

**Position du Conseil d'éthique clinique sur la question de l'attribution des ressources de soins à des personnes non assurées en Suisse et résidant ou de passage à Genève.**

**Mandat**

Le Conseil d'Ethique Clinique des HUG (CEC) s'est donnée le mandat de mettre en route une réflexion, se matérialisant en un Avis Consultatif, sur les questions en rapport avec la prise en charge des malades non couverts par la LAMal tout en étant résidents à Genève. Cette réflexion trouve son origine dans la saisie du CEC au sujet de deux malades qui posaient, en tout ou partie, ce type de problème.

**Introduction**

Le Conseil a décidé de publier un document en deux parties.

Tout d'abord, il a voulu rassembler toute sorte de textes en rapport avec la question posée, afin que le lecteur puisse s'y référer pour comprendre les arguments que le Conseil a développés dans la seconde partie.

Ainsi, comme à l'accoutumée, le Conseil a procédé à une discussion en se fondant notamment sur une argumentation d'ordre éthique, pour finalement synthétiser sa position dans un Avis Consultatif bref.

**I. Résumé des législations disponibles et des recommandations de différentes instances.**

**1. L'état actuel du droit - les garanties juridiques aujourd'hui reconnues quant à l'accès aux soins.**

Dans le *droit international public applicable en droit interne suisse*, il convient surtout de signaler les garanties posées par la Charte sociale européenne (cf. articles 11 et 13)<sup>1</sup> et la

<sup>1</sup> Charte sociale européenne :

- Article 11 : Droit à la protection de la santé.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment :

1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente;

2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé;

3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres.

- Article 13 : Droit à l'assistance sociale et médicale.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties contractantes s'engagent :

jurisprudence en relation avec la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH). Il faut noter que, d'une part, les obligations découlant de la Charte sociale européenne ne revêtent pas un caractère contraignant vis-à-vis des pays signataires: Elles représentent avant tout des axes d'orientation sur les aménagements sociaux qui doivent être progressivement réalisés dans les pays européens afin de satisfaire les principes définis dans la Charte européenne (droit à l'éducation et à la formation, droit au logement, droit à l'accès à un système de santé adapté, etc.). D'autre part, la jurisprudence, élaborée par les organes rattachés à la CEDH, s'adresse à des situations d'accès aux soins pour des personnes faisant l'objet d'une décision d'expulsion dans un pays où l'infrastructure sanitaire n'était pas considérée comme satisfaisante et/ou la gravité de l'état de santé des personnes intéressées au moment de la décision contre-indiquait l'exécution d'une mesure d'expulsion<sup>2</sup>. Nous devons cependant constater que l'accès aux soins garanti pour toute personne, quels que soient son statut juridique et/ou sa situation sociale – notamment vis-à-vis des gens en situation de précarité -, fait aujourd'hui partie des Droits fondamentaux de l'être humain, et que l'évolution observée ces dernières années dans le domaine des Droits de l'homme vise à renforcer cette reconnaissance juridique.

Le *droit interne suisse* dans son orientation juridique actuelle tend à intégrer l'accès aux soins dans le cadre général du droit à l'assistance sociale, à laquelle peut prétendre toute personne afin de bénéficier d'une «existence conforme à la dignité humaine». Ce droit, notamment garanti par l'article 12 de la nouvelle Constitution fédérale du 18 avril 1999<sup>3</sup> et par la jurisprudence du Tribunal fédéral<sup>4</sup>, comme celui, par exemple, qui se rapporte à l'éducation et à la formation, représente pour l'Etat l'engagement de mettre à disposition des personnes qui en ont besoin (critère de «justiciabilité»), les moyens – organisationnels, financiers, etc. – propres à garantir l'effectivité des droits ainsi reconnus. Cette approche s'inscrit dans l'orientation posée par la Charte sociale européenne. Toutefois, la spécificité du fédéralisme suisse détermine des sphères de compétences entre la Confédération et les cantons, tant sur le plan législatif qu'organisationnel, ce qui ne facilite pas la mise en œuvre d'une politique cohérente et coordonnée. A titre d'exemple dans le domaine de la santé, l'organisation pratique du système de santé appartient aux différents cantons (hôpitaux publics, soins extra-

---

1. à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état.

<sup>2</sup> La jurisprudence élaborée en relation avec la CEDH aborde aussi d'autres aspects relatifs à la santé, mais qui ne concernent pas directement le sujet du présent texte (psychiatrie, médecine pénitentiaire, etc.). En outre, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a établi diverses recommandations, qui n'ont pas de caractère obligatoire, mais servent avant tout à préciser des orientations relevant d'une politique commune européenne en matière de Droits de l'homme et pouvant servir de références aux pays signataires lors des aménagements législatifs, organisationnels, etc.; ainsi, des recommandations ont été élaborées dans divers domaines ayant trait à la santé (prise en charge médico-sociale des personnes âgées, soins pour les personnes appartenant à des «groupes vulnérables» - malades mentaux, personnes détenues, sujets toxicodépendants – etc.).

<sup>3</sup> Art. 12 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 : Droit d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse. Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine. Cf. aussi l'art. 7 : Dignité humaine. La dignité humaine doit être respectée et protégée.

<sup>4</sup> ATF I 367-378, V., du 27 octobre 1995 : En résumé, le Tribunal fédéral – qui a admis la recevabilité du recours sur la base d'un droit constitutionnel fédéral à des conditions minimales d'existence (droit à l'assistance) a affirmé le principe que le droit à l'assistance s'étend aux soins de santé, tout en laissant le soin aux autorités concernées – notamment cantonales – de préciser l'étendue et le contenu de ce droit en fonction des législations d'assistance existant dans les cantons. Cette garantie de principe – d'ordre *qualitatif* – ne précise donc pas le contenu effectif et objectif des «conditions minimales d'existence» - critère *quantitatif* - : ainsi, s'il apparaît évident que des soins médicaux «nécessaires et urgents» font partie de cette garantie juridique, qu'en est-il des traitements médicaux «nécessaires mais non urgents» et impliquant un financement important en fonction des coûts actuels élevés du système de santé ? A titre d'exemple, nous pouvons citer l'évolution observée pour la prise en charge médicale des requérants d'asile, qui, dans un premier temps, ont bénéficié d'une somme forfaitaire – peu élevée, de l'ordre de Fr. 500.- par an -, puis se sont vus reconnaître le droit à être affiliés à un système d'assurance sociale sous réserve d'un contrôle des coûts de santé selon les prises en charge médicale proposées. Il convient encore de noter, à propos de l'ATF cité ci-dessus, que les recourants étaient de nationalité étrangère et que le Tribunal fédéral a estimé que cette situation était sans importance pour la reconnaissance du droit à l'assistance; nous pouvons donc *a fortiori* considérer que cette garantie s'applique bien sûr à tout citoyen de nationalité suisse, dans la mesure où une situation de «détresse sociale» (précarité) impliquerait la nécessité de recourir à l'aide sociale (cf. paragraphe du présent texte intitulé «Précarité et pauvreté : quelques données statistiques»). Finalement, il convient de relever que le Tribunal fédéral a aussi été amené – comme nous l'avons précédemment indiqué à propos de la jurisprudence en relation avec la CEDH – à rendre des décisions concernant l'accès aux soins pour des personnes faisant l'objet d'une décision d'expulsion (JAAC 60.35, JAAC 63.104).

hospitaliers, etc.), alors que la sécurité sociale relève pour une très large part de la Confédération<sup>5</sup>.

Avant d'examiner les structures de soins qui existent à Genève pour les groupes sociaux en situation de précarité, nous avons procédé à une recherche sur l'existence d'éventuelles recommandations émises par des Institutions internationales et nationales qui œuvrent dans le domaine de la santé. Sur le *plan international*, nous avons pris en considération l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et, sur le *plan national*, nous avons examiné la position de la Fédération des médecins suisses (FMH) et de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)<sup>6</sup>. Dans les recherches que nous avons effectuées, nous n'avons pas mis en évidence de recommandations ou de prises de position concernant l'accès aux soins de groupe sociaux en situation de précarité; par exemple, l'OMS a certes élaboré de nombreuses recommandations et plusieurs textes concernant les personnes en situation de précarité, mais le sujet concernait d'abord la gestion des disparités existant entre pays, plutôt qu'au sein des pays eux-mêmes, notamment les pays développés, qui est le sujet de la présente réflexion. Les positions des organisations professionnelles seront détaillées plus loin (pages 16 à 23).

En résumé, nous constatons qu'en Suisse, outre le système de sécurité sociale, dont la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal) a posé depuis son entrée en vigueur en 1995 le principe de l'affiliation obligatoire de toute personne domicilié en Suisse depuis trois mois<sup>7</sup>, doctrine et jurisprudence ont admis l'existence de droits minimaux en matière de santé, notamment «ce qui est indispensable à une existence conforme à la dignité humaine»<sup>8</sup>, incluant avant tout les soins médicaux nécessaires et urgents. Cette garantie minimale ne peut, bien évidemment, pas être considérée comme suffisante selon une approche de prise en charge médicale globale, laquelle implique non seulement les soins médicaux urgents, mais aussi les soins utiles pour restaurer ou maintenir un état de santé satisfaisant. Dès lors, nous devons constater qu'une telle approche reposant sur le principe éthique de *l'équivalence des soins* au sein de la communauté, fait d'abord et avant tout appel à une volonté politique, impliquant bien entendu une planification financière appropriée selon le *principe de justice* gouvernant la macro-allocation des ressources. Cette approche vise à mettre en place au sein de la communauté des réseaux de soins adaptés pour répondre aux besoins de santé de toute personne, c'est-à-dire basée sur le *principe de solidarité*.

