l'accès aux soins supplémentaires

La couverture maladie universelle (CMU) existe dans le système de santé en France et en Thaïlande depuis plus de dix ans. Le but de la création de la CMU en France est similaire à celui de la Thaïlande : réduire et éliminer l'inégalité dans le secteur sanitaire. La

⁵⁷DAMRONGSAKOON K., *Des caractéristiques de l'assistance sociale* [en ligne]. Bangkok. Mise à jour : 2009 [ref. du 05/04/2013]. Disponible sur : <http://www.gotoknow.org/posts/385558>.

⁵⁸Wikipedia, *Le médico-social* [en ligne]. Bangkok. Mise à jour : 10 mars 2013 [ref. du 05/04/2013]. Disponible sur : <http://th.wikipedia.org/wiki>

CMU vise à assurer le droit à l'accès aux soins qui est fondé dans la Constitution française et également thaïlandaise, pour tous des citoyens.

A : L'évolution juridique de l'accès aux soins supplémentaires

La création de la couverture maladie universelle (CMU) a été instaurée en France deux ans avant celle de Thaïlande. Ainsi, la CMU est créée en France en 2000 et en Thaïlande en 2002 après la grande réforme du système thaïlandais de la santé.

a : Le passage de l'AMD à la CMU en France

La Couverture maladie universelle (CMU) qui est un régime d'accès aux soins supplémentaire, a été créé en France en 2000. Avant sa création, il existait un seul recours d'accès aux soins supplémentaires qui était une aide médicale départementale (AMD) pour la population. Mais, ce recours n'était pas populaire parmi les patients. Peu de malades et de praticiens utilisaient ce système car ses conditions étaient très restrictives. La CMU a donc été créée pour généraliser l'accès aux soins et pour éliminer toutes les pratiques restrictives engendrées par l'ancien système⁵⁹.

La réforme du code de la famille et de l'aide sociale intégrée à la loi CMU du 27 juillet 1999 comporte désormais un titre III *bis* qui supprime implicitement l'aide médicale départementale (AMD)⁶⁰ en ne conservant que l'aide médicale de l'Etat (AME)⁶¹. Autrement dit, la CMU se substitue à l'AMD. La CMU s'inscrit dans le programme d'action pour la prévention et la lutte contre les exclusions en venant compléter les dispositions déjà adoptées par la loi d'orientation du 29 juillet 1998⁶². L'initiative de la loi portant création d'une couverture maladie universelle (CMU)⁶³ a appartenu au gouvernement de Lionel Jospin (1997-2002). L'un des principaux rapporteurs de cette loi a été Jean-Claude Boulard, député du département de la Sarthe à l'époque ; il a remis un rapport à Lionel Jospin sur l'instauration d'une couverture maladie universelle en septembre 1998. Le 27 juillet 1999 la CMU de base et la CMU complémentaire (CMU-C) ont été votées définitivement par l'Assemblée Nationale. La publication progressive des textes réglementaires de la CMU

⁵⁹MARIE R., « La couverture maladie universelle », *Dr. Soc.*, n° 1, 2000, p. 8.

⁶⁰La loi CMU du 27 juill. 1999, art. 32. Circ. DGCL/DSS/5A/n° 99679 du 8 déc. 1999 à paraître au BOMS. ASH n° 2146, 17 déc. 1999

⁶¹LIGNEAU P., « Aide et action sociales : chronique d'actualité juridique », *RDSS*, n° 1, 2000, p. 136.

⁶²La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

⁶³La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

s'est étalée pendant le mois de décembre 1999 ; le 15 décembre 1999, les premières inscriptions sont arrivées⁶⁴.

En outre, en décembre 1999, les bénéficiaires du RMI et de l'AMD ainsi que les assurés personnels affiliés à la CMU de base ont vu leurs droits transférés automatiquement dans le dispositif CMU. C'est ainsi qu'en juin 2001, ils ont pu renouveler leurs droits et choisir l'organisme de gestion de leur complémentaire (la mutuelle, la société d'assurance, l'institution de prévoyance ou la Caisse d'Assurance Maladie), selon la décision ministérielle au 30 juin 2001⁶⁵.

La loi de la CMU est entrée en vigueur le 1 janvier 2000. Cette loi vise à généraliser de manière effective la protection sociale et à permettre à tous les citoyens d'accéder aux soins. L'article premier de la loi dispose qu'il est instauré « *une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais* »⁶⁶. Autrement dit, la CMU de base a pour objectif de garantir tous les remboursements de la Sécurité sociale. Tandis que la CMU complémentaire (CMU-C) devait offrir aux plus modestes une complémentaire santé gratuite dispensant d'avance de frais. Cette loi a ainsi pour objectif de garantir l'accès aux droits existants, et non d'en instituer de nouveaux, en levant les obstacles juridiques et financiers qui empêchent les plus démunis d'avoir une consommation médicale conforme à leurs besoins de soins⁶⁷.

Cette garantie de la CMU s'exerce par l'affiliation des intéressés et le rattachement de leurs ayants droit à un (ou plusieurs) régimes obligatoires de la sécurité sociale. La CMU n'est pas seulement destinée aux exclus. Elle concerne en tout six millions de personnes et touche non plus seulement les plus exclus, les chômeurs, les titulaires de minima sociaux, mais aussi les commerçants, les artisans, les retraités qui ont les revenus les plus faibles⁶⁸.

Au début de la création de CMU, en juillet 2000, 4,3 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C en France métropolitaine ; l'année suivante (le 1 janvier 2001) la CMU-C a été étendue à 4,7 millions de personnes, ensuite il y avait 4,17 millions au 31

⁶⁴Eco-Santé France, *Historique de la Couverture Maladie Universelle* [en ligne]. Paris : Doc'ESF. Mise à jour : 30 mars 2012 [ref. du 13/04/2013]. Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/FRANFRA/582.html>

⁶⁵*Id.*

⁶⁶MARIE R., *op. cit.*, p. 7.

⁶⁷*Id.*

⁶⁸PEDROT P., « Couverture maladie universelle. Assurance maladie. Maternité. Affiliation obligatoire. Lutte contre les exclusions », *RDSS*, 1999, p. 827.

décembre 2008 et elle couvre actuellement (2013) 4,3 millions de personnes. Ces chiffres présentent la continuité de la couverture maladie des populations par la CMU-C qui remplace l'ancienne aide médicale départementale (AMD). La CMU-C permet à environ 10 % des Français qui ne disposaient d'aucune complémentaire santé de bénéficier de soins entièrement gratuits. Toutefois, la CMU-C est soumise à des conditions de ressources, contrairement à la CMU de base qui couvre actuellement (2013) près de 1,7 million de personnes⁶⁹.

Treize ans après sa création, elle est devenue l'un des piliers de la protection sociale en France en permettant l'accès aux soins des plus démunis et des personnes n'ayant aucune couverture maladie. La CMU réduit les inégalités dans l'accès à la santé et répond aux principes généraux qui sont définis dans l'article L. 1110-1, CSP. Ainsi, cet article vise à ce que « le droit fondamental à la protection de la santé » soit « mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne » afin de garantir « l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »⁷⁰.

Les dépenses de santé engagées au titre de ces nouvelles dispositions (CMU) sont assumées par une structure dénommée « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) », constituée sous la forme d'un établissement public national à caractère administratif. Ce fonds est financé par une contribution des organismes complémentaires et par une dotation budgétaire de l'État destinée à assurer l'équilibre comptable⁷¹.

En ce qui concerne les difficultés de l'accès aux soins par la CMU, le nombre de bénéficiaires de la CMU augmente sous l'effet de la crise économique, tandis que certains professionnels de santé s'obstinent à refuser de les soigner. Ce problème est confirmé par de nombreuses études. En effet, une enquête de Médecins du monde de 2006 indique que 14 % des médecins déclaraient alors refuser de recevoir des patients de la CMU. Une autre étude rendue publique le 1 juillet 2009 par le Fonds CMU montre qu'un quart des médecins et dentistes installés à Paris refusent de recevoir des bénéficiaires de la CMU complémentaire, déplorant notamment d'être obligés de leur appliquer les tarifs de base de

⁶⁹FARGE A., *27 juillet 1999 : Instauration de la CMU* [en ligne]. Toulouse : Doc'Parti de gauche Midi-Pyrénées. Mise à jour : 30 juillet 2012 [ref. du 13/04/2013]. Disponible sur : <http://www.gauchemip.org/spip.php?article10537>

⁷⁰TABUTEAU D., « Droit de la santé et droit de l'assurance maladie », *RDSS*, 2008, p. 882.

⁷¹MARIE R., *op. cit.*, p. 8.

la Sécurité sociale. Cette étude est réalisée par un *testing* auprès d'un échantillon de 900 dentistes, médecins généralistes et spécialistes. Cette enquête confirme la persistance de pratiques de discrimination envers les plus démunis⁷². De plus, un *testing* de 2009 expose que 22 % des spécialistes de secteur 2 (secteur à honoraires libres) refuseraient les assurés en CMU. L'expérience a consisté à demander par téléphone un rendez-vous auprès de 466 spécialistes de secteur 2, en précisant bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Le taux de refus était nul chez les pneumologues et a atteint 41 % chez les psychiatres. Les médecins de secteur 1 (tarif de la Sécurité sociale, dont la quasi-totalité des généralistes) n'ont pas été testés⁷³.

Enfin, en 2008, la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a annoncé des mesures visant à obliger les praticiens à respecter la loi⁷⁴. De fait, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, toute discrimination envers les patients en CMU est interdite.

b : La CMU : le résultat d'une grande réforme du système thaïlandais de la santé

Le grand changement dans le système de la santé en Thaïlande intervient avec la réforme de l'assurance sanitaire publique auprès de la population. L'initiative de cette réforme a été établie par l'ancien Premier Ministre Thaksin Chinawat (2001-2006). Le but de la réforme de 2002 était d'établir la couverture universelle d'assurance sanitaire aux habitants.

Avant la réforme du système de l'assurance sanitaire publique en 2002, il existait quatre catégories d'assurance sanitaire en Thaïlande : la Sécurité sociale, le système de santé destiné aux fonctionnaires et agents publics, l'assurance sanitaire volontaire, et l'allocation médicale *Medical Welfare Scheme* (MWS). Ces quatre régimes avaient des principes, des objectifs, des caractéristiques, des ressources financières et des bénéficiaires différents. Ainsi, la Sécurité sociale était destinée à la couverture des salariés ; le système de santé destiné aux fonctionnaires et agents publics était géré directement par l'Etat pour la couverture de ces assurés ; l'assurance sanitaire volontaire comprenait deux modèles d'assurances ; (1) l'assurance sanitaire privée (une contribution volontaire des risques, la

⁷²FARGE A., *op. cit.*

⁷³Auguste O., *Des médecins accusés de sélectionner les patients* [en ligne]. Paris : Doc'Le Figaro. Mise à jour : 25 mai 2009 [ref. du 13/04/2013]. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/economie/2009/05/26/04001-20090526ARTFIG00010-des-medecins-accuses-de-selectionner-les-patients-.php>

⁷⁴COHEN F., *CMU : Bachelot veut sanctionner les médecins réfractaires* [en ligne]. Paris : Doc'RTL. Mise à jour : 10 septembre 2008 [ref. du 13/04/2013]. Disponible sur : <http://www.rtl.fr/actualites/sante/article/cmu-bachelot-veut-sanctionner-les-medecins-refractaires-920366>

prime couvrant principalement les mieux lotis⁷⁵) et (2) la carte sanitaire gouvernementale *Government Health Card Scheme* (HCS) (une alternative volontaire pour les personnes non assurées, par exemple des travailleurs ruraux du secteur informel qui ne sont pas éligibles pour le régime à faible revenu, les travailleurs indépendants et les employés des petites entreprises de moins de dix salariés qui ne sont pas éligibles au régime de la Sécurité sociale). Enfin, l'allocation médicale *Medical Welfare Scheme* fournissait des soins médicaux gratuits pour les indigents, par exemple les pauvres, les personnes âgées et les enfants jusqu'à l'école secondaire et les handicapés. Elle s'étendait également aux moines, aux dirigeants communautaires, aux bénévoles de la santé et leurs familles.

Ces différents régimes de l'assurance sanitaire ont été développés à des rythmes différents entraînant des variations en termes de régimes d'avantages sociaux, de méthodes de paiement des fournisseurs, de sources de financement, de niveau de subvention du gouvernement, d'efficacité et de qualité des soins. Néanmoins, en 1996, 30 % de la population était encore non assurée⁷⁶. En outre, la politique de tarification des médicaments et des services médicaux dans des établissements publics de santé a été créée dans les systèmes de santé thaïlandais en 1945. Un mécanisme d'exemption informelle pour les pauvres, à la discrétion de l'agent de santé, a été mis en œuvre avec des frais d'utilisation. L'exemption informelle a progressivement évolué vers un régime *mean-testing scheme* basé sur le revenu des ménages. Une carte de faible revenu a été publiée tous les trois ans depuis 1981 pour les ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté.

En ce qui concerne la situation de la couverture d'assurance sanitaire en Thaïlande avant 2002, l'enquête sur la santé et le bien-être menée par l'Office des Statistiques Nationales a montré l'augmentation de la couverture d'assurance de 33,5 % en 1991 à 60 % en 1999. Après l'ajustement de la couverture pour les enfants de moins de douze ans et les personnes âgées, les chiffres des assurés s'élevaient à 63,2 % en 1991 et 69,9 % en 1999⁷⁷.

L'expansion rapide de l'allocation médicale (MWS) était due à son extension aux personnes âgées et aux enfants de moins de douze ans. Cela représentait 71 % de l'augmentation totale de la couverture d'assurance sanitaire au cours de 1991-1995. L'expansion du système de la carte sanitaire en est à sa quatrième phase (1993-1998). En

⁷⁵SURASAENGSUNG S., *L'assurance sanitaire privée en Thaïlande*, presses de l'Université de Chulalongkon et presses de l'Institut de la recherche du système sanitaire, Bangkok, 1998, p. 75.

⁷⁶Office des stratégies nationales, *L'étude 1999 de la santé et le social en Thaïlande*, presses de l'office du première ministre, Bangkok, 1999, p. 55.

⁷⁷TUNGCHALEARNSATIEN V., « Le schéma général du système d'assurance de la Thaïlande », presses de l'Institut de la recherche du système sanitaire, Bangkok, 2010, p. 36.

raison des campagnes à la télévision, par la publicité et à la radio, elles se sont étendues sur des campagnes de promotion des ventes. Cela a ouvert la voie à la couverture maladie universelle. Pendant la crise économique de 1997, la demande de cartes sanitaires a augmenté de manière significative parmi les non-assurés qui ne pouvaient pas se permettre de payer les soins de santé avec leurs économies et les travailleurs mis à pied de la sécurité sociale qui ont également perdu la protection sociale.

Selon une enquête sur la santé en province du Ministère de la santé publique⁷⁸ en 1996, on comptait entre 26% et 31% des ménages dans chaque tranche de revenu n'ayant aucune couverture sociale. De plus, 28% des ménages les plus pauvres (revenu mensuel inférieur à 2 000 bahts), n'avaient pas accès à l'allocation médicale (MWS) dont ils auraient dû bénéficier⁷⁹.

Parmi les 16 659 personnes non assurées, 80 % des chefs de ménages avaient un diplôme d'études primaires, seulement 13 % étaient des chefs diplômés. De plus, parmi l'occupation des chefs de ménage non assurés, les agriculteurs ont pris la plus grande part des non-assurés. Les fonctionnaires étaient les moins nombreux à ne pas être assurés (5 %), tandis que les chauffeurs et les commerçants représentaient la plus forte proportion de personnes non assurées (44 %).

Les non-assurés devaient payer toutes les factures médicales dans leur intégralité dans les hôpitaux publics et privés. Dans des hôpitaux publics, un mécanisme d'exemption par le biais des travailleurs sociaux étaient disponibles pour des personnes incapables de payer. Le patient non assuré touchant une facture de 7 622 bahts par admission pouvait affecter la sécurité financière des ménages. Ce montant de facture médical représente 18,6 % du revenu annuel des ménages. Il faisait face à des factures médicales par l'emprunt de l'intérieur ou l'extérieur du réseau familial et pouvait facilement tomber dans le piège du surendettement⁸⁰.

Ces situations préoccupantes de couverture d'assurance sanitaire en Thaïlande, avant la réforme de 2002, sont relatives à une fragmentation, une duplication et une couverture insuffisante dans certains régimes qui ne peuvent pas répondre à l'objectif d'efficience et d'équité que s'est fixé l'Etat Thaïlandais. En effet, le manque de directives et de résultats ne permettent pas un accès aux soins efficace. A cela s'ajoute les problèmes de financement,

⁷⁸Ministère de la santé publique, *Enquête sur la santé provinciale 1996*, presse de l'Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, Bangkok, 1997, p. 45.

⁷⁹*Id.*, p. 55.

⁸⁰TUNGCHALEARNSATIEN V., *op. cit.*, p. 37.

tels que la croissance des dépenses de la santé qui est plus rapide que la croissance du PIB (même lors de la récession économique⁸¹). De plus, on constate que les soins primaires sont inefficaces, les plus démunis devant faire appel aux hôpitaux coûteux où l'attente est plus longue et les services peu satisfaisants.

De plus, l'inégalité d'assurance sanitaire publique a été démontrée par une subvention fiscale inéquitable aux habitants, favorisant le système de la santé destiné aux fonctionnaires et agents publics contre ceux relevant d'un régime de faible revenu, et l'écart de l'ensemble des prestations. L'allocation médicale des pauvres était le principal problème⁸² ; cela est dû à la variation saisonnière et la difficulté de l'évaluation du revenu. En outre, l'allocation médicale souffrait d'un budget relativement strict et les hôpitaux n'étaient pas responsables ou désireux de fournir des soins rapides et décents.

Afin de résoudre ce problème sanitaire, le Ministère des Finances et le Ministère de la santé publique ont instauré une réforme de l'allocation médicale en 1998, en mettant en place un cadre réglementaire, une amélioration de la responsabilisation, la décentralisation de la gestion des fonds, ce qui rendait le budget plus transparent et équitable, et renforçait le réseau de soins primaires. L'attribution d'un budget aux provinces a été répartie sur la base du nombre de bénéficiaires inscrits, pondéré par des facteurs tenant aux besoins de santé. Une prime de réassurance de 2,5 % du budget a été déduite par le Ministère de la santé publique, et a été destinée à payer pour les soins et les services ayant un coût élevé⁸³.

Ensuite, en 2002, la réforme du système de l'assurance sanitaire publique a été mise en place et réalisée par l'ancien Premier Ministre Thaksin Chinawat . Après avoir emporté les élections nationales le 6 janvier 2001, il instaurait une nouvelle politique sanitaire concernant le changement du système d'assurance sanitaire publique. Le but de cette réforme était d'établir une couverture maladie universelle pour les habitants. Ainsi, il a organisé le projet sanitaire appelé « trente bahts, pouvoir accéder aux soins », ce qui

⁸¹PONGPANIT S., JANCHAROEN W., SRITHAMRONGSAWAT S., *Le premier rapport sur le compte sanitaire national en Thaïlande 1996 et 1998*, presses de l'Institut de la recherche du système sanitaire et presses d'Université de Chulalongkorn, Bangkok, 2000, p. 95.

⁸²Division sanitaire rurale et faculté de la santé publique, *Etude sur la couverture de la carte sanitaire des revenus faibles*, presses du Ministère de la santé publique, Nonthaburi, 1994, p. 80 et le projet du développement la ressource humaine, *L'évaluation du problème de la carte sanitaire pour les revenus faibles*, presses de l'Institut national du développement et de l'administration (NIDA), Bangkok, 1996, p.105.

⁸³SRITHAMRONGSAWAT S., *La directive du management financier sur le schème d'assistance publique médicale dans le projet d'investissement social*, presses de l'Office d'assurance sanitaire nationale, Nonthaburi, 1999, p. 56.

permettait à la population d'être soignée en payant trente bahts par traitement⁸⁴. Toutefois, pour les plus démunis, le Ministère de la santé publique a mis en place la gratuité des soins sur présentation d'une carte d'identité. De plus, durant la période du gouvernement Thaksin, la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002, qui est la loi assurant le droit à la santé aux populations, fut votée et entra en vigueur le 19 novembre 2005⁸⁵.

La réforme de 2002 est un grand changement pour le système de l'assurance sanitaire publique. En effet, cette réforme vise à combler les inégalités sociales, l'inefficacité et le non coopération des institutions sanitaires parce qu'une partie de la population thaïlandaise n'avait pas accès aux soins. Ainsi, le gouvernement peut désormais assurer l'accès aux soins de 92,5 pour cents des habitants⁸⁶. Ceci apparaît en conformité avec la Constitution Thaïlandaise de 2007 qui affirme que l'accès aux soins est un droit fondamental reconnu à tous les citoyens thaïlandais⁸⁷.

Malgré le changement du gouvernement thaïlandais en février 2005, et la succession du gouvernement de Premier Ministre Apisit, puis du Premier Ministre Yingluk, le système d'assurance sanitaire fonctionne de façon continue, notamment la CMU. Actuellement, il existe trois catégories d'assurance sanitaire qui sont sous la responsabilité du gouvernement⁸⁸. La première est la Sécurité sociale gérée par l'Office de Sécurité Sociale. La deuxième est le système de la santé destinée aux fonctionnaires et agents publics sous la responsabilité du Département du Contrôleur Général. Et la troisième et dernière est la Couverture maladie universelle (CMU) incombant à l'Office de l'assurance sanitaire nationale qui reçoit chaque année une subvention et un budget de l'Etat. Aujourd'hui, les citoyens thaïlandais n'ayant aucune couverture sanitaire peuvent accéder aux soins par la CMU, seulement payer trente bahts de la participation, en présentant une carte sanitaire.

La CMU actuelle ressemble à l'Allocation médicale *Medical Welfare Scheme* qui existait avant la réforme de 2002. Ce schéma est le système d'assistance sociale qui fournit des soins médicaux gratuits pour les indigents, comme par exemple les personnes démunies, les personnes âgées, les enfants et ou encore les personnes handicapées. Il faut noter que la

⁸⁴TRIRAT N., *La politique et l'équilibre du pouvoir dans le système de la Couverture maladie universelle*, presses de l'Institut de la recherche du système sanitaire, Nonhaburi, 2012, p. 14.

⁸⁵Office de l'assurance sanitaire nationale, *Le document sur le chemin du pionnier pour l'assurance sanitaire publique*, la conférence annuelle entre le 7-8 juillet 2004, Nonhaburi, 2004, p. 36.

⁸⁶Le nombre total d'habitants thaïlandais est d'environ 70 millions en 2011.

⁸⁷Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, « Le système d'assurance sanitaire en Thaïlandais », *La Santé publique de Thaïlande 2005-2007*, presses de l'organisation des vétérans de la guerre de la Thaïlande, Bangkok, 2007, p.388.

⁸⁸*Id.*, p.390-391.

CMU couvre également les non assurés des autres catégories, même si ces habitants ne sont pas des indigents. 74,2 % des habitants sont protégés par la CMU.

Après la réforme de 2002 ainsi que le changement du gouvernement thaïlandais, particulièrement en février 2005, sous le gouvernement du Premier Ministre Apisit Vetchacheeva, cette réforme permet à 92,5 % des habitants d'être assurés et d'avoir un accès aux soins. Selon le rapport de l'Office statistique national sur l'assistance sociale et sanitaire de la population en 2004, le nouveau système d'assurance sanitaire publique est un projet sanitaire gouvernemental positif. En particulier, 25 % des bénéficiaires sont des travailleurs ayant un faible revenu. Ainsi, grâce à cette réforme, des patients peuvent accéder aux soins gratuitement par le biais de la Couverture maladie universelle. La plupart des citoyens ont une possibilité d'accès aux soins grâce à la CMU qui est beaucoup plus efficace que les autres schémas.

De plus, on peut remarquer que des patients protégés par la CMU (des travailleurs aux faibles revenus) sont les plus malades, soit 26 %. Alors que des travailleurs aux revenus élevés représentent 15 % des malades. De plus, 72 % des travailleurs aux faibles revenus ont été soignés dans des hôpitaux ou unités sanitaires communaux qui se trouvent dans la campagne. En raison de leurs difficultés financières, les campagnards ne peuvent pas accéder aux hôpitaux régionaux ou universitaires qui se situent souvent dans les grandes villes. Ils vont donc en priorité se diriger dans des petits hôpitaux ou unités sanitaires de proximité. Alors que les travailleurs aux revenus les plus élevés, se dirigent plus facilement vers des hôpitaux privés.

Enfin, selon ce rapport de l'Office des statistiques nationales de 2004, il est confirmé que la gestion du gouvernement sur le nouveau système d'assurance sanitaire publique a abouti à la réduction des inégalités économiques entre des pauvres et des riches. Le gouvernement distribue le budget de l'Etat vers les hôpitaux ou unités sanitaires communaux plus énormes que les autres types d'hôpitaux pour que les nombreux campagnards aient accès aux soins⁸⁹.

⁸⁹Résumé du rapport de l'Office du développement des politiques sanitaire internationales sur l'étude de l'égalité dans le système budgétaire de la Thaïlande de 2004.

B : L'actualité de l'accès aux soins supplémentaires

L'accès aux soins supplémentaires en France se compose de trois régimes principaux ; la CMU de base, la CMU complémentaire et l'aide pour une complémentaire santé (ACS). En Thaïlande, il n'existe actuellement que la CMU générale qui offre quasi gratuitement des soins pour des citoyens thaïlandais. Grâce à ce régime, 95 % de la population thaïlandaise peut accéder aux soins, notamment les pauvres qui habitent dans des lieux éloignés.

a : Les trois régimes de la CMU française : CMU de base, CMU-C et ACS

L'article 34 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle prévoit que le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation de l'application de la loi. En cours actuellement, le cinquième rapport d'évaluation du Fonds de financement de la Couverture maladie universelle (CMU) a été confié au directeur de la sécurité sociale, remis au gouvernement en novembre 2011, et rendu public le 5 mars 2012.

Selon le cinquième rapport qui présente l'actualité d'accès aux soins supplémentaires en France, il existe trois types de dispositifs : la CMU de base, la CMU complémentaire (CMU-C) et l'Aide pour une complémentaire santé (ACS).

(1) La CMU de base : elle permet à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, qui ne peut ouvrir des droits à l'Assurance Maladie à un autre titre, de bénéficier des prestations en nature du régime général. La CMU de base est gérée uniquement par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Concernant le nombre actuel de bénéficiaires, on comptait 2 267 926 bénéficiaires de la CMU de base à la fin de l'année 2012, soit 84,28 % des bénéficiaires en métropole et 15,72 % en départements d'outre-mer⁹⁰.

Lors d'une première demande, la loi exige une condition de la stabilité soit au minimum trois mois de résidence ininterrompue en France. Cependant, ce délai n'est pas opposable dans certains cas (personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales,

⁹⁰Office de la couverture maladie universelle, *Le rapport d'activité 2012*, juin 2013, p. 42.

personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié, etc.).

A l'occasion d'un renouvellement de la CMU de base, la condition de stabilité est encore réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les DOM, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile). Un contrôle annuel de la résidence est effectué par les CPAM⁹¹.

(2) La CMU-C : offre une protection complémentaire santé gratuite aux demandeurs dont les ressources annuelles sont inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer. Au 1^e juillet 2011, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 7 771 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (soit 8 649 € pour une personne seule).

La CMU-C est gérée, soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU-C⁹². Le nombre des bénéficiaires de la CMU-C était 4 326 579 à la fin de 2010, soit une progression de 3,5 % par rapport au mois de décembre 2009, progression qui se confirme au premier semestre 2011 (1,9 % de plus en 6 mois). Ces évolutions sont, selon le rapport, la conséquence de la crise économique dont les effets sont légèrement décalés dans le temps⁹³.

Les demandeurs de la CMU-C doivent répondre aux mêmes exigences de stabilité et de régularité de séjour que celles demandées pour l'affiliation à la CMU de base. En outre, comme en matière de la CMU de base, lors du renouvellement des droits CMU-C, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les DOM, son foyer permanent (lieu où les personnes habitent normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile)⁹⁴.

(3) L'aide pour une complémentaire santé (ACS) : est destinée aux personnes dont les revenus se situent actuellement jusqu'à 35 % au-dessus du seuil ouvrant droit à la

⁹¹Office de la couverture maladie universelle, *Le rapport sur l'évaluation de la loi CMU*, novembre 2011, n° V, 2011, p.12.

⁹²*Id.*, p.14.

⁹³Vie politique, *CMU : une évaluation du dispositif* [en ligne]. Paris : Doc'Vie politique. Mise à jour : 14 mars 2012 [ref. du 29/04/2013]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/evaluation/cmu-evaluation-du-dispositif.html>

⁹⁴Office de la couverture maladie universelle, *op. cit.*, p.13-14.

CMU-C pour leur permettre de souscrire un contrat d'assurance maladie complémentaire⁹⁵. L'ACS a été créée par la loi du 13 août 2004 pour atténuer l'effet de seuil de la CMU-C. Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.

Jusqu'au 31 décembre 2010, cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 20 %. Depuis le 1 janvier 2011, le plafond de revenus permettant d'accéder à l'ACS a été revalorisé à 26 % au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C.

L'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoyait que le plafond d'attribution de l'ACS soit porté à + 30 % du montant du plafond de la CMU-C, soit 10 103 € par an pour une personne seule en métropole et 11 244 € dans les départements d'Outre-mer à compter du 1 janvier 2012. Au 1^e juillet 2013, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 600 €. Ce plafond est majoré de 10,15 % dans les départements d'Outre-mer (soit 12 911 € pour une personne seule).

Les conditions de stabilité et de régularité de la résidence sont examinées dans les mêmes conditions que pour la CMU-C par l'organisme d'assurance maladie du demandeur⁹⁶. Selon le cinquième rapport, parmi les trois dispositifs, le point faible du dispositif reste l'ACS dont le nombre de bénéficiaires (environ 760 000) ne représente que 25 % du nombre de personnes qui pourraient en bénéficier, beaucoup n'en faisant pas la demande ou rencontrant des difficultés dans la recherche d'un organisme d'assurance complémentaire⁹⁷.

Le rôle essentiel de la CMU est la réduction des inégalités en matière de santé. Cependant, certains professionnels de santé persistent encore à refuser les soins aux bénéficiaires, ce qui reste l'un des sujets récurrents des rapports d'évaluation de la loi CMU. Ce refus des soins a fait l'objet de divers rapports, *testings*, propositions dont les effets restent encore très limités⁹⁸.

Dès 2002, l'association Médecins du Monde dénonce les refus de soins dont font l'objet les bénéficiaires de la CMU et l'AME (l'enquête téléphonique réalisée auprès de 230 dentistes libéraux avait conclu à un taux de refus des bénéficiaires de la CMU-C de 35,3 %).

⁹⁵Vie politique, *op. cit.*

⁹⁶Office de la couverture maladie universelle, *op. cit.*, p.15.

⁹⁷Vie politique, *op. cit.*

⁹⁸Office de la couverture maladie universelle, *op. cit.*, p.108.

En 2006, le Fonds CMU rend public un *testing* destiné à évaluer les réactions des professionnels de santé vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C. Cette étude, réalisée dans le Val-de-Marne, fait apparaître un taux de refus de 40 % pour les médecins spécialistes de secteur 2⁹⁹ et les dentistes¹⁰⁰.

Néanmoins, les refus de soins persistent et sont de nouveau mis en lumière en 2009. À l'occasion de la publication de son quatrième rapport d'évaluation, le Fonds CMU a commandé à l'IRDES¹⁰¹, un nouveau *testing*. Réalisée à Paris, en fin d'année 2008, auprès de 861 professionnels (médecins et dentistes), cette étude a mis en évidence un taux de refus de soins de près de 25 %. Les refus apparaissent majeurs en gynécologie, ophtalmologie et en soins prothétiques. La même année, le CISS¹⁰², publie les résultats d'un *testing* réalisé dans onze villes, concernant les spécialistes exerçant en secteur 2, le taux de refus de soins ressort à 22 %¹⁰³.

Afin de lutter contre les refus de soins, le législateur a adopté la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) du 21 juillet 2009. Le sujet des refus de soins a été au cœur des débats de la loi HPST. L'exposé des motifs du projet de loi HPST affirmait la volonté du gouvernement de s'attaquer à ce problème et de donner les moyens aux différents acteurs du dispositif de faire cesser ces pratiques. Le projet de loi prévoyait dans sa rédaction initiale des sanctions pécuniaires pour les professionnels de la santé en cas de refus de soins et un renversement de la charge de la preuve permettant au patient victime d'un refus de présenter les faits qui, selon lui, constituent une discrimination, le médecin devant prouver que ces faits ne sont pas liés à une discrimination¹⁰⁴.

Le droit des personnes qui ne peut faire l'objet de discriminations de l'accès à la prévention ou aux soins, est assuré juridiquement dans l'article L. 1110-3 du code de la santé publique qu' « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

En cas de violation de ce droit, toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le

⁹⁹Le médecin conventionné de secteur 2 (généraliste et spécialiste) pratique des honoraires libres. Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

¹⁰⁰Office de la couverture maladie universelle, *op. cit.*, p.109.

¹⁰¹Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

¹⁰²Collectif inter associatif sur la santé (CISS)

¹⁰³Office de la couverture maladie universelle, *op. cit.*, p.109.

¹⁰⁴Office de la couverture maladie universelle, *op. cit.*, p.110.

président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné, des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte¹⁰⁵.