Deux exemples illustratifs tirés de l'organisation du système de santé dans le canton de Genève vont démontrer que la volonté d'une collectivité de se doter d'un système de soins adapté aux besoins de l'ensemble des membres d'une communauté se traduit d'abord par des réponses concrètes aux besoins réels existants. Il s'agit des Lois sur les Etablissements publics médicaux (19 septembre 1980 (K/2/5) et le Règlement concernant l'admission des malades dans les établissements publics médicaux du 7 novembre 1984 (K/2/05.04).

---

<sup>5</sup> A titre d'exemple, avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal), qui pose le principe – *de solidarité* – de l'affiliation obligatoire de toute personne domiciliée depuis 3 mois sur le territoire suisse, le canton de Genève avait déjà préalablement établi, dans sa législation cantonale, le principe de l'assurance maladie obligatoire, œuvrant ainsi *de iure* en faveur du principe de *l'équivalence des soins*, puisque assurer l'égal accès à ceux-ci pour toute personne implique *de facto* une garantie financière (paiement des coûts de santé).

<sup>6</sup> En ce qui concerne les prises de position éventuelles d'autres organisations non-gouvernementales (ONG), il convient de se référer au texte mentionné plus loin, en page 16.

<sup>7</sup> Art. 3 al. 1 de la LAMal du 18 mars 1994 (Personnes tenues de s'assurer) : «Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par un représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse». Cette obligation d'affiliation – qui repose sur le *principe de solidarité* – se heurte toutefois aujourd'hui à l'augmentation considérable des cotisations et des coûts de santé, et il faut noter que cette obligation ne s'applique pas aux personnes n'ayant qu'une résidence en Suisse; la distinction entre la notion de «domicile» et celle de «résidence» n'est en effet pas dépourvue d'importance sur le plan juridique, puisque, selon l'art. 3 al. 1 de la LAMal, seules les personnes domiciliées en Suisse – c'est-à-dire séjournant volontairement en un lieu déterminé du territoire suisse avec l'intention d'y être établies de manière clairement identifiable par la collectivité (autorités, etc.), à savoir en y créant leur centre de vie – peuvent bénéficier d'une protection sociale en cas de maladie, ce qui n'est donc pas le cas de certaines catégories de la population tels les réfugiés et les personnes en situation de clandestinité par exemple.

<sup>8</sup> Cette notion d'une «existence conforme à la dignité humaine» se trouve aussi à l'article 12 de la nouvelle Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (cf. ci-après note No 3).

-i. La Loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980 (K/2/05) :

*Article 15 : Catégories de malades*

.alinéa 1 Les établissements ne reçoivent en salle commune que les ressortissants du canton et les personnes qui y sont domiciliées. Les cas d'urgence sont réservés.

.alinéa 2 Les exceptions en faveur de personnes non domiciliées dans le canton peuvent être prévues par le règlement d'exécution.

*Article 17 : réserve*

Les dispositions de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques, du 7 décembre 1979, sont réservées.

-ii. Le Règlement concernant l'admission des malades dans les établissements publics médicaux du 7 novembre 1984 (K/2/05.04)

*Article 1 : Admission des malades*

.alinéa 1 Conformément au but assigné à chacun d'eux par la loi, les établissements publics médicaux accueillent les ressortissants du canton et les personnes qui y sont domiciliées en tenant compte de l'affection dont ils sont atteints.

...

*Article 2 : Urgence*

.alinéa 1 Est considérée comme cas d'urgence, au sens de l'article 15, al. 1, de la loi, la situation d'une personne non domiciliée dans le canton, victime lors de son passage dans celui-ci d'une maladie grave ou d'un accident rendant nécessaire une hospitalisation immédiate.

.alinéa 2 L'urgence doit être attestée par un médecin-chef de service.

*Article 3 : Exceptions*

Conformément à l'article 15, al. 2, de la loi, les personnes non domiciliées dans le canton peuvent être hospitalisées en salle commune (hors les cas d'urgence) :

- a) lorsqu'elles sont au bénéfice de conventions passées entre les établissements et la Fédération genevoise des caisses-maladie, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire fédérale;
- b) lorsqu'une convention intercantonale ou internationale à laquelle est partie l'Etat de Genève ou l'établissement le prévoit;
- c) les frontaliers régulièrement imposés à la source dans le canton, ainsi que leur conjoint et leurs enfants mineurs;
- d) les malades domiciliés dans un canton ne comportant pas d'hôpital universitaire, pour autant qu'ils ne puissent pas y trouver des services de soins spécialisés appropriés.

A ces dispositions de droit cantonal genevois, qui précisent ainsi le cercle des bénéficiaires des prestations offertes par les HUG, il est intéressant de relever l'exception qui est introduite par la *loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques du 7 décembre 1979 (K/1/25)*, qui mentionne en son *article 1* intitulé : *Champ d'application-malades* : «la présente loi s'applique aux personnes résidant ou de passage dans le canton, atteintes de maladie mentale et dont l'état requiert des soins dans un établissement psychiatrique».

Il pourrait être intéressant de mentionner cette disposition légale, qui élargit le cercle des bénéficiaires des soins dispensés par les HUG, puisque sont mentionnées les références aux

«personnes résidant ou de passage dans le canton», ce qui élargit notamment le concept juridique de «domicile» à celui des notions de «résidence» et de «passage».

## **2. La législation fédérale – la LAMal et l'OAMal**

La Loi sur l'Assurance Maladie (LAMal) et son ordonnance d'application, l'OAMal, régissent, sur le plan fédéral, les relations contractuelles entre les assurés et les prestataires de soins. Les articles de loi qui se rapportent aux questions discutées dans ce texte sont les articles 39, 41 et 79. Actuellement il n'y a actuellement pas d'ordonnance d'application modifiant ou complétant ces articles.

### **La Loi sur l'Assurance Maladie - LAMal**

#### *Art. 39 Hôpitaux et autres Institutions*

1. Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :

1. garantissent une assistance médicale suffisante ;
2. disposent du personnel qualifié nécessaire ;
3. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate de médicaments ;
4. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;
5. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leur mandat.

2. Les conditions fixées au 1er alinéa, chiffres 1 à 5, s'appliquent par analogie aux établissements, aux Institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.

3. Les conditions fixées au 1er alinéa s'appliquent par analogie aux établissements, aux Institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

#### *Art. 41*

1. L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

2. Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies :

-i. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire ;

-ii. dans le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré, en application de l'article 39, 1er alinéa, lettre e.

3. Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. Dans ce cas, l'article 79 est applicable par analogie et confère un droit de recours au canton de résidence de l'assuré. Le Conseil fédéral règle les détails.

4. L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art.62, 1er et 3ème al.). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs ; le 2ème alinéa est applicable par analogie. Les prescriptions que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

#### *Art. 79*

1. Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable.

2. L'assureur n'a un droit de recours contre le conjoint de l'assuré, ses parents en ligne ascendante ou descendante ou les personnes qui font ménage commun avec lui uniquement s'ils ont provoqué le cas assuré intentionnellement ou par négligence grave.

3. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur l'exercice du droit de subrogation.

Actuellement, il n'existe pas d'ordonnance d'application modifiant ou complétant ces articles de la loi fédérale.

### **3. Les modalités de l'application de ces régulations dans les HUG**

#### **3.1. Règles générales**

##### ***Hospitalisation non-urgente***

###### Patients assurés résidents à Genève :

Prise en charge de l'hospitalisation en chambre commune

Si non assuré : affiliation obligatoire à une caisse maladie (via le service cantonal de l'assurance maladie) p. ex. les personnes sans domicile fixe (SDF).

###### Patients assurés résidents en Suisse :

Hospitalisation pour des raisons de convenances personnelles (libre choix)

Facturation au patient Fr. 1.150.-- / jour

###### Patients résidents à l'étranger :

Hors LAMal. Hospitalisation obligatoire en section privée (facturation à l'acte) - un dépôt est exigé au moment de l'admission.

##### ***Hospitalisation urgente***

Patients assurés résidents à Genève :

Prise en charge de l'hospitalisation en chambre commune

Patients assurés résidents en Suisse :

LAMal Art.41 : Si pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations.

Sont réputées raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies :

-au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire ;

-dans le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré (voir en annexe art.39, 1er alinéa, lettre e).

Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. Dans ce cas, l'article 79 de la LAMal (voir en annexe) est applicable par analogie et confère un droit de recours au canton de résidence de l'assuré.

Dans les cas d'hospitalisations urgentes de patients assurés non-résidents à Genève, mais résidents dans un canton romand, l'hôpital facture le tarif résident à l'assurance maladie du patient, Fr. 367.-- / jour (certaines prestations particulières peuvent être facturées en plus) et le tarif complémentaire au canton de résidence du patient, Fr. 467.--.

Pour les patients résidents dans les autres cantons, un tarif unique de Fr. 1.150.-- est appliqué.

Pour les accidents, un tarif forfaitaire de Fr. 867.-- est appliqué (v. LAA).

Patients résidents à l'étranger :

Un tarif forfaitaire de Fr. 1.250.-- est facturé.

Les personnes résidant en zone frontalière bénéficient du même tarif que les résidents des cantons romands à la condition qu'ils soient affiliés à la sécurité sociale. Dans les autres cas le tarif « étrangers » est appliqué.

Pour de plus amples informations sur ce sujet, un document de Madame Guylaine Riondel, responsable du service juridique du Groupement des frontaliers, est à disposition.

NB Les chiffres avancés concernent l'année 2000.

**3.2. Règles s'appliquant, dans les HUG, à la population des résidents non couverts par la protection sociale**

Il existe, dans les HUG, deux procédures s'appliquant à la population de malades faisant l'objet de ce texte :

**-i. procédure HUG no P056/V1 du 28.07.1998**

*Cette procédure concerne les consultations et les traitements ambulatoires.*

Objectifs recherchés :

- 1) Donner des instructions claires et uniformes au personnel de l'accueil
  - 2) Garantir autant que possible le paiement des prestations effectuées
-

- Cas électifs : Les formalités ci-après doivent être effectuées avant traitement.
- Cas urgences : Procéder aux mêmes formalités après les premiers soins.