De plus, la discussion parlementaire a privilégié une procédure de conciliation dans le cadre d'une commission mixte, avant toute sanction, selon l'article 54 de la loi HPST ou dans le quatrième alinéa de l'article L. 1110-3, CSP, qui prévoit que « hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie. Cela est l'extension du pouvoir de sanction des caisses de sécurité sociale, selon l'article 54 de loi HPST modifiant l'article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale

Selon le bilan des caisses d'assurance maladie de 2010, la mission de conciliation de la CNAMTS¹⁰⁶ a recensé 632 saisines d'assurés, soit 151 % de plus qu'en 2009. Les motifs principaux de saisine sont le dépassement d'honoraires (29,4 %), le refus de tiers-payant (26,9 %), le refus de prise en charge CMU-C (25,4 %) et un nouveau motif de saisine des conciliateurs a été relevé en 2010, le refus de devis, il concerne 27 cas (4,3 %).

L'analyse des signalements enregistrés entre 2009 et 2010, soit 883 cas, montre que 27,60 % des professionnels de la santé mis en cause sont des dentistes, 26,61 % des spécialistes (gynécologues, ophtalmologistes, dermatologues, radiologues ...), 22,88 % des médecins généralistes, 22,91 % sont d'autres types de professionnels de la santé (infirmiers, pharmaciens, podologues, masseurs kinésithérapeutes...)¹⁰⁷.

En outre, le Conseil national de l'Ordre des médecins a interrogé en 2009-2010 tous les conseils régionaux ainsi que vingt conseils départementaux afin de connaître leurs actions concernant les refus de soins. Les faits qui ont été considérés comme un refus de soins sont le fait de refuser un rendez-vous ou une consultation au motif que le patient est bénéficiaire de la CMU-C, le fait de ne pas appliquer le tiers-payant ou le fait de demander un dépassement d'honoraires.

¹⁰⁵Troisième alinéa, de l'article L. 1110-3, CSP.

¹⁰⁶Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

¹⁰⁷Office de la couverture maladie universelle, *op. cit.*, p.114.

Au niveau des conseils régionaux, depuis 2009, quinze affaires ont été jugées et cinq affaires ont donné lieu à une sanction. Au niveau national, la Chambre disciplinaire nationale a eu à connaître, pour la période 2009-2010, quatre affaires relatives à un refus de soins opposé à un bénéficiaire de la CMU-C ou au comportement d'un médecin pouvant s'assimiler à un refus de soins. Sur ces quatre affaires, une plainte a été rejetée, un blâme, un avertissement et une interdiction d'exercer la médecine pendant trois mois dont un mois avec sursis ont été prononcés.

De plus, vingt conseils départementaux ont été sollicités, parmi eux neuf conseils ont indiqué de n'avoir reçu aucune plainte. Les autres ont mené une conciliation avec les médecins mis en cause (y compris en l'absence du décret d'application de l'article 54 de la loi HPST). A l'issue des conciliations ou suite aux explications reçues du médecin, la plupart des patients n'ont pas donné suite à leur plainte initiale. Les plaintes maintenues ont été transmises à la Chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'Ordre des médecins compétent¹⁰⁸.

L'ordre relève que d'après les remontées des conseils départementaux ou régionaux, aucune CPAM n'a transmis d'informations à propos d'un refus de soins opposé à un bénéficiaire de la CMU-C. Pour deux conseils départementaux, ce sujet fait l'objet d'échanges réguliers avec les CPAM. Le Conseil national a reçu directement 22 courriers qui ont été transmis aux conseils départementaux compétents. Globalement, les conseils départementaux ont été faiblement sollicités sur ce sujet (de 1 à 10 fois par an)¹⁰⁹.

b : L'unicité de la CMU thaïlandaise

L'un des facteurs importants qui est favorable à la création de la couverture maladie universelle (CMU) en Thaïlande, en 2002, est la Constitution de la Thaïlande (de 1997). Ainsi, l'article 52 affirme le droit à l'accès aux soins et le droit de recevoir des services sanitaires qualitatifs d'une manière égale pour tous des citoyens thaïlandais ; les indigents possèdent le droit de recevoir gratuitement des traitements médicaux efficaces auprès des établissements sanitaires publics. De plus, l'article 82 de la Constitution fait obligation à l'Etat de gérer et promouvoir la santé publique du pays afin que les habitants puissent recevoir des services sanitaires d'une manière standard, efficace et égale. La CMU incombe à l'Office de l'assurance sanitaire nationale qui exécute et gère la CMU pour tous des

¹⁰⁸*Id.*, p.113.

¹⁰⁹*Ibid.*, p.114.

citoyens thaïlandais, notamment pour des personnes n'ayant aucune couverture maladie. L'Office de l'assurance nationale rend public tous des ans un rapport annuel sur l'application et l'actualité de la CMU.

Le développement du système de la santé publique thaïlandaise est fondé sur le plan national du développement de la santé publique qui fait partie du plan national du développement économique et social. Le premier plan national du développement de la santé publique (1962-1966) est axé sur l'investissement dans les infrastructures, en particulier la construction des hôpitaux provinciaux dans tout le pays. Alors que, dans les deuxième (1967-1971) et troisième plans (1972-1976), le gouvernement accorde plus d'attention aux investissements sanitaires en milieu rural et à l'augmentation de la production du personnel sanitaire, y compris à la mise en place des services médicaux gratuits aux pauvres. Dans les quatrième (1977-1981) et cinquième plans (1982-1986), l'accent est mis sur la politique de soins primaires qui vise à atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'année 2000. Il s'agit d'assurer une formation sanitaire pour des bénévoles dans tout le pays, de construire des hôpitaux du district (qui, par la suite, sont devenus « hôpitaux communautaires ») dans tous des communes du pays, afin d'augmenter le nombre de médecins et d'infirmières qui seront destinés à pratiquer dans la campagne ou dans des lieux éloignés. Ensuite, pendant la période du sixième (1987-1991) et septième plans (1992-1996), tous les centres sanitaires de sous-communes améliorent leur programme de soins primaires. La loi sur la sécurité sociale de 1990 est aussi adoptée durant cette période et le ticket sanitaire est étendu aux personnes âgées ayant de plus de soixante ans et aux enfants de moins de douze ans¹¹⁰.

Conformément à la politique sur le développement de tous les niveaux des établissements sanitaires, à l'augmentation de la production et à la répartition des personnels sanitaires à la campagne, et au développement des soins primaires pendant les deux dernières décennies, la création du renforcement du système des services sanitaires du pays a permis à son tour la création de la CMU en 2002.

Pendant la période d'exercice du Premier Ministre Thaksin Chinawat qui a créé et réalisé l'accès aux soins supplémentaire par la CMU, la CMU n'était pas gratuite. Les bénéficiaires devaient payer trente bahts à chaque consultation pour accéder aux traitements médicaux, sauf les plus démunis qui pourraient être soignés sans payer, selon la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002. A partir de la période du Premier Ministre Apisit

¹¹⁰Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé publique de Thaïlande 2008-2010*, presses de l'organisation des vétérans de la guerre de la Thaïlande, Nontaburi, 2010, p. 471.

Vetchacheeva, en février 2005, tous les citoyens thaïlandais n'ayant aucune couverture maladie peuvent accéder gratuitement aux soins sans paiement, par le régime de la CMU, en présentant seulement une carte d'identité. Aujourd'hui, sous la période du gouvernement de Yingluk Chinawat, des bénéficiaires de la CMU doivent payer, à chaque visite médicale, trente bahts de participation, sauf pour les personnes exonérées.

Autrement dit, en ce qui concerne l'accès aux soins supplémentaires en Thaïlande, seule la CMU générale offre quasi gratuitement la couverture maladie aux citoyens thaïlandais. Le législateur thaïlandais n'a pas créé de CMU de base et de CMU complémentaire comme en France. En France, les individus peuvent bénéficier la CMU de base mais avec paiement, tandis que des indigents peuvent profiter la CMU-complémentaire sans paiement, lorsque leurs ressources annuelles sont inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret.

Depuis le lancement de la CMU en 2002, le pourcentage des citoyens thaïlandais n'ayant aucune couverture maladie, a diminué, passant de 29% en 2001 à 5,1% et 2,6% en 2003 et 2009, respectivement. Actuellement, 95% des citoyens thaïlandais sont couverts par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en Thaïlande. Ainsi, la plupart des citoyens (74%) sont couverts par la CMU, alors que 12% des citoyens sont couverts par la Sécurité sociale, et 9% des citoyens sont couverts par le système de la santé destiné aux fonctionnaires et agents publics. Ces trois régimes ont des caractéristiques différentes liées aux avantages médicaux, au financement des soins, à la distribution de la cotisation, au co-paiement des bénéficiaires, et à la méthode du paiement aux établissements sanitaires¹¹¹.

La population thaïlandaise est divisée en cinq groupes, en fonction du revenu : les plus pauvres qui représentent 20% de la population, les pauvres, la classe moyenne, les riches et les plus riches qui représentent aussi 20% de la population, on constate qu'en 2004, environ 50% des bénéficiaires de la CMU sont les plus pauvres et les pauvres, tandis que 49% des personnes assurées par la Sécurité sociale et 52% des personnes assurées par le système des fonctionnaires et des agents publics sont les riches et les plus riches¹¹². Par ce résultat, on peut constater que la CMU est le système principal de l'assurance maladie pour les pauvres. Particulièrement, la plupart des bénéficiaires de la CMU sont des pauvres qui habitent dans la campagne ou des lieux éloignés.

Le but principal de la CMU thaïlandaise est semblable à celui de la CMU française, c'est-à-dire la réduction des inégalités dans le domaine de la santé. Pourtant, il n'existe pas

¹¹¹*Id.*

¹¹²*Ibid.*, p. 472.

en Thaïlande de problème des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU au contraire de la France. Certains établissements sanitaires publics passent un contrat avec l'Office de l'assurance sanitaire nationale qui gère la CMU thaïlandaise pour accueillir des bénéficiaires de la CMU. En conséquence, un bénéficiaire de la CMU ne peut être accueilli qu'auprès d'un établissement sanitaire public qui a contracté avec l'Office et que le bénéficiaire a choisi, enregistré et près duquel il habite. Cependant, en cas d'urgence, les bénéficiaires peuvent être accueillis dans tous les établissements sanitaires publics.

Au-delà des effets positifs de la CMU qui peut assurer la couverture d'assurance maladie à la plupart des citoyens thaïlandais, la création de la CMU a également des effets négatifs. Ainsi, la CMU augmente la charge de soins des établissements sanitaires publics, en particulier, les établissements de soins primaires (les centres sanitaires) et ceux de soins secondaires (les hôpitaux communautaires). Le nombre de soins aux malades du service ambulatoire qui ont été accueillis dans des centres sanitaires augmente de 37,2 millions en 2001 et de 63,92 millions de soins en 2009. De même, la hausse est notée pour les deux services ambulatoires et hospitaliers dans les hôpitaux communautaires, alors que le nombre des professionnels sanitaires du secteur public n'a pas beaucoup augmenté. Cela conduit à l'augmentation des charges de travail pour les centres sanitaires et les hôpitaux communautaires, et aussi à l'accroissement de charges financières pour l'Etat.

La viabilité et l'adéquation du financement de la CMU au moyen et long terme est une question à laquelle l'Etat donne beaucoup d'importance. Toutefois, l'estimation des experts de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de l'Office de l'assurance sanitaire nationale sur les dépenses de la santé au niveau national par rapport au PIB, révèle qu'au cours de cinq à quinze prochaines années, la dépense de la santé en Thaïlande sera 4 à 6 % du PIB, la plus grande partie représentera la dépense de la CMU et ensuite celle pour les fonctionnaires et les agents publics¹¹³. La décision du gouvernement de l'offre quasi gratuite des soins aux bénéficiaires de la CMU, conduit à la hausse des charges financières pour les budgets de l'Etat.

Lors de l'étude comparative entre les trois systèmes de l'assurance maladie en Thaïlande, la Sécurité sociale, le système destiné aux fonctionnaires et agents publics et la CMU, on constate la disparité entre les trois systèmes. La comparaison de l'utilisation des services sanitaires par les personnes admissibles à l'un des trois systèmes, relève que le

¹¹³*Ibid.*, p. 480.

nombre des assurés de la Sécurité sociale utilisant les services ambulatoires est 1,4 fois supérieur à celui des bénéficiaires de la CMU et également 1,4 fois supérieur à celui des bénéficiaires du système destiné aux fonctionnaires et agents publics. Alors que, en ce qui concerne les services hospitaliers, le nombre des bénéficiaires du système pour des fonctionnaires est 1,25 fois supérieur à celui des assurés de la Sécurité sociale et la CMU¹¹⁴.

Par ailleurs, cette étude montre aussi des disparités distinctes des trois régimes en ce qui concernent à la qualité des médicaments. Ainsi, les patients du régime fonctionnaires et agents publics reçoivent des médicaments de meilleure qualité, des médicaments importés de pays étrangers, et des médicaments à prix plus élevé que ceux des deux autres régimes. Ces mêmes patients peuvent également accéder à certaines opérations médicales particulières, par exemple la césarienne et la chirurgie périscopique, auxquelles les bénéficiaires des deux autres régimes n'ont pas accès. Cela conduit à l'augmentation des dépenses nationales de la santé¹¹⁵. Actuellement, le gouvernement essaie de renforcer la coopération entre les trois régimes afin de diminuer la disparité de ces trois systèmes d'assurance maladie.

En outre, la disparité apparaît aussi dans le cas de l'hospitalisation. Ainsi, certains bénéficiaires du système de l'assurance maladie pour les fonctionnaires ont de plus longs séjours d'hospitalisation que les bénéficiaires de la CMU et de la Sécurité sociale, notamment lors de maladies comme la pneumonie, la maladie cardiaque, la cardiopathie ischémique et les affections vasculaires cérébrales.

La principale cause de la différence des trois régimes aux services médicaux est la méthode de paiement des frais médicaux aux établissements sanitaires ; en effet le système pour les fonctionnaires et les agents publics paie les frais médicaux aux établissements sanitaires par « l'honoraire par des services », ce qui a pour conséquence que l'établissement sanitaire tend à offrir des diagnostics et des traitements médicaux à coût élevé, et au-delà du nécessaire. Cela entraîne la hausse rapide et consécutive des dépenses médicales.

Un sujet de préoccupation est la qualité de service sanitaire du fait que la méthode de paiement de la CMU aux établissements sanitaires est « l'honoraire forfaitaire ». En conséquence, cette méthode peut pousser des établissements sanitaires à limiter la qualité de

¹¹⁴*Ibid.*, p. 482.

¹¹⁵*Ibid.*

services ou à utiliser au minimum les ressources médicales, s'il n'y a pas de contrôle de qualité et efficacité¹¹⁶.

Depuis la création en 2002 de la CMU en Thaïlande, cette couverture maladie a réussi à réduire l'inégalité de l'accès aux soins. 74 % de la population thaïlandaise est couverte par la CMU. Ce résultat démontre le succès du système de l'assurance maladie en Thaïlande, notamment le système de la CMU. Le gouvernement doit donc continuer à soutenir une telle politique car la CMU fait l'objet de l'équité sanitaire et sociale et renforce l'efficacité du système de la santé du pays.

Toutefois, le gouvernement doit soutenir un budget et des ressources financières suffisantes pour la CMU, en particulier, les soins primaires et secondaires auxquels des villageois peuvent accéder plus facilement et fréquemment que les soins tertiaires qui se trouvent notamment dans des grandes villes. Par ailleurs, le gouvernement doit augmenter l'efficacité du système de la santé, soit par l'investissement sur des ressources humaines sanitaires, soit par le renforcement de la politique de la promotion de la santé et notamment de la prévention des maladies graves, afin de faire face à l'accroissement des personnes âgées et des malades chroniques. Ces derniers accroissements augmenteront la charge financière de l'Etat à long terme.

En ce qui concerne l'augmentation de l'efficacité de l'utilisation des ressources pour le système d'assurance maladie des fonctionnaires et des agents publics, et la réduction de la disparité entre les trois régimes d'assurance maladie, le gouvernement doit donner la priorité à ces questions et renforcer le développement du système de l'information sanitaire afin de suivre, évaluer et développer durablement, la politique sanitaire et le système de la santé du pays.

Section 2 : L'organisation de l'accès aux soins supplémentaires

La santé est considéré comme un élément important dans la qualité de vie. La sécurité sanitaire est un système de sécurité de la vie qui donne à la personne une confiance en soi qui lui permettra de se livrer à des comportements de santé appropriés, et ainsi d'obtenir un accès complet à la promotion de la santé et des services de prévention des maladies. Les personnes devraient également être en mesure d'accéder aux services de santé sans aucun obstacle quand ils sont malades et ont besoin de soins médicaux.

¹¹⁶*Ibid.*, p. 483.

§ 1 : L'organisation administrative de l'accès aux soins supplémentaires

La CMU a pour but principal d'étendre l'égalité d'accès aux soins à tous les habitants, notamment ceux qui vivent dans des zones excentrées. Autrement dit, toutes les personnes devraient avoir le droit d'obtenir un accès aux soins. L'organisation administrative d'accès aux soins supplémentaires est axée sur les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et le Fonds du financement de la CMU en France, ainsi que sur l'Office de l'assurance sanitaire nationale en Thaïlande qui a la puissance autonome de l'exécution et de la gestion de la CMU en Thaïlande.

A : Deux organismes responsables chargés de la CMU en France

La Couverture maladie universelle de base est prise en charge uniquement par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ; la Couverture maladie universelle complémentaire et l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) sont financés par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie qui est un établissement public national à caractère administratif.

a : Les caisses primaires d'assurance maladie

La Couverture maladie universelle est l'aboutissement des politiques de généralisation de la sécurité sociale. Mais sa gestation fut tardive, car l'assurance maladie a longtemps été marquée par le principe de la solidarité professionnelle et familiale. La CMU est apparue dans un contexte de lutte contre la pauvreté ; cette dernière s'était particulièrement développée depuis les années 1980, à la suite de l'augmentation croissante du chômage et de l'éclatement de la cellule familiale¹¹⁷.

La CMU permet de garantir aux individus et aux familles démunis un accès aux soins. La CMU de base est gérée uniquement par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui sont instituées : il en existe 101 en France métropolitaine. Les CPAM sont des organismes de droit privé exerçant une mission de service public. Elles assurent les relations de proximité avec les publics de l'Assurance Maladie.

Les CPAM assurent dans leur circonscription cinq services et prestations¹¹⁸ :

¹¹⁷PETIT F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Master Pro », Gualino, Paris, 2009, p. 162.

¹¹⁸Art. L. 211-1, CSS et Assurance maladie en ligne, *Les CPAM et les caisses de sécurité sociale : un réseau de proximité* [en ligne]. Paris : Doc'ameli.fr. Mise à jour : 31 jan 2013 [ref. du 08/05/2013]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/le-reseau-de-l-assurance-maladie/les-cpam-et-les-caisses-de-securite-sociale.php>

(1) affilier les assurés sociaux et gérer leurs droits à l'assurance maladie. C'est la CPAM du lieu de résidence qui procède à l'affiliation à la CMU. Elle vérifie également que l'individu n'appartient pas à un autre régime d'assurance maladie ; dès qu'il a justifié de son identité et de sa résidence, le bénéficiaire de la CMU obtient rapidement un accès aux prestations en nature du régime général¹¹⁹.

(2) traiter les feuilles de soins et assurer le service des prestations d'assurance maladie et d'accidents du travail ou maladies professionnelles (remboursement des soins, paiement des indemnités journalières, avance des frais médicaux aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, etc.).

(3) appliquer chaque année, en relation avec les professionnels de santé, un plan d'action en matière de gestion du risque ;

(4) développer une politique de prévention et de promotion de la santé (dépistage des cancers, des déficiences, etc.) ;

(5) assurer une politique d'action sanitaire et sociale par des aides individuelles aux assurés, en collaboration avec le service social des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), et des aides collectives au profit d'associations.

Les CPAM effectuent le service des prestations, soit directement à leurs guichets, soit par l'entremise des sections locales, de correspondants locaux ou d'entreprises et d'agents locaux. Il peut également être fait appel aux mutuelles et unions de mutuelles pour l'accomplissement des différentes missions qui incombent aux sections locales, aux correspondants locaux ou d'entreprises et aux agents locaux¹²⁰.

En ce qui concerne la structure administrative, chaque CPAM est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil est composé¹²¹ : (1) d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ; (2) de représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ; (3) de représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ; (4) d'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par

¹¹⁹PETIT F., *op. cit.*, p. 163.

¹²⁰Art. L. 211-3, CSS

¹²¹Art. L. 211-2, CSS

l'autorité compétente de l'Etat. Siègent également avec voix consultative des représentants du personnel élus. Le directeur assiste aux séances du conseil.

Le conseil de la CPAM a pour fonction principale de déterminer, sur proposition du directeur¹²² : (1) les orientations du contrat pluriannuel de gestion mentionné ; (2) les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager ; (3) les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ; et (4) les axes de la politique de gestion du risque.

Le conseil de la CPAM est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en œuvre des orientations qu'il définit et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Il approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées, sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.

Le conseil délibère également sur : (1) la politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; (2) les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique constituée à cet effet ; (3) les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse ; (4) l'acceptation et le refus des dons et legs ; et (5) la représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger. Ainsi qu'il délibère sur le contrat pluriannuel de gestion.

Concernant le directeur¹²³, il dirige la CPAM et est responsable de son bon fonctionnement. Il met en œuvre les orientations décidées par le conseil. Il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité. Il négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion mentionné.

Il est notamment chargé : (1) de préparer les travaux du conseil, de mettre en œuvre les orientations qu'il définit et d'exécuter ses décisions ; (2) de prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse, à sa gestion administrative, financière et immobilière ; et (3) d'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application.

¹²²Art. L. 211-2-1, CSS

¹²³Art. L. 211-2-2, CSS

Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés et conventions, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse, et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature. De plus, il a l'autorité de nommer les agents de direction et rend compte au conseil de la gestion de la caisse après la clôture de chaque exercice, ainsi que rend compte périodiquement au conseil de la mise en œuvre des orientations définies par ce dernier.

b : Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

La loi du 27 juillet 1999 a prévu la création d'un « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » ou le fonds de financement de la CMU. Ce fonds est institué sous la forme d'un établissement public national à caractère administratif et se voit confier trois missions principales¹²⁴ : (1) financer la CMU complémentaire (CMU-c) et l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), (2) suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et à ce titre formuler des propositions d'amélioration (3) élaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire.

Pour remplir sa mission de financement des dispositifs de la CMU-c et de l'ACS, le fonds de la CMU effectue un suivi rigoureux des effectifs pris en charge par les régimes d'assurance maladie et les organismes complémentaires dans le cadre de la CMU-c et procède au contrôle des déductions déclarées par les organismes complémentaires dans le cadre de l'ACS. Ces missions sont gérées par le conseil d'administration et celui de surveillance du fonds de la CMU.

Ensuite, le fonds de la CMU réalise un suivi quantitatif et qualitatif des dispositifs CMU-c, ACS et CMU de base. La mission de suivi et d'analyse a pour objectif d'identifier les difficultés d'application de la loi, de proposer les solutions à mettre en œuvre ainsi que de dessiner les évolutions souhaitables. Cette mission comporte une fonction d'information dont l'objectif est la diffusion de la documentation et des nombreuses données statistiques disponibles. Parmi les rapports qui sont donc produits par le fonds de la CMU, les plus importants sont le rapport d'activité et le rapport d'évaluation de la loi CMU, le rapport

¹²⁴Couverture maladie universelle, *Présentation générale* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 06/05/2013]. Disponible sur : http://www.cmu.fr/presentation_generale.php.

prix/contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, le rapport sur la dépense moyenne de la CMU-C et l'annuaire statistique.

Par ailleurs, le fonds de la CMU a désormais pour nouvelle mission d'assurer la gestion (inscription, retrait, radiation) et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C. Cette mission est conforme au décret du 27 octobre 2011 et parue au journal officiel du 29 octobre 2011¹²⁵.

Le fonds de la CMU comprend un conseil d'administration, où siègent des représentants de l'Etat, ainsi qu'un conseil de surveillance¹²⁶. Ce fonds est dirigé par le directeur et placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget¹²⁷.

Le conseil d'administration du fonds de la CMU comprend sept membres ; (1) le président, (2) trois représentants du ministre chargé de la sécurité sociale, (3) deux représentants du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'économie. Le président est nommé, pour une période de cinq ans renouvelable, par décret pris sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale. Les autres membres du conseil d'administration sont nommés pour la même durée et renouvelable¹²⁸.

Les fonctions de président et administrateur sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret¹²⁹. Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement qui est le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé du budget¹³⁰.

Le conseil d'administration a cinq missions principales¹³¹ : (1) adopter le budget du fonds de la CMU, (2) approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité, (3) proposer au gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds, (4) accepter les dons et legs, et (5) autoriser le directeur à passer les conventions, prévues

¹²⁵Couverture maladie universelle, *Gestion de la liste des organismes participant à la CMU-C* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 06/05/2013]. Disponible sur : <http://www.cmu.fr/mission-gestion.php>

¹²⁶Art. L 862-1, CSS

¹²⁷Art. R 862-1, CSS

¹²⁸Art. R 862-2, CSS

¹²⁹Le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

¹³⁰Art. R 862-3, CSS

¹³¹Art. R 862-4, CSS

dans l'article R. 862-11, concernant des dispositions aux opérations financières du fonds de la CMU.

Les délibérations du conseil d'administration portant sur l'adoption le budget du fonds de la CMU et sur l'approbation le compte financier et le rapport annuel d'activité, ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget. Les autres délibérations sont exécutoires à l'expiration du délai de vingt jours suivant la date de réception des procès-verbaux, par les ministres de tutelle à moins qu'ils n'aient fait connaître, dans ce délai, leur refus d'approuver ces délibérations¹³².

Le conseil de surveillance assiste le conseil d'administration ; ses membres sont désignés pour une durée de cinq ans. Le conseil de surveillance est composé de trente membres comprenant¹³³ : (1) trois membres de l'Assemblée nationale et trois membres du Sénat, (2) huit représentants des organisations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'organismes exerçant une action sanitaire ou sociale, (3) six représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie, soit la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, soit la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés, soit la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, et (4) dix représentants des organismes de protection sociale complémentaire.

Le président du conseil de surveillance est nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres. Les fonctions de président et de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit¹³⁴. Les frais de déplacement peuvent être remboursés dans les conditions prévues par le décret¹³⁵. Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé du budget qui sont les ministres chargés de la tutelle de l'établissement, ou par la majorité des membres du conseil¹³⁶.

¹³²Art. R 862-5, CSS

¹³³Art. R 862-6, CSS

¹³⁴Art. R 862-7, CSS

¹³⁵Le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

¹³⁶Art. R 862-8, CSS

Ce conseil a trois missions principales¹³⁷ : (1) assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds, (2) donner son avis sur le rapport annuel d'activité du fonds et le consulter sur toute question, (3) concourir au suivi et à l'analyse de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social et établit à cet effet un rapport annuel transmis au conseil d'administration du fonds et au Parlement.

Enfin, en ce qui concerne l'exécution du fonds, le fonds de financement de la CMU est dirigé par un directeur, nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. En cas de vacance provisoire de l'emploi de directeur ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par un agent de l'établissement nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Le directeur dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment¹³⁸ : (1) il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion, (2) il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile, (3) il prépare le budget et l'exécute, (4) il est ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds, (5) il recrute le personnel de l'établissement, (6) il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel, (7) il conclut au nom du fonds les marchés publics et les contrats, (8) il prépare les conventions relatives aux opérations financières du fonds et les signe après y avoir été autorisé par le conseil d'administration dans les conditions prévues, (9) il organise les contrôles des dépenses du fonds, et (10) il assure le secrétariat du conseil d'administration et du conseil de surveillance.

La fonction du fonds de la CMU est exécutée par trois organes indispensables : le conseil d'administration, le conseil de surveillance et le directeur, avec pour but ultime de réduire et éliminer l'inégalité dans le secteur sanitaire.

B : Un seul organisme responsable chargé de la CMU en Thaïlande

L'Office de l'assurance sanitaire nationale est établi en Thaïlande en 2002 par la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002¹³⁹ avec deux commissions : la commission

¹³⁷Art. R 862-8, CSS

¹³⁸Art. R 862-9, CSS

¹³⁹La loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002 a été promulguée et publiée dans la Gazette du Gouvernement le 18 Novembre 2002 et l'entrée en vigueur le jour suivant, le 19 Novembre 2002.

nationale d'assurance sanitaire et la commission du contrôle du standard et de la qualité des services sanitaires. Cet office est personne morale du droit public et mis en place comme l'une des organisations publiques du 21^e siècle. Contrairement à la France, les CPAM sont des organismes du droit privé et le fonds de financement de la CMU-c est alors institué sous la forme d'un établissement public national à caractère administratif.

Cet office thaïlandais est institué sous la forme d'un organisme public autonome pour répondre au système d'une gestion publique efficace, fortement déterminée à faire partie du développement durable de la nation ; le bien du public est son but ultime. Sa responsabilité est de créer l'assurance maladie pour les citoyens thaïlandais, selon la formule « toute personne née en Thaïlande devraient se sentir en sécurité, indépendamment d'être malade ou pas ».

L'Office de l'assurance sanitaire nationale est responsable du développement d'un système de services facilement accessible et d'un système d'information efficace pour les communications ; le système est fondé sur la prestation des soins. De plus, elle permet aux habitants d'avoir la liberté d'inscription sanitaire en choisissant conformément à leur commodité et leur nécessité¹⁴⁰.

La commission nationale d'assurance sanitaire est nommée par le ministre de la santé publique et se compose de membres de diverses organisations publiques et privées¹⁴¹. Les membres de cette commission comprennent le Secrétaire permanent des ministères connexes, à savoir le ministère de la défense, le ministère des finances, le ministère du commerce, le ministère de l'intérieur, le ministère du travail, le ministère de la santé publique, ministère de l'éducation ainsi que le directeur du Bureau du budget.

De plus, les représentants des organismes professionnels de la santé, les municipalités, les organismes d'administration locale et les organisations à but non lucratif qui travaillent pour les adolescents, les femmes, les personnes âgées et des autres groupes vulnérables sont également inclus comme membres de cette commission. Ainsi, les experts en assurance sanitaire, les scientifiques médicaux et sanitaires publics, la médecine traditionnelle thaïlandaise, la médecine alternative et les travailleurs dans le domaine financier, du droit et de la science sociale sont nommés par le Cabinet du ministre.

¹⁴⁰Pour profiter les services du soin du système de couverture maladie universelle, le citoyen thaïlandais devrait inscrire à l'Office de l'assurance sanitaire nationale pour donner ses coordonnées et choisir l'unité sanitaire ou l'hôpital se trouvant plus proche de lui.

¹⁴¹Art 13 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

Les membres sont élus pour un mandat de quatre ans. Un membre peut être reconduit, mais ne doit pas occuper un poste successivement plus de deux mandats.

La commission nationale d'assurance sanitaire a pour mission principale d'établir la politique et le développement du système d'assurance sanitaire, ce qui peut se décliner en onze missions¹⁴² : (1) prescrire les services sanitaires fournis par l'unité sanitaire et le réseau des soins et déterminer également le niveau de la mise en œuvre concernant l'assurance sanitaire nationale, (2) fournir des conseils au ministre de la santé publique sur la nomination des fonctionnaires et la promulgation des règlements ministériels et des notifications concernant de cette loi, (3) prescrire des limites et des types de services sanitaires nécessaires pour santé, la durabilité et le taux de partage des coûts que le patient devrait payer.

(4) Déterminer les règles relatives à la gestion de fonds, (5) prescrire des règles, des procédures et des conditions dans l'accomplissement du Secrétaire général d'office de l'assurance sanitaire nationale, (6) émettre des règles sur la réception, le paiement et l'économie d'argent, également en faisant bénéficier du fonds, (7) prescrire des règles, des procédures et des conditions de paiement des assistances préliminaire du remboursement au bénéficiaire qui est soumise à des dommages ou blessures causés par tout le service fourni par une unité sanitaire où le fautif non apparaissant ou le fautif apparaissant, mais ce bénéficiaire ne peuvent être remboursés dans un délai jugé approprié.

(8) Encourager et coopérer avec le territoire local à mettre en œuvre et gérer le système d'assurance sanitaire dans le territoire en tenant compte de leur volonté, leur raison et leur nécessité, afin d'installer l'assurance sanitaire nationale aux habitants dans le territoire, (9) encourager et prescrire des règles permettant aux organisations locales à but non lucratif, aux organisations privées à but non lucratif et des secteurs privés à but non lucratif de mettre en œuvre et gérer des fonds locaux pour tenir compte de leur disponibilité, leur caractère raisonnable et nécessaire, afin d'avoir du soutien de la participation sur l'installation d'assurance sanitaire nationale aux habitants dans le territoire, (10) déterminer des règles relatives à l'audition des opinions des fournisseurs et des bénéficiaires en vue d'améliorer la qualité et le standard des services sanitaires, (11) prescrire des règles sur la répression des amendes administratives et la révocation de l'inscription.

¹⁴²Art. 18 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

De plus, elle mettra en œuvre également les actions sanitaires que le Ministre de santé publique lui assigne ainsi que se chargera des missions que pourraient lui confier d'autres lois.

La commission de contrôle du standard et de la qualité des services sanitaires est nommée par le ministre de la santé publique et elle comprend les chefs de nombreuses institutions sanitaires telles que le Département des services médicaux, l'Office administrative de nutrition et médicament, l'Institution d'accréditation des établissements sanitaires et la Division de l'enregistrement médical. De plus, des représentants d'organismes professionnels, les hôpitaux privés, les professionnels des soins, des collèges royaux, les municipalités et les organismes administratifs locaux sont également inclus comme membres de cette commission.

De plus, les représentants des organisations à but non lucratif travaillant avec les enfants, les adolescents, les femmes, les personnes âgées et d'autres groupes vulnérables sont également élus. Enfin, six experts qualifiés en médecine de famille tropicale, de santé mentale et la médecine traditionnelle thaïlandaise sont aussi nommés par le ministre de la santé publique¹⁴³.

De son côté, la commission de contrôle du standard et de la qualité des services sanitaires remplit sept missions selon l'article 50 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002 : (1) le contrôle et la surveillance du standard et de la qualité des unités sanitaires et ses réseaux, (2) la détermination des mesures de contrôle et d'encouragement de la qualité et de la norme des unités sanitaires et ses réseaux, (3) la mise en œuvre de détermination du prix standard (le tarif du soin) de toutes les maladies à la commission nationale d'assurance sanitaire de régler officiellement des frais du soin.

(4) La détermination des règles, des procédures et des conditions sur la plainte de la personne violée lors de la pratique des personnels du service sanitaire. De plus, l'installation des règles et des procédures concernant l'aide à la personne violée, ainsi que déterminer le centre de plainte afin que cela soit facile et libre pour la personne violée, (5) l'encouragement de la participation des habitants concernant l'inspection et le contrôle des unités sanitaires et ses réseaux, (6) le versement de l'aide préalable à un bénéficiaire qui est soumise à des dommages ou préjudices causés par tout le service fourni par l'unité sanitaire où le fautif non apparaissant ou le fautif apparaissant mais ce bénéficiaire ne peuvent être remboursés dans

¹⁴³Art. 48 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

un délai jugé approprié, (7) le soutien à l'accès aux informations sanitaires des habitants avant de décider à obtenir des services sanitaires.

De plus, elle mettra en œuvre également les attributions qui lui sont confiées par le Ministre de santé publique et la commission nationale d'assurance sanitaire, ainsi que celles prévues dans d'autres lois.

Concernant l'Office de l'assurance sanitaire nationale, c'est un organisme autonome agissant comme un bureau de secrétariat pour les deux commissions et qui a pour mission de gérer et assurer la réalisation d'une couverture maladie universelle pour tous¹⁴⁴.

Le fonctionnement intérieur de l'Office de l'assurance sanitaire nationale est ordonné en deux secteurs principaux : le bureau national et les bureaux régionaux¹⁴⁵. Le bureau national se compose de quinze bureaux mineurs chargés de la politique et la planification, ainsi que du soutien et de l'évaluation du système.

Alors que les treize bureaux régionaux prennent la responsabilité d'administrer et de surveiller la gestion de fonds au niveau régional. Les bureaux régionaux veilleront à mettre en œuvre la sécurité sanitaire et à répondre aux besoins de santé locaux¹⁴⁶. Chaque région comprend une population de 2,3 à 5 millions d'individus.

§ 2 : L'organisation financière de l'accès aux soins supplémentaires

L'exécution et la gestion du système supplémentaire de la santé ne peut éluder la question du financement. Le budget de la CMU thaïlandaise couvre plus de la moitié du budget de la santé publique du pays. Aujourd'hui, la CMU est l'un des systèmes fondamentaux de l'assurance maladie qui couvre la majorité (70 %) des citoyens thaïlandais. En France, le financement de la CMU est divisé en deux : le financement de la CMU de base et le financement de la CMU-c et l'ACS.

A : Le double financement de la CMU en France

L'Etat fait progresser les dispositifs de l'assurance maladie complémentaire qui est l'une de ses priorités. Il pousse par conséquent les caisses primaires d'assurance maladie à être actives. D'autant que le Fonds de financement de la CMU créé par la loi du 29 juillet 1999 instaurant la complémentaire maladie universelle produit annuellement un rapport

¹⁴⁴Art 23 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

¹⁴⁵Art 24 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

¹⁴⁶Art 26 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

d'évaluation. Dans ce fait, cet établissement public national présente une lecture du non-recours partant des droits à la CMU-c (Couverture maladie universelle complémentaire), à l'ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) et à l'AME (Aide médicale d'Etat)¹⁴⁷.

a : Le financement de la Couverture maladie universelle de base

En réalité, le droit aux prestations de base de la CMU n'exclut pas le paiement d'une cotisation. Il se présente comme un droit contributif : l'affiliation s'accompagne en effet d'une cotisation (8 %) concernant cependant les seules personnes dont les ressources excèdent un seuil donné. L'article L. 380-2, premier et deuxième alinéa, CSS, prévoit la modalité du calcul d'assiette de la cotisation que « *les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix.*

Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus, définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse le plafond mentionné au premier alinéa. Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis ».

De ce fait, la CMU de base est un droit gratuit pour les personnes les plus démunies¹⁴⁸ ou pour leurs familles bénéficiant de ressources d'un montant inférieur à ce seuil.

D'autre part, la source essentielle du financement de la CMU réside aussi dans divers transferts financiers qui sont destinés à maintenir les recettes de la CPAM : versement d'une partie des droits perçus sur les tabacs et alcools, transfert d'une partie des prélèvements

¹⁴⁷WARIN P., « Pour une approche économique du non-recours », *RDSS*, n° 4 du 28 août 2012, p. 615.

¹⁴⁸La cotisation demeure à titre symbolique pour les autres personnes car la situation (*le profil*) de l'affilié résident s'apparente à celle de l'assuré personnel.

sociaux sur les revenus des placements et du patrimoine, affectation du produit de la cotisation sur les véhicules à moteur. Pour l'essentiel, le financement de la protection de base est un financement public¹⁴⁹.

b : Le financement de la Couverture maladie universelle complémentaire et l'Aide pour une Complémentaire Santé

Le droit à la CMU-c et l'ACS n'a pas un caractère contributif¹⁵⁰ contrairement à la CMU de base qui présente ce caractère contributif. La CMU-c et l'ACS s'avèrent ainsi un droit gratuit. L'accès (l'affiliation) à la prestation complémentaire entraîne l'exonération de plein droit du paiement de la cotisation, quand elle est exigible, de la couverture de base. Toutefois, la CMU devient un droit non contributif dans certaines conditions de résidence et de ressources. Par ailleurs, certaines personnes disposant, même légèrement, de ressources supérieures, au plafond d'attribution de la CMU complémentaire, n'ont pu en bénéficier. Aussi la loi du 13 août 2004 a-t-elle créé une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)¹⁵¹.

Le financement de cette couverture complémentaire est assuré par un fonds particulier, le Fonds de financement de la protection sociale complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (le Fonds de la CMU) qui a été créé en 2004¹⁵². Son budget est alimenté par une contribution des organismes complémentaires, ainsi que par une dotation de l'Etat destinée à assurer l'équilibre financier du fonds¹⁵³.

Depuis 2013, les recettes du Fonds de la CMU sont constituées en deux parts¹⁵⁴ : d'une part par une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs (3,15 %) ¹⁵⁵, d'autre part par le produit de la taxe CMU (taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance)¹⁵⁶. Cette taxe est assise sur la cotisation correspondant aux garanties de

¹⁴⁹CHAUCHARD J., *Droit de la sécurité sociale*, 5^e édition, LGDJ, Paris, 2010, p. 383 et PETIT F., *op. cit.*, p. 164.

¹⁵⁰Art. L. 861-3, CSS.

¹⁵¹Art. L. 863-1, CSS et s. Cette aide monétaire est destinée au financement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel et sa demande se fait auprès des CPAM dans des conditions identiques à celles de la CMU complémentaire.

¹⁵²Art. L. 862-1, CSS.

¹⁵³Sur la composition des dépenses du fonds (art. L. 862-2, CSS) ; CHAUCHARD J., *op. cit.*, p. 385 et PETIT F., *op. cit.*, p. 164.

¹⁵⁴Art. L. 862-3, CSS.

¹⁵⁵Couverture maladie universelle, *Budget du Fonds CMU* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 10/05/2013]. Disponible sur : <http://www.cmu.fr/budget-fonds-cmu.php>

¹⁵⁶La loi de finances pour 2011 a transformé, en son article 190, la contribution CMU en une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance santé.

protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, et stipulée au profit d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance, d'une entreprise ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service. Le taux de la taxe est fixé à 6,27 % des primes ou cotisations des complémentaires santé¹⁵⁷, soit près de 1,9 milliards d'euros en 2011, et cette taxe est affectée au Fonds CMU. Cette dernière est recouvrée par l'URSSAF¹⁵⁸ de Paris-région parisienne (désignée Urssaf unique à compter de l'échéance du 1^e trimestre 2011)¹⁵⁹.

Les dépenses du Fonds de la CMU sont réparties en trois¹⁶⁰ parts : (1) le remboursement aux régimes d'assurance maladie et aux organismes complémentaires des sommes des dépenses de la participation de l'assuré aux tarifs médicaux, du forfait journalier et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité ; (2) le remboursement du crédit d'impôt au titre de la taxe collectée ; et (3) les frais de gestion administrative du fonds.

L'URSSAF et le fonds CMU reçoivent chaque trimestre de l'assurance maladie et des organismes complémentaires une copie du document déclaratif qui comporte notamment¹⁶¹ : (1) l'assiette et le montant de la contribution due par chaque organisme, (2) le nombre de personnes bénéficiant, au titre de cet organisme, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de la prise en charge des dépenses et le montant global de la déduction au titre de cette prise en charge, et (3) le nombre de personnes ouvrant droit, au bénéfice de cet organisme, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, au crédit d'impôt et le montant global de la déduction au titre de ce crédit d'impôt.

Chaque trimestre, le Fonds CMU verse un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire de la CMU-C qu'il gère, aux régimes d'assurance maladie et aux organismes complémentaires. De plus, le Fonds verse trimestriellement aux organismes complémentaires un quart du montant de l'ACS octroyé à chaque bénéficiaire présent dans les effectifs de l'organisme.

En outre, il existe aussi diverses mesures contre les fraudes relatives aux prestations sociales destinées au contrôle des dépenses du fonds et au contrôle du respect par les

¹⁵⁷Art. L. 862-4, CSS.

¹⁵⁸L'Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales (URSSAF) ; cet organisme collecte les cotisations et les contributions sociales (CSG, CRDS...) qui permettent de financer la prise en charge ou le remboursement de soins médicaux, d'indemnités en cas d'arrêt maladie, de congé maternité ou d'accident du travail, ainsi que le paiement des retraites de base et des allocations familiales des bénéficiaires du régime général de la sécurité sociale.

¹⁵⁹Office de la couverture maladie universelle, *op. cit.*, p. 151.

¹⁶⁰Art. L. 862-2, CSS.

¹⁶¹Art. R. 862-11, CSS.

organismes d'assurance maladie et les organismes complémentaires de l'application du dispositif¹⁶². Pour le contrôle des dépenses du remboursement des forfaits médicaux, les organismes de sécurité sociale tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de versement, et notamment, pour la période s'y rapportant, d'une part le montant total des prestations servies, d'autre part les pièces justificatives de la prise en charge des bénéficiaires, mentionnant les dates d'entrée et le cas échéant de sortie du dispositif, ainsi que le montant des prestations versées pour chacun de ces bénéficiaires.

Pour le contrôle des dépenses du remboursement du crédit d'impôt, les organismes complémentaires tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de remboursement et des déductions. Ces pièces justificatives doivent permettre d'apprécier notamment¹⁶³ : (1) pour les dispositifs du remboursement des forfaits médicaux : (a) le nombre de bénéficiaires, au dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de chacun des dispositifs, et (b) pour chaque bénéficiaire, les dates d'entrée et, le cas échéant, de sortie de ces dispositifs. Et (2) pour le dispositif relative au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels, ces pièces justificatives doivent permettre d'apprécier la répartition des bénéficiaires selon les tranches d'âge mentionnées par la loi. Le délai de conservation des pièces justificatives est de trois ans.

B : La CMU représente la plus grande partie du budget de la santé publique de la Thaïlande

La création d'une couverture maladie universelle (CMU) en Thaïlande ne peut éviter d'être supportée par le budget de l'Etat pour mettre en place des services sanitaires qualifiés et adéquats à la population. Cette création est liée inévitablement au budget national de recettes et aussi celui de dépenses. Pendant plusieurs années, le budget de la CMU a augmenté parallèlement à la tendance à l'augmentation des dépenses totales de la santé du pays. La proportion du budget de la CMU par rapport au budget total de l'Etat est estimée à 5,25 % - 6,94 % au cours des années 2003 – 2010. Cette proportion est plutôt stable ou légèrement élevée. Cela signifie que le budget de la CMU augmente ou diminue selon la croissance ou la diminution du budget total de l'Etat¹⁶⁴.

¹⁶²Art. R. 862-13, CSS.

¹⁶³Art. R. 862-13, CSS.

¹⁶⁴Office de l'assurance sanitaire nationale, *Rapport annuel sur l'installation de l'assurance sanitaire de 2011*, presse de l'Office de l'assurance sanitaire nationale, Bangkok, 2011, p. 10.

La comparaison entre le budget de la santé publique du pays et le budget du Ministère de la santé publique (y compris le budget de la CMU), indique que le budget de la CMU couvre 70 – 75 % du budget de la santé publique du pays, pendant les années 2003 – 2006, début de la CMU. Ensuite, depuis 2006, le budget global de la santé publique du pays et aussi le budget du Ministère de la santé publique ont été augmentés. Bien que la croissance du budget du Ministère de la santé publique soit affectée par l'augmentation du budget de la CMU, la proportion du budget de la CMU sur le budget de la santé publique du pays a eu tendance à baisser, soit 62,13 % en 2011. Cela montre que le budget de la CMU est la plus grande part du budget de la santé publique du pays, le budget restant (à 38 %) est celui qui est utilisé pour la mise en œuvre des autres services sanitaires publics. Ce budget restant est d'environ de 80 milliards bahts en 2011¹⁶⁵.

Le budget de la CMU est divisé en deux parties : d'une part le budget du Fonds de l'assurance sanitaire nationale, d'autre part le budget des salaires des professionnels d'Offices de l'assurance sanitaire.

(1) Le budget du Fonds de l'assurance sanitaire nationale est créé en vertu de l'article 38 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002 qui prescrit que « le Fonds de l'assurance sanitaire nationale se voit créé et placé dans l'Office de l'assurance sanitaire nationale en ayant pour but de financer, soutenir et promouvoir les opérations des Offices de l'assurance sanitaire se trouvant tout le pays.

Afin de permettre aux personnes d'accéder aux services médicaux et sanitaires d'une manière égale et efficiente, ce Fonds est financé en tenant compte du développement des services sanitaires dans des régions ayant insuffisamment d'unités sanitaires ou dans celles ayant des unités sanitaires mal distribuées ».

Les recettes du Fonds sont constituées en huit parts¹⁶⁶ :

- (a) Le budget annuel de l'Etat
- (b) Le financement donné par des organismes territoriaux prévus dans la loi
- (c) La rémunération venant de l'exécution d'actes médicaux et des services sanitaires
- (d) Les amendes administratives prévues dans la loi
- (e) L'argent ou les biens donnés ou remis au Fonds
- (f) Les intérêts ou les bénéfices venant de l'argent ou des biens du Fonds
- (g) L'argent ou les biens venant d'investissement du Fonds

¹⁶⁵*Id.*, p. 11.

¹⁶⁶Art. 39 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

(h) Les autres contributions prévues dans la loi

L'argent et aussi les biens du Fonds de la CMU ne sont pas considérés comme les propriétés de l'Etat, et cet argent ne sera pas versé au Ministère des Finances, comme prévu dans la loi de finances et la loi de la procédure budgétaire

Dans le cadre de la demande du budget de l'Etat, la commission de l'assurance sanitaire nationale doit préparer une demande et un rapport sur les avis de la commission de contrôle de la qualité et du standard des services sanitaires, y compris le compte financier et le compte des fortunes du Fonds, et les soumettre ensuite à l'examen du Cabinet des Ministres¹⁶⁷.

On constate que la provenance des recettes du Fonds thaïlandais de la CMU est différente de celle de la France. Ainsi, la majorité des recettes du Fonds thaïlandais vient du budget de l'Etat qui attribue des financements au Fonds tous les ans. Les bénéficiaires de la CMU ne versent pas de cotisation au Fonds. Le droit de la CMU thaïlandaise est donc un droit quasi gratuit. En France, par contre, le droit à la CMU de base est un droit contributif et la recette principale de la CMU de base vient des cotisations des bénéficiaires (8 %). Cependant, le droit à la CMU en Thaïlande est semblable à celui de la CMU-c et l'ACS en France de part son caractère gratuit ou non-contributif. En outre, il n'existe pas en Thaïlande une taxe particulière comme en France qui est la taxe de la CMU (taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance). Cette taxe est l'une de deux recettes principales de la CMU-c et l'ACS en France. Compte tenu de l'étude comparative des deux systèmes de l'accès aux soins qui précède, il me semble que la création de taxe de la CMU en Thaïlande est une question importante et nécessaire qui doit être prise en compte puisque la CMU est aujourd'hui un système essentiel de l'assurance maladie pour les citoyens thaïlandais. Les législateurs thaïlandais devraient donc prévoir la taxe particulière pour établir l'équilibre du financement, ainsi que cette taxe particulière doit être la source principale du Fonds de la CMU.

Durant l'année budgétaire 2011, le Fonds a reçu 109 millions de bahts d'intérêts bancaires, 215 millions de bahts venant des services médicaux, 351 millions de bahts d'un revenu compensé par l'Office budgétaire et 165.03 millions de bahts des autres revenus¹⁶⁸.

Le budget de l'Etat destiné au Fonds est susceptible d'augmenter chaque année, passant de 27 milliards de bahts en 2002, à cent milliards bahts en 2011. Concernant les

¹⁶⁷Art. 39 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

¹⁶⁸Office de l'assurance sanitaire nationale, *op. cit.*, p. 175.

dépenses du Fonds, la plus importante (plus de 90 %) est la dépense du remboursement des frais des services médicaux et sanitaires aux différents établissements sanitaires participants au service de la CMU dans le pays. Ce remboursement est calculé et donné aux établissements sanitaires participants sous forme de forfait par bénéficiaire, et non pas par acte médical. Le reste (moins de 10 %) est la dépense de gestion administrative et la dépense pour certaines maladies : le Sida, les maladies rénales, les affections psychiatriques, etc¹⁶⁹.

Durant l'année budgétaire 2011, le Fonds de l'assurance sanitaire nationale a reçu un budget de l'Etat de 101 milliards de bahts. 93 milliards bahts ont été utilisés pour le remboursement des frais des services médicaux et sanitaires, 6,9 milliards de bahts étaient pour la dépense des malades spéciales et le reste pour les dépenses de gestion administrative. Durant cette année budgétaire, les recettes totales du Fonds ont été plus hautes que les dépenses qui s'élevaient à 855 millions de bahts¹⁷⁰.

Pendant dix ans de 2002 à 2011, le taux du remboursement des frais des services médicaux et sanitaires (en forfait par chaque bénéficiaire) a augmenté de 1202,40 bahts (en 2002) à 2546,48 bahts (en 2011). Cette augmentation qui a doublé du remboursement permet à l'Office de la CMU de gérer et offrir plus efficacement des services médicaux et sanitaires à la population¹⁷¹.

(2) En ce qui concerne le budget alloué pour les salaires de professionnels des Offices de l'assurance sanitaire, il s'agit d'un budget de l'Etat qui couvre l'ensemble des dépenses pour les salaires du personnel travaillant dans les différents Offices de l'assurance sanitaire du pays. Le montant de cette dépense est plutôt stable : entre 24 et 28 milliards de bahts chaque année. Au début de la création de la CMU (2002 – 2004), le montant du budget des salaires était presque égal à celui du budget du Fonds. Cependant, depuis 2005, le budget du Fonds continue à augmenter régulièrement et il est devenu plus important que le budget des salaires, environ 3,5 fois du budget des salaires en 2011¹⁷².

Le budget de gestion de l'Office national de l'assurance sanitaire (au niveau central) peut être décomposé en deux parties, selon la Déclaration de l'Office national de l'assurance sanitaire sur les dépenses de l'exécution et la gestion de l'Office de l'assurance sanitaire de 2012 : (1) le budget des dépenses régulières et (2) le budget des dépenses pour la gestion

¹⁶⁹*Id.*, p. 13.

¹⁷⁰*Ibid.*, p. 175.

¹⁷¹*Ibid.*, p. 15.

¹⁷²*Ibid.*, p. 11.

relative aux stratégies déterminées¹⁷³. Pour l'année budgétaire 2011, l'Office national a reçu un budget total pour l'exécution et la gestion de 961 millions bahts qui se compose de deux parties : 579 millions de bahts pour les dépenses régulières et 381 millions de bahts pour les dépenses de stratégies. Ce budget de la gestion relative aux stratégies est destiné à mettre en place et à développer d'une manière efficace le système de la CMU, le Fonds de l'assurance sanitaire et le système de mise en œuvre. En outre, ce budget met l'accent sur la décentralisation sanitaire au profit des organismes territoriaux et sur l'installation d'un système du contrôle, de la surveillance et l'évaluation de la gestion sanitaire dans chaque l'Office de la CMU et dans chaque établissement sanitaire participant¹⁷⁴.

Il est à rappeler que la CMU en Thaïlande n'est pas un système qui est destiné aux seules personnes les plus démunies mais que ce système couvre les personnes n'étant pas affiliées aux systèmes thaïlandais de la Sécurité sociale et de couverture sanitaire des fonctionnaires. En ce qui concerne le budget annuel de l'Etat, la part la plus importante dans le domaine de la santé publique est le budget pour la CMU (62,13 % en 2011) qui couvre la plupart (74 %) des citoyens thaïlandais. Le système de la Couverture Maladie Universelle thaïlandaise est appelé aussi « l'assurance sanitaire nationale ». En Thaïlande le système de l'assurance sanitaire nationale ou la CMU est aujourd'hui devenu un système essentiel de l'assurance sanitaire du secteur public. Il est en cela différent du système français où l'assurance sanitaire publique est la Sécurité sociale qui couvre la plupart des citoyens, alors que la CMU est le système sanitaire complémentaire destiné principalement aux personnes démunies.

¹⁷³*Ibid.*, p. 174.

¹⁷⁴*Ibid.*, p. 181.

Chapitre II

L'accès aux soins des citoyens et des étrangers

Au-delà du système de l'assurance de santé destinée aux personnes ayant un salaire ou un revenu (par la Sécurité sociale en France, et par la Sécurité sociale et le système de l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires en Thaïlande), l'Etat prend en charge aussi de fournir une aide médicale aux citoyens n'ayant aucune assurance de santé (section 1), et également aux étrangers qui viennent en visite à court terme ou vivent, travaillent à long terme dans le pays (section 2).

L'accès aux soins supplémentaires destinés, notamment, aux citoyens, présente des divergences entre la France et la Thaïlande dans le cadre de la Couverture maladie universelle (CMU). La CMU française a été établie pour offrir une aide médicale et des services sanitaires aux personnes démunies qui n'ont aucune assurance de santé, et ce sans distinction de nationalité. Contrairement à la France, la CMU thaïlandaise est destinée à offrir des services médicaux seulement pour les citoyens et non pour les étrangers. Tous les citoyens qui ne sont pas couverts par la Sécurité sociale, ni le système de l'assurance sanitaire pour les fonctionnaires, peuvent accéder aux soins par la CMU. La CMU en Thaïlande ne prend pas en compte les ressources financières des bénéficiaires. Même si le bénéficiaire n'est pas un démuné ou ne dispose pas d'un revenu faible, il peut être couvert par la CMU, à condition qu'il ait la nationalité thaïlandaise et ne dispose d'aucune assurance de santé gérée par l'Etat.

Section 1 : L'accès aux soins des citoyens

La création de la stabilité de santé destinée aux citoyens est l'une des obligations fondamentales de l'Etat, notamment pour des citoyens qui n'ont aucune couverture de l'assurance maladie. L'Etat doit établir un système supplémentaire pour garantir la stabilité de la santé et affirmer un droit à l'accès aux soins destiné à tous les citoyens.

§ 1 : L'affiliation aux soins supplémentaires

L'adhésion aux soins supplémentaires nécessite de remplir les conditions prévues dans la loi. Certaines conditions de la couverture maladie universelle de la France sont similaires à celles de la Thaïlande, sauf une condition liée à la nationalité. La CMU de la Thaïlande est destinée à couvrir seulement les citoyens thaïlandais, n'incluant pas ainsi les étrangers.

A : L'offre à tous les résidents en France sans distinction de nationalité

Pour bénéficier des soins supplémentaires, les qualifications de l'affiliation dans chaque régime sont exigées aux bénéficiaires d'une manière différente, notamment selon leur statut financier. On mettra d'abord l'accent sur l'affiliation de la couverture maladie universelle de base (CMU de base), et ensuite sur la couverture maladie complémentaire (CMU-C) et aussi l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS).

a : La couverture maladie universelle de base

La personne bénéficiaire de la CMU de base a besoin de trois conditions indispensables¹ : (1) la résidence en France de manière régulière, (2) la résidence en France de manière stable et (3) n'ayant aucun droit à l'assurance maladie. La CMU de base est uniquement pour des personnes et leurs membres de foyer qui n'ont pas la possibilité de bénéficier des autres couvertures maladies. Si elles peuvent être couvertes d'autres systèmes de l'assurance maladie, elles ne peuvent pas être bénéficiaires de la CMU de base.

La résidence en France de manière régulière est la première condition qui permet de bénéficier de la CMU de base. Ainsi, il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou d'une attestation montrant que le demandeur et les personnes majeurs à charge ont entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour (récépissé de dépôt de demande, convocation ou rendez-vous en préfecture, etc.). La régularité de la résidence est exigée notamment des personnes de nationalité étrangère qui ne sont pas des résidents de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.

Toutefois, la condition de régularité est réputée remplie dans certains cas. Il s'agit de personnes titulaires d'une autorisation provisoire de séjour pour soins, de demandeurs d'asile ne percevant pas l'allocation temporaire d'attente, d'étrangers titulaires d'un visa d'une durée supérieure à trois mois et inférieure ou égale à six mois portant la mention « dispense temporaire de carte de séjour » et de étrangers faisant l'objet d'une assignation à résidence.

La résidence en France de manière stable est exigée de vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis au moins trois mois². Le moyen de prouver la stabilité de la résidence peut se faire par plusieurs moyens, la preuve

¹Art. L. 380-1 – Art. L. 380-4, CSS.

²Art. R. 380-1, CSS.

d'un bail de location datant de plus de trois mois, de trois quittances de loyer successives, de deux factures successives d'électricité, de gaz, de téléphone.

Cependant, il existe des exonérations à la condition de stabilité pour des centaines personnes qui vivent en France depuis moins de trois mois, et qui bénéficie de la CMU de base. On peut diviser ces personnes en trois catégories³ ; (1) les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, ainsi que celles venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, (2) les bénéficiaires de certaines prestations, telles que des prestations familiales (prestation d'accueil du jeune enfant, allocations familiales, complément familial, allocation de logement, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, allocation de soutien familial, allocation de rentrée scolaire, allocation journalière de présence parentale), l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'allocation de logement et aide personnalisée au logement, l'allocation personnalisée d'autonomie, l'allocation adulte handicapé, le revenu de solidarité active, etc et (3) les personnes reconnues réfugiés, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.

Dans le cadre d'étudiant moins de 28 ans, il peut être affilié à la sécurité sociale étudiante, et ne peut donc pas demander la couverture maladie par la CMU. En revanche, pour l'étudiant de plus de 28 ans, il ne peut pas être affilié à la sécurité sociale étudiante, si bien qu'il peut demander l'affiliation à la CMU de base. Concernant les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les travailleurs frontaliers, les ministres des cultes, ils ne relèvent pas de la CMU de base⁴. Cependant, certaines personnes de nationalité étrangère peuvent être couvertes grâce à des accords conclus avec leur pays d'origine.

Le critère de résidence ne supprime pas les conditions de rattachement propres à chaque régime d'assurance maladie, mais la CMU joue à titre d'alternative⁵. Ainsi, pour bénéficiaire de la CMU de base, les bénéficiaires sont couverts par l'assurance maladie différente selon leur activité professionnelle, selon la prestation dont elles sont bénéficiaires (Allocation Adulte Handicapé, pension d'invalidité, etc.), et selon leur retraite, en tant que des ayants-droits d'un assuré, ou au titre d'un droit acquis auparavant. Principalement, le bénéficiaire va être affilié au régime général s'il ne relève pas d'un autre régime d'assurance

³Art. R. 380-1, CSS.

⁴Art. L. 381-4, CSS.

⁵CHAUCHARD J., *Droit de la sécurité sociale*, 5^e édition, LGDJ, Paris, 2010, p. 381.

maladie⁶. Enfin, la CMU de base est également attribuée aux personnes de foyer d'un bénéficiaire, telles que le conjoint, le concubin, le partenaire de PACS, les enfants, qui ne sont pas couvertes par la Sécurité sociale.

b : La couverture maladie universelle complémentaire

Trois conditions sont exigées pour les demandeurs qui voudraient bénéficier CMU-C⁷ : (1) la résidence en France de manière régulière, (2) la résidence en France de manière stable, et (3) disposer de ressources inférieures à un plafond. La CMU-C est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année. Les principes et les exonérations de la première et de la deuxième condition sont similaires à ceux des conditions d'affiliation de la CMU de base. En ce qui concerne la troisième condition, les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois, perçues en France et/ou dans un pays étranger. Le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence (en métropole ou dans DOM) et la composition du foyer⁸, révisé chaque année en fonction de l'évolution des prix.

Le foyer comprend le demandeur; son conjoint (sauf s'il n'est pas soumis à une imposition commune), son concubin ou son partenaire au titre d'un pacte civil de solidarité (PACS) ; des enfants et personnes à charge de moins de 25 ans rattachés au foyer fiscal du demandeur (ou de son conjoint, concubin, partenaire PACS), des enfants de moins de 25 ans du demandeur (ou de son conjoint, concubin, partenaire PACS) vivant sous le même toit que lui mais ayant établi une déclaration fiscale en leur nom propre ; des enfants majeurs de moins de 25 ans du demandeur (ou de son conjoint, concubin, partenaire PACS) ne vivant pas sous le même toit que lui mais recevant de sa part une pension qu'il déduit à l'occasion de sa déclaration annuelle de revenus et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire⁹ : les personnes considérées comme étant à charge n'étant cependant prises en compte que si elles sont à la charge réelle et continue du demandeur, de son conjoint, concubin ou partenaire PACS¹⁰.

Actuellement (2013), le plafond annuel de référence est 7 934 euros, soit une moyenne mensuelle de 661.17 euros pour la personne habitant seul dans la métropole. Alors

⁶Art. L. 380-1, CSS.

⁷Art. L. 861-1, CSS.

⁸Sur le contrôle des déclarations de ressources, v. art. L. 861-9, CSS.

⁹Pour les enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun de leurs parents, v. art. R. 861-3, 3°, CSS.

¹⁰DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *Droit de la sécurité sociale*, coll. « Précis », 17^e édition, Dalloz, Paris, 2011, p. 1102.

que la personne habitant dans DOM, le plafond annuel est 8 831 euros, soit une moyenne mensuelle de 735,92 euros¹¹.

Les revenus pris en compte sont : les salaires, les allocations chômage, l'allocation de solidarité spécifique, les retraites, les pensions d'invalidité, l'allocation adulte handicapé, les allocations familiales, les pensions alimentaires, les bourses de l'enseignement supérieur, les intérêts de compte de placement, etc. En cas d'être bénéficiaire d'une aide au logement ou hébergé gratuitement ou propriétaire de votre logement, un montant forfaitaire (vers 57,99 euros par personne, dans l'année 2013) est ajouté aux ressources de bénéficiaire dans un souci d'équité avec un demandeur qui supporterait des charges de logement sans aide¹².

Pourtant, certaines ressources sont exclues du calcul du droit à la CMU-C ou à l'ACS. Par exemple, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments¹³, l'allocation de rentrée scolaire¹⁴, les primes de déménagement¹⁵, les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail, etc. En outre, cette condition de ressources n'est pas applicable aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA socle) et aux membres de leur foyer¹⁶, etc.

Par ailleurs, lors du dépassement de ce seuil, le demandeur a encore le droit à une aide au financement d'une complémentaire santé s'appelant « l'Aide pour une Complémentaire Santé » (ACS). Ainsi, le demandeur habitant en France de manière stable et régulière peut demander l'ACS, s'il a des ressources légèrement supérieures au plafond de la CMU-C. Le plafond de ressources est fixé en référence au plafond d'attribution de la CMU-C. Ainsi, pour bénéficier de l'ACS, les ressources du foyer de demandeur doivent être comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35%¹⁷. Actuellement, le plafond annuel de référence est 10 711 euros, soit 892,58 euros par mois pour une personne habitant seul dans la métropole, et 11 922 euros par an, soit 993,50¹⁸ euros par mois, pour une personne résidant seul dans le DOM. Les revenus pris en compte sont les

¹¹Couverture maladie universelle, *CMU complémentaire* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 24/05/2013]. Disponible sur : <http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>

¹²Art. L. 861-2, CSS.

¹³Art. L. 541-1 et L. 755-20, CSS.

¹⁴Art. L. 543-1 et L. 755-22, CSS.

¹⁵Art. L. 542-8 et L. 755-21, CSS, et Art. L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation.

¹⁶Deuxième alinéa, art. L. 861-2, CSS.

¹⁷Art. L. 863-1, CSS.

¹⁸Couverture maladie universelle, *Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 24/05/2013]. Disponible sur : <http://www.cmu.fr/acs.php>

même que ceux de la CMU-C. Ainsi que l'ACS est valable pour un an et doit être renouvelée chaque année.

B : L'offre à tous les citoyens thaïlandais

Plus de 70 % des citoyens thaïlandais sont couverts par la Couverture maladie universelle (CMU). En général, les bénéficiaires de la CMU doivent payer le co-paiement de trente bahts à chaque soin, sauf pour les personnes exonérées. Néanmoins, certaines personnes vivent d'une manière stable et régulière en Thaïlande, mais elles ne peuvent pas bénéficier la CMU, en raison de l'absence de nationalité thaïlandaise.

a : Les conditions d'accès aux soins supplémentaires

Tous les citoyens thaïlandais doivent avoir le droit à l'accès aux soins et services sanitaires d'une manière efficace et standard, en vertu de l'article 5 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002. Selon cette loi, les deux conditions essentielles de l'affiliation de la CMU (ou dite en Thaïlande « l'assurance sanitaire ») sont: (1) avoir la nationalité thaïlandaise, et (2) n'être affiliée à aucune couverture d'assurance maladie gérée par l'Etat¹⁹.