Cette procédure est complémentaire à :

- . La procédure P053 - *Identification des patients majeurs domiciliés en Suisse et dans la région frontalière* -.
- . La procédure P054 - *Identification des patients majeurs domiciliés à l'étranger*.
- . La procédure P055 - *Gestion des dépôts de garantie* -.

**1) Définition de situation "précaire":**

Il y a situation précaire **lorsqu'aucune des trois conditions ci-après n'est remplie** :

- . Assurance en Suisse
- . Dépôt de garantie suffisant
- . Garant **fiable**

**2) Procédure à respecter :**

- . Si le patient possède un domicile en Suisse :
  1. Faire appel à l'assistant(-e) social(-e) pour demande de couverture en assurance maladie-accident selon LAMAL (délai ~ = 2 jours)
  2. Selon le degré d'urgence, reconvoquer le patient ou l'enregistrer en «**soins minis**» et lui assurer les soins nécessaires.
  3. Dans ce dernier cas, imputer éventuellement les soins non couverts par l'assurance sur un budget prévu à cet effet : voir DIFID.
- . Si le patient n'a pas de domicile en Suisse :
  1. Enregistrer le patient en « **soins minis** » et lui assurer les soins nécessaires.
  2. Faire appel à l'assistante sociale pour recherche de solution via organismes d'aide sociale.
  3. Imputer éventuellement les soins non couverts par l'aide sociale sur un budget prévu à cet effet : voir DIFID.

**-ii. procédure HUG - Décision du Comité de Direction des HUG, en date du 29 février 2000, portant sur l' "Admission des patients précarisés".**

*"Les règles à suivre dans les HUG sont les suivantes :*

1. *tout patient traité dans les HUG doit faire l'objet d'un enregistrement socio-administratif, Les prestations fournies par les différents services des HUG doivent obligatoirement être saisies et facturées selon les règles et convention en vigueur, et ceci indépendamment de la solvabilité du patient;*
2. *lorsque les patients présentant des problèmes de prise en charge financière se présentent dans les structures de l'Hôpital cantonal, les services d'admission des départements dirigeront ces patients vers la voie orange à la DUMC. Le département de médecine communautaire procédera alors à une consultation médicale et, sur la base d'une évaluation socio-économique, les besoins de prise en charge ultérieurs seront déterminés;*
3. *pour les admissions directes auprès de la DUMC, les infirmières de santé publique de la DUMC assureront le traitement et le suivi des cas auprès du Département de Médecine communautaire durant la semaine. En ce qui concerne le week-end, une collaboration avec les infirmières de santé publique de l'Aide à domicile présentes à la DUMC sera mise en place;*
4. *lorsque des montants facturés selon les bons tarifs et légalement dus par des débiteurs ne peuvent, pour quelque raison que ce soit, être recouverts, le solde dû est enregistré en*



*pertes sur débiteurs dans la comptabilité. Ceci après que toutes les démarches justifiées par les montants en cause aient été réalisées. Les pertes seront enregistrées par catégorie de patients selon la description faite sur le document ci-joint;*

5. *le financement des sommes non-récupérables par les voies habituelles sera assuré par les moyens suivants :  
    . financement général, pour une couverture de perte par des fonds spécifiques, selon les catégories de patients ou selon d'autres critères, sera comptabilisé comme tel;  
    . financement par des dons de cas particuliers;  
    . par le budget général des HUG pour les autres cas.*
6. *Exception: les patients vus dans le cadre de l'unité mobile en dehors des locaux des HUG font exceptions aux règles ci-dessus. Les recettes néanmoins encaissées sont enregistrées comme telles dans ce service;*
7. *Un groupe de suivi de ce dossier ainsi que la mise en place de l'aspect pratique de la démarche sera mis sur pied (...)"*.

***Ainsi, la situation dans les HUG peut se résumer comme suit :***

#### *Urgences vitales*

Une personne étrangère non résidente en Suisse peut être hospitalisée si son cas le nécessite lors de son admission en urgence. Ceci même sans garantie financière conformément à l'article 15 de la loi sur les établissements publics médicaux et au règlement sur « l'admission des malades dans les établissements publics médicaux » (K2 05.04). Dans ce cadre , le règlement prévoit que le patient soit admis en chambre commune et un tarif chambre commune pour patient étranger non résident à Genève est appliqué. Si la personne n'a pas de couverture d'assurance dans son pays ou a un revenu faible, elle peut demander une dérogation tarifaire auprès du service tarifs et clientèle.

Les travailleurs clandestins qui contribuent à l'économie du canton bénéficient du tarif applicable aux citoyens genevois et suisses résidents à Genève. Les patients doivent fournir une attestation de salaire informelle de leur employeur.

#### *Admissions électives des résidents à Genève sans couverture sociale*

Il existe différentes situations :

-1. Les travailleurs clandestins avec une activité lucrative: ils bénéficient du tarif applicable aux genevois, ils doivent fournir une attestation de salaire informelle .et solliciter une dérogation tarifaire de façon formelle.

-2. Les requérants d'asile: treize assurances-maladie comptant plus de 10'000 assurés genevoises couvrent les requérants d'asile pour l'assurance-maladie de base selon la LAMal. La coordination passe par l'Hospice général. Les requérants dont la demande est rejetée mais qui restent dans notre pays pour raison de santé et qui sont alors au bénéfice d'une admission provisoire délivrée par les autorités fédérales sont couverts par l'Office Fédéral des Réfugiés.

Les personnes bénéficiant d'un statut de réfugié ont une couverture d'assurance-maladie (assurance de base).

NB : La caisse-maladie Concordia qui couvrait toute la population des requérants pour l'assurance de base a dénoncé le contrat la liant au canton au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

-3. Les personnes étrangères non résidentes à Genève: elles peuvent bénéficier de soins en électif dès lors qu'elles ont versé le dépôt financier exigé. La demande d'hospitalisation en électif peut être refusée si la personne ne peut effectuer ce dépôt et que l'engagement financier va la précariser davantage, dans ce cas la solution est un rapatriement du patient. Si l'hospitalisation a lieu, elle se fait dans des chambres privées avec un tarif chambre commune pour patient étranger non résident à Genève.

-4. Les personnes sans domicile fixe (SDF) et les clandestins sans travail : ils sont pris en charge par l'unité mobile et au cabinet créé rue des Rois (Département de Médecine Communautaire). Les équipes se chargent de trouver des fonds pour le paiement des factures en dehors du fonds créé par les HUG alloué sur des critères de sélection fixés : pas d'équivalence de soins dans le pays d'origine, gravité du cas, statut du travailleur pour la communauté genevoise à partir de six mois de séjour à Genève).

Il est important de savoir que les permis humanitaires ne sont délivrés que dans cinq p.cent des cas et que les démarches pour les obtenir font courir le risque d'une expulsion.

-5. Les parents clandestins, lorsqu'ils font soigner leur enfant, doivent fournir une attestation informelle de leur employeur, à partir de l'âge scolaire (quatre ans) ces enfants bénéficient d'une assurance. Les enfants des réfugiés ont le même statut de leurs parents.

#### **4. La description de deux systèmes de soins spécifiquement mis en place à Genève pour des groupes sociaux en situation de précarité**

##### **Précarité et pauvreté - quelques données statistiques**

Bien qu'il soit difficile de préciser le nombre de personnes vivant en Suisse et considérées comme se trouvant en état de pauvreté tant il apparaît que la notion de «pauvreté» (définie par les Institutions en terme de minimum vital) est subjective et fonction du maintien ou non du rôle social, une étude réalisée à l'Université de Berne par le Pr Robert Leu<sup>9</sup> permet d'estimer que – selon les différents seuils de pauvreté – la Suisse compte entre 390 000 et 680 000 personnes vivant dans la précarité, soit entre 5,6 et 9,8 % de la population, les pauvres les plus nombreux se situant dans la catégorie des 20 à 40 ans. Il est donc évident que le système de santé ne peut se permettre d'«ignorer» près d'un Suisse sur dix si l'on tient compte du pourcentage le plus élevé !

L'aide sociale n'est pas, en tant que telle, intégrée dans le système de sécurité sociale suisse<sup>10</sup>. Sur la base de l'article 12 de la nouvelle Constitution Fédérale du 18 avril 1999, les personnes dans le besoin sont assistées par le canton dans lequel elles séjournent. Le plus souvent, les prestations d'assistance rendent le bénéficiaire débiteur de l'Etat et sont en conséquence remboursables. En raison de la marge de liberté laissée aux cantons suisses quant à l'organisation de la prise en charge des personnes en situation de précarité, ceux-ci ont donc adopté des approches variées, parmi lesquelles il faut noter la mesure originale introduite à

<sup>9</sup> Etude faite pour le compte du Fonds national suisse pour la recherche et publiée en 1997.

<sup>10</sup> Sous le terme large de «système de sécurité sociale», sont inclus non seulement les «trois piliers» classiques (AVS/AI, fond de retraite, fond supplémentaire facultatif visant à garantir le maintien total du revenu antérieur), mais aussi l'assurance-maladie, l'assurance-accidents et maladies professionnels, l'assurance-chômage, l'assurance militaire et les allocations familiales.

Genève en 1995, à savoir le revenu minimum cantonal d'aide sociale destiné aux chômeurs en fin de droits pour leur éviter de recourir à l'assistance publique<sup>11</sup>.

## **L'Unité mobile de soins communautaires - UMSCO**

Selon des estimations faites à Genève – en tenant notamment compte du nombre de dossiers de personnes bénéficiant d'une aide sociale sur le territoire cantonal –, on estime<sup>12</sup> que 15 à 20 % de la population du canton sont proches ou en dessous du seuil de pauvreté, ce qui représente environ 60 000 à 80 000 personnes; le nombre de «sans domicile fixe» est estimé à 1500, environ 15 000 à 20 000 personnes vivent en situation illégale et 500 repas gratuits sont distribués chaque jour dans le canton de Genève.

Dans ce contexte, l'Unité mobile de soins communautaires (UMSCO) a été créée à Genève en janvier 1997 avec le but de faciliter l'accès aux soins pour des personnes vivant en situation de précarité. Elle est constituée de deux médecins à temps partiel (dont un chef de clinique responsable), de cinq infirmiers/ères et d'une assistante sociale à temps partiel. Les activités consistent en des soins infirmiers (sans rendez-vous), des consultations médicales (sur rendez-vous et souvent à la demande du personnel infirmier), une prise en charge sociale (évaluation, démarches administratives, etc.) et des activités en groupe (conseils de santé). L'UMSCO s'adresse à toute personne en rupture sociale, familiale ou professionnelle, à toute personne sans domicile fixe, sans assurance sociale et/ou en situation de clandestinité.

Depuis sa création, le nombre de consultations à l'UMSCO a augmenté d'année en année, avec un taux de croissance annuel d'environ 60 % (1802 consultations en 1997 et 3776 consultations en 1999); la majorité des personnes qui consultent est âgée entre 20 et 40 ans (68 %), ce qui correspond à la distribution statistique de la pauvreté au sein de la population telle que nous l'avons indiquée précédemment. Les nationalités se répartissent de la manière suivante : Amérique du Sud 39 %; Suisse 21 %; France 10 %; Europe 9 %; Afrique 7 %; autres 14 %. Le financement de l'équipe de l'UMSCO est assuré par l'Etat de Genève (Département de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève, Service social de la ville de Genève), et une partie de l'activité de cette unité consiste en la recherche de fonds pour la prise en charge des patient(e)s compte tenu de leur situation sociale précaire.

## **L'Unité de santé pour les migrants**

Compte tenu de la politique fédérale en matière d'asile, impliquant que les requérants attribués au canton de Genève puissent notamment bénéficier de soins médicaux appropriés, un Centre de Santé-Migrants (CSM) a été mis en place en mars 1993 sous la responsabilité de la Section genevoise de la Croix-Rouge Suisse. Ce centre a eu pour mission initiale l'évaluation des besoins de santé des requérants d'asile et travaillait en coordination avec la Policlinique de médecine de l'Hôpital Cantonal Universitaire.

Aujourd'hui, le CSM est rattaché sur le plan administratif aux Hôpitaux Universitaires de Genève et va s'associer avec l'Unité de médecine des voyages et des migrations du Département de médecine communautaire, pour constituer une «Unité de santé pour les migrants». L'équipe du CSM comprend actuellement huit postes infirmiers et un poste de secrétariat à temps complet, ainsi qu'un demi poste de médecin-conseil (de niveau chef de clinique) chargé de la supervision des soins. En outre, un réseau a été mis en place pour assurer une prise en charge médicale appropriée des requérants d'asile, notamment lorsque

---

<sup>11</sup> En échange d'une aide financière variant en fonction du groupe familial, le bénéficiaire doit fournir une activité de contre-prestation d'utilité publique ou suivre une formation.

<sup>12</sup> Selon une étude faite pour l'année 1996.

ceux-ci nécessitent des interventions spécialisées (gynécologie, pédiatrie, etc.), et le personnel infirmier réalise des consultations régulières dans les différents foyers où séjournent les réfugiés : ainsi, le nombre de consultations infirmières a été pratiquement multiplié par 7 depuis le début de l'existence du CSM, puisqu'il y a eu 1695 consultations en 1993 et près de 11 800 consultations en 1999. Outre l'évaluation de l'état de santé des réfugiés et l'instauration, si nécessaire, d'une prise en charge médicale adéquate, l'équipe du CSM assure également des activités de conseils dans le domaine de la santé et est responsable de la coordination des soins. De plus, les requérants d'asile peuvent bénéficier d'un bilan médical détaillé en vue d'établir l'existence de séquelles de torture ou autres mauvais traitements dans le contexte de la procédure administrative les concernant.

Ce système de soins développé pour les réfugiés séjournant sur le territoire cantonal genevois traduit de manière encore plus manifeste que pour l'Unité mobile de soins communautaires décrite précédemment, les choix de politique sociale réalisés par les différents partenaires (autorités politiques, administrations cantonales, etc.) et illustre la volonté des différents acteurs sociaux de tenir compte du phénomène migratoire observé dans l'ensemble de l'Europe occidentale, en visant à offrir aux réfugiés des conditions d'accueil qui respectent les droits fondamentaux minimaux reconnus à toute personne humaine.

## **5. La Position du Conseil d'Etat du Canton de Genève**

Interpellé par une motion (M 1364-A) de Mmes et MM. Velasco, Deuber-Ziegler, Bugnon et collègues, députés au Grand Conseil, le Conseil d'Etat a adopté en séance le 13 juin 2001 le texte suivant :

*"Notre Conseil a récemment appris que plusieurs assureurs-maladie pratiquant l'assurance obligatoire des soins dans le canton de Genève refusaient l'affiliation des personnes séjournant en Suisse sans autorisation. A ce sujet, nous entendons (vous) rappeler les faits suivants :*

- 1. Dans sa réponse à la question ordinaire 97-1042, le Conseil fédéral a précisé que les personnes séjournant en Suisse sans autorisation de la police des étrangers étaient également soumises à l'assurance-maladie obligatoire, dans la mesure où elles sont domiciliées en Suisse au sens du Code civil. Cette obligation découle des articles 3 LAMal et 10 OAMal. Or, à teneur de l'article 24 alinéa 2 du Code civil, le lieu où une personne réside est considéré comme son domicile lorsqu'elle a quitté son domicile à l'étranger et n'en a pas acquis un nouveau en Suisse.*
- 2. Les personnes démunies d'autorisation de séjour ont les mêmes droits et les mêmes obligations que les autres assurés, lorsque les caisses les comptent déjà dans leurs effectifs. Une exclusion en raison de leur absence d'autorisation est contraire au droit fédéral. Le Conseil fédéral a ajouté que laisser un pouvoir d'appréciation aux assureurs pour décider qui devait s'affilier, qui ne le devait pas, et à quelles conditions, était inapproprié.*
- 3. La LAMal ayant expressément attribué les tâches de contrôle et d'affiliation aux cantons (articles 6 LAMal et 10 OAMal), il appartient dès lors à ceux-ci et, sur recours, aux autorités judiciaires, de décider si une personne remplit les conditions d'assujettissement à l'assurance-maladie obligatoire. Dans le doute, il (vous) incombe en d'autres termes de vous adresser au service de l'assurance-maladie.*

4. *Notre Conseil (vous) rappelle ces dispositions en (vous) priant de les respecter dès ce jour. Si d'autres cas de refus d'affiliation, contraires aux principes énoncés ci-dessus devaient être portés à notre connaissance, nous serions amenés à prendre toute mesure utile pour faire respecter la loi fédérale sur l'assurance-maladie".*

Par ailleurs, le Conseil d'Etat a donné toute instruction utile au service d'assurance-maladie afin qu'il veille à la bonne application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et que, le cas échéant, il procède aux dénonciations nécessaires, notamment auprès de l'OFAS.

Enfin, après son rapport en 1997 sur la *Planification quantitative du système de santé genevois*, le Conseil d'Etat a publié un second rapport, sur la *Planification qualitative* de ce même système de santé, en 1998. Il y est notamment écrit "... qu'au moyen de la solidarité et de l'entraide communautaires, il convient de lutter contre l'isolement et l'exclusion sociale". Parmi les actions prioritaires à entreprendre, on peut lire que "... les professionnels de l'action sociale et de la santé doivent mieux connaître les différents services d'entraide disponibles, aux fins, notamment, de favoriser l'insertion des communautés étrangères minoritaires, ainsi que d'améliorer l'accès aux structures d'aide sociale, matérielle et sanitaire".

C'est un des buts du présent Avis de notre Conseil.

## **6. La position des Organisations Non Gouvernementales - O.N.G**

Les O.N.G qui ont été contactées par notre Conseil sont les suivantes : Frères Sans Frontières, la Commission Tiers-Monde de l'Eglise Catholique (COTMEC), le Centre Social Protestant, Terre des Hommes et Médecins Sans Frontières.

La position de toutes les O.N.G. consultées peut être résumée par la simple formule suivante : « *On ne peut pas laisser une personne qui a besoin de soins sans soins* ».

Les cinq O.N.G. ont toutes insisté pour qu'il ne soit pas procédé à un amalgame trop hâtif entre diverses situations de précarité et de vulnérabilité et pour que la réflexion porte séparément sur les différents problèmes que posent des populations très diverses. Par exemple, les questions liées à la situation des travailleurs clandestins ne peuvent pas être traitées de la même manière que celles que posent des personnes qui font un voyage exclusivement dans le but de se faire soigner à Genève; les problèmes que posent les personnes qui viennent chez nous parce que leur pays est dépourvu de ressources en soins suffisantes sont différents de ceux des gens qui choisissent de venir en Suisse par simple confort; enfin, les personnes qui subissent une menace souvent vitale chez eux (guerre, coup d'Etat, catastrophe, etc.) sont encore dans une situation différente.

Médecins Sans Frontières affirme, et agit, pour répondre aux urgences, en séparant les problèmes vitaux des autres questions de santé, ou les questions sociales, et ceci malgré les problèmes administratifs que cette attitude peut occasionner. Comme cette organisation ne s'occupe pas de prise en charge individuelle, ce type de demande est référé à d'autres O.N.G., comme Terre des Hommes, pour prendre un exemple.