La première condition, un demandeur doit avoir la nationalité thaïlandaise, ce qui se traduit par le fait d'être titulaire d'une carte d'identité (le numéro d'identification compte treize chiffres) ou d'autre carte d'identité avec son photo, émise par l'Etat. Dans le cas où l'enfant à moins de quinze ans et ne possède pas une carte d'identité²⁰, la preuve de la nationalité se traduit par la présentation d'un acte de naissance. L'enfant doit ainsi montrer son acte de naissance au lieu d'une carte d'identité lors de la demande d'affiliation à la CMU ou l'assurance sanitaire.

En outre, le demandeur doit résider en Thaïlande d'une manière stable et avoir un domicile fixe se traduisant par un recensement. Le recensement d'un demandeur se voit exiger pour adhérer à la CMU et aussi pour but de choisir un établissement sanitaire traitant qui est le plus près de son domicile. Ainsi, un bénéficiaire ne peut pas exercer son droit à la CMU dans tous les établissements sanitaires partenaires, mais il ne peut être traité auprès

¹⁹Office de l'assurance sanitaire nationale, *La création du bonheur pour tous*, presses de Pentai Publishing, Bangkok, 2011, p. 6 ; Office de l'assurance sanitaire nationale, *Ces questions... 1330 ont les réponses*, presses d'Office de l'assurance sanitaire nationale, Bangkok, 2011, p. 3-4 ; Office de l'assurance sanitaire nationale, *Le manuel pour les personnes ont le droit à la Couverture maladie universelle*, Presses de la société de M.C.D. (Thaïlande), Bangkok, 2011, p. 5-7.

²⁰Les gens ayant l'âge à partir de quinze ans peuvent exiger à l'Etat de faire la carte d'identité.

qu'un établissement traitant choisi lors de l'inscription et le plus près de son domicile²¹. Néanmoins, si le demandeur habite réellement dans autre domicile qui n'est pas celui indiqué dans son recensement, il a aussi le droit de sélectionner un établissement sanitaire traitant qui est plus près de son domicile réel. Ce demandeur doit montrer des dossiers officiels affirmant son hébergement réel²², tels qu'un recensement et une attestation de propriétaire du logement où le demandeur habite, une attestation envoyée par le Mairie où un demandeur réside, une attestation d'employeur, un bail du logement, des factures successives d'électricité, d'eau courant, de téléphone, etc.

Il convient de mentionner que le droit à la CMU est similaire celui à la sécurité sociale en Thaïlande d'un point de vue caractéristique du droit. Ainsi, c'est un droit individuel qui ne couvre pas d'autres personnes attachées. Le droit à la CMU et celui à la sécurité sociale ne couvrent que le demandeur ; ils ne couvrent pas les membres de famille du demandeur. Tandis que le système d'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents publics offre une couverture maladie aux fonctionnaires et aussi aux membres de leurs familles (destinée aux parents, conjoints et deux enfants légitimes). Alors, la couverture maladie par la Sécurité sociale en France est différente de celle de la Thaïlande. Ainsi la Sécurité sociale française étend la protection sanitaire aux membres de la famille de l'assuré d'une manière plus large et plus complète que celle de la Thaïlande.

La deuxième condition, un demandeur n'a aucun droit à l'assurance maladie gérée par l'Etat. La CMU est uniquement pour des personnes qui n'ont pas la possibilité de bénéficier des autres couvertures maladies, comme la Sécurité sociale ou le système d'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et aux autres agents publics. Si elles peuvent être couvertes par d'autres systèmes de l'assurance maladie, elles ne peuvent donc pas être bénéficiaires de la CMU. Cette condition est similaire à celle de la CMU de base, la CMU-C et l'AME en France.

Après avoir rempli ces deux conditions, le droit à la CMU n'est pas automatiquement ouvert. Le bénéficiaire doit d'abord s'enregistrer auprès d'un établissement sanitaire près de son domicile ou à l'Office sanitaire provincial, si un demandeur habite dehors de Bangkok, ou s'enregistrer à l'Office du district si il habite Bangkok. Cet enregistrement est destiné à vérifier et prévoir les problèmes d'affiliation et le cumul d'assurance. Ensuite, le bénéficiaire doit choisir un établissement sanitaire traitant près de son domicile pour exercer son droit à

²¹Premier et deuxième alinéa, art. 6 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

²²Troisième alinéa, art. 6 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

la CMU. Le nom de l'établissement sanitaire traitant apparaît sur « une carte attestant le titulaire du droit aux soins ou une carte d'or », envoyée par l'Office de l'assurance sanitaire nationale. Néanmoins, en cas d'urgence ou d'accident ou dans les autres cas raisonnables, le bénéficiaire peut être traité auprès d'autres établissements sanitaires, sous condition de nécessité pour le bénéficiaire. L'établissement sanitaire traitant peut se voir rembourser des frais médicaux par l'Office d'assurance sanitaire nationale²³.

On peut constater que la CMU ou « l'assurance sanitaire nationale » n'est réservée qu'aux citoyens thaïlandais qui ne peuvent pas être couverts par d'autre système de l'assurance maladie gérée par l'Etat. Les étrangers habitant en Thaïlande, soit d'une manière stable, soit d'une manière temporaire, ne peuvent pas être bénéficiaires de la CMU. Contrairement à la France où la CMU couvre les citoyens démunis français et aussi les étrangers habitant en France d'une manière régulière et stable de plus de trois mois.

b : La difficulté liée aux conditions d'accès aux soins supplémentaires

Comme vu précédemment, le droit à la CMU est réservé aux citoyens thaïlandais; les personnes d'autre nationalité ne peuvent donc pas adhérer et bénéficier de la CMU. Cependant, il existe certaines personnes ou certains groupes de personnes vivant depuis longtemps en Thaïlande, mais qui ne peuvent pas prouver ou attester de leur nationalité. Autrement dit, ces personnes n'ont aucune nationalité. C'est une question actuellement très controversée qui concerne le droit privé international. Ces personnes sont actuellement nombreuses en Thaïlande. Même si certaines personnes sont nées en Thaïlande, font des études en Thaïlande, elles ne peuvent pas prouver et certifier de leur nationalité, et donc ne peuvent pas affilier à la CMU.

Juridiquement, il existe deux moyens d'acquisition de la nationalité thaïlandaise: la nationalité thaïlandaise par la naissance et la nationalité thaïlandaise obtenue après la naissance. D'une part la nationalité thaïlandaise par la naissance : un enfant obtient principalement la nationalité thaïlandaise suivant la nationalité de son père et sa mère qui sont des citoyens thaïlandais, soumis aux règles et aux exceptions prévues dans l'article 7 et 8 de la loi sur la nationalité de 1965. D'autre part, la nationalité thaïlandaise peut être obtenue après la naissance, par plusieurs moyens d'acquisition : la nationalité thaïlandaise par mariage (réservée seulement pour une femme étrangère se mariant avec un citoyen

²³ Art. 7 de la loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002.

thaïlandais)²⁴, la nationalité thaïlandaise par la naturalisation (les étrangers doivent avoir atteint l'âge 18 ans, être en bonne moralité, avoir un emploi rémunéré, avoir continuellement vécu en Thaïlande pendant au moins cinq ans et avoir une connaissance de la langue thaïlandaise²⁵). Toutefois, il y a des exceptions d'acquisition de la nationalité thaïlandaise par la naturalisation : même si un demandeur ne remplit pas toutes les conditions prévues par la loi, il peut demander la naturalisation, en vertu de l'article 11 de la loi sur la nationalité de 1965.

Bien que les règles et les exceptions d'acquisition de la nationalité thaïlandaise sont imposées par la loi, mais il existe encore des personnes vivant en Thaïlande et ne possédant aucune nationalité. Ces personnes sont présentes sur l'ensemble du territoire, mais la plupart habitent au nord et à l'ouest du pays, vivant le long de la frontière. Elles sont généralement pauvres, incapables de payer les frais médicaux et aussi elles ne sont couvertes pas par la CMU, car ne disposant pas de la nationalité thaïlandaise²⁶. Néanmoins, ces personnes peuvent accéder aux services sanitaires ou être soignées auprès des établissements sanitaires thaïlandais en cas d'urgence et de nécessité. Ceci pour des raisons humanitaires.

Selon une étude de « propositions relative à la politique sur le droit à la Couverture maladie universelle de personnes n'ayant aucune nationalité » de 2010²⁷, on constate que la majorité des patients n'ayant aucune nationalité, ne se voient pas refuser l'accès aux soins dans des établissements sanitaires publics thaïlandais. Toutefois, en raison de leur pauvreté, ces patients ne se présentent pas à l'hôpital de peur de ne pas être admis, sauf en cas d'accident ou maladie grave. Pour l'admission à l'hôpital, il n'existe pas seulement les frais médicaux, mais il y a aussi d'autres dépenses, comme le frais de déplacement, le repas pour un patient et ses proches, etc. L'Etat ne peut pas prendre en charge ces patients, donc de nombreux hôpitaux tentent à faire face ce problème, par la création des dispositifs divers pour le contourner. Par exemple, certains hôpitaux, comme l'hôpital de Mae-Sod, l'hôpital de Rayon, l'hôpital de Samut-Sakorn, essaient de mettre en place « une carte d'assurance maladie alternative » pour des personnes n'ayant aucune nationalité²⁸. Cette carte n'est

²⁴Art. 9 de la loi sur la nationalité de 1965.

²⁵Art. 10 de la loi sur la nationalité de 1965.

²⁶SIRISINSUK Y., *La recherche sur la protection des consommateurs dans le système de l'assurance sanitaire en Thaïlande*, propose à l'institution de la recherche du système sanitaire, Nonthaburi, 2006, p. 8 et 20-24.

²⁷PAISALPANICHKUL D., « Les propositions d'une manière politique sur le droit à la Couverture maladie universelle de personnes n'ayant aucune nationalité », *Revue de recherche du système sanitaire*, vol. 4, n° 1, janvier – mars 2010, p. 18s.

²⁸*Id.*, p. 18 et 21.

distribuée pas officiellement par l'Etat, mais est organisée directement par certains hôpitaux au motif de l'aide médicale humanitaire.

En outre, la création de « Fonds de l'assurance sanitaire pour les personnes n'ayant aucune nationalité » a été proposé afin d'assurer à ces personnes l'accès aux services sanitaires fondamentaux. Cependant, il existe un grand problème dans cette proposition, le financement du fonds. Actuellement, l'Etat supporte le budget de la CMU, qui couvre plus de 70 % des citoyens thaïlandais, afin de garantir aux citoyens thaïlandais l'accès aux soins quasi gratuits. Ce sont d'énormes financements venant de l'impôt des citoyens thaïlandais, et ne provenant pas de la cotisation d'assureur comme la Sécurité sociale. Cette lourde obligation de l'Etat est l'une des difficultés à la réalisation d'un Fonds sanitaire pour les personnes n'ayant aucune nationalité. L'exigence du budget de l'Etat pour financier ce Fonds est difficile à réaliser. Ce Fonds a donc besoin d'autres ressources financières comme par exemple les dons venant des organismes solidaires nationaux ou internationaux.

Enfin, afin d'étendre et confirmer le droit à la CMU pour tous, l'Etat doit accélérer le processus de reconnaissance de la nationalité pour les personnes n'ayant aucune nationalité. Si ces personnes sont pleinement qualifiées pour obtenir la nationalité thaïlandaise, l'Etat doit certifier rapidement sa nationalité pour que ces personnes aient des droits et des devoirs comme les citoyens thaïlandais, et puissent bénéficier des biens êtres sociaux offerts et organisés par l'Etat tels que la couverture maladie par la CMU ou par la Sécurité sociale.

§ 2 : Les droits aux soins supplémentaires

Les droits aux soins supplémentaires en France (la CMU de base, la CMU-C et l'ACS) ne sont pas gratuits, sauf si le revenu du bénéficiaire est inférieure au plafond imposé par la loi et les prestations en nature sont principalement similaires à celles de régime général de la Sécurité sociale. Alors que les droits à la CMU thaïlandaise sont toujours offerts d'une manière quasi gratuite et les prestations en nature peuvent être divisées en huit grands groupes.

A : Considérations relatives au droit à la CMU française

Les droits aux soins supplémentaires organisés dans le secteur public, sont nombreux et diversifiés selon les catégories de soins supplémentaires. Afin de mieux comprendre les droits aux soins supplémentaires, ils seront divisés en deux : (1) les droits à la couverture

maladie universelle de base, et (2) les droits à la couverture maladie universelle complémentaire, y compris les droits à l'Aide pour une Complémentaire Santé : ACS.

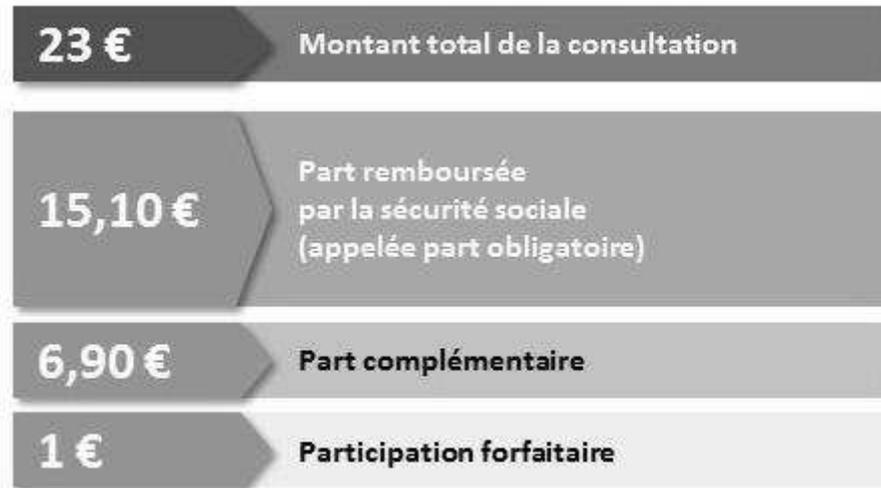
a : La couverture maladie universelle de base

Le système français du remboursement des dépenses médicales est divisé en deux niveaux: (1) la part obligatoire remboursée généralement par l'assurance maladie (ou dite « la sécurité sociale ») à hauteur de 65% des dépenses et (2) la part complémentaire (ou dite « ticket modérateur ») restant à la charge d'un patient ou remboursée à 34 % par une complémentaire santé, telle qu'une société d'assurance, une mutuelle, une institution de prévoyance. Cette complémentaire santé peut rembourser en partie ou en totalité les frais médicaux restant à la charge d'un patient, selon le contrat d'assurance maladie complémentaire. De plus, il existe aussi certains montants restant à la charge d'un patient, tels que la participation forfaitaire d'un euro²⁹, les franchises médicales³⁰.

²⁹La participation forfaitaire d'un euro est une somme qui est demandée à la personne âgée plus de 18 ans pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

³⁰La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Le montant de la franchise est de 0,50 euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple), 0,50 euro par acte paramédical, 2 euros par transport sanitaire.

Le remboursement de la dépense de santé en France



Source : Couverture maladie universelle, *Présentation générale* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 06/05/2013]. Disponible sur : http://www.cmu.fr/les_droits_a_la_couverture_maladie.php

La CMU de base est une couverture maladie qui offre la prise en charge de la part obligatoire. Elle permet au bénéficiaire d'être remboursé de ses dépenses médicales (y compris à l'hôpital) dans les mêmes conditions que les autres assurés. Le bénéficiaire de la CMU de base doit payer directement ses dépenses médicales, comme les consultations médicales, les médicaments, les examens médicaux, et l'assurance maladie lui remboursera par la suite la part obligatoire des dépenses. La part complémentaire, la participation forfaitaire et les franchises médicales, y compris le forfait journalier en cas d'hospitalisation³¹, restent donc à la charge du bénéficiaire.

En ce qui concerne les prestations à la CMU, elles sont principalement concernées les prestations en nature du régime général de la sécurité sociale³². Les tarifs de la sécurité sociale sont donc les bases du remboursement effectués par la CMU de base. En cas de dépassements d'honoraires qui sont les différences entre le montant facturé par un médecin traitant du bénéficiaire et le montant maximum reconnu par l'assurance maladie et sur la

³¹Le forfait journalier est la participation à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il est de 18 euros par jour dans la majorité des cas et de 13,50 euros par jour dans les services psychiatriques des établissements de santé.

³²CHAUCHARD J., *op. cit.*, p. 381.

base duquel sont fixés les remboursements, ces montants restent donc à la charge des bénéficiaires de la CMU de base.

En outre, la CMU de base est normalement gratuite, à l'exception de revenu du bénéficiaire dépassant le plafond imposé chaque année dans la loi³³. Dans ce cas exceptionnel, le bénéficiaire a l'obligation de verser la cotisation égalant à 8% du montant de son revenu fiscal de référence mentionné dans le dernier avis d'imposition, déduction faite du plafond d'exonération. Enfin, le bénéficiaire doit déclarer tous les ans à la CPAM ses ressources financières et montrer aussi les pièces justificatives demandées, notamment le dernier avis d'imposition, afin de mettre à jour le droit à la CMU de base.

b : La couverture maladie universelle complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est pour la personne couverte par l'assurance maladie ou la CMU de base, disposant de faibles ressources et étant incapable de payer la part complémentaire. Le bénéficiaire de la CMU-C possède le droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) et aussi le droit d'être dispensé de faire l'avance des frais.

La CMU-C couvre la part complémentaire des dépenses médicales qui reste normalement à la charge des assurés. Grâce à la CMU-C, le bénéficiaire ne paie rien; ses dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Les prestations de cette protection complémentaire couvrent les frais de santé, par exemple les médicaments, les analyses médicales, les consultations, le ticket modérateur, les prothèses dentaires, les traitements orthodontiques, les prothèses auditives, la lunetterie, les dispositifs médicaux, le forfait journalier en cas d'hospitalisation etc. Le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. Les bénéficiaires de cette protection complémentaire ont même accès aux systèmes du tiers-payant, ce qui soulage de manière importante les individus et les familles connaissant un faible pouvoir d'achat³⁴.

De plus, le bénéficiaire de la CMU-C peut consulter tous les professionnels de santé (en cabinet, à l'hôpital, en clinique). Cependant, une attitude de refus de soins est opposée aux bénéficiaires de la CMU-C émanant de certaines professions de santé (médecins

³³Le plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base est fixé à 9 356 euros du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013.

³⁴PETIT F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Master Pro », Gualino, Paris, 2009, p. 163; KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Cours », 3^e édition, Dalloz, Paris, 2009, p. 236 et 615 ; et CHAUCHARD J., *op. cit.*, p. 385.

spécialistes du secteur 2, dentistes)³⁵. Le bénéficiaire ne peut être facturé aucun dépassement d'honoraires, à l'exclusion d'exigence particulière par le bénéficiaire, par exemple une demande de visite à domicile injustifiée, une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet, etc.

En outre, le bénéficiaire possède le droit d'être dispensé de faire l'avance des frais médicaux, à savoir il ne paie pas directement ses dépenses de santé pour la part obligatoire et aussi la part complémentaire. Ces dépenses sont réglées par la caisse d'assurance maladie et l'organisme gérant la CMU-C du bénéficiaire. Grâce à la CMU-C, le bénéficiaire peut également bénéficier de réductions sur la facture de gaz et d'électricité et sur la carte de transport.

Cependant, certaines personnes dont les ressources dépassent le plafond d'attribution de la CMU-C, peuvent bénéficier d'une aide financière s'appelant « Aide pour une Complémentaire Santé : ACS ». L'ACS prend en charge la part complémentaire des dépenses médicales pendant un an. Cette aide permet au bénéficiaire de réduire le montant de la cotisation annuelle et, dans certains cas, de les prendre en charge totalement. Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge du bénéficiaire, ainsi il existe une aide de 100 euros pour le bénéficiaire âgé moins de 16 ans, 200 euros pour le bénéficiaire âgé de 16 à 49 ans, 350 euros pour le bénéficiaire âgé de 50 à 59 ans, et 500 euros pour le bénéficiaire âgé plus de 60 ans³⁶. Les remboursements de la part complémentaire sont effectués en fonction des garanties prévues dans le contrat de complémentaire santé du bénéficiaire.

De plus, le bénéficiaire de l'ACS possède également le droit à l'être dispensé de faire l'avance des frais médicaux pour la part obligatoire; le montant de cette part est directement réglé par l'assurance maladie. Le bénéficiaire ne paie pas directement ses dépenses de santé, à condition de respecter le parcours de soins coordonnés. Ainsi, le bénéficiaire doit choisir et consulter prioritairement son médecin traitant pour son suivi médical. S'il ne le respecte pas, il doit donc supporter des pénalités financières. Néanmoins, chaque soin ou chaque consultation médicale, le bénéficiaire doit présenter son attestation de droit à la ACS et ne paie que 7,90 euros à son médecin traitant pour la part complémentaire et la participation forfaitaire de 1 euros.

L'ACS peut être effectuée avec tous les contrats individuels de complémentaire santé qui doit comporter certaines garanties, telles que la prise en charge des consultations de

³⁵MARIE R., « CMU et difficultés d'accès aux soins », *JCP*, 2009, S, p. 1591s.

³⁶Couverture maladie universelle, *Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)*, *op. cit.*

médecin traitant et de ses prescriptions, la prise en charge des prestations liées à la prévention, et exclure la prise en charge des franchises médicales, participations forfaitaires et pénalités pour non-respect du parcours de soins coordonnés. L'ACS peut être appliquée également sur le contrat de sortie CMU-C³⁷ mais n'inclue pas le contrat collectif obligatoire³⁸ qui est proposé par l'entreprise du bénéficiaire.

B : Considérations relatives au droit à la CMU et aux difficultés du système de l'assurance maladie thaïlandaise

Les droits à la CMU thaïlandaise sont offerts de diverses façons aux bénéficiaires ceux qui peuvent être divisés en huit grands groupes. Même si les systèmes thaïlandais de l'assurance sanitaire peuvent protéger plus de 95 % des citoyens thaïlandais, il existe encore un problème de disparité entre les trois systèmes de l'assurance sanitaire. Dans ce sujet, on mettra tout d'abord l'accent sur les droits fondamentaux à la CMU, ensuite les problèmes liés à la disparité entre les trois systèmes de l'assurance maladie, et enfin les propositions concernant l'assurance sanitaire.

a : Les droits fondamentaux aux soins supplémentaires

Le droit à l'assurance de la santé est un droit assuré et protégé par l'Etat. Les citoyens thaïlandais qui ne sont pas couverts par les autres systèmes d'assurance sanitaire, ni par la sécurité sociale, ni par le système d'assurance sanitaire destiné aux fonctionnaires et aux autres agents publics, seront couverts par la CMU lorsqu'ils s'enregistrent auprès de l'établissement sanitaire près de leur domicile ou à l'Office de l'assurance sanitaire se trouvant dans la ville où ils habitent.

La protection des bénéficiaires par la CMU de Thaïlande n'est pas compliquée par rapport à celle de la France puisque la CMU thaïlandaise est gérée directement par l'Etat. Selon la politique actuelle, effective depuis le 1^e septembre 2012, du gouvernement de Yingluk Chinawat, les bénéficiaires de la CMU doivent posséder une carte sanitaire qui

³⁷Le contrat de sortie CMU-C est un contrat de complémentaire santé offrant des garanties similaires à la CMU-C, telles que la prise en charge des soins, des consultations, des médicaments à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale, forfait de lunettes , forfaits des prothèses dentaires, les prothèses auditives. Mais, il n'est pas pris en charge les majorations pour non-respect du parcours de soins, les franchises médicales, la participation forfaitaire de 1 €, et les dépassements d'honoraires facturés par les médecins.

³⁸Le contrat collectif obligatoire, proposé par l'entreprise du bénéficiaire, exclue généralement d'utiliser l'ACS. Une partie de la cotisation dans ce contrat est prise en charge par l'employeur.

s'appelle « la carte d'or » et doivent aussi payer, à chaque visite médicale, trente bahts de participation, sauf pour les personnes des 21 groupes, ci-dessous ;

1. Les personnes soignées en cas d'urgence ou les malades soignés auprès des hôpitaux de niveau inférieur aux hôpitaux municipaux
2. Les personnes ayant un revenu faible
3. Les dirigeants, comme le chef de village, ainsi que leur famille
4. Les bénévoles sanitaires et leur famille
5. Les personnes de plus de 60 ans
6. Les enfants de moins de 12 ans
7. Les personnes handicapées
8. Les moines bouddhistes, les chefs religieux islamiques certifiés et leur famille
9. Les vétérans et leur famille, y compris les soldats titulaires de la médaille de Victoire
10. Les élèves d'établissements scolaires qui précèdent le lycée.
11. Les élèves militaires et les soldats
12. Les titulaires de la médaille de guerre européenne et leur famille
13. Les bénévoles du projet du paludisme du ministère de la santé publique et leur famille
14. Les mécaniciens d'appareils sanitaires d'un projet du ministère de la santé publique et leur famille
15. Les titulaires de la médaille de frontière
16. Les titulaires de la médaille de fiduciaires affranchis
17. Les membres de la Croix-Rouge ayant fait des dons de sang plus de 18 fois
18. Les médecins volontaires d'un projet du ministère de la Défense
19. Les bénévoles de la garde du comportement du ministère de la Justice
20. Les bénévoles militaires de l'armée de terre
21. Les personnes exprimant le souhait de ne pas payer le co-paiement

On peut remarquer que la présence du 21^e groupe exonéré conduit finalement à l'évitement de co-paiement de la part des bénéficiaires et à l'absence d'achèvement de la politique de participation aux frais médicaux. Cette détermination démontre également la politique illogique et incertaine de co-paiement. Si le gouvernement actuel voulait affirmer l'existence de la participation sanitaire des bénéficiaires, il devrait annuler le 21^e groupe exonéré. A l'inverse, s'il voulait changer de la politique de co-paiement à la politique

sanitaire gratuite de la CMU, il devrait annuler totalement ces 21 groupes exempts et annoncer clairement cette politique nouvelle à sa population.

Généralement, les bénéficiaires paient seulement trente bahts de participation et ne paient pas les frais médicaux dès qu'ils sont traités auprès leur établissement sanitaire traitant. Ils peuvent accéder aux soins sans payer des frais médicaux et ils ont aussi automatiquement le droit d'être dispensé de faire l'avance des frais. Contrairement à la France où le bénéficiaire de la CMU de base doit prendre en charge certaines parts de dépenses médicales; c'est la part complémentaire s'évaluant à 34 % de la dépense pour chaque traitement. Sauf si le bénéficiaire a demandé une aide financière comme la CMU-C ou l'ACS dans ce cas il n'a rien à payer.

Les soins et les services sanitaires par la CMU sont destinés à couvrir différents besoins : (1) la promotion de la santé, la prévention et le contrôle des maladies telles que le dépistage et le soin des femmes enceintes, la protection de la santé, la nutrition, et les vaccinations pour les enfants, la visite et le traitement à domicile, le conseil et le support à la participation de la population dans le domaine de la promotion de santé, (2) le diagnostic, le traitement et la réhabilitation pour des patients jusqu'à la fin du traitement, y compris le traitement par la médecine alternative, (3) l'accouchement (pour deux accouchements seulement).

(4) la dépense à la nourriture et le forfait journalier en cas d'hospitalisation, (5) le forfait dentaire, (6) les médicaments et les fournitures médicales (7) la transmission des malades à l'autre établissement sanitaire pour but de traitement, et (8) les autres services médicaux et les autres dépenses médicales imposées par la commission de l'assurance sanitaire nationale.

Même si la portée des droits à la CMU est large et étendue, la distribution de certains médicaments reste limitée, comme les médicaments pour les maladies cardiaques, le cancer, etc. Les bénéficiaires voient ainsi à leur charge totale ces frais médicaux. Néanmoins, pour certaines catégories de médicaments ou de traitements, les bénéficiaires peuvent les recevoir ou accéder aux soins par le paiement participatif, seulement trente bahts. Par exemple, le médicament anti-sida³⁹, le traitement pour les patients souffrant de troubles psychiatriques lors d'une hospitalisation de plus de quinze jours⁴⁰, l'opération du foie pour les enfants âgés

³⁹Déclaration de la commission de l'assurance sanitaire nationale de 14/2005, le 24 novembre 2005.

⁴⁰Déclaration de la commission de l'assurance sanitaire nationale de 5/2010, le 10 mai 2010.

de moins de 18 ans⁴¹, la transplantation cardiaque⁴², etc. Cependant, les dépenses pour des lunettes ne font pas partie des services sanitaires fournis. A l'inverse, ces dépenses peuvent être remboursées par la Sécurité sociale française et par la CMU française.

Lors de la création de la CMU en 2002, les gens ont émis une certaine réticence à l'égard de la qualité des médicaments offerts par la CMU car ces médicaments étaient délivrés à titre gratuit et que la CMU était un projet récent et novateur de l'Etat à ce moment-là⁴³. Ce que je trouve important, c'est que l'Etat doit donc établir les mesures destinés à augmenter et renforcer la confiance du public sur la qualité des médicaments et celle des services sanitaires à la CMU. Ainsi, il doit nommer une commission sanitaire prenant en charge le contrôle des établissements sanitaires partenaires sur la qualité des services, et établissant un rapport rendu public chaque année.

Néanmoins, certains services médicaux ne sont pas offerts aux bénéficiaires de la CMU et peuvent être divisés en trois grands groupes: (1) les services médicaux qui n'apparaissent pas essentiels pour la vie, tels que le traitement de l'infertilité, la fécondation in vitro (FIV), la chirurgie esthétique sans indication médicale, le diagnostic et le traitement inutile et sans indication médicale, le traitement étant en train d'expérimentation, (2) les services médicaux pris en charge par les autres système d'assurance sanitaire, tels que le traitement et la réhabilitation d'un malade toxicomane selon la loi sur les drogues, le traitement visé au victime d'accident de voiture. Ce dernier est sous la charge d'entreprise d'assurance ou la caisse d'accident de voiture imposée dans la loi sur la protection des victimes d'accident de voiture. Et (3) les autres services médicaux, par exemple le traitement nécessitant une hospitalisation de plus de 180 jours, sauf en cas de nécessité ou d'indication médicale.

En outre, le bénéficiaire ne peut exercer son droit à la CMU qu'auprès de l'établissement sanitaire traitant qu'il a choisi et enregistré et qui est plus près de son domicile. Toutefois, une politique récente du gouvernement a été lancée. Il s'agit de permettre au bénéficiaire d'être soigné auprès de n'importe quel établissement sanitaire le plus proche, en cas de maladie ou d'accident urgent. Ceci dans le but de sauver une vie et/ou de soulager la souffrance à cause de la maladie ou l'accident. Il est dispensable d'informer immédiatement l'établissement sanitaire accueillant de son droit à l'assurance sanitaire.

⁴¹Déclaration de la commission de l'assurance sanitaire nationale de 2/2011, le 21 février 2011.

⁴²Déclaration de la commission de l'assurance sanitaire nationale de 3/2011, le 14 mars 2011.

⁴³SIRISINSUK Y., *op. cit.*, p. 9 et 66.

C'est-à-dire que tous les citoyens thaïlandais qui sont couverts par n'importe quel système d'assurance sanitaire, peuvent accéder aux soins dans tous les établissements sanitaires en cas d'urgence. Ceci est conforme à la politique gouvernementale visant à la création de l'unité et à la réduction de la disparité entre les trois systèmes principaux de l'assurance sanitaire en Thaïlande⁴⁴.

D'après l'étude sur les trois systèmes principaux d'assurance sanitaire en Thaïlande: la Sécurité sociale, le système destiné aux fonctionnaires et autres agents publics, et la CMU, on remarque que tous les trois possèdent des différences sur l'exécution et la gestion financière, ainsi que les organisations responsables qui sont clairement séparées. Cela conduit au problème de la disparité et de l'inégalité de portée des droits à l'assurance sanitaire, notamment en cas de soin général qui ne nécessite pas l'urgence. Le sujet suivant est donc l'étude des problèmes liés à la disparité et aux propositions concernées.

b : Les problèmes liés à la disparité entre les trois systèmes de l'assurance maladie

La Thaïlande est montrée par la communauté internationale comme un pays qui dispose de systèmes efficaces en matière d'assurance sanitaire. Même ce n'est pas un pays riche, il peut fournir des soins et des services sanitaires pour tous les citoyens thaïlandais. Actuellement, 70 millions de citoyens thaïlandais sont couverts par les systèmes différents d'assurance sanitaire. Ces systèmes publics sont divisés en trois caisses principales: la caisse de la sécurité sociale, la caisse pour les fonctionnaires et les autres agents publics et la caisse de la CMU.

Les trois caisses sont prises en charge par des organismes responsables différents. Ainsi, la caisse de la sécurité sociale est organisée par l'Office de la sécurité sociale, auprès du Ministre de travail et protection sociale. La caisse pour les fonctionnaires et les autres agents publics est gérée directement par le Département du contrôleur général, placé au sein du Ministère de la Finance. La CMU est mise en place par l'Office de l'assurance sanitaire nationale, auprès du Ministère de la santé publique. Ces trois caisses sont exécutées et gérées d'une manière séparée. Il en résulte que les coûts d'organisation, de gestion, et d'administration de chaque caisse sont plus élevés et doublés, et les prestations médicales offertes aux bénéficiaires s'avèrent différentes et inégales.

⁴⁴Office de l'assurance sanitaire nationale, *Des questions et des réponses concernant l'accès aux services médicaux en cas d'urgence, la politique destinée à établir l'unité et réduire l'inégalité entre trois caisses*, op. cit., p. 1.