Terre des Hommes, le Centre Social Protestant et la COTMEC insistent sur la nécessité de répondre aux demandes de soins urgents. En cas de besoin de traitements plus importants, ces O.N.G. affirment qu'il convient d'évaluer la situation des demandeurs dans leur globalité, et ce de cas en cas. Ces trois organisations reconnaissent le bien fondé de la délimitation d'un cadre

d'intervention dans domaine des soins établi pour les hôpitaux publics. Ces organisations sont en effet dans l'impossibilité de répondre à des demandes trop importantes, en nombre tout au moins, et il leur est parfois, dans des cas frontière, difficile de différencier ce qui est urgent de ce qui ne l'est pas.

Terre des Hommes insiste particulièrement sur la discrétion qui doit nécessairement accompagner la prise en charge des demandeurs de soins sans assurance. Une médiatisation risquerait, d'une part, de raviver de vieux démons populistes et de favoriser des positions extrémistes et, d'autre part, de renforcer le pôle d'attraction déjà très fort que représente Genève et son système de soins.

Le directeur du Centre Social Protestant affirme qu'il est nécessaire de prendre en compte le lieu de domicile des demandeurs de prestations de soins, ce qui est par ailleurs déjà le cas dans la LAMal. Il est en faveur d'une accessibilité aux soins pour les travailleurs clandestins et leur famille. Le cadre administratif permettant cette approche reste à déterminer.

Le représentant de Frères Sans Frontières demande qu'un hôpital public réponde aux problèmes de santé en général et qu'il assure les soins de base dans tous les cas. Selon cette organisation, le « bricolage » actuel est insatisfaisant, car nous nous trouvons dans une logique liée à la problématique Nord-Sud. Nous représentons en effet un pôle d'attraction très puissant et cette force d'aimantation des populations défavorisées est impossible à contrer. Il conviendrait donc d'opter pour une vision mondiale et globale des problèmes liés à la santé, de faire prendre conscience aux équipes de soins de ces enjeux et des besoins véritables des personnes défavorisées et de mettre en place des procédures claires pour faire face à cette situation. A long terme, on ne pourrait qu'engranger les bénéfices de mesures précocement prises et bien préparées. Dans cette logique, il est du devoir d'un hôpital public d'informer les soignants des ces problèmes et des enjeux majeurs qui sont en cause.

Au total, toutes les personnes représentant les O.N.G. contactées se sont déclarées fermement opposées à un bradage des soins pour ces patients en état de précarité et elles refusent toutes l'apparition d'une médecine à deux vitesses. Pour les cas nécessitant des traitements plus longs, lorsque le malade ne peut pas être soigné dans son pays d'origine, les organisations humanitaires non gouvernementales proposent toutes de demander à l'Etat d'offrir des permis humanitaires aux personnes concernées. Il y a concordance d'avis pour considérer les problèmes administratifs comme secondaires, tant que les conséquences de ces prises en charge restent financièrement supportables pour la collectivité.

## **6. La position des professionnels de la santé**

### **6.1. Les paramédicaux soignants**

**Le Directeur des soins infirmiers des HUG, distingue trois types de soins :**

-1. les *soins urgents* pour lesquels le statut du patient est secondaire, l'objectif étant de préserver la vie, il n'y a pas d'ambiguïté par rapport à une décision relevant d'un problème financier.

-2. à l'opposé, les *soins « léger » et courants* pour lesquels les HUG se sont dotés de structures telles que la médecine communautaire, la policlinique de médecine avec la « voie orange », l'unité de médecine mobile. Le Directeur des Soins Infirmiers des HUG insiste pour que les patients soient aiguillés au maximum vers ces lieux dotés d'un budget et dans lesquels

on respecte la confidentialité par rapport à leur statut de clandestin. Une analyse de la situation à l'aide d'une anamnèse soigneuse, au cas par cas, semble l'outil indispensable pour gérer ces demandes de soins.

-3. Le Directeur des Soins Infirmiers des HUG mentionne la troisième situation que constituent les *soins « lourds » destinés à des clandestins* venus en Suisse pour raisons de santé d'une urgence relative. Ces situations se heurtent à la limite des systèmes de santé. Les HUG doivent fixer une limite claire à ces types de prise en charge, car ils n'ont pas les moyens d'offrir ces traitements coûteux sans pénaliser d'autres patients et sans représenter une menace pour l'équité dans la distribution des soins. Par ailleurs les HUG disposent de moyens importants, Genève est une ville internationale et l'hôpital est un centre universitaire reconnu, d'où une certaine responsabilité de solidarité humanitaire. Il y a ici un choc entre deux logiques, les logiques économique et organisationnelle, et la logique du soignant. Pour tenter de concilier des impératifs apparemment contradictoires et pour essayer de rester en harmonie avec la mission des HUG et les axes stratégiques fixés par le Comité de Direction, l'Institution a mis sur pied une Commission Humanitaire, destinée à analyser ces questions et à trouver, au cas par cas, ou dans le contexte de projets, des solutions à certaines de ces questions.

Par ailleurs, l'Institution peut trouver son intérêt à mettre en route des programmes coopératifs avec certains pays défavorisés. En effet, la population résidente, pour ce qui concerne certaines pathologies, n'offre pas une masse critique de cas suffisante pour maintenir une expertise des soignants, expertise qui serait pourtant indispensable à notre population. L'exemple typique de cette situation est l'accord qui permet à nos chirurgiens d'opérer des enfants secourus par terre des Hommes.

## **6.2. Les organismes professionnels**

### **6.2.1. Paramédicaux – l'ASI, l'Association mondiale des Infirmières, etc.**

Une recherche d'information a été pratiquée sur le réseau informatique. Les sites suivants ont été consultés :

- l'Association suisse des Infirmières : <http://www.sbk-asi.ch/>
- l'Association française des Infirmières : <http://www.infirmiers.com>
- l'Association britannique des Infirmières : <http://www.shef.ac.uk/~nhcon/>
- le Conseil International des Infirmières : <http://www.icn.ch>

**-i. L'ASI – Association suisse des Infirmières** <http://www.sbk-asi.ch/>

Cette instance a publié un document intitulé "*Principes éthiques pour les soins infirmiers*". La responsabilité de l'infirmière envers le patient/client, envers elle-même et sa profession y sont rappelés, de même que la spécificité de l'infirmière et de son travail vis-à-vis de l'environnement et de la société.

Le *Code de l'Infirmière*, issu des textes du Conseil International des Infirmières, est l'un des fondements du document de l'ASI. Ainsi, le lecteur est prié de consulter le texte qui suit pour trouver l'opinion des instances infirmières sur la question du présent avis du Conseil d'Ethique des HUG.

**-ii. Le Conseil International des infirmières a publié plusieurs prises de position concernant les questions qui nous occupent**

**a. Position du Conseil International des Infirmières <http://www.icn.ch>**

***Les infirmières et les soins de santé primaires***

Le Conseil international des infirmières (CII) est une fédération de plus de 120 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières à travers le monde. Géré par des infirmières pour des infirmières, le CII est la voix internationale des infirmières qui œuvre dans le but de garantir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé partout.

*Le Conseil international des infirmières (CII) pense que l'équité et l'accès aux services de soins de santé primaires, en particulier s'agissant des services infirmiers, sont essentiels pour améliorer la santé et le bien-être de tous les individus.*

Avec les associations membres, le CII plaide en faveur des droits de tous à des services de santé équitables et efficaces et approuve la Déclaration d'Alma Ata<sup>1</sup> sur les soins de santé primaires en tant que moyen de parvenir à un niveau de santé qui permettra aux individus de mener une vie productive du point de vue social et économique.

Aux niveaux national et international, le CII et ses membres collaborent avec les gouvernements et les organisations non gouvernementales en vue d'assurer une mise en oeuvre plus efficace des soins de santé primaires. Dans le cadre de la planification et de fourniture des services de soins de santé primaires, le CII recommande avec insistance l'adhésion aux principes suivants:

-les services de santé doivent être accessibles à tous, sur une base équitable, et encourager au maximum : l'implication de l'individu et de la communauté dans la planification et la mise en oeuvre opérationnelle des services ; la concentration de l'attention sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé ; la promotion de technologies appropriées et abordables ; ainsi que la promotion d'une approche multi-sectorielle nécessaire pour la réalisation du bien-être de la société;

-en matière de soins de santé, l'accent doit être mis sur l'individu, la famille ou le groupe qui a besoin des services, qu'il s'agisse de services visant la promotion de la santé, la protection contre la maladie et l'invalidité, les soins et la réadaptation ou une mort douce dans la dignité;

-l'enseignement à l'attention des fournisseurs de soins de santé doit être à la fois scientifique et déontologique;

-les fournisseurs de soins de santé doivent respecter les droits de l'individu, de la famille et de la communauté à prendre une décision en toute connaissance de cause quant aux soins et au traitement y afférent;

-les résultats des recherches et des progrès technologiques doivent directement bénéficier aux patients et aux autres clients des services de santé.

***Informations générales***

La population mondiale est confrontée à un avenir où la santé et le bien-être peuvent être affectés de manière néfaste par les progrès rapides de la technologie, par l'épuisement des ressources naturelles et la dégradation de l'environnement, par la croissance démographique, ainsi que par l'impact des nouveaux problèmes de santé (tels que le SIDA) et des maladies



connues depuis longtemps (comme la malaria). D'autres facteurs, comme le vieillissement de la population et les préoccupations liées aux personnes atteintes de maladies chroniques ou se trouvant au stade terminal, entraînent une croissance de la demande en services sanitaires et sociaux.

En 1978, le CII a fait part de son soutien aux soins de santé primaires et de son intention de coopérer, au niveau national et international, avec les organisations gouvernementales et non gouvernementales en vue de faire des soins de santé primaires une réalité effective dans le but de satisfaire les besoins sanitaires des populations.

Dans les années qui ont suivi, le CII et les associations nationales d'infirmières (ANIs) ont contribué aux pressions exercées en faveur de l'intégration de programmes et de principes touchant aux soins de santé primaires dans l'enseignement destiné aux fournisseurs de soins de santé, dans la planification et la fourniture des services ainsi que dans les processus de recherche et d'évaluation. Un certain nombre d'ANIs s'efforcent de promouvoir des initiatives pour l'intégration des services de soins primaires de santé dans les pratiques et les politiques touchant aux soins infirmiers.

Les infirmières sont la principale catégorie de personnels de santé à fournir des soins de santé primaires à tous les niveaux et à maintenir des liens entre les individus, les familles, les communautés et le reste du système des soins de santé. En travaillant avec d'autres membres des équipes de soins de santé, avec d'autres fournisseurs de soins, voire de leur propre chef, les infirmières explorent des moyens novateurs afin d'accroître le bien-être et d'améliorer la santé, tout en prévenant la maladie et l'invalidité.

Les infirmières contribuent à l'amélioration de l'équité et à l'accès aux soins de santé en apportant une valeur ajoutée qualitative aux résultats des soins.

<sup>1</sup>Organisation Mondiale de la Santé, Alma Ata 1978 *Les soins de santé primaires*, Genève, OMS, 1978.

***b. Position du Conseil International des Infirmières*** <http://www.icn.ch>

### ***Les infirmières et les droits de l'homme***

Dans le domaine des soins de santé, les problèmes des droits de l'homme concernent aussi bien les patients que les fournisseurs de soins. Le Conseil international des infirmières (CII) considère les soins de santé comme un droit pour tout individu, sans considération de questions financières, politiques, géographiques, raciales ou religieuses. Ce droit inclut: l'égalité d'accès et de traitement; le droit de choisir ou de refuser des soins, y compris le droit d'accepter ou de refuser d'être traité ou nourri; le consentement en pleine connaissance de cause; le respect des informations confidentielles; et le droit à la dignité, y compris celui de mourir avec dignité.

### **Les droits de l'homme et le rôle de l'infirmière**

Les infirmières ont l'obligation de sauvegarder la santé des personnes en tous temps et lieux. Cela implique qu'elles doivent s'assurer que des soins suffisants sont dispensés dans le cadre des ressources disponibles et conformément à l'éthique de la profession. L'infirmière est également tenue de s'assurer que les patients reçoivent des informations pertinentes avant de consentir à un traitement ou à certaines procédures, par exemple la participation à des recherches.

Le CII milite en faveur de l'inclusion, à tous les niveaux de l'enseignement des soins infirmiers, des problèmes des droits de l'homme et du rôle des infirmières à cet égard.

En tant que professionnelles de la santé, les infirmières sont personnellement responsables de leurs propres actes visant à sauvegarder les droits de l'homme. Les associations nationales d'infirmières ont le devoir de participer à la mise au point de la législation de santé et de la législation sociale relatives aux droits des patients.

### **Les droits de l'infirmière**

Les infirmières ont le droit de pratiquer leur profession dans le cadre du code de déontologie et de la législation des soins infirmiers du pays dans lequel elles travaillent, et le droit de pratiquer dans un environnement qui garantisse leur sécurité personnelle et les protège de toute violence ou mauvais traitement, de toute menace ou intimidation.

Il faut que les associations nationales d'infirmières prévoient un mécanisme efficace permettant aux infirmières de demander un avis confidentiel, un conseil, un soutien ou une aide pour faire face à toute situation difficile du point de vue des droits de l'homme.

#### *Informations générales*

Les infirmières sont confrontées quotidiennement, dans tous les aspects de leur rôle professionnel, à des problèmes de droits de l'homme. Il faut faire pression sur elles afin qu'elles ne se servent pas de leurs connaissances et de leurs compétences d'une manière préjudiciable aux patients ou à d'autres personnes. Il importe plus que jamais d'être vigilant et bien informé quant à la façon dont les nouvelles technologies et expérimentations risquent de porter atteinte aux droits de l'homme. De plus, les infirmières doivent faire face à des problèmes de droits de l'homme complexes dus à des situations de conflits internes, de troubles politiques et de guerres. La protection des droits de l'homme devrait être davantage ciblée sur les groupes vulnérables tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les réfugiés et les groupes de population stigmatisés.

Le CII a développé des fiches d'information sur la santé et les droits de l'homme recouvrant les principaux secteurs où les droits de l'homme ont un impact sur la santé des populations, et qui comprennent la santé publique, la réforme des soins de santé, l'accès au soin et les questions d'équité entre hommes et femmes.

Le CII ratifie la Déclaration universelle des Droits de l'homme adoptée en 1948 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), New York : Nations Unies

#### ***c. Les soins infirmiers et le développement***

***Position du Conseil International des Infirmières*** <http://www.icn.ch>

Fervent avocat du développement durable plaidant en faveur de communautés saines, le CII collabore notamment avec les organisations en charge des soins de santé et des soins infirmiers afin d'identifier les besoins de santé des populations exposées. Au niveau stratégique, le CII s'efforce de permettre aux infirmières et à d'autres d'élaborer et d'atteindre, en matière de soins infirmiers et de soins de santé, des objectifs qui tiennent compte des besoins locaux, des conditions et des contraintes socio-politiques, démographiques et économiques locales ainsi que du contexte culturel local.

Le CII investit ses ressources de manière à produire le maximum d'effets bénéfiques sur les résultats en matière de santé et sur le développement des soins infirmiers et des soins de santé. Il apporte son soutien à des approches locales rentables en matière de développement des systèmes de santé, y compris pour ce qui est du traitement équitable et de la sécurité des infirmières et des professionnels de la santé. En ce qui concerne les soins infirmiers, le CII met l'accent sur le renforcement des associations nationales d'infirmières afin d'accroître leur indépendance et d'améliorer leur capacité à aider les autres.

Le CII prône une approche en "cascade" du développement selon laquelle on s'attend à ce qu'en retour de l'aide qui leur est fournie, les partenaires aident à leur tour d'autres personnes de la même manière. Cela implique également de prendre des responsabilités et de créer des conditions propices au développement local dans un cadre qui insiste sur les principes de justice, d'équité, de non-discrimination, de transparence et de flexibilité.

Le CII est favorable à des politiques et stratégies de développement qui :

- permettent d'accroître les ressources et, en même temps, assurent une prospérité adéquate susceptible d'améliorer la santé et le bien-être, de réduire les inégalités en matière de santé et de fournir un accès équitable et rentable aux soins de santé;
- renforcent la capacité des femmes et des enfants à contrôler davantage leurs vies et leurs conditions de vie;
- encouragent la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle;
- protègent l'environnement naturel;
- appuient le développement d'infrastructures dans les domaines de la santé et des soins infirmiers;
- aident les groupes à s'aider eux-mêmes et à aider les autres

### **Information de base**

La vision du CII est celle d'un monde sain où l'accès aux soins de santé est un droit de l'homme fondamental. Le CII travaille avec les gouvernements et les organisations nationales et internationales pour aider les populations à atteindre un niveau de santé qui leur permettra de mener une vie productive du point de vue social et économique.

Le CII voit le développement comme un processus visant à créer les conditions permettant aux populations de répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de satisfaire leurs besoins<sup>1</sup>. Selon nous, le développement durable consiste à créer un cadre global dans lequel les groupes, les communautés et les individus ont accès aux ressources et aux opportunités et exercent leurs droits de manière à créer des infrastructures visant la promotion de communautés saines.

Le renforcement de la profession infirmière est essentiel pour améliorer la santé mondiale. En s'acquittant de son mandat qui consiste à représenter les infirmières à travers le monde, à promouvoir la profession et à influencer les politiques de santé, le CII s'efforce de faire en sorte que ses programmes et initiatives se fondent sur ses valeurs de leadership visionnaire, d'intégration, de souplesse, de partenariat et de réussite.

---

<sup>1</sup> *Notre futur commun* (traduction non officielle). *Rapport de la Commission indépendante sur les questions de développement international*, Nord et Sud, Cambridge, Massachusetts, 1987.

La santé est une ressource nationale absolument vitale. Elle constitue donc un objectif fondamental et une responsabilité première pour chaque nation. Or les efforts déployés pour atteindre cet objectif sont compromis par l'inefficacité des systèmes de fourniture des soins (aussi bien privés que publics), qui est due au fait que des ressources importantes sont affectées à des interventions orientées vers la maladie et le traitement plutôt que vers la bonne santé et les soins préventifs. D'où une augmentation considérable des dépenses de soins de santé, qui n'a en fait qu'un impact limité sur la santé de la nation.

Le Conseil international des infirmières et les associations nationales d'infirmières qui lui sont affiliées se prononcent en faveur du développement de régimes de soins de santé nationaux fournissant une vaste gamme de services de santé accessibles à tous. Ces services devraient être conçus en fonction des besoins et des ressources de santé de chaque pays, être rentables et de qualité, et être basés sur les principes de la santé et des soins de santé primaires.

Il faudrait en outre établir des principes et des mécanismes de réglementation appropriés, applicables aux services de santé tant privés que publics, afin de s'assurer que ces services puissent effectivement être accessibles, rentables et de qualité.

### ***6.2.2. Prise de position d'organismes professionnels médicaux***

**La Fédération des Médecins suisses a publié un Code Déontologie, dont voici les extraits qui pourraient se rapporter à notre question.**

*Quelques extraits du Code de Déontologie de la FMH, qui peut être consulté sur le site internet <http://www.fmh.ch>.*

La santé de l'homme est le but suprême de l'acte médical. Consciente que cet objectif dépend de certains impératifs, tels que les mutations de la société, l'évolution de l'éthique professionnelle et de la science médicale, la Fédération des médecins suisses (FMH), en sa qualité d'organisation faîtière du corps médical suisse, édicte le présent code de déontologie.

La première partie du code de déontologie traite des relations du médecin avec son patient et ses confrères et de son comportement vis-à-vis de la société et de ses partenaires de la santé publique. La seconde partie est consacrée au champ d'application et aux règles de procédure.