Concrètement, on trouve les différences outre ces trois caisses en plusieurs domaines, tels que les bases de données médicales des patients, le moyen de calcul des coûts de soins et services sanitaires, le système de vérification et surveillance du remboursement des frais médicaux, la procédure administrative, les voies de recours. Ces différences ont conduit à l'augmentation des coûts d'exécution et de gestion et aussi au problème de disparité des droits de soins de ces trois caisses. Par exemple, la même maladie peut avoir un taux différent à rembourser, un patient qui est couvert par la caisse ayant le taux de remboursement plus haut, est susceptible en conséquence d'accueillir et recevoir un meilleur traitement médical, etc.

Les trois caisses ont été créées à une période différente et destinées à la couverture maladie pour les catégories socio professionnelles distinctes ; c'est pourquoi les droits ou les prestations médicales sont offerts d'une manière différente dans chaque caisse. Par exemple, les fonctionnaires et leur famille peuvent être accueillis auprès tous les établissements sanitaires publiques, alors que les bénéficiaires à la sécurité sociale et ceux à la CMU ne peuvent être traités que dans l'établissement sanitaire traitant qu'ils ont déjà choisi et enregistré. Les assurés à la sécurité sociale doivent cotiser chaque mois en contrepartie d'accéder aux soins, tandis que les fonctionnaires reçoivent des traitements médicaux et services sanitaires gratuitement, et quasi gratuitement pour les bénéficiaires de la CMU, etc. Cela est la cause de revendication de certains assurés à la sécurité sociale de refuser de cotiser à sa caisse. Ces assurés pensent qu'ils paient d'une manière double pour l'assurance maladie : (1) ils versent la taxe chaque année à l'Etat qui subventionne ensuite la caisse pour les fonctionnaires et la caisse de la CMU, et (2) ils versent également la cotisation chaque mois à la caisse de la sécurité sociale.

En outre, les bénéficiaires à la sécurité sociale et ceux à la CMU reçoivent des soins et des services sanitaires d'une manière plus désavantageuse que ceux du système d'assurance sanitaire pour des fonctionnaires. Cela est un problème lié au moyen de remboursement des frais médicaux aux établissements sanitaires partenaires. En effet, les frais médicaux de la sécurité sociale et ceux de la CMU sont remboursés par « le forfait médical » calculé pour chaque bénéficiaire et par an. Tandis que les frais médicaux du système pour les fonctionnaires et les autres agents publics sont remboursés aux établissements sanitaires publics par « le service médical ». Le remboursement par le forfait médical est la grande cause qui justifie la motivation d'abaisser le coût des soins à l'établissement sanitaire. Contrairement, le remboursement par le service médical est imposé le plafond plus élevé

que les systèmes de la sécurité sociale et la CMU, les fonctionnaires reçoivent donc des soins et des services sanitaires d'une manière plus favorisée.

Toutefois, il y a un effort de réduire la disparité entre les trois caisses dans le cadre du remboursement des frais médicaux. En effet, les frais médicaux concernant des maladies graves ou des maladies chroniques seront remboursés complémentaires pour les établissements sanitaires partenaires à la sécurité sociale et à la CMU.

Il est évident que l'existence des plusieurs caisses de l'assurance maladie n'est pas un obstacle, si l'exécution, la gestion et la surveillance sont sous la responsabilité d'un même organisme ou d'un organisme central⁴⁵. La création d'un organisme destiné à l'exécution et la surveillance des trois caisses, permet de réduire un problème de double du coût de la gestion et de l'administration, et aussi de déterminer en commun les standards concernant les prestations, le moyen du remboursement des frais médicaux, le taux de la cotisation, la qualité de soin, etc.

c : Les propositions concernant l'assurance sanitaire

A la suite de l'étude sur les systèmes d'assurance sanitaire publique en France et en Thaïlande dans le cadre de l'exécution, la gestion, les organismes responsables, les qualifications de bénéficiaires et les prestations sanitaires de chaque système, on trouve des problèmes liés aux systèmes de l'assurance sanitaire thaïlandaise. Certains problèmes peuvent être résolus en conformité avec le modèle de la sécurité sociale française, mais certains problèmes ont besoin des solutions raisonnables et identiques au contexte thaïlandais. Selon moi, je propose cinq suggestions pour résoudre et développer le système de l'assurance sanitaire destinée aux citoyens thaïlandais.

(1) Créer un organisme central indépendant à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il sera destiné à contrôler et surveiller les mises en œuvre de trois caisses de l'assurance sanitaire du pays, ainsi que déterminer des politiques centrales et des directions nationales d'assurance sanitaire que les trois caisses doivent respecter et se conformer. Donc, il n'est pas nécessaire de dissoudre les trois caisses existantes, mais celles-ci doivent, sous la responsabilité d'un organisme central indépendant, poursuivre de travaux objectifs :

⁴⁵Institution de la recherche du système sanitaire, « La réduction de la disparité et l'établissement de l'équité aux trois caisses de la santé », *Revue de forum d'IRSS*, vol. 1, n° 6, novembre 2012, p. 6.

1.1 Partager les ressources entre les trois caisses, telles que l'utilisation ensembles des bases de donnée médicale des patients, l'utilisation partagée de matériels médicaux plus coûteux.

1.2 Assurer l'exécution et la gestion des trois systèmes de l'assurance sanitaire dans la même direction.

1.3 Vérifier le droit à l'assurance sanitaire des patients et d'éviter le problème de duplication du traitement.

1.4 Diriger et transmettre un patient atteint d'une maladie grave d'un établissement sanitaire à un autre établissement sanitaire qualifié, qui est un membre du réseau d'autre système de l'assurance sanitaire.

1.5 Assurer la compensation entre les trois caisses. Ainsi, la caisse qui a plus d'adhérents reçoit plus de cotisations, elle doit donc compenser les déficits des autres systèmes de l'assurance sanitaire qui a moins d'adhérents et donc moins de cotisations. Ce principe est illustré clairement dans le régime général de la Sécurité sociale française. Ce régime dispose de nombreux ressortissants et plus de cotisations, il compense donc toujours les déficits des autres régimes pour but de maintenir la solidarité dans la société.

1.6 Déterminer des normes centrales utilisées ensemble entre les trois caisses, tels que les prestations sanitaires, le taux du remboursement des frais médicaux, etc.

(2) Les propositions concernant l'assuré à la sécurité sociale :

2.1 Etendre la couverture d'assurance sanitaire aux membres de la famille de l'assuré qui sont les parents, le conjoint et tous les enfants, sans limitation du nombre d'enfant. Cela est comparable à l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents publics. Cette proposition est destinée à étendre la couverture maladie plus largement si possible aux membres de la société.

2.2 Etendre la couverture d'assurance sanitaire à titre obligatoire à ceux qui peuvent obtenir le salaire ou avoir le revenu, notamment aux catégories professionnelles indépendantes qui ne sont pas employés, par exemple, les artistes, les artisans, les agriculteurs, les femmes ménages etc. Ces personnes sont nombreuses en Thaïlande. Cette couverture est destinée à protéger la stabilité de la santé de ces personnes indépendantes, et aussi pour but à la fois d'augmenter les recettes de la caisse de sécurité sociale et de réduire la charge de la CMU.

En outre, l'élargissement de la protection par la Sécurité sociale permet aussi aux étrangers, notamment aux ouvriers, d'adhérer automatiquement au système de la sécurité sociale. En 2010, le nombre des étrangers vivant en Thaïlande est 2,7 millions et 90 % d'entre eux sont des ouvriers venant de Birmanie, Cambodge et Laos. La plupart de ces étrangers n'ont aucune couverture maladie, sauf s'ils travaillent dans le secteur industriel, commercial et de service, ils peuvent couverts d'une manière légale par la Sécurité sociale. Donc, l'élargissement de la protection par la Sécurité sociale aux autres catégories professionnels, au-delà le secteur industriel, commercial, et de service, est une proposition positive non pas seulement pour des citoyens, mais aussi pour des travailleurs étrangers. Cela conduira en fin à la bonne mise en place du système sanitaire du pays.

(3) Les propositions concernant la distribution de la cotisation :

3.1 Le taux de la cotisation distribuée à la Caisse de la sécurité sociale doit être révisé de manière appropriée chaque année. Il faut aussi augmenter le plafond à distribuer la cotisation (calculé en fonction de la base du salaire ou du revenu d'assuré) afin d'accroissement des recettes à la Caisse. L'assuré gagne plus de revenu, il est donc capable de cotiser davantage, en contrepartie de la couverture maladie pour lui et sa famille. La couverture maladie à la famille est une motivation très forte pour l'assuré de cotiser d'une manière plus élevée.

3.2 Il faut imposer l'obligation de cotiser à la caisse de la CMU pour le bénéficiaire qui a un revenu plus élevé, mais avec un taux plus bas que les autres systèmes d'assurance sanitaire, et il faut annuler le 21^e groupe exonéré qui sont les personnes exprimant le souhait de ne pas payer le co-paiement parce que la part de participation doit sous la charge de tous bénéficiaires à la CMU. En revanche, les personnes qui n'ont pas de revenu ou possèdent les ressources plus faible et inférieures à un plafond imposé par la loi, n'ont pas l'obligation de cotiser ou payer la part de participation. Elles peuvent être soignées gratuitement sans payer. Les systèmes français de la CMU de base, la CMU-C et l'ACS sont de bons modèles de l'assurance maladie dont la Thaïlande peut s'inspirer. Néanmoins, ces modèles françaises doivent être un peu modifiées et appliquées à la fin de l'appropriation dans le contexte thaïlandais.

Il me semble que l'offre des soins et des services sanitaires gratuits est une bonne chose, mais on doit tenir compte aussi la réalité des finances du pays. L'offre des soins gratuits par la CMU est l'une des compagnes ce que le gouvernement a annoncé au public

pendant l'élection de Premier Ministre de 2001, 2008 et 2011. L'accès aux soins gratuits par la CMU sans limitation conduit à l'augmentation de la charge pour l'Etat et la nécessité de chercher les ressources et les budgets pour financer la Caisse de la CMU. En Thaïlande, il y a plus de 70 % des citoyens thaïlandais qui sont les bénéficiaires de la CMU. L'imposition de la part de participation pour la dépense médicale est un dispositif qui oblige le bénéficiaire à connaître la valeur des ressources médicales et à ne pas gaspiller les médicaments et les matériels médicaux, mais à les utiliser efficacement.

3.3 Concernant le système d'assurance sanitaire destiné aux fonctionnaires et autres agents publics, le bénéficiaire n'a pas l'obligation de verser la cotisation en raison de son revenu faible. Le bénéficiaire et sa famille peuvent être soignés gratuitement auprès tous les établissements sanitaires publics. Cet avantage est l'une des motivations très fortes qui attirent des personnes qualifiées à travailler dans le secteur public, même si, dans le secteur privé, elles peuvent gagner le salaire plus élevé. Donc, il faut à la fois l'imposition du devoir à cotiser et l'augmentation des salaires aux fonctionnaires et aux autres agents publics ayant le revenu faible.

(4) La proposition concernant le moyen du remboursement des frais médicaux à l'établissement sanitaire partenaire : afin d'éviter l'inégalité des prestations de services médicaux, le remboursement des frais médicaux à l'établissement sanitaire doit être effectué d'une même manière, c'est le remboursement par le forfait médical. Cette forme de remboursement permet de prévoir facilement les dépenses sanitaires annuelles de chaque caisse, et permet de savoir précisément et exactement le budget de la dépense de chaque caisse. Toutefois, pour des maladies graves ou des maladies chroniques qui augmentent les dépenses d'un établissement sanitaire, chaque caisse de l'assurance maladie doit allouer des budgets complémentaires à l'établissement sanitaire qui accueille ces patients.

(5) Les propositions concernant les droits ou les prestations d'assurance maladie ;

5.1 Il faut offrir les soins et les services sanitaires aux bénéficiaires d'une manière égalité, et aussi réduire la disparité des droits ou des prestations médicaux entre les trois caisses. L'organisme central de l'assurance sanitaire doit prendre en charge d'établir des normes centrales de tous domaines sanitaires que les trois caisses se conformeront, par exemple, le moyen du remboursement des frais médicaux, la qualité de service sanitaire, la qualité de médicaments, etc.

5.2 Chaque année, il faut tenir compte d'étendre la couverture de nouvelles maladies qui n'a pas encore été couvertes par l'assurance maladie, notamment des maladies graves et des maladies chroniques. Pour ces maladies, il est probable que le bénéficiaire ayant le revenu plus élevé, prendre en charge de la part de participation (co-paiement) dans chaque fois qu'il est traité et cela est gratuite pour les pauvres. Le co-paiement est l'un des dispositifs d'encourager les gens à participer la prévention de maladies.

La réalisation de ces propositions nécessite la coopération de tous secteurs concernés, soit des organismes responsables d'assurance sanitaire, soit des réseaux d'établissement sanitaire, soit la population thaïlandaise. Enfin, les gens doivent prendre en compte leur santé, maintenir en bonne santé et éviter les causes détruisant la santé afin de réduire des dépenses sanitaires de l'Etat.

Section 2 : L'accès aux soins des étrangers

Au-delà de la mise en place de service public dans le domaine médical et sanitaire destinés aux citoyens, tous les Etats prennent en charge aussi la fourniture des aides médicales aux étrangers qui visitent pour le court terme, vivent ou travaillent au long terme dans le pays. France et Thaïlande mettent en place leur système sanitaire pour fournir des services médicaux visés aux étrangers, mais sont dans des conditions différentes, selon le but d'entrée, la durée, la résidence et la qualification des étrangers qui vivent ou travaillent dans le pays.

§ 1 : L'affiliation aux soins supplémentaires

Les étrangers qui seront obtenir l'aide médical par l'Etat, doivent remplir tous les conditions imposées évidemment par l'Etat. Les étrangers vivant en France au titre légal peuvent être couverts par la CMU, comme des autres citoyens français, mentionné ci-dessus. En cas de l'illégalité de l'entrée, ils ont le droit d'exiger à l'Etat l'aide médical en forme de l'Aide médical l'Etat (AME), s'ils remplissent tous les conditions déterminées. Contrairement à la Thaïlande, la CMU ne se fait fournir que les citoyens thaïlandais, les étrangers n'ont pas le droit à la demande de celui-ci. Néanmoins, les étrangers, notamment les travailleurs, peuvent acheter « une assurance de la santé destinée aux étrangers » avec le prix moins cher qui est offert et gérée par l'Etat.

A : L'Aide médicale de l'Etat (AME) en France

Le droit à l'accès aux soins des étrangers en France est assuré la première fois par l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur la sécurité sociale et le décret du 29 novembre 1953 portant réforme de l'assistance de l'aide médicale⁴⁶. Aujourd'hui, l'accès aux soins des étrangers est assuré de deux manières différentes, en fonction de la condition de régularité du séjour. Ainsi, les étrangers en situation régulière sous réserve de remplir des conditions de présence en France et faibles ressources relèvent depuis 2000 de la couverture maladie universelle (CMU)⁴⁷. Alors, l'Aide médicale de l'Etat (AME) est réservée aux étrangers sans papiers. Les étrangers en situation irrégulière ne peuvent pas bénéficier de la même prise en charge de leurs soins que les autres étrangers⁴⁸.

L'AME est un dispositif médical géré par l'Etat. Elle permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins normalement gratuit, sous réserve de remplir deux conditions les conditions de résidence et celles de ressources⁴⁹. L'AME n'offre pas la couverture maladie seulement au demandeur, mais également pour les personnes qu'il a à sa charge, résidant sur le territoire français : (1) le conjoint (e), le concubin (e), le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ; (2) des enfants jusqu'à 16 ans ou jusqu'à 20 ans si ils sont étudiants, malades chroniques ou infirmes, ou encore jusqu'à 21 ans si les études sont été interrompues pour cause de maladie ; et (3) les parents (père, mère, grands-parents, parents et alliés jusqu'au 3^e degré) à condition de vivre sous le toit d'un demandeur et de se consacrer uniquement à la tenue de la maison et à l'éducation d'au moins 2 enfants de moins de 14 ans⁵⁰.

En outre, cette aide médicale est étendue à toute personne vivant sous le toit d'un demandeur depuis au moins douze mois et se trouvant à sa charge effective et permanente, même si aucun lien de parenté n'existe entre eux. Toute personne de nationalité française ou étrangère qui est gardée à vue, peut aussi bénéficier de l'AME⁵¹.

⁴⁶COURNIL C., « Précarisation du bénéfice de l'aide médicale d'Etat et difficultés d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière », *L'accès aux soins*, Actes du colloque n° 8, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, p. 156.

⁴⁷Art. L. 380-1, CSS.

⁴⁸Art. L. 251-1, CASF ; COURNIL C., *op. cit.*, p. 154-155.

⁴⁹Art. L. 251-1, CASF.

⁵⁰Art. R. 861-2, R. 861-3, D. 861-1, CSS ; VERSTICHEL A., *Mieux connaître ses droits*, ATD Quart Monde, Paris, 2007, p. 178.

⁵¹Le troisième alinéa de l'article L. 251-1, CASF. ; Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'AME, notamment la situation familiale et la composition du foyer (le statut des mineurs).

En ce qui concerne la première condition: la condition de résidence. Le demandeur doit résider en France en situation irrégulière au regard de la réglementation française (ne disposant pas d'un titre de séjour, d'un récépissé, d'une convocation à la préfecture ou de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours). Il doit vivre aussi en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer d'une manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Cette condition peut être remplie par la présentation de certains documents, comme un visa ou un tampon sur le passeport; une quittance de loyer, un contrat de location, une facture de plus de trois mois; une facture d'hôtellerie de plus de trois mois; une quittance de loyer et une facture de plus de trois mois, dans le cas d'hébergement à titre gratuit; une attestation d'hébergement par un centre d'hébergement, de plus de trois mois; une attestation de domiciliation par un organisme agréé, si un demandeur est sans domicile fixe; ou tout autre document de nature à prouver que cette condition de résidence de plus de trois mois est remplie⁵².

L'AME exige aussi la condition de ressources, ainsi les ressources d'un demandeur ne doivent pas dépasser un certain plafond imposé par la loi⁵³. Le plafond est déterminé en fonction de la composition du foyer du demandeur (le nombre de personnes qu'un demandeur a à sa charge) et les ressources sont prises en compte au cours des douze derniers mois précédant une demande de l'AME⁵⁴. En 2013, le plafond imposé pour une seule personne habitant en métropole est 7 934 euros par an ou égale 661.17 euros par mois. Alors, si un demandeur est bénéficiaire d'une aide au logement ou hébergé gratuitement ou propriétaire de logement, un montant forfaitaire est ajouté à ses ressources dans un souci d'équité avec un demandeur qui supporterait des charges de logement sans aide.

L'AME est valable seulement pour un an et son renouvellement n'est pas automatique⁵⁵. Il est indispensable de la renouveler chaque année et demander deux mois avant la date d'échéance. L'instruction d'un dossier de demande dure un mois maximum et la décision de la CPAM est prise dans un délai de deux mois. En cas de silence ou de refus de la CPAM, un demandeur peut exercer un recours contre cette décision. Ce recours est saisi par la Commission départementale d'aide sociale à la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS).

⁵²VERSTICHEL A., *op. cit.*, p. 179.

⁵³Art. L. 861-1, CSS.

⁵⁴VERSTICHEL A., *op. cit.*, p. 180.

⁵⁵Art. L. 252-3, CASF.

Par ailleurs, l'accès aux soins des étrangers est organisé aussi pour les étrangers ne résidant pas en France mais qui sont de passage avec un visa touristique ou un visa de court séjour. Ces personnes ont le droit de solliciter l'Aide Médicale de l'Etat à titre humanitaire en cas d'accident ou de maladie lors de leur passage en France et elles ne bénéficient ni de l'assurance maladie privée, ni de l'assurance maladie publique de leur pays d'origine. Ce dispositif médical permet aux étrangers d'être soignés par l'AME à titre humanitaire prenant en charge totale ou partielle des soins, mais un demandeur doit montrer un certificat médical qui mentionne son état de santé à la direction départementale de la cohésion sociale. La décision liée à cette aide médicale n'est que sous l'autorité du ministère chargé de l'action sociale⁵⁶.

Enfin, tous étrangers en France se font assurer le droit à l'accès aux soins⁵⁷, même si elles résident de façon irrégulière depuis moins de trois mois (sans visa touristique ou sans visa de court séjour, etc.), ou plus de trois mois mais n'ont pas l'AME. Les établissements sanitaires publics ont l'obligation d'accueillir et soigner ces étrangers en cas d'urgence ou pour « les soins urgents ». Il s'agit de soins dont l'absence mettrait en jeu l'atteinte à la vie même ou une aggravation de l'état de santé, durable, pour la personne ou pour l'enfant à naître, les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie transmissible, les soins dispensés aux mineurs, les soins liés à la grossesse et les soins dispensés au nouveau-né⁵⁸.

B : L'aide médicale pour les étrangers en Thaïlande

L'assurance de la santé des étrangers qui vivent ou travaillent en Thaïlande, revêt différentes formes et dépendent de leur entrée en Thaïlande. Si l'étranger entre légalement et est autorisé à travailler en Thaïlande, il obtiendra la couverture maladie et autres droits sociaux par la Sécurité sociale. Il a l'obligation de contribuer chaque mois en contrepartie il reçoit une couverture sociale similaire aux assurés thaïlandais. Toutefois, les étrangers ne peuvent pas être couverts évidemment par les deux autres systèmes de l'assurance santé. Ainsi, ils ne peuvent pas être couverts par le système de l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents publics car ces professions ne sont réservées pour qu'aux citoyens thaïlandais. Et ils ne peuvent pas bénéficier de l'assurance maladie par la

⁵⁶Art. L. 254-1, CASF.

⁵⁷Art. L. 6112-1 (13°), CSP.

⁵⁸Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

Couverture maladie universelle, car destinée à garantir et protéger seulement pour les personnes de nationalité thaïlandaise.

Selon un recensement de la population en 2010, on constate que le nombre des étrangers vivant en Thaïlande est 2,7 millions et 90 % de ces étrangers sont des ouvriers venant de Birmanie, Cambodge et Laos, qui entrent en Thaïlande dans le but de trouver un emploi et non pour visiter⁵⁹. Actuellement, l'Etat lance des politiques et met en place des dispositifs sanitaires appropriés pour ces étrangers. Ce sont les résultats de grand débat sur la protection du droit à la santé des ouvriers étrangers qui est un groupe influençant le développement économique du pays. Au-delà d'un objectif humanitaire, la protection de la santé de ces personnes est destinée à prévenir et résoudre la propagation des maladies contagieuses causées par des ouvriers étrangers travaillant en Thaïlande. En outre, la mise en place et l'établissement du droit à l'assurance de la santé aux étrangers, permettra de réduire et résoudre les problèmes financiers de certains établissements sanitaires qui assurent des soins médicaux aux étrangers à des fins humanitaires.

Afin de mieux comprendre le droit à l'assurance de la santé destinée aux étrangers en Thaïlande, on doit d'abord connaître les différentes formes d'entrée sur le territoire qui peuvent être divisées en quatre situations, en fonction de l'objectif recherché et la légalité de l'entrée et du travail. Ces formes ont une relation étroite avec le droit à l'assurance de la santé des étrangers.

1. L'entrée légale dans le but touristique.
2. L'entrée illégale dans un but touristique.
3. L'entrée légale pour travailler. Cette situation peut être divisée en deux parties : (1) les travailleurs étrangers couverts par la Sécurité sociale, et (2) les travailleurs étrangers non-couverts par la Sécurité sociale.
4. L'entrée illégale dans le but de travailler.

Les étrangers de la première et deuxième situation, entrent en Thaïlande pour voyager ou pour d'autres raisons non liées à la recherche d'un travail. En cas d'entrée légale, les étrangers achètent souvent à une société d'assurance, une assurance tourisme privée qui offre une couverture maladie. Dans le cadre de l'assurance de la santé gérée par l'Etat, même si le Ministre de la santé publique a lancé l'idée de « l'assurance publique de voyage destinée

⁵⁹THAI PR, « Beaucoup de travailleurs étrangers affluent au système de la santé thaïlandaise », in *Le Thai PR* du 18 octobre 2012, p. 3.

aux touristes étrangers », celle-ci n'est pour l'instant pas encore mise en place. Cette idée est destinée à la facilité les traitements médicaux et réduire le fardeau financier des Ambassades étrangères se trouvant en Thaïlande qui prennent en charge les dépenses médicales des voyageurs, atteints d'une maladie ou touchés par un accident⁶⁰.

Les étrangers de la troisième situation, entrent légalement en Thaïlande dans le but de travailler et sont titulaires d'un permis de travail, la plupart de ces étrangers sont issus de Birmanie, Cambodge et Laos. D'un point de vue juridique, ces travailleurs étrangers exerçant dans le secteur industriel, commercial, et de service sont couverts par la Sécurité sociale et possèdent également des droits sociaux comme les assurés thaïlandais. Mais pour ceux qui ne travaillent pas dans le secteur industriel, et exerçant dans le secteur de l'agriculture, la pêche, l'élevage, la forêt ou travaillant comme un agent d'entretien, ces personnes ne possèdent pas de droit à l'assurance santé assurée par la Caisse de sécurité sociale. Toutefois, l'assurance santé pour les travailleurs étrangers (hors Sécurité sociale), a été mise en place par l'Etat. Il permet à ces étrangers et leurs ayant droits (estimé à plus de 500 000 – 600 000 personnes) d'acheter séparément « une assurance publique de la santé », pour 1 900 bahts par personne. Cette assurance est valable un an et doit être renouvelée chaque année⁶¹. Elle est gérée par le Fonds de l'assurance sanitaire pour les travailleurs étrangers, établie depuis 2000⁶². Les prestations offertes comprennent le traitement médical, la promotion de la santé, et la prévention des maladies. En outre, les enfants étrangers, de moins de quinze ans, doivent acheter aussi une assurance publique de santé, de 365 bahts pour un an (ou seulement 1 baht par jour).

Néanmoins, il existe un autre groupe de travailleur étranger qui est en cours de démarche administrative pour obtenir la couverture maladie de la Sécurité sociale. Avant d'obtenir la couverture par la Sécurité sociale, l'assuré doit cotiser au moins trois mois. Dans ce cas, le législateur thaïlandais prévoit donc un dispositif sanitaire qui permet à ces étrangers d'acheter « une assurance santé à titre temporaire » coutant 650 bahts, valable pendant 6 mois, selon la Résolution du Cabinet des Ministres sur la gestion des travailleurs

⁶⁰BANMAENG, « le Ministre de la santé publique encourage les étrangers en Thaïlande à acheter la carte d'assurance santé », in *Le Banmaeng* du 10 juin 2013, p. 2.

⁶¹TNA News, « le Ministre de la santé publique impose aux étrangers en Thaïlande à acheter la carte d'assurance santé », in *Le TNA News* du 3 juin 2012, p. 5.

⁶²THAI PR, *op. cit.*, p. 3.

étrangers de nationalité birmane, cambodgienne et laotienne entrés illégalement en Thaïlande de 2012, lancée le 13 février 2012⁶³.

Les étrangers de la quatrième situation qui entrent illégalement pour chercher l'emploi en Thaïlande, peuvent acheter aussi aux établissements sanitaires en réseau, « une assurance santé » gérée par l'Etat, au même prix que les étrangers entrant légalement sur le territoire. Le droit à l'assurance de la santé n'est, en principe, réservé ou limité qu'aux étrangers immigrant légalement, mais ce droit est étendu aux étrangers immigrant illégalement, c'est-à-dire, la couverture maladie aux étrangers qui entrent illégalement sur le territoire selon la loi sur l'immigration de 1979, selon la Résolution de Cabinet des Ministres de 2012⁶⁴. Le prix et la durée valable d'une assurance santé, y compris le droit à l'assurance pour les ayants droits de l'assuré (les parents, le conjoint, les enfants, etc.), sont les mêmes que celles des étrangers de la troisième situation.

Lors du premier tour de vente de l'assurance de la santé, du 15 janvier au 14 avril 2013, on a constaté que très peu d'étrangers ont acheté une assurance publique de santé, 18 413 étrangers soit seulement 2 % des étrangers vivant en Thaïlande. Ce refus d'acheter une assurance de santé entraîne des difficultés notamment pour le contrôle de la propagation des maladies contagieuses, la planification de naissance des bébés étrangers, et le problème financier de certains établissements sanitaires portant des soins aux étrangers. Les données de 2004 – 2009, montrent que 10 000 à 20 000 bébés étrangers naissent en Thaïlande chaque année et qu'actuellement, il existe totalement 400000 à 500000 enfants sans nationalité en Thaïlande⁶⁵.

On peut constater que le droit à l'assurance santé destinée aux étrangers vivant en Thaïlande, ne prend pas en compte pas la durée de résidence, la stabilité de résidence, ou le plafond des ressources. Ceci apparaît différent de la France, où seuls les étrangers vivant en France d'une manière stable et régulière depuis au moins de trois mois, peuvent exiger le droit à la CMU. Les étrangers résidant en France sans papiers mais en demande d'un titre de séjour ou d'un récépissé, ont le droit d'exiger la couverture maladie par l'AME. Les étrangers en France pourront bénéficier gratuitement de la CMU ou de l'AME lors que leurs ressources financières sont inférieures au plafond imposé par la loi. Pourtant, il existe un

⁶³TNA News, *op. cit.*, p. 5.

⁶⁴BANMAENG, *op. cit.*, p. 2.

⁶⁵TNA News, « le Ministère de la santé publique encourage les étrangers et leur famille à acheter la carte de l'assurance de la santé », in *Le TNA News* du 13 mai 2013, p. 7 ; et MANAGER, « Peu de vente ! Seulement 2 % des étrangers achètent les cartes de l'assurance de la santé », in *Le Manager* du 13 mai 2013, p. 6.

point juridique commun entre les deux systèmes français et thaïlandais, c'est que le droit à l'assurance santé pour les étrangers n'est pas un droit automatique, mais c'est un droit créance que les étrangers doivent demander à l'Etat d'accueil où ils vivent ou travaillent.

Toutefois, les étrangers qui vivent en Thaïlande et n'ont aucun titre d'assurance sanitaire, peuvent être soignés en pratique auprès des établissements sanitaires publiques pour des raisons humanitaires, notamment, en cas d'accident, d'urgence ou de nécessité. En outre, certains établissements sanitaires tentent de trouver des moyens ou des dispositifs sanitaires pour offrir des soins à ces étrangers. Concrètement, l'hôpital d'Umphang se trouvant au nord du pays prend en charge 84 000 personnes chaque année, et 62 % de ces patients n'ont aucun titre d'assurance santé. Cet hôpital ne peut pas refuser de soigner ces étrangers qui sont normalement pauvres, il les prend en charge donc de manière gratuite, sans remboursement des frais médicaux. Chaque année, cet hôpital souffre une perte financière d'environ 27 – 28 millions bahts et cette perte financière a tendance à augmenter chaque année⁶⁶.

En conclusion, l'Etat thaïlandais essaie de donner l'aide médicale aux travailleurs étrangers qui ne sont pas couverts par la Sécurité sociale. Tous les travailleurs étrangers qui entrent en Thaïlande, soit légalement, soit illégalement, peuvent accéder aux soins. Ainsi, l'Etat offre un forfait à l'assurance santé de 1 900 bahts par an pour tous les étrangers et leurs ayants droits, et de 365 bahts par an pour tous les enfants étrangers, moyennant une couverture maladie complète.

§ 2 : Les droits aux soins supplémentaires

Les droits aux soins destinés aux étrangers vivant en France (l'AME) ne sont pas gratuits, sauf lorsque le revenu du bénéficiaire est inférieur au plafond imposé par la loi, ainsi de nombreuses prestations en nature sont offertes aux bénéficiaires étrangers. Alors que les droits à la santé des étrangers, notamment pour des travailleurs en Thaïlande, sont fournis selon les diverses couverture maladie moyennant une contribution payante et forfaitaire, mais le prix est moins moindres.

⁶⁶THAIIPR, *op. cit.*, p. 3.

A : L'Aide médicale de l'Etat (AME) en France

Les avantages de l'AME permettent aux bénéficiaires: (1) la prise en charge des dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie, pour la part obligatoire, la part complémentaire et aussi la participation forfaitaire, et (2) le droit à la dispense d'avance de frais. Lors de la présentation la carte de l'AME, le bénéficiaire est dispensé de payer les dépenses médicales. Ces dernières seront remboursées directement au professionnel de santé par l'assurance maladie. Néanmoins, s'il existe des dépassements d'honoraires, ceux-ci restent à la charge du bénéficiaire.

Les bénéficiaires de l'AME peuvent choisir librement un établissement de santé, dans les mêmes conditions que les assurés sociaux et peuvent exercer leurs droits médicaux en cabinet ou à l'hôpital en cas de maladie ou de maternité, mais ils ne peuvent pas prendre les forfaits supplémentaires pour la prise en charge de soins dentaires, lunettes, ou prothèses auditives, contrairement à des bénéficiaires de la CMU.

Les prestations médicales offertes aux bénéficiaires de l'AME sont divisées en treize groupes principaux : (1) les frais de médecine générale et spéciale, (2) les frais de soins et de prothèses dentaires, (3) les frais pharmaceutiques et d'appareil (les médicaments sont pris en charge à condition qu'un bénéficiaire accepte les médicaments génériques, sauf si un médecin a précisé sur l'ordonnance que les médicaments d'un bénéficiaire étaient non substituables), (4) les frais d'analyse et d'examens de laboratoire, y compris les frais relatifs aux actes d'investigation individuels, (5) les frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle.