Le code de déontologie engage tous les membres de la FMH et sert plus largement de code de conduite pour l'ensemble du corps médical suisse.

La législation fédérale ou cantonale, en particulier le droit sanitaire cantonal, prime dans tous les cas le code de déontologie. Là où il y a contradiction avec le droit cantonal, la société cantonale de médecine édicte des dispositions explicatives. Au demeurant, les sociétés cantonales peuvent publier des prescriptions complémentaires dans la mesure où le code de déontologie le prévoit. Elles communiquent au Comité central de la FMH toutes les dispositions édictées en relation avec le code de déontologie.

#### **I. But du code de déontologie**

##### **But du code de déontologie - Art. 1**

Le code de déontologie règle le comportement du médecin envers ses patients, ses confrères, les autres partenaires de la santé publique et la société. Il vise à:

- promouvoir une relation de confiance entre médecin et patient;

- favoriser la santé de la population grâce à des médecins intègres et compétents;
- garantir la qualité de la formation professionnelle et des prestations médicales;
- sauvegarder la réputation et la libre pratique de la profession médicale;
- favoriser la confraternité et la conciliation entre praticiens;
- promouvoir un comportement professionnel conforme à la déontologie, définir, prévenir et sanctionner les infractions éventuelles.

## **II. Principes**

### **Rôle du médecin - Art. 2**

Le médecin a pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé, de soigner les maladies, d'apaiser les souffrances et d'assister les mourants jusqu'à leur dernière heure.

### **Exercice de la profession médicale - Art. 3**

Le médecin exerce sa profession avec diligence et au plus près de sa conscience. Il se montre digne de la confiance de la personne qui le consulte et de la société. Pour ce faire, il répond à des exigences d'intégrité personnelle et de compétence professionnelle. Le médecin utilise les moyens préventifs, diagnostiques, thérapeutiques et de réadaptation dont il dispose, pour le bien du patient et en tenant compte du principe de l'économie de traitement. Le médecin utilise les possibilités qui lui sont offertes pour assurer la qualité de son travail. Il s'astreint à se perfectionner en permanence selon le Règlement pour la formation continue. Le médecin se refuse à tout acte médical ou toute prise de position incompatibles avec sa conscience.

## **III. Le médecin et le patient**

### **Principes du traitement - Art. 4**

Tout traitement médical est entrepris dans le respect de la dignité humaine, en tenant compte de la personnalité du patient, de sa volonté et de ses droits. Dans l'exercice de sa profession, le médecin n'exploite pas l'état de dépendance du patient; il lui est tout particulièrement interdit d'abuser de son autorité sur lui, tant sur le plan émotionnel ou sexuel que matériel. Le médecin traite tous ses patients avec la même diligence, en dehors de toute considération de personne. La position sociale du patient, ses convictions religieuses ou politiques, son appartenance ethnique et sa situation économique ne jouent aucun rôle pour le médecin.

### **Libre choix du médecin; acceptation ou refus du mandat thérapeutique - Art. 5**

Le médecin respecte le droit du patient de choisir librement son médecin ou d'en changer. De son côté, le médecin est libre d'accepter ou de refuser un mandat diagnostique ou thérapeutique. Demeurent réservés les cas où le médecin est mandaté par un tiers, par exemple un établissement hospitalier ou un assureur. Le devoir d'assistance en cas d'urgence demeure applicable en toutes circonstances.

### **Exécution du mandat thérapeutique - Art. 7**

Le médecin veille à maintenir, autant que possible, sa relation personnelle avec le patient. Il fournit personnellement à ce dernier l'assistance que nécessite son état de santé. Le devoir d'assistance personnelle comprend également les visites médicales à domicile qui s'imposent. Un traitement de longue durée, effectué exclusivement sur la base de renseignements transmis par correspondance, par téléphone ou par voie électronique, ou sur la base de rapports fournis par des tiers, est contraire à la déontologie. Font exception les consultations par un second médecin fondées sur le dossier médical.

### **Pratiques médicales discutables - Art. 8**

Le recours à des pratiques diagnostiques et thérapeutiques discutables est inadmissible lorsqu'une telle activité s'exerce au mépris des connaissances médicales scientifiquement établies et en abusant de la confiance, de l'ignorance, de la crédulité ou du désarroi d'un patient. Il est également inadmissible de promettre le succès d'un traitement, en particulier lorsqu'il s'agit de maladies qui, au stade actuel des connaissances scientifiques, sont réputées incurables.

### **Exercice salarié de la médecine; continuité de l'assistance personnelle - Art. 9**

Dans le cadre de son activité salariée, le médecin ne peut exercer en son propre nom. Il veille à ce que le patient sache clairement à qui il confie son mandat thérapeutique. Que son activité soit indépendante ou salariée, il veille, dans la mesure du possible, à assurer la continuité de l'assistance personnelle.

### **Assistance médicale des mourants ou des blessés graves - Art. 17**

Si l'ajournement d'une mort inéluctable ne fait que prolonger des douleurs insupportables, le médecin a le droit, pour autant que le patient capable de discernement ait donné son consentement, de renoncer aux mesures visant à prolonger la vie et de se limiter à apaiser les souffrances. Si l'euthanasie passive est autorisée dans ces conditions, il n'en va pas de même de l'euthanasie active qui est inconciliable avec l'éthique médicale. Au demeurant, le médecin se conforme aux directives de l'Académie suisse des sciences médicales (annexe 1).

## **IV. Le médecin et la collectivité**

### **Le médecin au service de la santé publique - Art. 19**

Le médecin œuvre pour la santé de la population. Dans la mesure de ses possibilités personnelles et professionnelles, il travaille à la réalisation des objectifs fixés et s'engage tout particulièrement en faveur de la prévention.

---

## **II. L'évolution possible du système de santé suisse et ses conséquences sur la prise en charge des malades défavorisés**

A tout le moins dans les pays développés, rien ne paraît s'opposer à ce que l'on puisse prendre en charge sur le plan sanitaire tous les citoyens, et même tous les résidents, puisque le budget de la santé ne se monte actuellement "qu'à" environ 10 % du budget de l'Etat (1). Il y a donc de la marge, et il en va de la volonté des citoyens, si elle peut s'exprimer véritablement, que de décider de changer les priorités budgétaires en réduisant tel ou tel autre

poste, sécurité, transports, éducation, etc. au profit de celui de la santé. En réalité, nous le savons bien, ce n'est pas si simple et si c'est bien le débat politique qui arbitre cette distribution des ressources, la tendance dans tous les pays du monde développé étant au frein des dépenses de santé, jugées le plus souvent excessives. Cette limitation des dépenses de soins est due à plusieurs facteurs, comme la stagnation des revenus des ménages et la crise des finances publiques, menant au chômage et à la précarisation.

Ceci revient à poser la question de la distribution des ressources de soins dans notre société, et cette question est clairement et abruptement posée puisque le Concordat des Assurances maladie de Suisse (CAMS), dès 1996, a exigé un moratoire sur l'évolution de la santé publique dans notre pays, en demandant que toute nouvelle prestation médicale à charge de l'assurance soit suspendue jusqu'en l'an 2000 (2). Ceci revient à dire, de façon assez directe, que même si des soins étaient démontrés comme utiles à un malade, ou à un groupe de patients, on devrait en suspendre l'administration, au moins temporairement. Nous sommes ici en plein dans le débat qui se rapporte au *rationnement* des ressources de soins, puisque ce terme signifie " ... *une décision de principe, explicite, ou implicite, de soumettre certaines mesures thérapeutiques ou sanitaires à des restrictions, en arguant du fait que leur coût est économiquement insupportable, même si les mesures en question sont considérées comme utiles sur le plan médical*" (A. Weale, 1995) (3).

Pour aller plus loin dans la réflexion, il paraît utile de tenter de trouver quelques pistes de réponse à trois questions :

- 1. existe-t-il déjà un rationnement des ressources de soins dans notre pays ?
- 2. comment notre population réagit-elle lorsque on lui expose le concept de rationnement des ressources de soins ?
- 3. comment peut-on imaginer le futur, en particulier quelles pourrait être le profil de distribution des ressources de santé dans les années à venir ?

#### *1. Existe-t-il déjà un rationnement des ressources de soins en Suisse aujourd'hui ?*

Dans ses directives sur les soins intensifs, publiées en 1999, l'Académie suisse des Sciences Médicales écrivait : " ... *if the available resources are limited, it is normal and ethically justified to apply the general rules for the use of intensive-care measures more strictly. In such cases, the medical criteria alone are relevant*" (4, 5)). Cette formulation est intéressante, car d'une part elle subordonne et elle cautionne sans ambages une attribution de ressources de soins, certes particuliers et assez souvent coûteux, à la situation économique générale, mais encore elle justifie de deux façons une limitation de soins qui peuvent être vitaux. Si le terme "normal" peut surprendre, car il n'est pas précisé à quelle norme il est fait allusion, l'Académie se prononce nettement en faveur d'une certaine forme de rationnement au nom de principes éthiques, et l'on peut imaginer que ce qui est ici en cause se rapporte à la justice dans l'attribution des ressources de santé.

Ces directives, récentes, sont-elles déjà appliquées sur le terrain ? Sans aucun doute, car dans certains centres, une limitation de l'accès aux soins intensifs en fonction de l'âge, en Suisse (2), et ailleurs (6) existe déjà, même si ce critère ne figure pas parmi ceux qui sont employés à Genève. Il faut toutefois reconnaître que le seul critère de l'âge chronologique n'apparaît pas scientifiquement très solide, et qu'enfin et malheureusement, il n'est pas toujours explicité de façon non équivoque, seule façon de garantir la justice que l'on entend faire prévaloir (7). Il est malgré tout encourageant d'entendre que les autorités politiques fédérales helvétiques se déclarent prêtes à faire prédominer des arguments d'ordre éthique sur des considérations purement économiques quand il s'agit de mettre en route des mécanismes de limitation des soins (7).