(6) Les frais d'intervention chirurgicale nécessaires, y compris les médicaments, produits et objets contraceptifs et frais d'analyse et d'examens de laboratoire ordonnés en vue des prescriptions contraceptives, (7) les frais de soins afférents à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), (8) les frais de transport de l'assuré ou des ayants-droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état de santé, (9) les frais de soins afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du code de la santé publique qui concerne l'examen médical prénuptial, (10) les frais de vaccinations obligatoires, (11) les frais relatifs aux examens de dépistage organisé pour les maladies aux conséquences mortelles évitables et les consultations de prévention, (12) les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens

prénataux et postnataux obligatoires, les frais liés à l'examen médical du père et aux examens obligatoires des enfants de moins de 6 ans, et (13) le forfait journalier hospitalier⁶⁷. Cependant, certains frais médicaux sont exonérés d'être pris en charge par l'AME, tels que les frais relatifs aux cures thermales, les frais relatifs à l'assistance médicale à la procréation⁶⁸.

B : L'aide médicale pour les étrangers en Thaïlande

Les prestations médicales pour les étrangers, notamment ceux qui entrent en Thaïlande pour travailler, sont nombreuses. Plus de 90 % des étrangers vivant en Thaïlande viennent de Birmanie, Cambodge et Laos, qu'ils soient entrés légalement ou pas. L'Etat met en place un système sanitaire pour offrir la providence médicale à ces étrangers. Il permet à l'étranger d'acheter une carte d'assurance de la santé, moyennant une couverture maladie complète pour lui, ses ayant droits, et ses enfants nés en Thaïlande. Le prix varie selon l'âge des assurés, est sous forme forfaitaire, et valable pendant un an. Les prestations médicales offertes se composent de quatre façons : (1) l'examen annuel de santé, (2) des services sanitaires et des traitements, (3) des services de la promotion de santé et la prévention des maladies, et (4) la surveillance des maladies.

Suite à la Résolution du Cabinet des Ministres sur la gestion des travailleurs étrangers de nationalité birmane, cambodgienne et laotienne entrés illégalement en Thaïlande de 2012, lancée par le Ministre de la santé publique, il est prévu de nombreuses prestations médicales destinées aux étrangers, ainsi⁶⁹ ;

Dans le cadre des services sanitaires, des services de traitement, et la surveillance des maladies, les bénéficiaires étrangers peuvent bénéficier six grandes prestations : (1) le diagnostic, le traitement et la réhabilitation d'une manière générale, (2) le diagnostic et le traitement des maladies coûteuses, (3) le traitement en cas d'urgence ou d'accident, (4) la transmission des malades à l'autre établissement sanitaire pour but de traitement, (5) le contrôle et la prévention des maladies issues de travailleurs étrangers, (6) la surveillance de la propagation des maladies.

Pourtant, certains traitements médicaux sont exclus des prestations offertes. Par exemple, le traitement pour les patients souffrant de troubles psychiatriques, l'opération du

⁶⁷VERSTICHEL A., *Mieux connaître ses droits*, ATD Quart Monde, Paris, 2007, p. 178.

⁶⁸Art. R. 251-1, CASF.

⁶⁹PRACHACHAT, « Il y a un projet de vente de la carte de l'assurance de la santé destinée à l'étranger, gérée par le Ministre de la santé publique », in *Le Prachachat-Turakit* du 10 juin 2013, p. 4.

foie, l'opération pour changer de sexe, la transplantation d'organes, la pose d'appareil dentaire, le traitement de l'infertilité, la fécondation in vitro (FIV), la chirurgie esthétique sans indication médicale, le diagnostic et le traitement inutile et sans indication médicale, le traitement étant en train d'expérimentation, le traitement et la réhabilitation d'une malade toxicomanie selon la loi sur les drogues, le traitement nécessitant une hospitalisation de plus de 180 jours, sauf en cas de nécessité ou d'indication médicale, le traitement de SIDA, sauf pour prévenir l'infection de la mère à l'enfant, etc.

Les nouveau-nés étant nés en Thaïlande, lorsque leurs parents achètent une carte d'assurance santé pour eux, pourront bénéficier en plus des prestations médicales, notamment, les vaccinations dispensables⁷⁰.

En outre, dans certains cas, des étrangers sont protégés par d'autres lois, donc ils ne peuvent pas être traités dans le cadre d'une assurance santé destinée aux étrangers. Tel est le cas de traitement visé pour les victimes d'accident de voiture puisque cette victime est sous la charge d'entreprise d'assurance ou la caisse d'accident de la voiture imposée dans la loi sur la protection des victimes d'accident de la voiture ; une victime d'un accident ou d'une maladie du travail est protégée par la loi sur la compensation de 1994.

Dans le cadre des services de la promotion de santé et la prévention des maladies, les bénéficiaires étrangers peuvent recevoir diverses prestations offertes, telles que l'examen et le traitement médical pour les femmes enceintes, le traitement médical pour prévenir l'infection de SIDA de la mère à l'enfant, la visite et le traitement à domicile, le traitement dentaire d'une manière préventive, le don des connaissances et informations sanitaires au niveau familial pour prévenir des maladies, le conseil et le support à la participation des étrangers dans le domaine de la promotion de santé⁷¹.

Néanmoins, les bénéficiaires étrangers peuvent exercer leur droit à l'assurance de la santé seulement auprès l'établissement sanitaire traitant qu'ils ont choisi et enregistré, le plus près de leur domicile. Cela est semblable au système de la CMU destinée aux citoyens thaïlandais. En outre, les établissements sanitaires partenaires ont une obligation très importante, c'est qu'ils doivent disposer ou préparer des interprètes pour la facilité de la

⁷⁰TNA News, « le Ministre de la santé publique impose aux étrangers en Thaïlande d'acheter la carte de l'assurance de la santé », *op. cit.*, p. 5.

⁷¹PRACHACHAT, *op. cit.*, p. 4.

communication⁷². Lorsque le droit à l'assurance de la santé est expiré, les bénéficiaires étrangers pourront le renouveler et ce droit sera effectif immédiatement.

On peut constater que le droit à l'assurance de la santé est un droit fondamental et aussi un droit de l'homme, l'Etat doit assurer et protéger non seulement les citoyens, mais aussi les étrangers qui vivent ou travaillent dans le pays. Dans le cadre de touristes ou visiteurs à court terme en Thaïlande, actuellement, il n'existe pas encore clairement de protection en cas d'accident ou maladie pendant leur visite. L'Etat thaïlandais doit donc chercher et lancer concrètement des orientations et mesures médicales appropriées pour assurer le droit à l'accès aux soins de ces étrangers. Il est probable qu'il transpose et adapte la forme de l'Aide médicale de l'Etat à titre humanitaire française, afin d'offrir l'aide médicale aux touristes ou visiteurs en Thaïlande.

Enfin, en ce qui concerne les travailleurs étrangers, il faut d'abord assurer à ces étrangers une nationalité. S'ils ont la nationalité thaïlandaise, ils pourront être couverts automatiquement par la CMU. Ils n'ont pas la nécessité de payer pour acheter une carte d'assurance de santé gérée par l'Etat. S'ils ont une autre nationalité, et qu'ils travaillent dans le secteur industriel, commercial ou de service en Thaïlande, ils seront assurés par la Sécurité sociale. S'ils ne sont pas dans les deux cas mentionnés, ils devront acheter la carte d'assurance de la santé gérée par l'Etat assurant une couverture au bénéficiaire et sa famille. Etant donné que l'Etat doit prendre en compte aussi les étrangers qui sont pauvres. Il faut imposer un plafond des ressources financières comme celui des ressources financières de l'AME en France pour que les étrangers qui ont des ressources inférieures au plafond, puissent accéder gratuitement aux soins, sans aucun frais.

⁷²TNA News, « le Ministère de la santé publique stimule les étrangers et leur famille d'acheter la carte de l'assurance de la santé », *op. cit.*, p. 7.

Conclusion du titre II

L'accès aux soins supplémentaires en France et en Thaïlande présente certains points différents en raison de l'évolution distincte du système de l'assurance de la santé de la France et de la Thaïlande. Il en résulte que les deux pays connaissent des différences dans l'exécution et la gestion de l'assurance de la santé. Ainsi, en France, la Sécurité sociale est un grand système qui contre les risques sociaux et couvre la majorité de la population. La plupart des français peuvent accéder aux soins dans le cadre de la Sécurité sociale. Alors que, les personnes ayant un revenu faible et les chômeurs peuvent accéder aux soins et services sanitaires grâce au système de soins supplémentaire de la Couverture maladie universelles (CMU). Si les ressources financières d'un bénéficiaire sont inférieures du plafond imposé par la loi, il peut être soigné gratuitement par la CMU. Tandis que, les types du droit à l'assurance de la santé thaïlandaise varient selon la catégorie professionnelle du bénéficiaire et peuvent être divisés en trois formes mentionnées ci-dessus. Ces trois formes ont des différences dans leur évolution historique et les objectifs poursuivis par chacune d'entre elles. La Sécurité sociale thaïlandaise ne couvre pas la majorité de la population. Aussi, la deuxième forme de l'assurance de la santé est-elle destinée aux fonctionnaires et aux autres agents publics. Plus de 70 % des citoyens thaïlandais n'étant pas couverts par ces deux systèmes mentionnés, ils sont donc assurés par le droit à l'accès aux soins de la Couverture maladie universelles (CMU) telle que la définit la loi thaïlandaise.

Conclusion de la partie II

On peut constater suite à cette étude que les systèmes de l'assurance de la santé en France et ceux en Thaïlande sont différents. Ainsi, l'assurance de la santé en France prend la forme de la Sécurité sociale qui est un énorme système couvrant la plupart de la population et couvrant tous les catégories professionnelles. La Sécurité sociale ayant au départ avec une vocation universelle, semble aujourd'hui professionnelle. En outre, il permet aussi d'assurer l'accès aux soins aux personnes les plus démunies et aux chômeurs, sous la forme de la Couverture maladie universelle (CMU). Ce droit ne vise pas seulement les citoyens, mais aussi les étrangers qui vivent d'une manière régulière et stable en France.

Les systèmes d'assurance de la santé en Thaïlande sont différents de la France. En France, il existe le système de la Sécurité sociale, alors qu'en Thaïlande on compte trois systèmes principaux, selon les catégories professionnelles, mentionnées ci-dessus. Actuellement, le système de la CMU couvre plus de 70 % de la population thaïlandaise. La CMU thaïlandaise ne vise pas seulement les personnes les plus démunies ou les chômeurs, mais se destine aussi les personnes n'ayant aucune couverture de la santé à titre obligatoire et ne vise que les citoyens thaïlandais. La séparation de la gestion administrative et financière de ces trois systèmes produit un problème de disparité entre les trois types d'assurance de la santé. Cette problématique est au centre de cette étude.

Conclusion générale

« Mettre la loi au-dessus de l'homme est un problème en politique qu'on peut comparer à celui de la quadrature du cercle en géométrie.

*L'on croit peut-être, dans certains systèmes, faire régner la loi ;
ce sont encore et toujours les hommes qui gouvernent »*

Jean-Jacques ROUSSEAU, « Considérations sur le gouvernement de Pologne », 1712

Le droit à l'accès aux soins est l'un des droits de l'homme que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation internationale du Travail (OIT), et les autres organisations internationales ont affirmé et protégé pour tous les êtres humains. La France assure le droit à l'accès aux soins dans le Préambule de la Constitution française de la IV^e République en faveur des citoyens et aussi des étrangers vivant sur le territoire français, alors que la Constitution Thaïlandaise de 2007 mentionne le droit à l'accès aux soins seulement en faveur des citoyens, dans son 9^{ème} chapitre : le droit à l'accès aux soins et l'assistance publique. Le droit à l'accès aux soins est considéré comme un droit fondamental qui devrait être fourni et assuré par l'Etat, et est destiné à l'ensemble de la population, notamment pour ceux qui sont pauvres, défavorisés ou vivent en zone rurale ou reculée, ainsi toutes les institutions publiques doivent respecter et protéger la population.

Le système de la santé qui est l'un des mécanismes de soutien au droit à l'accès aux soins, s'est développé en France d'une manière progressive. Plusieurs lois concernant la mise en place du système de la santé sont adoptés régulièrement, notamment, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (la loi HPST) de 2009. L'adoption de cette loi a donné lieu à nombreux changements de la structure du système de la santé, surtout au niveau local. Depuis la loi HPST, la place des collectivités décentralisées dans la politique de santé locale est quasiment inexistante. Cette loi établit aussi l'Agence régionale de santé (ARS) qui s'inspire du modèle de déconcentration comme l'institution responsable de la gestion sanitaire au niveau local. Alors que le système de la santé en Thaïlande s'est amélioré et développé depuis plus de cinq décennies. L'expérience concernant les problèmes sanitaires et environnementaux a conduit à élaborer et à déterminer des stratégies et des politiques permettant de bons résultats sanitaires dans le pays.

La gestion sanitaire est dévolue de manière prépondérante à l'Etat ; ceci est un élément de ressemblance du système de gestion de la santé en France et en Thaïlande. En effet, l'Etat reste toujours au cœur du système de la santé à la fois au niveau national et local.

Il ne s'agit pas réellement de décentralisation, ni d'initiative locale. C'est toujours le cas, même après la loi HPST de 2009 en France.

De plus, ces deux pays donnent une importance particulière à la planification du développement du système de la santé. Ainsi, la France soutient l'instauration des nombreux établissements sanitaires, surtout à la campagne et aussi la création des nouvelles institutions prenant en charge des missions sanitaires générales et spéciales, à la fois au niveau national et local, y compris le support du développement de la capacité des professionnels de la santé et l'accroissement de la coopération sanitaire entre les trois parties : établissements sanitaires, professionnels sanitaires, et patients. Ces actions ont donné lieu à l'amélioration et au développement du système de la santé du pays.

Il en est même en Thaïlande : le développement du système sanitaire thaïlandais est soumis à la planification sanitaire qui va être élaboré et modifié tous les ans pendant cinq ans par le Ministère de la santé publique. Cette planification correspond également à la planification nationale du développement économique et sociale qui est le plan national le plus important du pays. Le développement sanitaire s'applique pleinement avec l'ensemble des processus de planification sanitaire : l'identification des problèmes sanitaires, les priorités, la détermination de la direction, les objectifs d'organisation, le cadre stratégique de ciblage et notamment l'installation des institutions sanitaires. Les stratégies formulées sont ainsi un complément aux quatre domaines du développement national : l'équilibre économique, l'amélioration de la qualité de vie, la bonne gouvernance et la réduction de la pauvreté.

Pendant la réalisation de la 9^e planification sanitaire (entre 2002 jusqu'à 2006) qui a porté des grands changements sanitaires, a été définie la réforme de la structure exécutive, le système de l'administration, des mécanismes et de la responsabilité du Ministère de la santé publique. Elle a établi également la réforme du système d'assurance sanitaire, notamment la Couverture maladie universelle ou l'assurance sanitaire nationale qui vise à fournir l'accès aux soins à la population, en particulier des plus démunis. De plus, le ministère de la santé publique a voulu également améliorer la qualité des services sanitaires par l'instauration de nouvelles institutions sanitaires, dont la création d'une Institution de recherche du système sanitaire, l'Office d'assurance sanitaire.

La population est au centre des préoccupations du Ministère de la santé publique. En effet, il a toujours eu la volonté de développer de façon durable le système de la santé mis en place. L'objectif est de construire un système sanitaire suffisant basé sur la philosophie

économique du Roi Bhumipol : la philosophie de l'autosuffisance. Le principe fondamental du système sanitaire autosuffisant vise à ce qu'une hygiène de vie équilibrée permette l'instauration d'une bonne société par l'adhésion aux bonnes mœurs, à l'éthique et aux technologies appropriées.

En ce qui concerne l'accès aux soins principaux de la France et de la Thaïlande, il est axé sur l'assurance de la santé à titre obligatoire qui peut être divisé en deux systèmes en Thaïlande : la Sécurité sociale et le système de l'assurance de la santé destinée aux fonctionnaires et aux autres agents publics, et en un seul système de la Sécurité sociale en France. La Sécurité sociale française est un énorme système qui couvre la plupart de la population française et toutes les catégories professionnelles. En revanche, la Sécurité sociale thaïlandaise est l'un des systèmes de l'assurance sanitaire à titre obligatoire qui ne couvre que des assurés travaillant dans le secteur industriel, commercial, et des services. Les travailleurs agricoles et indépendants peuvent être couverts par la Sécurité sociale mais à titre volontaire lorsqu'ils en font la demande.

En outre, les prestations offertes dans le cadre de la Sécurité sociale française et celles de la Thaïlande sont semblables, sauf la prestation de chômage qui n'est pas considérée comme un risque social ou professionnel au regard de la sécurité sociale française ; mais celle-ci est protégée et offerte pour des assurés dans le système de la sécurité sociale thaïlandaise. C'est un des points de différences entre ces deux pays.

Concernant les personnes travaillant pour l'Etat thaïlandais comme les fonctionnaires ou des autres agents publics, leur droit à l'assurance de la santé est assuré directement par un organisme public séparé évidemment de l'Office de la sécurité sociale. Ces personnes se voient offrir normalement des bénéfices médicaux et sanitaires plus avantageux que ceux des autres systèmes. Cela conduit au problème actuel de la disparité entre les trois systèmes de l'assurance de la santé en Thaïlande.

L'étude de l'accès aux soins supplémentaires met l'accent sur le système de l'assurance de la santé pour les personnes qui ne sont pas couvertes par le système de soins principaux; celui-ci est le point évident de la distinction entre l'accès aux soins principaux et supplémentaires. L'accès aux soins supplémentaires est garanti par la Couverture maladie universelle (CMU) de la France et également de la Thaïlande, mais pas de la même façon. Dans le cadre de la France, les gens qui sont pauvres ou au chômage, ne peuvent accéder aux soins principaux, mais ils peuvent être couverts par la CMU ; alors qu'en Thaïlande, ceux qui ne sont pas fonctionnaires ou agents publics, et ne travaillent pas dans le secteur

industriel, commercial, ou de service ; ils ne peuvent donc pas accéder aux soins principaux, mais ils peuvent être assuré par la CMU thaïlandaise, même s'ils ne sont pas démunis ou ne disposent pas un revenu faible. La CMU thaïlandaise ne prend pas en compte les ressources financières des bénéficiaires, mais elle donne l'importance aux personnes qui ne peuvent pas accéder aux soins par les systèmes de l'assurance de la santé principale. Pourtant, la CMU de ces deux pays sont créée dans le même but d'assurer l'accès aux soins pour tous les individus.

En outre, une différence entre les deux pays repose aussi sur le point lié aux bénéficiaires protégés. En effet, la CMU française est établie pour offrir des aides médicales et services sanitaires aux citoyens français et aussi aux étrangers vivant d'une manière régulière et stable sur le territoire français. Ce qui est contraire à la CMU thaïlandaise qui est destinée à offrir des services médicaux seulement aux citoyens thaïlandais et non aux étrangers. Tous les citoyens thaïlandais qui ne sont couverts pas par les systèmes principaux, peuvent accéder aux soins par la CMU dite l'assurance sanitaire nationale. Actuellement, le système de la CMU couvre plus de 70 % de la population thaïlandaise.

Il faut souligner que la couverture maladie par la Sécurité sociale en France étend la protection aux membres familiaux ou aux ayants droits des assurés d'une manière plus large et plus complète que celle de la Thaïlande. En effet, l'assurance de la santé par la Sécurité sociale et par la CMU thaïlandaise est considérée comme un droit individuel qui ne couvre que le demandeur (l'assuré) ; elle n'assure pas les membres de famille ou les autres personnes attachées à l'assuré. Tandis que le système de l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents publics en Thaïlande donne la couverture maladie d'une manière plus large que les deux systèmes mentionnés ; celui-ci permet de la protection des parents, conjoints et deux enfants légitimes du fonctionnaire ou autre agent public.

On peut constater que les types d'assurance de la santé thaïlandaise varient selon la catégorie professionnelle du bénéficiaire et peuvent se répartir en trois formes : la Sécurité sociale, le système destiné aux fonctionnaires et autres agents publics, et la CMU. Tous les trois ont évolué d'une manière différente et ont des objectifs initiaux distincts, leur gestion administrative et financière sont séparées. Cela produit des problèmes de la disparité entre les trois types d'assurance de la santé, notamment au niveau de l'inégalité des prestations offertes aux bénéficiaires. Certains problèmes existants peuvent être résolus par une transposition à l'identique du modèle de la Sécurité sociale français, alors que dans d'autres cas il est nécessaire de l'adapter au contexte thaïlandais.

Afin de rétablir un équilibre entre les trois caisses de l'assurance de la santé, de partager des ressources humaines, données et matérielles médicales, d'éviter un problème de duplication du traitement, et de déterminer des normes centrales utilisées ensemble, il faut créer un nouvel organisme indépendant à caractère administrative dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il n'est pas nécessaire de dissoudre ou de réunir les trois caisses existantes mais il faut stimuler et supporter la collaboration du travail entre les trois caisses. Cet organisme doit prendre en charge l'imposition d'un moyen de remboursement des frais médicaux destinés aux établissements sanitaires partenaires. Ceci a pour but de diminuer l'inégalité des prestations médicales offertes; le moyen du remboursement des frais médicaux doit être effectué de la même façon pour les trois caisses, c'est le remboursement par le forfait médical.

En outre, chaque année, cet organisme central doit réviser une liste de maladies prises en charges et étendre la couverture et le remboursement aux nouvelles maladies qui ne sont pas encore couvertes par l'assurance maladie, notamment les maladies graves et les maladies chroniques. Cette liste de maladies prises en charges deviendra la nomenclature centrale que les trois systèmes de l'assurance santé devront appliquer afin d'assurer l'accès aux soins à la population d'une manière égale.

Par ailleurs, dans chaque système de l'assurance santé, il faut améliorer et développer des mécanismes intérieurs pour certains points. Concernant le système de la sécurité sociale, il faut étendre la couverture aux membres de la famille de l'assuré comme la modèle de la sécurité sociale française, étendre la protection à titre obligatoire à ceux qui disposent un salaire ou ont un revenu, notamment à la profession indépendante et agricole, et élargir la couverture de la Sécurité sociale envers les étrangers qui travaillent en Thaïlande, notamment les ouvriers, n'appartenant pas au secteur industriel, commercial, et des services. Enfin, il faut augmenter le plafond des cotisations (calculé en fonction de la base du salaire ou du revenu d'assuré) afin d'accroître les recettes de la Caisse de la sécurité sociale.

Dans le cadre de la CMU thaïlandaise, les systèmes français de la CMU de base, la CMU-C et l'ACS sont les modèles qui semblent plus efficaces que ceux de la Thaïlande et doivent être repris et assimilé au contexte thaïlandais. Ainsi, il faut imposer une obligation de versement de la cotisation au bénéficiaire qui dispose d'un revenu élevé, alors que les chômeurs ou les personnes possèdent des ressources plus faible et inférieures à un plafond imposé par la loi, elles ne feront pas l'objet de l'application de cette obligation. Cependant en cas d'échec, il faut au moins déterminer le co-paiement des frais médicaux pour les

bénéficiaires de la CMU. Cette part permet au bénéficiaire de connaître la valeur des ressources médicales et de ne gaspiller pas les médicaments et les matériaux médicaux, et de les utiliser efficacement.

Ces propositions ne seront plus une suggestion idéale lorsque les pouvoirs publics accepteront de résoudre ce problème de disparité d'une manière sérieuse, et que les acteurs concernés, soit les organismes chargés d'assurance de la santé, soit les réseaux d'établissement sanitaire, coopéreront ensemble et seront prêts pour le grand changement et pour concentrer tous leurs efforts et leur conscience professionnelle sur l'accomplissement de leur nouvelle mission. Il est essentiel que les citoyens thaïlandais participent à titre individuel à ce changement par une prise de conscience de l'importance de leur santé, notamment en évitant les activités et les comportements à risques. Ceci permettra de mettre en place, de manière durable, une nouvelle gouvernance de l'assurance de la santé, et de réduire les dépenses sanitaires de l'Etat.

Bibliographie

1. Ouvrages généraux et articles dans des ouvrages collectifs

En langue française

AUBIN E., *L'essentiel du droit des politiques sociales*, coll. « Carrés », 6^e édition, Gualino, Paris, 2011, 174 pp.

BARRES R., HENRICH A., RIVAUD D. et LIVACHE J., *Le nouveau dictionnaire de la santé publique & de l'action sociale*, 2^e édition, FOUCHER, Paris, 2013, 496 pp.

BORGETTO M., *La Devise « Liberté, Egalité, Fraternité »*, coll. « Que sais-je ? », PUF, Paris, 1997, 127 pp.

BORGETTO M., *La notion de fraternité en droit public français*, LGDJ, Paris, 1993, 664 pp.

BORGETTO M., « Le droit aux secours publics dans les déclarations de l'an I », in *Les déclarations de l'an I*, Colloque de Poitiers (2-3 décembre 1993), PUF, Paris, 1995, 145 pp.

CERQUIGLINI B. et OLLE J., *Dictionnaire universel*, 5^e édition, HACHETTE Edicef, Vanves, 2008, 1555 pp.

CONSTANTINIDES Y., « Limites du principe d'autonomie », *Ethique, médecine et société*, coll. « Espace éthique », Vuibert, Paris, 2007, 92-101 pp.

CORNU G. (Dir), *Vocabulaire juridique*, 9^e édition, PUF, Paris, 2011, 970 pp.

DE FORGES J., *Le droit de la santé*, coll. « Que sais-je ? », 7^e édition, PUF, Paris, 2010, 128 pp.

DELBREL Y., *L'essentiel de l'histoire du droit social*, coll. « Carrés », Gualino, Paris, 2006, 132 pp.

DROUOT G., *Le nouveau droit de l'audiovisuel*, coll. « Sirey », SIREY, Paris, 1988, 300 pp.

DUGUIT L., *Traité de droit constitutionnel*, tome III, Paris, 1910, 515 pp.

KANT E., *Fondements de la métaphysique des mœurs*, coll. « Le Livre de Poche », trad. V. Delbos, Librairie générale française, Paris, 2010, 167 pp.

MONERA F., *L'idée de République dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel*, thèse, LGDJ, Paris, 2004, 544 pp.

NOEL D., *L'évolution de la pensée en éthique médicale*, Connaissances et Savoirs, Paris, 2005, 462 pp.

PEISER G., *Droit administratif général*, coll. « Mémentos », 25^e édition, Dalloz, Paris, 2011, 313 pp.

RAMEIX S., « Autonomie ou paternalisme », *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, coll. « Sciences Humaines en Médecine », Ellipses, Paris, 1997, 91-99 pp.

ROMAN D., *Le droit public face à la pauvreté*, coll. « BCSP », tome 221, LGDL, Paris, 2002, 494 pp.

ROUAULT M., *Droit administratif*, coll. « Mémentos LMD », 7^e édition, Gualino, Paris, 2011, 272 pp.

SCARANO J., *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Ellipses, Paris, 2006, 480 pp.

THEVENET A., *L'Aide sociale en France*, coll. « Que sais-je ? », PUF, Paris, 2004, 127 pp.

VERSTICHEL A., *Mieux connaître ses droits*, ATD Quart Monde, Paris, 2007, 304 pp.

En langue thaïlandaise

AOICHAÏ P., « L'assistance sociale », *L'encyclopédie pour des jeunes thaïlandaises*, 12^e volume, numéro 3, 17^e édition, presses du conseil des enseignants de la Thaïlande, Bangkok, 2550, p. 55 – 61.

CHUATHAI S., *L'introduction générale du droit, l'explication du droit civil : des principes généraux*, 12^e édition, presses de Winyuchon, Bangkok, 2006, 150 pp.

KANJANADUL P., *L'explication du droit administratif*, 4^e édition, presse de l'Université de Chulalongkorn, Bangkok, 1995, 467 pp.

ONGPRAPUN V., *La santé et le droit*, presses de Winyuchon, Bangkok, 2012, 96 pp.

SANGPETCH K., « La relation entre la France et la Thaïlande », *L'Officier étranger en tribunal royal d'Ayudhaya*, presses de Blue Sapphire, Bangkok, 1999, p. 81-98.

SANGUTHAI Y., *L'introduction générale du droit*, presses de Prakayprink, 16^e édition, Bangkok, 2005, 281 pp.

SMITHIES M., *Le mémoire siamois du comte Claude de Forbin 1685-1688*, presses de O.S. Printing House, Bangkok, 1996, 150 pp.

TAEARRAK P., *Le Passage de la décentralisation sanitaire*, presses de Sahamitree Publishing, Bangkok, 2008, 168 pp.

WASI P., *La santé de la société conduit à la paix de la société*, presse de l'Office de la réforme du système de la santé et l'Institution de la Recherche du Système Sanitaire, Nonthaburi, 2002, 62 pp.

WASI P., *Processus de politiques publiques*, 3^e édition, presses de Beyond, Bangkok, 2009, 25 pp.

2. Ouvrages spécialisés et articles dans des ouvrages collectifs

En langue française

ALFANDARI E. et TOURETTE F., *Action et aide sociales*, 5^e édition, Dalloz, Paris, 2011, 862 pp.

AUBIN E., *Droit de l'aide et de l'action sociales*, coll. « Fac-Universités », 3^e édition, Gualino, Paris, 2011, 447 pp.

AUBIN G., « La réforme sociale et la réparation des accidents du travail (1881-1898) », *Du droit du travail aux droits de l'humanité : Etudes offertes à Ph.-j. Hesse*, PUR, 2003, 217 pp.

BADEL M., *Droit de la sécurité sociale*, Ellipses, Paris, 2007, 368 pp.

BERGOIGNAN-ESPER C. et SARGOS P., *Les grands arrêts du droit de la santé*, Dalloz, Paris, 2010, 603 pp.

BINET J., *Droit médical*, Montchrestien, Paris, 2010, 533 pp.

- BIOY X., « Le droit à l'accès aux soins : un droit fondamental ? », *L'accès aux soins*, Actes du colloque n° 8, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, 37-71 pp.
- BLEMONT P. et OLEJNICZAK P., *Assurance maladie et système d'offre de soins*, Ellipses, Paris, 2007, 192 pp.
- BONNICI B., *La politique de santé en France*, coll. « Que sais-je ? », 4^e édition, PUF, Paris, 2011, 126 pp.
- BORGETTO M. et LAFORE R., *Droit de l'aide et de l'action sociales*, coll. « Domat droit public », 8^e édition, Montchrestien, EJA, Paris, 2012, 810 pp.
- BORGETTO M., « Secours publics et service public », in G.J. Guglielmi (dir.), *Histoire et service public*, coll. « Politique aujourd'hui », PUF, Paris, 2004, 37 pp.
- CHAUCHARD J., *Droit de la sécurité sociale*, 5^e édition, LGDJ, Paris, 2010, 694 pp.
- CLEMENT J., *Précis de droit hospitalier*, coll. « Etudes Hospitalières », 2^e édition, LEH, Bordeaux, Janvier 2011, 196 pp.
- COMITI V. et DESSAINT L., *Les textes fondateurs de l'action sanitaire et sociale*, ESF, Paris, 2002, 430 pp.
- COURNIL C., « Précarisation du bénéfice de l'aide médicale d'Etat et difficultés d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière », *L'accès aux soins*, Actes du colloque n° 8, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, 153-183 pp.
- COURSIER P., *Travaux dirigés de droit de la protection sociale*, 4^e édition, LexisNexis SA, Paris, 2010, 223 pp.
- COUTY E., KOUCHNER C., LAUDE A. et TABUTEAU D., *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*, coll. « Droit & Santé », Presse de l'EHESP, Rennes, 2009, 395 pp.
- CROUZATIER J., « L'accès aux soins des migrants au regard du droit international », *L'accès aux soins*, Actes du colloque n° 8, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, 141-152 pp.

- DOUBLET J. et LAVAU G., *La sécurité sociale*, PUF, Paris, 1961, 753 pp.
- DUPEYROUX J., BORGETTO M. et LAFORE R., *Droit de la sécurité sociale*, coll. « Précis », 17^e édition, Dalloz, Paris, 2011, 1251 pp.
- DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C. et PAIRE C., *Droit hospitalier*, coll. « Cours », 8^e édition, Dalloz, Paris, 2011, 962 pp.
- DURAND P., *La politique contemporaine de sécurité sociale*, 2^e édition, Dalloz, Paris 2005, 643 pp.
- ELBAUM M., *Economie politique de la protection social*, 2^e édition, PUF, Paris, 2011, 543 pp.
- FANTINO B. et ROPERT G., *Le système de santé en France : diagnostic et propositions*, DUNOD, Paris, 2008, 359 pp.
- FRANCOIS-WACHTER D., « Repenser la confiance, l'autonomie et la transparence », *Ethique, médecine et société*, coll. « Espace éthique », Vuibert, Paris, 2007, 468-477 pp.
- GRANDGUILLOT D., *L'essentiel du Droit de la Sécurité sociale 2012*, coll. « Carrés », 11^e édition, Gualino, Paris, 2012, 128 pp.
- GRILHOT M., *Cadre juridique de l'aide et de l'action sociales décentralisées*, coll. « Social en pratique », Vuibert, Paris, 2007, 184 pp.
- HARDY J. et LHUILLIER J., *L'aide sociale aujourd'hui*, coll. « Action sociales », 16^e édition, ESF, Paris, 2008, 464 pp.
- HOLCMAN R., *Droit hospitalier : manuel de gouvernance hospitalière*, Berger-Levrault, Paris, 2010, 703 pp.
- HUTEAU G., *Sécurité sociale et politiques sociales*, coll. « Concours Droit », 3^e édition, Armand Colin, Paris, 2001, 498 pp.
- KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Cours », 3^e édition, Dalloz, Paris, 2009, 755 pp.

- KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Précis », 3^e édition, PUF, Paris, 2012, 749 pp.
- LABORDE J., *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Thémis Droit Public», PUF, Paris, 2005, 547 pp.
- LAUDE A., MATHIEU B. et TABUTEAU D., *Droit de la santé*, 2^e édition, PUF, Paris, 2009, 726 pp.
- LE COZ P., «Information médicale et relation de soin », *Ethique, médecine et société*, coll. « Espace éthique », Vuibert, Paris, 2007, 496-503 pp.
- LIGNEAU P., *La prévention sanitaire en France*, Sirey, Paris, 1983, 341 pp.
- LOBRY C., *Droit du travail et Sécurité social*, Chiron éditeur, Clamecy, 2011, 188 pp.
- MARIE R., « L'évolution du financement de l'accès aux soins », *L'accès aux soins*, Actes du colloque n° 8, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, 187-199 pp.
- MATT J., *La sécurité sociale : organisation et financement*, LGDJ, Paris, 2001, 230 pp.
- MILLOT R. et WATERNAUX A., *Assurance de santé : acteurs et garanties*, 2^e édition, L'Argus, Paris, 2006, 322 pp.
- MOQUET-ANGER M., *Droit hospitalier*, LGDJ, Paris, 2010, 522 pp.
- MORVAN P., *Droit de la protection sociale*, coll. « Manuel », 5^e édition, LexisNexis, Paris, 2011, 927 pp.
- MORVAN P., *Droit de la protection sociale*, 3^e édition, Litec, Paris, 2007, 545 pp.
- MOURGUES A., *L'accès aux soins*, thèse de l'Université Montpellier 1, Montpellier, 2009, 344 pp.
- NEIRINCK C., *L'acte médical et les droits du malade*, coll. « Droit et médecine », n°3, Presses de l'Université de Toulouse Capitole 1, Toulouse, 1996, 180 pp.
- PELLET R. et SKZRYERBAK A., *Leçons de droit social et de droit de la santé*, coll. « Manuel intégral concours », 2^e édition, Dalloz, Paris, 2008, 642 pp.

- PETIT F., *Droit de la protection sociale*, coll. « Master Pro », Gualino, Paris, 2009, 247 pp.
- PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, coll. «Mémentos », 13^e édition, Dalloz, Paris, 2011, 257 pp.
- ROCHAIX M., *Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien régime à nos jours*, thèse, Delavaud, Dijon, 1959, 356 pp.
- SAISON J., *Droit hospitalier*, 3^e édition, Gualino, Paris, 2011, 338 pp.
- SCHAMPS G., *Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Centre de droit médical et biomédical, Bruylant, Bruxelles, 2008, 599 pp.
- SEBBAH C., *Le système de protection sociale en France*, coll. « ASH Etudiants », ASH, Paris, 2004, 173 pp.
- TABUTEAU D., *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Paris, 2013, 290 pp.
- TABUTEAU D., *Les Droit des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*, Actes du colloque organisé par la chaire Santé de Sciences Po, en partenariat avec le Collectif interassociatif sur la santé le 1^{er} mars 2007, Sciences po, Paris, 2007, 124 pp.
- TABUTEAU D., *Service public et santé*, Editions de Santé, Presses de Sciences Po, Paris, 2012, 168 pp.
- THEVENET A., *L'aide sociale aujourd'hui*, coll. « Action sociales », 15^e édition, ESF, Paris, 2010, 479 pp.
- TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, coll. « Mémentos », 7^e édition, Dalloz, Paris, 2009, 272 pp.
- VARUNYOU V., *Les sources nationales et étrangères du constitutionnalisme thaïlandais depuis 1932 : recherche sur l'instabilité constitutionnelle en Thaïlande*, thèse de l'Université Paris 2, ANRT, Lille, 1988, 536 pp.
- VIALLA F., *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, DUNOD, Paris, 2012, 516 pp.

VIALLA F., *Les grandes décisions du droit médical*, L.G.D.J., Paris, 2009, 664 pp.

VIVIANA S. et WINCKLER M., *Les droits du patient*, Legoprint, Italie, 2007, 396 pp.

En langue thaïlandaise

BOONCHALERMVIPAK S., *Le droit et la précaution des médecins et des infirmières*, 5^e édition, presses de Winyuchon, Bangkok, 2012, 222 pp.

CHANTARAVITON N., *Le droit de la sécurité sociale : le concept, l'évolution et l'initiative de la mise en place en Thaïlande*, presses de l'université de Thammasat, Bangkok, 1994, 192 pp.

CHARULUKANANAN S., *La biographie et ses activités médicales et sanitaires publiques*, presses de J Med Assoc. Thai, Bangkok, 2003, 105 pp.

CHUMPOL P., « Le médecin traditionnel thaïlandais avant 1300 AD en Khongmuang P », *L'Historique du médecin traditionnel thaïlandais*, presses de Matichon, Bangkok, 2002, 296 pp.

Commission d'organisation privée contre le SIDA, *Vivre avec le SIDA*, Bangkok, 2006, 4 pp.

DECHTHAI T., *Ménagement général de la Santé*, presses de l'université de Sukhothaimathirach, 6^e édition, 1990, 367 pp.

Division sanitaire rurale et la faculté de la santé publique, *L'Etude sur la couverture de la carte sanitaire des revenus faibles*, presses du ministère de la santé publique, Bangkok, 1994, 167 pp.

FONGLADDA VICHICHOM V., *Le droit de la protection sociale*, presses de Deantula, Bangkok, 2012, 163 pp.

JUNTANAYINGYONG T., « Historique de la transfusion sanguine en Thaïlande et la banque sanguine », *Encyclopédie thaïlandaise pour les jeunes*, 8^{ème} volume, Presses du Conseil d'Enseignant de la Thaïlande, Bangkok, 1983, p. 131 – 142.

KRITTITAYAWUT M., « La sécurité sociale en Thaïlande », *Guide de bonne pratique conformément à la loi de la sécurité sociale*, presses de Thammaniti, Bangkok, 1990, 63 pp.

LIMSATIT P., « Le consentement aux soins des bénéficiaires des services sanitaires : la loi et la pratique en Thaïlande et dans les pays étrangers », *Le consentement de recevoir des soins sanitaires et la compréhension liée à l'article 8 de la loi sur la santé nationale de 2007*, presses de Deantula, Bangkok, 2011, p. 69 - 113.

LOGAWATANA K., *L'hôpital de Bangkok Christian 1947-1999*, presses d'Udomsuksa, Bangkok, 1999, 67 pp.

KHUHAPREMA T., *Cancer in Thailand Volume. V, 2001- 2003*, 5^e édition, Bangkok, 2010, 154 pp.

Ministère de la santé publique, *L'enquête sur la santé provinciale 1996*, presses de l'Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, Bangkok, 1997, 105 pp.

NITAYARUMPHONG S., SAELIM S. et KANGVANLERT R., *L'effet de la loi de protection des blessés d'accident de la circulation 1992*, presses de l'Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, Bangkok, 1995, 235 pp.

NITTAYARAMPHONG S., TANGCHAROENSATHIEN V., *Thailand: private health care out of control?*, presses de l'Office des politiques et des stratégies, Bangkok, 1994, 232 pp.

Office de l'assurance sanitaire nationale, *Ces questions....1330 ont les réponses*, presses d'Office de l'assurance sanitaire nationale, Bangkok, 2011, 27 pp.

Office de l'assurance sanitaire nationale, *La création du bonheur pour tous*, presses de Pentai Publishing, Bangkok, 2011, 32 pp.

Office de l'assurance sanitaire nationale, *Le manuel pour les personnes ont le droit à la Couverture maladie universelle*, Presses de la société de M.C.D. (Thaïlande), Bangkok, 2011, 16 pp.

Office de l'assurance sanitaire, *Le système du compte de tournage financier des cartes sanitaires*, presses de l'Office de l'assurance sanitaire, Bangkok, 1995, 155 pp.

Office de la sécurité sociale, *Guide de l'assuré*, presses de l'Office de la sécurité sociale, Bangkok, Octobre 2008, 60 pp.

Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *Le changement du rôle, des missions et la structure du ministère de la santé*, presses de Yutarin, Bangkok, 2002, 52 pp.

Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La santé publique de Thaïlande 2001-2004*, presses de l'organisation de livraison exprès de la Thaïlande, Nonthaburi, 2004, 470 pp.

Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé publique de Thaïlande 2005-2007*, presses de l'organisation des vétérans de la guerre de la Thaïlande, Bangkok, 2007, 454 pp.

Office des politiques et des stratégies du ministère de la santé, *La Santé publique de Thaïlande 2008-2010*, presses de l'organisation des vétérans de la guerre de la Thaïlande, Nonthaburi, 2010, 508 pp.

Office des stratégies nationales, *L'étude 1999 de la santé et le social en Thaïlande*, presses de l'office du première ministre, Bangkok, 1999, 37 pp.

PITAYARANGSARIT S., TANGCHAROENSATHIEN V. et ANIWAN S., *L'évaluation de co-paiement sur les médicaments non-essentiels, les chambres privées et les conseil dans le Schème d'Avantage Médicale des Servants Civils*, presses de l'institution de la recherche du système sanitaire, Bangkok, 1999, 254 pp.

PONGPANIT S., JANCHAROEN W. et SRITHAMRONGSAWAT S., *Le premier rapport sur le compte sanitaire national en Thaïlande 1996 et 1998*, presses de l'institution de la recherche du système sanitaire et presses de l'université de Chulalongkorn, Bangkok, 2000, 355 pp.

PRADISSUWAN R., « La directive d'avance sur le testament d'une malade à la fin de vie (Advance Directives) et le traitement palliatif (Palliative Care) », *La médecine légal et le droit médical*, presses de Winyuchon, Bangkok, 2012, p. 185 - 197.

Projet du développement de la ressource humaine, *L'évaluation du problème de la carte sanitaire pour les revenus faibles*, presses de l'institution nationale du développement et de l'administration (NIDA), 1996, 96 pp.

PROMASATAYAPROT V., *L'Exécution Sanitaire*, presses de Nanavittaya, 7^e édition, Bangkok, 2006, 157 pp.

PRUTIPINYO C., *Droit de la santé et le soin : le droit substantif et la procédure*, presses de l'université de Juralonkorn, Bangkok, 2012, 339 pp.

SRITHAMRONGSAWAT S., *La directive du ménagement financier sur le schème d'assistance publique médicale dans le projet d'investissement social*, presses de l'Office de l'assurance sanitaire nationale, Nonthaburi, 1999, 186 pp.

SRITHAMRONGSAWAT S., *L'évaluation de carte sanitaire*, presses de l'Office d'assurance sanitaire, Bangkok, 1996, 89 pp.

SUNTORNTAM S., *Le système de l'assurance de la santé en Thaïlande*, presses de l'Office de l'assurance sanitaire nationale, Nonthaburi, 2012, 284 pp.

SUPACHATIKUL A., *La situation analysable sur l'assurance sanitaire et le développement futur*, presses de l'institution de la recherche du système sanitaire, Bangkok, 1995, 177 pp.

SURASAENGSUNG S., *L'assurance sanitaire privée en Thaïlande*, presses de l'Université de Chulalongkon et Presses de l'Institution de la Recherche du Système Sanitaire, 1998, 234 pp.

SUWAN S., *L'introduction à l'administration sanitaire publique et hospitalière*, presses de l'Université de Sukhothaithammathirach, 3^{ème} édition, Bangkok, 1990, 855 pp.

SUKWAN C., « Histoire thaïlandaise de la médecine », *Le rapport de l'histoire thaïlandaise du médecin*, presses de l'association médicale de la Thaïlande, 1998, p. 2 – 22.

TANGCHAROENSATHIEN V., NITTAYARUMPHONG S. et BENNETT S., « La dépense médicale des impatiens dans le Schème l'Avantage Médicale des Servants Civils », *Les séries de la monographie d'assurance sanitaire n°5*, presses du Ministère de la Santé Publique, 1993, p. 145 – 167.

TANGCHAROENSATHIEN V., TANTIGATE N. et KONGSAWAT S., *La Réforme du Schème l'Avantage Médical des Servants Civils : l'Etude de cas en 1995*, presses de l'Institution de la Recherche du Système Sanitaire, Nonthaburi, 1997, 189 pp.

THAMTHARANON P., « Les divers problèmes et perspectives relatives au consentement informé », *Le consentement de recevoir des soins sanitaires et la compréhension liée à l'article 8 de la loi sur la santé nationale de 2007*, presses de Deantula, Bangkok, 2011, p. 62-68.

TOSUWANJINDA V., *La loi sur l'assurance sociale : des charges d'employeur*, presses de Thammaniti, Bangkok, 1994, 104 pp.

TRIRAT N., *La politique et l'équilibre du pouvoir dans le système de la Couverture maladie universelle*, presses de l'Institution de la recherche du système sanitaire, Nonthaburi, 2012, 95 pp.

TUNGCHALEARNSATIEN V., « Le schéma général du système d'assurance de la Thaïlande », dans *Le système d'assurance sanitaire en Thaïlande*, presses de l'Institution de la recherche du système sanitaire, Nonthaburi, 2010, p. 28 - 40.

UNAIDS, *2010 Global Report : UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*, presses de Joint United Nations Programme on HIV/AIDS : Suisse, 2010, 364 pp.

United Nations Development Programme, *Thailand's Response to HIV/AIDS : Progress and Challenges*, presses d'UNDP : Thaïlande, 2004, 100 pp.

VANICHSOMBAT V., *Thai Red Cross Society Centennial (1893-1993)*, presses de Jirametha, Bangkok, 1993, 87 pp.

WASIKASIN W., WASINAROM S. et NONTHAPUTTAMADUL K., *La connaissance générale de la protection sociale et l'assistance sociale*, presse de l'Université de Thammasat, Bangkok, 2007, 129 pp.

WASI P., *Révolution Silencieuse : la réforme du système de la santé*, 2^e édition, presses de l'Office de la commission sur la santé nationale, Nonthaburi, 2007, 53 pp.

3. Articles de revues

En langue française

AUBIN G., « La loi du 9 avril 1898, rupture ou continuité ? », *Dr.soc.*, 1998, p. 635 et suiv.

ALFANDARI E., « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale », *RDSS*, 2004, p. 756 et suiv.

BACHELOT L., « Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 : les principales dispositions », *Gaz. Pal.* 2007, n° 72, n° spécial Protection sociale, p. 17 et suiv.

BARRIENTOS A., « Le rôle de la Sécurité sociale financée par l'impôt », *RISS* 2007, vol.60, n° 2-3, p. 111 et suiv.

BAURIEDL V., « Cent ans d'assurances sociales allemandes », *RISS*, 1981, p. 439 et suiv.

BELANGER M., « Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne », *Journal international de bioéthique*, vol. 9, n° 3, 1998, p. 59 et suiv.

BELORGEY J., « A quoi servent les lois de financement de la sécurité social ? », *Dr. Soc.*, 1998, p. 807 et suiv.

BERGOIGNAN-ESPER C., « Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation », *RDSS*, n°5, 2009, p. 806 et suiv.

CHAUVIN F., « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », *RDSS*, n° spéc, 2009, p. 65 et suiv.

COURSIER P., « Les principales mesures issues de la LFSS pour 2008 », *Gaz. Pal.* 2008, n° 57, n° spécial Protection sociale, p. 9 et suiv.

COURSIER P., « Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 : principales dispositions », *Gaz. Pal.* 2006, n° 61, n° spécial Protection sociale, p. 9 et suiv.

COURSIER P., « Vent de liberté sur l'assujettissement au régime général de sécurité sociale », in *Mélanges Christian Mouly*, 1998, vol. II, p. 77 et suiv.

De BECHILLON D. et TERNEYRE P., « La nature du rapport parlementaire annexé à la loi de financement de la sécurité sociale », *RFDA*, 1999, p. 372 et suiv.

DELMAS-DARROZE S., « La nature juridique des lois de financement de la sécurité sociale », *JCP E*, 1998, I, p. 182 et suiv.

DIDIER T., « Politiques de santé et territoire », *RDSS*, n° spéc, 2009, p. 7 et suiv.

DOLE G., « La situation au regard de la sécurité sociale du religieux enseignant hors de sa congrégation », *Dr. Soc.* 1989, p. 752 et suiv.

DUARTE B., « La loi organique du 2 août 2005 ou la revalorisation du Parlement en matière de lois de financement de la sécurité sociale », *Dr. Soc.*, 2006, p. 522 et suiv.

EUZEBY A., « Financement de la protection sociale, efficacité économique et justice sociale », *Rev. Marché commun*, 1997, p. 253 et suiv.

HASSENTEUFEL P., « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, n° 18, janvier 2008, p. 21-28.

HAURIOU A., « Le droit administratif de l'aléatoire », in *Mélanges Trotabas*, 1970, p. 197.

HESSE J., « Autour de l'histoire de la notion de risque », in *Les nouveaux risques sociaux*, Annuaire EISS 1996, 1997, p. 5 et suiv.

KERSCHEN N., « L'influence du rapport Beveridge sur le plan français de sécurité sociale de 1945 », *RFSP*, n°4, 1995, p. 570 et suiv.

KERSCHEN N., « La doctrine du rapport Beveridge et le plan français de sécurité sociale de 1945. Unité, universalité, uniformité », *Dr. ouv.*, 1995, p. 415 et suiv.

LAFORE R., « Le secteur médico-social et la santé publique », *RDSS*, 2008, p. 439 et suiv.

LAMAIGNERE P., « La loi de financement de la sécurité sociale : un débat morose pour une étrange politique sociale », *Dr. Soc.* 1996, p. 1058 et suiv.

LAROQUE P., « La Charte sociale européenne », *Dr. Soc.*, mars 1979, p. 25 et suiv.

LAROQUE P., « La sécurité sociale de 1944 à 1951 », *RFAS*, 1971, p. 3 et suiv.

LAROQUE P., « Sécurité sociale et assurances sociales (sténographie de l'allocution prononcée à l'inauguration de la section des assurances sociales à l'École nationale d'organisation économique et sociale le 23 mars 1945) », *BHSS*, n°13, 1985, p. 34 et suiv.

LEBORGNE-INGELAERE C., « La protection sociale des travailleurs bénévoles », *RDSS*, 2006, p. 322 et suiv.

LEVOYER L., « Nouvelle gouvernance de la santé: quelle place pour les collectivités locales ? », *AJDA*, n°40, 2009, p.2219 et suiv.

LIGNEAU P., « Aide et action sociales : chronique d'actualité juridique », *RDSS*, n° 1, 2000, p. 135 et suiv.

MARIE R., « CMU et difficultés d'accès aux soins », *JCP*, 2009, S, p. 1591 et suiv.

MARIE R., « Le Parlement et la Sécurité sociale », *Dr. Soc.*, 1992, p. 284 et suiv.

MARIE R., « La couverture maladie universelle », *Dr. Soc.*, n° 1, 2000, p. 7 et suiv.

MILLAR J., « Rendre le travail financièrement intéressant, réussir les crédits d'impôt : une évaluation axée en particulier sur l'emploi des chefs de famille monoparentale », *RISS*, vol. 61, n° 2, 2008, p. 21 et suiv.

MOLINIE E., « L'hôpital public en France : bilan et perspectives », *Notes D'IENA*, n° 208, 29 juin 2005, p. 4 et suiv.

MORVAN P., « Cotisations sociales : le lien de subordination juridique appliqué aux particuliers chargés de l'exécution d'un service de transport solaire », *JCP S* 2005, p. 14 et suiv.

MOURIER L. et CARILLON-COUVREUR M., « Rapport de la MECSS sur l'action sociale », *RLCT*, 2007, p. 12 et suiv.

MOUTOUH H., « La notion de besoin et le droit », *Inform. Soc.*, n° 86, 2000, p. 40 et suiv.

ODDONE I. et ODDONE A., « Risque et démocratie », *Revue prévenir*, n° 24, 1995, p. 157 et suiv.

ORY P., « L'abandon de la condition d'activité professionnelle pour l'ouverture du droit aux prestations familiales », *Dr. soc*, n° spéc, 1978, p. 14 et suiv.

Organisation administrative, « Dissolution du conseil d'administration d'un organisme : une mesure de tutelle, non une sanction », *TPS*, n° 6, juin 2005, p. 191.

PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, coll. « Que sais-je ? », 6^e édition, PUF, Paris, 2012, 127 pp.

PALIER B. et BONOLI G., « Entre Bismarck et Beveridge Crises de la sécurité sociale et politique (s) », *RFSP*, 1995, p. 668 et suiv.

PEDROT P., « Couverture maladie universelle. Assurance maladie. Maternité. Affiliation obligatoire. Lutte contre les exclusions », *RDSS*, 1999, p. 827 et suiv.

PERIVIER H., « La prime pour l'emploi : pour qui, pourquoi ? », *Dr. soc*, 2005, p. 1160 et suiv.

PHILIPPE L., « Nouvelles réflexions sur la nature et le devenir des lois de financement de la sécurité sociale », *Dr. Soc.*, 1997, n° spécial, p. 782 et suiv.

PRETOT X., « Le financement de la sécurité sociale. Réflexions sur la légitimité des prélèvements publics », *RFFP*, n° 88, 2004, p. 49 et suiv.

PRETOT X., « Sur le nouveau Code de la sécurité sociale : IV. La délimitation des compétences législative et réglementaire », *Dr. Soc.*, 1986, p. 258 et suiv.

ROCHE F., « Le rapport du CSTS sur l'articulation du sanitaire et du social », *Vie sociale*, n°1, 2007, p. 82 et suiv.

RUEFF J., « L'assurance-chômage, cause de chômage permanent », *REP*, 1934, p. 211 et suiv.

STERDYNIAK H., « Mieux financer la sécurité sociale ? Un bilan des réformes récentes », *Dr. Soc.*, n° spécial, 1997, p. 792 et suiv.

TABUTEAU D., « Droit de la santé et droit de l'assurance maladie », *RDSS*, 2008, p. 878 et suiv.

TABUTEAU D., « Santé et devoirs sociaux », *RDSS*, 2009, p. 42 et suiv.

TABUTEAU D., « Solidarité et santé », *Dr. Soc.*, 2007, p. 136 et suiv.

VILLENEUVE P., « Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », *RDSS*, n° HS du 10 mars 2009, p. 86 et suiv.

WARIN P., « Pour une approche économique du non-recours », *RDSS*, n° 4 du 28 août 2012, p. 614 et suiv.

En langue thaïlandaise

CHARULUXANANAN S. et CHENTANEZ V., « Histoire et évolution de la médecine occidentale en Thaïlande », *Revue de Biomédecine Asiatique*, vol. 1, n°1, 1 juin 2007, p. 97-105.

Institution de la recherche du système sanitaire, « *La réduction de la disparité et l'établissement de l'équité aux trois caisses de la santé* », *Revue de forum d'IRSS*, vol. 1, n°6, novembre 2012, p. 3-7.

NITAYARUMPHONG S., « L'assurance de la santé et le système de services sanitaires dans le futur », *Revue de recherche du système sanitaire*, vol. 3, n°3, juillet-septembre 1995, p. 134-145.

Office de la sécurité sociale, « La déclaration de la commission de la sécurité sociale sur la réduction du taux de la cotisation en 2013 », *Revue de la sécurité sociale*, vol. 18, n°12, décembre 2012, p. 5-15.

PAISALPANICHKUL D., « Les propositions d'une manière politique sur le droit à la Couverture maladie universelle de personnes n'ayant aucune nationalité », *Revue de recherche du système sanitaire*, vol. 4, n°1, janvier – mars 2010, p. 18-25.

SRIPEN S., « La Banque Sanguine de la Thaïlande », *Revue Médical de Siriraj*, 1949, n°5, p. 282-289.

SRIPRASART J., « La Sécurité sociale », *Revue du recherche du système de la santé*, vol. 5, n°1, 1997, p. 3-8.

SRITHAMRONGSAWAT S., « Le choix politique de réforme financière du Schéma d'Assistance Publique des indigences en Thaïlande », *Revue de Politique et Plan Sanitaire*, n°1, 1998, p. 27-42.

TANGCHAROENSATHIEN V., SUPACHUTIKUL A. et LERTIENDUMRONG J., « Le Schème de la Sécurité Sociale en Thaïlande : Qu'est-ce leçon pourrait être dessiné ? », *Revue de la Science Sociale et Médecine*, n°48, 1999, p. 913-923.

4. Cours

ARSEGUEL A., *les systèmes de protection sociale comparés*, cours de droit de la protection sociale, Université de Toulouse 1, 2011, 19 pp.

ARSEGUEL A., *les systèmes de protection sociale comparés*, cours de droit de la protection sociale, Université de Toulouse 1, 2012, 23 pp.

KRAJESKI D., *La responsabilité des établissements de santé privés*, cours de droit de la santé, Université de Toulouse 1, 2011, 32 pp.

POIROT-MAZERES I., *Le droit médical*, cours de droit de la santé, Université de Toulouse 1, 2011, 60 pp.

THERON S., *Le système français de santé*, cours de droit de la santé, Université de Toulouse 1, 2011, 40 pp.

5. Etudes et rapports

En langue française

Bulletin de l'ordre des pharmaciens, « Origine, Naissance et réformes de l'ordre », numéro XVIII, numéro spécial, mars 1962, Maisonneuve SA, 295 pp.

Conseil national de l'ordre national des médecins, « histoire de l'ordre national des médecins français », avril 2012, Paris, 10 pp.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Les comptes de la protection sociale en 2006 », *Eudes et résultats*, novembre 2007, n°609, Paris, 355 pp.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Les comptes de la protection sociale en 2007 », *Etudes et résultats*, octobre 2008, n°667, Paris, 385 pp.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Les comptes nationaux de la santé », *Etudes et résultats*, septembre 2009, n°701, Paris, 405 pp.

Journaux officiels, *Assurance maladie*, Paris, 2004, 811 pp.

LARCHER G., *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital remis au Président de la République*, Paris, 2008, 102 pp.

Ministère des affaires sociales et de la santé, *Stratégie nationale de santé, feuille de route*, 23 septembre 2013, 32 pp.

Office de la couverture maladie universelle, *Le rapport d'activité 2012*, juin 2013, Paris, 112 pp.

Office de la couverture maladie universelle, *Le rapport sur l'évaluation de la loi CMU*, novembre 2011, n° V, 2011, Paris, 313 pp.

Rapport au président de la République pour 2002, « Les mutuelles de fonctionnaires gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie », janv. 2003, p. 245 – 263.

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, « Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2011 prévisions 2012 et 2013 », octobre 2012, Paris, 431 pp.

En langue thaïlandaise

Association des travailleurs sociaux de la Thaïlande, *Le document sur la révision de la définition de l'assistance sociale en Thaïlande*, août-septembre 2010, Bangkok, 2013, 15 pp.

Hôpital Universitaire de Thammasat, *Le rapport sur le nombre total des professionnels sanitaire d'Hôpital Universitaire de Thammasat*, Prathumthani, juin 2011, 5 pp.

KITTIDILOKKUL S., *Manpower Mix in Private Hospitals in Thailand : A Census Report*, Bangkok, 1995, 8 pp.

NA RANONG A. et TRIEMVARAKUN S., *Le rapport sur la performance et l'adaptation de la Sécurité sociale*, rapport de l'institution de la recherche du système sanitaire n°7, novembre 2002, 153 pp.

NITIKRAIPOT S., *Le rapport sur des principes du droit administratif français*, L'institut de recherche et de conseil de l'université de Thammasat, propose à l'Office de la cour administrative, Octobre, 2002, 255 pp.

Office du Développement des Politiques Sanitaire Internationales, *Le rapport sur l'étude de l'égalité dans le système budgétaire de la Thaïlande*, Bangkok, 2004, 156 pp.

Office de l'assurance sanitaire nationale, *Le document sur le chemin du pionnier pour l'assurance sanitaire publique*, la conférence annuelle entre le 7-8 juillet 2004, Nonthaburi, 2004, 54 pp.

Office de l'assurance sanitaire nationale, *Le rapport annuel sur l'installation de l'assurance sanitaire de 2011*, presse de l'Office de l'assurance sanitaire nationale, Bangkok, 2011, 245 pp.

Office de l'assurance sanitaire nationale, *Des questions et des réponses concernant l'accès aux services médicaux en cas d'urgence, la politique destinée à établir l'unité et réduire l'inégalité entre trois caisses*, Le publication de l'Office de l'assurance sanitaire nationale, Bangkok, 2012, 7 pp.

Office National de la Statistique, Ministère de l'Information and Communication Technologie, *Le rapport sur la situation thaïlandaise de la santé*, Bangkok, le 9 Décembre 2008, 259 pp.

Office de la Sécurité Sociale, *La sécurité sociale est le système d'assistance amicale dans la société thaïlandaise*, Bangkok, 2010, p. 1-3.

PATMASIRIWAT D., *L'efficience des hôpitaux publics en Thaïlande : à la recherche d'une frontière de coût efficace*, Bangkok, 2008, 24 pp.

SIRISINSUK Y., *La recherche sur la protection des consommateurs dans le système de l'assurance sanitaire en Thaïlande*, propose à l'institution de la recherche du système sanitaire, Nonthaburi, 2006, 70 pp.

THAMRONGWARANGKOON S., *Le document sur le développement flexible et durable*, la conférence annuelle n°11 de l'institution de certification des établissements de soins, Nontaburi, 2010, p. 58-63.

6. Presse

En langue française

AUGUSTE O., « Des médecins accusés de sélectionner les patients », in *Le Figaro* du 25 mai 2009, p. 5.

COHEN F., « CMU : Bachelot veut sanctionner les médecins réfractaires » in *Le RTL* du 10 septembre 2008, p. 8.

En langue thaïlandaise

BANMAENG, « le Ministre de la santé publique encourage les étrangers en Thaïlande d'acheter la carte de l'assurance santé », in *Le Banmaeng* du 10 juin 2013, p. 2.

BUDSAYABUNTOON S., « Après 2014, combien des prestations de retraite que des assurés recevront ? », in *Le Thansettakij* du 9 décembre 2012, vol. 32, n°2 799, p. 5.

MANAGER, « Peu de vente ! Seulement 2 % des étrangers achètent les cartes de l'assurance de la santé », in *Le Manager* du 13 mai 2013, p. 6.

PRACHACHAT, « Il y a un projet de vente de la carte de l'assurance de la santé destinée à l'étranger, gérée par le Ministre de la santé publique », in *Le Prachachat-Turakit* du 10 juin 2013, p. 4.

THAI PR, « Beaucoup de travailleurs étrangers affluent au système de la santé thaïlandaise », in *Le Thai PR* du 18 octobre 2012, p. 3.

TNA News, « le Ministre de la santé publique impose aux étrangers en Thaïlande d'acheter la carte de l'assurance santé », in *Le TNA News* du 3 juin 2012, p. 5.

TNA News, « le Ministère de la santé publique encourage les étrangers et leur famille d'acheter la carte de l'assurance santé », in *Le TNA News* du 13 mai 2013, p. 7.

7. Lois, décrets, ordonnances et circulaires

En langue française

Loi n°50-1045 du 22 août 1950 renforçant le contrôle de l'Etat sur les organismes de sécurité sociale

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (Loi Evin)

Loi n°74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité social obligatoire

Loi n°78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale

Loi n°89-377 du 13 juin 1989 relative aux groupements européens d'intérêt économique et modifiant l'ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n°96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire

Loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé

Loi n° 99-223 du 23 mai 1998 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999, portant sur la création d'une couverture maladie universelle, *JO*, 28 juillet 1999, p. 11229.

Loi n°2001-458 du 30 mai 2001, *JO* n°125 du 31 mai 2001 p. 8639.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Loi Kouchner)

Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat

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

Loi n°2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, *JO* 18 mai, p. 8537

Loi n°2011-894 du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011

Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est adoptée le 10 août 2011

Loi n°2013-715 du 6 août 2013 tendant à modifier la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires est adoptée le 6 août 2013

Décret n°60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale

Décret n°83-975 du 10 novembre 1983 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'institut national de la santé et de la recherche médicale

Décret n°85-1353 du 17 décembre 1985 relatif au code de la sécurité sociale (partie Législative et partie Décrets en Conseil d'Etat)

Décret n°95-904 du 4 avril 1995 relatif aux produits du corps humain non soumis aux dispositions du titre I^{er} du livre VI du code de la santé publique

Décret portant Code de déontologie médicale, n°95-1000 du 6 septembre 1995, *J.O.* du 8 septembre 1995, p.13305-13310

Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1, CSP

Décret n°2004-1398 du 23 décembre 2004 relatif aux médicaments remboursables par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat

Décret n°2009-1596 du 18 décembre 2009 relatif au contrôle des organismes de sécurité sociale

Décret n°2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé

Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale

Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière (Réforme Débré)

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers universitaires (CHU) et à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche hospitalière (Réforme Débré)

Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique

Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (Ordonnances Juppé)

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (Ordonnances Juppé)

Circulaire de DHOS n°57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n°2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat

Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'AME, notamment la situation familiale et la composition du foyer (le statut des mineurs)

En langue thaïlandaise

Constitution de la Thaïlande de 2007

Loi sur des établissements de santé de 1998

Loi sur des maladies contagieuses de 1980

Loi sur l'assurance sanitaire nationale de 2002

Loi sur l'assurance sociale de 1954

Loi sur le conseil consultatif national de l'économie et la société de 2000

Loi sur le contrôle de la pratique des professionnels sanitaires de 1936

Loi sur le contrôle des établissements de soin de 1941

Loi sur le développement économique et social national de 1978

Loi sur la compensation de 1994

Loi sur la décentralisation aux collectivités locales de 1999

Loi sur l'immigration de 1979

Loi sur l'institution de la recherche du système sanitaire de 1992

Loi sur la médecine d'urgence de 2008

Loi sur la nationalité de 1965

Loi sur la profession de l'assistance sociale de 2013

Loi sur la profession médicale de 1982

Loi sur la profession pharmaceutique de 1994

Loi sur la régulation de l'exécution nationale de 1991

Loi sur la santé nationale de 2007

Loi sur la sécurité de la santé nationale de 2002

Loi sur la sécurité sociale de 1990

Décret sur la détermination de la durée de la prestation lorsque l'assuré est sans activité après avoir quitté son travail de 2002

Décret sur la détermination des règles et le taux de versement de la cotisation pour bénéficier la compensation, et sur les règles et les conditions relatives au droit de percevoir la compensation d'assuré à titre volontaire de 2011

Décret sur la prestation d'assurance maladie de 2010

Décret de la structure intérieure du département du contrôleur général, ministère des finances de 1995

Réglementation de commission de la sécurité sociale sur la réception, le paiement, et la garde de la cotisation de caisse de 2004

Réglementation de la commission de la sécurité sociale sur l'approvisionnement des bénéficiaires de la caisse de la sécurité sociale de 2006

Réglementation du comité de la protection sociale des entreprises publiques sur le standard des avantages sociaux d'agent de l'entreprise publique de 1991

Régulation de consortium des universités médicales de la Thaïlande de 1989

Régulation de consortium des universités médicales de la Thaïlande : le rôle, la mission et l'opération de 1993

Règlement de l'institution de recherche du système sanitaire relative la création de l'institution pour le développement et la protection de recherche biomédicale de 2006

Réglementation du ministre d'intérieur sur la prestation maladie des agents des collectivités territoriales de 1998

Règlement ministériel sur la détermination du taux de cotisation à la Caisse de la sécurité sociale de 2012

Règlement ministériel sur la division de structure intérieur d'office de la sécurité sociale, ministère de travail de 2009

Règlement ministériel sur la qualification des établissements de santé et la qualification des services des établissements de santé de 2002

Résolution du Cabinet des Ministres sur la gestion des travailleurs étrangers de nationalité birmane, cambodgienne et laotienne entrés illégalement en Thaïlande de 2012

8. Entretien

Entretien avec M. CHUNU Udon, homme de loi de l'hôpital universitaire de Thammasat, le 13 juin 2011, fait à l'Hôpital Universitaire de Thammasat, Bangkok, Thaïlande.

9. Décisions de jurisprudence

CJCE 17 février 1993 C-159/91 et C-160/91, *Poucet et Pistre*, *RD sanit. soc.* 1993, p. 554.

CJCE 17.02.1993, 2 arrêts (*Poucet et AGF c/ CAMULRAC* et *Pistre c/CANCAVA*), *Rec. CJCE*, p. I-637; *D.*, 1993, *Somm.*, 277, obs. X. Prétot; *Dr. Soc.*, 1993, p. 288, note P. Laigre, obs. J.-J. Dupeyroux ; *RJS* 3/93, n° 336.

CJCE 26 mars 1996 C-238/94 *Garcia*, 705 obs. Laigre Ph., *Dr. soc.* 1996.

Cons. Const., 16 juillet 1971, n°71-44 DC, *JO* 18 juillet 1971, p. 7114.

Cons. Const., 15 janvier 1975, n°74-54 DC, *JO* 16 janvier 1975, p. 691.

- Cons. Const., 28 décembre 1990, n°90-286 DC, *JO* 30 décembre 1990, p. 10613.
- Cons. Const., 27 juillet 1994, n°94-343/344, GDCC, RDP, 1994, p. 1647 ; RFDA, 1994, p. 1019 ; RFDC, 1994, p. 799.
- Cons. Const., 21 janvier 1997, n°97-387 DC.
- CE 29 juillet 1994, *Gaz. Pal*, p. 407, concl. Garnier LEBON.
- CE 12-13 juillet 1995, *RDSS*, 1995-1, p.57, note L.D et Garay.
- CE 5 janvier 2000, *Consorts Telle*, *AJDA* 2000, p. 137.
- CE 26 octobre 2001, *Senanayaké*, *AJDA*, 2002, p. 259 et RFDA, 2002, p. 146.
- CE 16 août 2002, *Feuillatey*, *AJDA*, 2002, p. 723.
- CE 30 septembre 2002, *Dupuy*, *JCP Adm.* 2002, n°1265, note L. Aubert ; *AJDA* 2003, p. 445, note N. Albert.
- CE 12 janvier 2005, *AJDA*, 2005, p. 1008, note J.-P. Markus.
- CE 30 mars 2005, n°260782, *Union régionale des syndicats CFTC de La Réunion*, *Juris-Data* n° 2005-068238, *TPS*, n° 6, Juin 2005, p. 191.
- CE 26 septembre 2005, *AJDA*, 2006, p. 308, note J. -P. Markus.
- CE 14 avril 2010, *M. et Mme L*, n°336 753.
- Cass. 2 février 1997, *RDTC* 1997, p. 434.
- Cass. 9 octobre 2001, *JCP D* 2001, J. 3470.
- Cass. Crim., 19 décembre 1885, *Watelet et Dallet, gérant du journal le Matin, c/ Min. publ.* (*S. 1886, 1, p. 347*)
- Cass. Civ.1^e, 20 mai 1936, *Dr Nicolas c/ Époux Mercier*, DP 1936. 1. 88, concl. MATTER, rapport JOSSERAND, note E. P., S. 1937. 1. 321, note BRETON, J.C.P. 1936, 1079, *Gaz. Pal.* 1936. 2. 41.
- Cass. Civ.1^e, 18 janv2000, *JCP* 2001.II.10473, note. A Dorsner-Dolivet.

Cass. Civ.1^e, 8 avril 2010 relative aux risques d'infections nosocomiales.

Cass. Civ.2^e, 19 janvier 1956, *Dr. soc.*, 1956, 319 ; Soc. 12 juillet 1995, *RJS*, 1995, n°965.

Cass. Civ.2^e, mai 2004, *JCP E et A* 2004 IV, n°2485 concernant l'artiste étranger.

Cass. Civ. 2^e, 11 octobre 2005 (associé en nom collectif), *Dr. Soc.* 2006, 111, obs. G. FRANCOIS-DAINVILLE.

Cass. Civ. 2^e, 20 juin 2007, *JCP* 2007, S, 1749, note VACHET G.

Cass. Civ. 2^e, 15 mai 2008, *RJS* 7/08, n°825.

Cass. Soc., 7 janvier 1971, *Bull.* V, n°14.

Cass. Soc., 25 juin 1980, *Bull.* V, n°568.

Cass. Soc., 21 juillet 1986, pourvoi n°84-15445, *Bull. civ.* 1986 V, n°428 p. 326.

Cass. Soc., 21 juillet 1986, *Jurisp. Soc. UIMM* 86-479, p. 465 relatif à la distribution des produits Renaware.

Cass. Soc., 8 juin 1988, *JCP*, 1988, II, 21227, note VACHET G.

Cass. Soc., 1 février 1989, n°86-17704, *Bull.* 1989 V, n°89, p. 54.

Cass. Soc., 11 mai 1996, *Bull.* IV, n°440.

Cass. Soc., 13 novembre 1996, *Bull.* V, n°386.

Cass. Soc., 13 novembre 1996, *Dr. soc.* 1996.1067 note Dupeyroux J.-J.

Cass. Soc., 29 janvier 1998, Soc. 4 févr. 1998, *LS* n°7827 du 13 mars 1998, *Juris. Contra Soc.*, 20 mai 1999 *Jurisp. Soc. UIMM*, n°99-630, p. 325.

Cass. Soc., 13 janvier 2000 *JCP E. et A.* 2000, pan. Rap., p. 401.

Cass. Soc., 20 janvier 2000, *RJS* 2000, n°438 relative à des sous-agents d'assurance.

Cass. Soc., 20 avril 2000, *RJS* 2000, n°700.

Cass. Soc., 22 juin 2000, *RJS* 11/2000, n°1129.

Ass. Plén., 8 janvier 1993, *JCP E* 1993 pan. Soc., p. 99.

Ass. Plén., 18 juin 1976, *D.* 1977, p. 173.

Ass, 16 juillet 2007, *Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine à l'hôpital*, *Lebon* p.349, concl. C. Devys, *JCP* 2007.II.10163, note A. Cheminade, *AJDA* 2007 p. 1807, *Chron. Et* 2008 p. 297, art. J.-M. Lemoyne de Forges, *RFDA* 2007-6 p. 1269, concl. C.Devys et note P.Terneyre, *RDSS* 2007 p. 1050, note D. Cristol.

10. Références électroniques

En langue française

Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (L'ANRS), *L'ANRS et ses missions* [en ligne]. Paris : Doc'ANRSH. Mise à jour : 2012 [ref. du 29/04/2012].

Disponible sur <http://www.anrs.fr/Qui-sommes-nous/Presentation-de-l-ANRS/L-ANRS-et-ses-missions>

Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (L'ANRS), *Organisation* [en ligne]. Paris : Doc'ANRSH. Mise à jour : 2012 [ref. du 29/04/2012]. Disponible sur <http://www.anrs.fr/Qui-sommes-nous/Organisation>

ADAY A. et DONABEDIAN A., *Conception et définition de l'accès aux soins de santé* [en ligne]. Rwanda : Doc'Mémoire online d'BAYEGE Innocent. Mise à jour : 2005 [ref. du 01/07/2013]. Disponible sur :

http://www.memoireonline.com/07/08/1302/m_contribution-mutuelles-sante-accessibilite-population-services-de-sante3.html

Assurance maladie en ligne, *Les CPAM et les caisses de sécurité sociale : un réseau de proximité* [en ligne]. Paris : Doc'ameli.fr. Mise à jour : 31 jan 2013 [ref. du 08/05/2013].

Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/le-reseau-de-l-assurance-maladie/les-cpam-et-les-caisses-de-securite-sociale.php>

Couverture maladie universelle, *Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 24/05/2013]. Disponible sur : <http://www.cmu.fr/acs.php>

Couverture maladie universelle, *Budget du Fonds CMU* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 10/05/2013]. Disponible sur : <http://www.cmu.fr/budget-fonds-cmu.php>

Couverture maladie universelle, *CMU complémentaire* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 24/05/2013]. Disponible sur : <http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>

Couverture maladie universelle, *Gestion de la liste des organismes participant à la CMU-C* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 06/05/2013]. Disponible sur : <http://www.cmu.fr/mission-gestion.php>

Couverture maladie universelle, *Présentation générale* [en ligne]. Paris : Doc'CMU. Mise à jour : 01 jan 2012 [ref. du 06/05/2013]. Disponible sur : http://www.cmu.fr/presentation_generale.php

Eco-Santé France, *Historique de la Couverture Maladie Universelle* [en ligne]. Paris : Doc'ESF. Mise à jour : 30 mars 2012 [ref. du 13/04/2013]. Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/FRANFRA/582.html>

FARGE A., *27 juillet 1999 : Instauration de la CMU* [en ligne]. Toulouse : Doc'Parti de gauche Midi-Pyrénées. Mise à jour : 30 juillet 2012 [ref. du 13/04/2013]. Disponible sur : <http://www.gauchemip.org/spip.php?article10537>

Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, *Taux des cotisations du régime général* [en ligne]. Paris : Doc'URSSAF. Mise à jour : 27 décembre 2012 [ref. du 13/08/2013]. Disponible sur : http://www.urssaf.fr/profil/associations/baremes/baremes/taux_des_cotisations_du_regime_general_01.html

Vie politique, *CMU : une évaluation du dispositif* [en ligne]. Paris : Doc'Ve politique. Mise à jour : 14 mars 2012 [ref. du 29/04/2013]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/evaluation/cmu-evaluation-du-dispositif.html>

En langue thaïlandaise

ARIYASRIWATTANA C., *La réforme du système financière et budgétaire de la santé* [en ligne]. Bangkok. Mise à jour 23 mars 2011 [ref. du 11/12/2012]. Disponible sur : <http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=1446.0;wap2>

AONOPAS S., *La révision de la définition de l'assistance sociale en 2010* [en ligne]. Bangkok : Doc'UHC. Mise à jour : 26 avril 2011 [ref. du 21/03/2013]. Disponible sur : <http://swhcu.net/km/mk-articles/sw-km/186-new-sw-meaning53.html>

Association d'hôpital privé, *L'historique et les objectifs de l'association* [en ligne]. Bangkok : Doc'AHP. Mise à jour : 2009 [ref. du 10/06/2011]. Disponible sur <http://www.thaiph.org/body/purpose.html>

Bureau du sanatorium et l'art de la guérison, *L'histoire du bureau d'art de la guérison* [en ligne]. Bangkok : Doc'BSAG. Mise à jour : 2009 [ref. du 31/07/2012]. Disponible sur : <http://203.157.6.204/ac/history.asp>

Centre d'information thaïlandaise pour les droits civils et journalisme d'investigation, *Le système d'assurance maladie destiné aux fonctionnaires* [en ligne]. Bangkok : Doc'CTJI. Mise à jour : 2012 [ref. du 23/01/2013]. Disponible sur : <http://www.tcijthai.com/tcijthai/view.php?ids=1420>

Consortium des universités médicales thaïlandais, *L'historique du consortium* [en ligne]. Bangkok : Doc'CUMT. Mise à jour : 2005 [ref. du 13/06/2011]. Disponible sur <http://www.cotmes.org/about0.html>

DAMRONGSAKOON K., *Des caractéristiques de l'assistance sociale* [en ligne]. Bangkok. Mise à jour : 2009 [ref. du 05/04/2013]. Disponible sur : <http://www.gotoknow.org/posts/385558>

Département du contrôleur général, *L'historique du Département du contrôleur général* [en ligne]. Bangkok : Doc'DCG. Mise à jour : 2008 [ref. du 20/07/2011]. Disponible sur <http://www.cgd.go.th/wps/portal/Eng/AboutUs/History>

Institution d'accréditation des établissements sanitaires, *L'Origine de l'Institution d'accréditation des établissements sanitaires* [en ligne]. Bangkok : Doc'IAES. Mise à

jour : 2007 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur
<http://www.ha.or.th/ha2010/th/about/index.php>

Institution du cancer national, *La vision et les missions de l'Institution du cancer national* [en ligne]. Bangkok : Doc'ICN. Mise à jour : 2008 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur
<http://www.nci.go.th/Today/visionandmission.html>

Institution de la recherche *Chalabhorn, Des activités de l'institution* [en ligne]. Bangkok : Doc'IRC. Mise à jour : 2009 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur
http://www.cri.or.th/en/about_activité.php

Institution de la recherche *Chalabhorn, Des missions et des objectives* [en ligne]. Bangkok : Doc'IRC. Mise à jour : 2009 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur
http://www.cri.or.th/en/about_mission.php

Institution de la recherche du système sanitaire, *Le plan de la recherche* [en ligne]. Bangkok : Doc'IRSS. Mise à jour : 2009 [ref. du 07/07/2011]. Disponible sur
<http://www.hsri.or.th/plans>

Institution pour développement de la protection recherchée humaine, *Des visions et des missions* [en ligne]. Bangkok : Doc'IDPRH. Mise à jour : 2008 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur <http://www.ihrp.or.th/strategy.php>

Office de recherche du système d'assurance sanitaire thaïlandaise, *L'organisme public, la collectivité territoriale et l'assurance maladie* [en ligne]. Bangkok : Doc'ORSAT. Mise à jour : 31 mai 2012 [ref. du 23/01/2013]. Disponible sur :
<http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=36>

Office de la sécurité sociale de Surat Thani, *La nouvelle étape s'étend la sécurité sociale à la profession indépendante (des mains d'œuvre hors de système de la sécurité sociale)* [en ligne]. Surat Thani : Doc'OSS. Mise à jour : 2009 [ref. du 11/12/2012]. Disponible sur :
<http://www.sso.go.th/wprp/suratthani/content.jsp?id=2903&cat=1673&lang=th>

Office de la sécurité sociale, *Le principe de la sécurité sociale en Thaïlande* [en ligne]. Bangkok : Doc'OSS. Mise à jour : 2012 [ref. du 08/11/2012]. Disponible sur
<http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=141>

Office de la sécurité sociale, *Le résultat de la gestion financière de la Caisse de la sécurité sociale du 30 juin 2012* [en ligne]. Bangkok : Doc'OSS. Mise à jour : 2012 [ref. du 11/03/2013]. Disponible sur : http://www.sso.go.th/wpr/uploads/uploadImages/file/SSF-01%2012Q2_Thai.pdf

Office de la sécurité sociale, *La sécurité sociale est le système partagé le bonheur et la souffrance dans la société thaïlandaise* [en ligne]. Bangkok : Doc'OSS. Mise à jour : 2012 [ref. du 09/11/2012]. Disponible sur www.sso.go.th

Ordre médical de la Thaïlande, *L'origine de l'Ordre médical de la Thaïlande* [en ligne]. Bangkok : Doc'OMT. Mise à jour : 2009 [ref. du 01/05/2011]. Disponible sur <http://www.tmc.or.th/about.php>

Thaïlandefr, *Du Siam à la Thaïlande : l'histoire d'un nom* [en ligne]. Bangkok : Doc'Thaïlandefr. Mise à jour : 4 août 2009 [ref. du 24/07/2011]. Disponible sur <http://thailande-fr.com/culture/histoire/2874-du-siam-a-la-thaïlande-histoire-dun-nom>

Wikipedia, *Le médico-social* [en ligne]. Bangkok. Mise à jour : 10 mars 2013 [ref. du 05/04/2013]. Disponible sur : <http://th.wikipedia.org/wiki>

Table des matières

Remerciements	V
Sommaire.....	VII
Table des abréviations.....	IX
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	27
L'IDENTIFICATION DU DROIT A L'ACCES AUX SOINS	27
<i>Titre I.....</i>	<i>31</i>
<i>Les fondements du droit à l'accès aux soins.....</i>	<i>31</i>
Chapitre I.....	35
L'émergence du droit à l'accès aux soins	35
<i>Section 1 : La mise en œuvre progressive de l'accès aux soins.....</i>	<i>37</i>
§ 1 : Avant l'apparition du système de la protection sociale	37
A : L'assistance privée et publique en Europe et en France	38
B : L'assistance privée et publique en Thaïlande	44
§ 2 : Le droit à l'accès aux soins par le système de protection sociale.....	48
A : La diversité des modèles du système de protection sociale en Europe et en France	48
B : L'évolution du système de protection sociale en Thaïlande	56
a : La période de post-changement du régime du pays.....	56
b : La période de post-réforme politique et gouvernementale	59
<i>Section 2 : Les deux approches conceptuelles de l'accès aux soins</i>	<i>60</i>
§ 1 : La conception de l'accès aux soins au regard de la protection sociale	60
A : L'accès aux soins du point de vue social.....	60
B : Les considérations économiques	64
§ 2 : La conception de l'accès aux soins au regard du droit médical	70
A : L'évolution de la relation médicale : l'influence sur l'accès aux soins actuels	70
a : L'opposition des modèles.....	71
b : La transformation récente de la relation médicale.....	76
B : L'évolution du droit du malade aux soins.....	78

a : Du principe de bienfaisance à l'obligation déontologique et juridique du médecin	79
b : L'obligation d'accueil de l'établissement de santé.....	82
Chapitre II.....	87
Les principes fondateurs.....	87
du droit à l'accès aux soins	87
<i>Section 1 : Les principes constitutionnels de garantie de l'accès aux soins</i>	<i>89</i>
§ 1 : L'action politique dans le domaine sanitaire	89
A : La politique sanitaire française	90
B : La politique publique thaïlandaise pour la santé	97
§ 2 : L'assurance de l'accès aux soins dans les constitutions	104
A : L'affirmation par le préambule de la Constitution française	104
B : L'affirmation par les différents articles de la Constitution thaïlandaise...	106
<i>Section 2 : Les principes juridiques de garantie de l'accès aux soins.....</i>	<i>109</i>
§ 1 : Les droits fondamentaux du patient	109
A : Les deux grandes genres des droits fondamentaux français	110
a : En tant que personne	110
b : En qualité d'utilisateur du système de santé.....	115
B : La pluralité des droits fondamentaux thaïlandais	120
§ 2 : Le droit à l'accès aux soins du patient	129
A : La portée et la composition du droit français d'accès aux soins	129
B : La portée et la composition du droit thaïlandais d'accès aux soins.....	136
Conclusion du titre I.....	143
 Titre II.....	 145
Le système de santé et l'accès aux soins.....	145
 Chapitre I.....	 149
Le système de gestion de la santé.....	149
<i>Section 1 : La gestion sanitaire : une mission générale dévolue de manière prépondérante à l'état</i>	<i>151</i>
§ 1 : La gestion sanitaire au niveau national	151

A : Les institutions de décision et de mise en œuvre des politiques de la santé	151
a : En France : le ministère chargé de la santé et les directions rattachées au secteur de la santé	152
b : En Thaïlande : le ministère de la santé publique et l'organisation publique concernée.....	156
B : Les institutions de soutien de la gestion sanitaire	161
a : Les trois organismes français principaux de soutien de la gestion sanitaire	161
b : Les trois organismes thaïlandais principaux à caractère consultatif.....	163
§ 2 : La gestion sanitaire au niveau local	166
A : Le schéma général	166
a : La complexité de la gestion sanitaire au niveau local en France	167
b : La simplicité de la gestion sanitaire au niveau local en Thaïlande.....	171
B : Les institutions responsables	175
a : En France : les Agences Régionales de Santé (ARS)	175
b : En Thaïlande : les offices sanitaires provinciaux et les offices sanitaires du district.....	180
<i>Section 2 : La gestion sanitaire : des missions spécialisées relevant d'une pluralité d'organismes</i>	<i>183</i>
§ 1 : Les institutions de certification des établissements de soins et du contrôle de la qualification professionnelle.....	183
A : L'institution de certification des établissements de soins	183
a : En France : la Haute Autorité de Santé (HAS).....	184
b : En Thaïlande : l'institution d'accréditation des établissements sanitaires (IAES).....	190
B : L'institution du contrôle de la qualification professionnelle	193
a : L'ordre médical, l'ordre pharmaceutique et la HAS en France.....	193
b : L'ordre médical et l'ordre pharmaceutique en Thaïlande	200
§ 2 : Les institutions de recherche et de développement sanitaire.....	204
A : Les institutions de recherche	205
a : En France : l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et le centre national de la recherche scientifique (CNRS)	205
b : En Thaïlande : l'institution de recherche du système sanitaire et l'institut de recherche <i>Chulabhorn</i>	208

B : Les institutions de recherche et du développement de la thérapeutique ...	211
a : Concernant la recherche biomédicale	211
b : La mise en charge de certaines maladies graves : le Sida et le Cancer..	218
Chapitre II.....	225
Le système de soins et la coopération sanitaire.....	225
<i>Section 1 : La diversité des prestataires de soins</i>	<i>227</i>
§ 1 : Le constat de la diversité	227
A : Le secteur ambulatoire, ou médecine de ville, ou médecine libérale	228
a : Présentation du secteur ambulatoire en France	228
b : Présentation du secteur ambulatoire en Thaïlande	232
B : Le secteur hospitalier	234
a : Le secteur central en France	234
b : Le secteur essentiel en Thaïlande	238
§ 2 : La diversité des établissements de santé	243
A : Les établissements publics	244
a : L'unicité des établissements publics de santé en France	244
b : Les établissements principaux de santé en Thaïlande.....	246
B : Les établissements privés	250
a : L'émergence une nouvelle catégorie d'établissements privés de santé en France : l'ESPIC.....	250
b : Les établissements privés de santé en Thaïlande.....	253
<i>Section 2 : La coopération sanitaire</i>	<i>256</i>
§ 1 : L'émergence de nouvelles personnes morales	257
A : En France : GIP, GIE, GCS.....	257
B : En Thaïlande : l'association des hôpitaux privés et le consortium des universités médicales thaïlandaises	262
§ 2 : Le maintien de la personnalité juridique de ses membres.....	265
A : En France : les CHT et les réseaux de santé	266
B : En Thaïlande : la coopération concernant l'accroissement de la qualité des soins et les réseaux de santé.....	270
Conclusion du titre II.....	279
Conclusion de la partie I.....	281

DEUXIEME PARTIE	283
LA MISE EN ŒUVRE DU DROIT A L'ACCES AUX SOINS.....	283
<i>Titre I.....</i>	<i>287</i>
<i>L'accès aux soins principaux</i>	<i>287</i>
Chapitre I.....	291
Le système d'assurance sanitaire publique et le droit à l'accès aux soins	291
<i>Section 1 : La conception de la sécurité sociale en tant que système principal d'assurance sanitaire publique</i>	<i>293</i>
§ 1 : La notion de sécurité sociale	293
A : La formation du concept de sécurité sociale	293
a : Le passage du système de l'assurance sociale au système de sécurité sociale en France	294
b : Les tentatives successives d'instauration de système de sécurité sociale en Thaïlande.....	298
B : Les principes fondateurs de la sécurité sociale	302
a : Le principe de la solidarité et le principe de territorialité en France	302
b : Le principe de la solidarité nationale en Thaïlande	307
§ 2 : Le droit de la sécurité sociale	311
A : Les caractères du droit de la sécurité sociale	311
a : Les trois caractéristiques majeures du droit français de la sécurité sociale	312
b : Les trois caractéristiques majeures du droit thaïlandais de la sécurité sociale	312
B : Les sources du droit de la sécurité sociale	313
a : En France : au niveau national, européen et international	314
b : En Thaïlande : au niveau national et international	320
<i>Section 2 : Le droit à l'accès aux soins organisé par les divers systèmes d'assurance sanitaire publique</i>	<i>325</i>
§ 1 : Le système principal d'assurance sanitaire publique	326
A : Notion générale	326
a : Le régime général de la sécurité sociale en France.....	327
b : La sécurité sociale en Thaïlande.....	331

B : L'importance de l'assurance maladie	336
a : La couverture de l'ensemble de la population résidente en France	336
b : La couverture aux seuls assurés en Thaïlande.....	345
§ 2 : Les autres systèmes d'assurance sanitaire publique au regard de l'assurance maladie	351
A : Les autres régimes de la sécurité sociale en France	351
a : Les régimes spéciaux	353
b : Le régime agricole	355
c : Les régimes des travailleurs indépendants	360
B : Les autres systèmes d'assurance sanitaire publique en Thaïlande	364
a : Le système destiné aux fonctionnaires.....	364
b : Les systèmes destinés aux autres agents publics	368
Chapitre II.....	373
L'organisation de la sécurité sociale	373
et le droit à l'accès aux soins	373
<i>Section 1 : L'organisation administrative de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie.....</i>	<i>375</i>
§ 1 : Les organismes de gestion.....	376
A : Le régime général en France	376
B : La sécurité sociale en Thaïlande.....	383
§ 2 : L'intervention des pouvoirs publics.....	387
A : Le régime général en France	387
B : La sécurité sociale en Thaïlande.....	392
<i>Section 2 : L'organisation financière de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie.....</i>	<i>396</i>
§ 1 : Les gestions financières	396
A : Le régime général en France	397
B : La sécurité sociale en Thaïlande.....	402
§ 2 : Les ressources financières	407
A : Le régime général en France	407
a : Le financement par la cotisation	408
b : Le financement par la fiscalité	411

B : La sécurité sociale en Thaïlande	414
a : Le financement par les cotisations issues des employeurs et employés	415
b : Le financement par des cotisations venant de l'Etat.....	416
c : Des revenus des capitaux ou des avantages issus d'investissement	417
Conclusion du titre I.....	421
<i>Titre II.....</i>	<i>423</i>
<i>L'accès aux soins supplémentaires.....</i>	<i>423</i>
Chapitre I.....	427
Le système général	427
de l'accès aux soins supplémentaires.....	427
<i>Section 1 : La conception de l'aide et l'action sociale au regard de l'accès aux</i> <i>soins supplémentaires.....</i>	<i>429</i>
§ 1 : Les notions d'aide et d'action sociales.....	429
A : La définition et les caractéristiques	429
a : La distinction claire entre « l'aide sociale » et « l'action sociale » en	
France.....	430
b : La différence de terminologie et de catégorie en Thaïlande	434
B : Les rapports entre l'aide sociale, la sécurité sociale et la santé publique .	438
a : La relation étroite entre les trois secteurs en France	439
b : La relation étroite entre les trois secteurs en Thaïlande	444
§ 2 : L'évolution et l'actualité de l'accès aux soins supplémentaires.....	448
A : L'évolution juridique de l'accès aux soins supplémentaires	449
a : Le passage de l'AMD à la CMU en France	449
b : La CMU : le résultat d'une grande réforme du système thaïlandais de la	
santé	452
B : L'actualité de l'accès aux soins supplémentaires	458
a : Les trois régimes de la CMU française : CMU de base, CMU-C et ACS	
.....	458
b : L'unicité de la CMU thaïlandaise.....	463
<i>Section 2 : L'organisation de l'accès aux soins supplémentaires</i>	<i>468</i>
§ 1 : L'organisation administrative de l'accès aux soins supplémentaires	469
A : Deux organismes responsables chargés de la CMU en France.....	469

a : Les caisses primaires d'assurance maladie.....	469
b : Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.....	472
B : Un seul organisme responsable chargé de la CMU en Thaïlande	475
§ 2 : L'organisation financière de l'accès aux soins supplémentaires	479
A : Le double financement de la CMU en France	479
a : Le financement de la Couverture maladie universelle de base.....	480
b : Le financement de la Couverture maladie universelle complémentaire et l'Aide pour une Complémentaire Santé.....	481
B : La CMU représente la plus grande partie du budget de la santé publique de la Thaïlande.....	483
Chapitre II.....	489
L'accès aux soins des citoyens et des étrangers.....	489
<i>Section 1 : L'accès aux soins des citoyens</i>	<i>491</i>
§ 1 : L'affiliation aux soins supplémentaires	491
A : L'offre à tous les résidents en France sans distinction de nationalité	492
a : La couverture maladie universelle de base.....	492
b : La couverture maladie universelle complémentaire	494
B : L'offre à tous les citoyens thaïlandais	496
a : Les conditions d'accès aux soins supplémentaires	496
b : La difficulté liée aux conditions d'accès aux soins supplémentaires	498
§ 2 : Les droits aux soins supplémentaires	500
A : Considérations relatives au droit à la CMU française	500
a : La couverture maladie universelle de base.....	501
b : La couverture maladie universelle complémentaire	503
B : Considérations relatives au droit à la CMU et aux difficultés du système de l'assurance maladie thaïlandaise	505
a : Les droits fondamentaux aux soins supplémentaires	505
b : Les problèmes liés à la disparité entre les trois systèmes de l'assurance maladie	509
c : Les propositions concernant l'assurance sanitaire	511
<i>Section 2 : L'accès aux soins des étrangers</i>	<i>515</i>
§ 1 : L'affiliation aux soins supplémentaires	515

A : L'Aide médicale de l'Etat (AME) en France	516
B : L'aide médicale pour les étrangers en Thaïlande	518
§ 2 : Les droits aux soins supplémentaires	522
A : L'Aide médicale de l'Etat (AME) en France	523
B : L'aide médicale pour les étrangers en Thaïlande	524
Conclusion du titre II.....	527
Conclusion de la partie II	529
Conclusion générale	531
Bibliographie.....	539
Table des matières.....	575

RESUME : Le droit à l'accès aux soins est considéré comme un droit fondamental des personnes, tant au niveau international qu'au niveau national. Ce droit dispose d'une valeur constitutionnelle à la fois en France et en Thaïlande, puisqu'il est inscrit dans le Préambule de la Constitution française et dans plusieurs articles de la Constitution thaïlandaise. Mais le droit à l'accès aux soins peut également être envisagé sous l'angle du service public qui appelle l'Etat à intervenir et à prendre en charge.

La mise en place en France d'un système permettant d'assurer le droit à l'accès aux soins est fortement liée au système de la sécurité sociale. Cette dernière est un énorme système d'assurance de santé qui couvre la plus grande partie de la population française, notamment les personnes actives. Il n'en va pas de même en Thaïlande où l'accès aux soins est mis en œuvre par trois moyens principaux : la sécurité sociale, l'assurance sanitaire destinée aux fonctionnaires et autres agents publics, et la couverture maladie universelle, appelée aussi l'assurance sanitaire nationale. Grâce à ces trois leviers, le gouvernement peut assurer actuellement jusqu'à 92,5 % d'habitants, leur permettant ainsi l'accéder aux soins.

La question de la mise en place d'un système d'assurance sanitaire représente un enjeu majeur pour l'accès aux soins de la population tant en France qu'en Thaïlande. Notre recherche repose une approche comparative du droit de la santé et du droit de la protection sociale française et thaïlandaise ; elle a pour ambition d'analyser de façon systématique le système de santé et le système d'assurance sanitaire en France et en Thaïlande. Cette étude comparative pourra, nous l'espérons, aider à l'amélioration du système d'assurance sanitaire en Thaïlande.

TITLE : Access to health care : a comparison of French and Thai systems

SUMMARY : The right to access to health care is considered, on the one hand, as a fundamental right of people, both international and national level. This right has a constitutional value in both France and Thailand, in the Preamble of the French Constitution and in many different articles of Thai Constitution. On the other hand, the right to access to health care is seen as a public service that call the state to step in and take charge.

The establishment of a French system to ensure the right to access to health care is primarily attached to the system of social security. The latter is a huge health insurance system that covers much of the French population, including active people, while in Thailand, access to care is implemented by three main categories : social security, health insurance for civil servants and other public officials, and universal health coverage, also known as the National Health Insurance. With these three categories, the government can now provide up to 92.5% of people, allowing them access to health care.

The question of the implementation of a health insurance system represents a major challenge for access to care of the population both in France and Thailand. Our research will conduct a comparative study in health law and social protection law, of France and Thailand, which is based on legal, health and social base used to systematically analyze the health system and the health insurance system in France and Thailand. This comparative study will, we hope, help to improve the health insurance system in Thailand.

DISCIPLINE : DROIT DE LA SANTE ET DROIT DE LA PROTECTION SOCIALE

MOTS-CLES : Accès aux soins ; Système de la santé ; Sécurité sociale ; Couverture maladie universelle ; Etablissement de santé ; Haut Autorité de Santé ; Droit à la santé ; Droit à l'accès aux soins ; Agence Régional de Santé ; Ordre professionnel ; Protection sociale ; Aide sociale ; Action sociale ; Coopération sanitaire ; Relation médicale ; Assurance sanitaire publique ; Droit du patient ; Gestion sanitaire ; Médecine libérale ; CPAM ; Aide médicale de l'Etat ; Thaïlande.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. : FACULTE DE DROIT, L'UNIVERSITE TOULOUSE I
CAPITOLE, 2 rue du Doyen Gabriel Marty, 31042, Toulouse Cedex 9.