2. *Comment notre population réagit-elle lorsque on lui expose le concept de rationnement des ressources de soins ?*

Quelques indices de l'opinion de la population générale suisse, ainsi que celle des décideurs dans le secteur de la santé dans ce domaine existent (8). Ainsi, environ 50 % de la population qui a pu s'exprimer lors d'un sondage d'opinion accepte l'idée d'une limitation des dépenses de santé, alors que les décideurs administratifs ou politiques sont, dans leur grande majorité, enthousiastes sur ce point, on n'en sera pas surpris. La grande majorité de la population fait encore confiance aux médecins pour décider de l'attribution des ressources de soins, alors que le rôle des politiciens fédéraux, certes en association avec les médecins, est souligné par les décideurs. On pourrait interpréter ces attitudes divergentes comme témoignant du souci de la population de voir s'établir un rationnement plus personnalisé (micro-allocatif), alors que les décideurs voient la question plutôt sous l'angle de la macro-allocation des ressources. En cas de rationnement, tant la population helvétique que les décideurs préfèrent toutefois un rationnement explicite, donc transparent. Enfin, la population est défavorable au seul critère d'âge chronologique comme facteur important de rationnement des soins, alors que les comportements dits "à risque" pour la santé (tabagisme, alcoolisme, etc.) pourraient être à l'origine d'une discrimination par un bon tiers des deux catégories sondées (8).

3. *Comment peut-on imaginer le futur, en particulier quel pourrait être le profil de distribution des ressources de santé dans les années à venir ?*

Les déterminants de l'évolution d'un système de santé sont nombreux et bien des paramètres sont loin d'être contrôlables, compte tenu de l'imprévisibilité de la situation économique à moyen terme et de l'évolution des mentalités. Toutefois, quelques facteurs-clefs sont identifiables, comme les besoins de santé de la population, la demande en moyens de soins, et l'évolution possible de l'organisation de la santé ainsi que celle des technologies médicales (9).

Les *besoins de santé* vont se modifier insensiblement, en raison du vieillissement de la population, avec l'émergence d'une prévalence élevée de maladies chroniques débilantes et de maladies dégénératives. Le brassage des populations et les flux migratoires vont peut-être accroître les risques épidémiques.

Il est prévisible que *la demande en soins* va s'accroître en Suisse, sous la pression des médias et de l'amélioration du niveau d'éducation. En revanche, le type de demande est peu prévisible: s'agira-t-il d'une demande plutôt de nature technologique, en phase avec des progrès médicaux et technologiques, ou un rejet de ceux-ci au profit d'une valorisation de l'idée de nature qui dirigera la demande vers des médecines dites douces, ou alternatives ? Nul ne le sait, et des facteurs comme l'influence des moyens d'information et la vitesse de survenue de progrès médicaux majeurs, ou au contraire des échecs retentissants de l'appareil industriel (pollutions, catastrophes écologiques, etc.) auront sans doute un grand impact sur le type de demande de soins.

Quant aux *systèmes de santé*, ils vont eux aussi se transformer et l'évolution actuelle, si elle se confirme, va aller vers un affermissement du marché libre et un retrait de l'Etat comme partenaire exclusif, ou en tous les cas essentiel. Parallèlement, nous allons sans doute assister à l'apparition d'innovations technologiques majeures, tant dans les domaines des techniques de l'information, que dans le domaine purement médical (biotechnologies et ingénierie). L'impact réel de ces innovations est actuellement imprévisible.



Comment la distribution des ressources de soins va-t-elle être influencée par ces tendances, nul ne le sait. Tout au plus peut-on formuler quelques hypothèses (9). Grossièrement, quatre évolutions sont possibles :

-1. un système de soins dans lequel l'Etat a une forte influence, assorti à des innovations technologiques rapides et majeures, témoin d'une médecine classique triomphante. Dans ce cas, il est à prévoir que la tension portera surtout sur les relations entre les administrateurs du système, chargé d'en éponger les coûts sous le contrôle de l'Etat, et la pression des innovateurs, encouragés par la population. Au sein d'un tel système, la solidarité sociale existe, mais elle est tempérée et contrôlée par l'Etat qui ne peut que se fonder sur des faits indéniables, dont la matérialisation passerait sans doute par une forme de médecine fondée sur les preuves. Ici, on voudra sans doute soigner tout le monde, à la restriction près que les résultats devraient être prévisibles, au risque de laisser pour compte les malades présentant un risque modeste de résultats sur investissement;

-2. un système de soins dans lequel le marché régule le système de santé, dans un contexte d'innovation médico-technologique forte. Ici, dans la mesure où la situation économique est favorable, l'accès aux soins est garanti à tous, mais dans un climat de dérégulation, avec une préférence pour les malades solvables. En cas de pénurie, il est à craindre que les besoins de nombreux patients soient négligés;

-3. un système de soins dans lequel l'Etat est fort, mais dans un contexte socioculturel de crainte de l'innovation médicale et de valorisation de la médecine naturelle (scepticisme technologique). Cette évolution pourrait mener à une réduction de l'offre en soins classiques, avec peut-être un renforcement des mesures de prévention, au risque de stigmatisation des déviants, notamment en raison de la forte implication prévisible des patients et de la population générale dans les décisions d'allocation des ressources;

-4. un système de soins dans lequel le marché régule l'attribution des ressources selon des critères économiques, mais en présence d'une faible tendance à l'innovation technologique et une promotion des médecines dites naturelles. Le risque, si l'on considère l'attribution des ressources, est celui d'arriver à une distribution erratique des soins, en fonction de critères évolutifs, parfois volatils, apparaissant au gré des modes et de la force de différents groupes de pression et ce dans un contexte d'offre en soins réels modestes.

On le voit, chacun de ces modèles, dont la probabilité d'apparition est impossible à établir en raison des multiples variables non contrôlées en cause, est potentiellement à l'origine, par des chemins divers, d'injustices dans l'attribution des ressources de santé.

### *Conclusion.*

Il existe déjà, *de facto*, un rationnement des soins en Suisse (2) et ailleurs (6). Celui-ci est malheureusement implicite. De plus, il est probable que la contribution des ressources nationales consacrées à la santé ne vont pas s'accroître, en témoigne la stagnation autour de dix p.cent du produit intérieur brut dévolu à la santé dans la majorité des pays occidentaux (9). Les médecins suisses sont d'avis que cette situation va perdurer, de même que certains experts (2, 9).

Malgré tout, des efforts considérables sont consentis par les pouvoirs publics pour favoriser l'intégration de minorités vulnérables, au moins dans le domaine de l'accès aux soins de base, que l'on pense par exemple à la prise en charge des clandestins à Genève par la Policlinique de Médecine Communautaire, comme nous l'avons vu plus haut. L'Institution étatique assure

une couverture de base pour ces personnes si elles sont malades, en l'absence d'appareil législatif approprié, probablement pour plusieurs motifs. Le plus terre-à-terre est sans doute la constatation réaliste que si ces personnes étaient totalement rejetées dans la clandestinité, y compris pour l'accès aux soins élémentaires, tôt ou tard, elles apparaîtraient dans les services d'urgence, en piètre état, après avoir peut-être été la source de propagation de maladies infectieuses ou de dysfonctionnements sociaux graves. Le second motif est certainement de nature très honorable. En effet, la notion que tout résident a droit à un minimum décent dans le domaine de la prise en charge sanitaire fait sans doute partie d'un consensus au sein de la population, en témoignent le succès des campagnes de quête de fonds pour les déshérités en Suisse et la concrétisation du principe d'accès pour tous aux soins de base dans la LAMal. Cette forme de macro-allocation implicite est toutefois fragile par nature, puisque le rendre explicite et créer des conditions administratives pour le stabiliser, voire le renforcer, ne sont politiquement pas envisagées, donc probablement pas envisageables. Cette difficulté est par ailleurs signalée dans beaucoup de pays développés, notamment les Etats-Unis d'Amérique (10).

Quoi qu'il en soit, l'évolution qualitative, même à moyen terme, de nos systèmes de santé n'est pas vraiment prévisible (9) et, de surcroît, il n'est pas certain qu'un ou l'autre des modèles dont on pourrait envisager l'apparition mène dans tous les cas à une couverture sanitaire optimale de tous les résidents (11). Comme nous l'avons vu plus haut, chaque modèle répond à certains besoins en en négligeant d'autres.

Ainsi, si il est vrai que la poursuite de l'offre d'une couverture sanitaire minimale aux résidents à Genève qui sont sans ressources est vraisemblable, nul ne sait ce qu'il en pourrait être à moyen et à long terme.

---

### *Bibliographie*

1. Smith R. The future of healthcare system. Br. Med. J. 1997; 314: 1495-1496.
  2. Brunner H : Formes de rationnement des prestations médicales. Bull. Méd. suisses 1997; 17; 609-616.
  3. Weale A : The ethics of rationing. Br Med Bull. 1995; 51:831-41.
  4. Hitzig W, Weibel E : Medical-ethical guidelines on borderline questions in intensive care medicine. Schw. med.Wschr. 1999; 129: 1942-1947.
  5. ASSM - Académie suisse des sciences médicales. Directives concernant les problèmes éthiques aux soins intensifs. Bulletin des Médecins suisses 1999;80:193-197.
  6. Wennenberg J : Which rate is right ? N. Engl. J. Med 1986; 314: 310-311.
  7. Hitzig W, Gelzer J : Ethische Ueberlegungen zur Verteilung knapper Mittel in der Gesundheitspflege. Bull. Méd. suisses 1997; 46; 1709-1715.
  8. Domenighetti G, Maggi : Définition des priorités sanitaires et rationnement. L'opinion des Suisses, des administrateurs, hospitaliers et des départements sanitaires des cantons. Cahiers de Recherche Economiques, Janvier 2000, cahier no. 00.01, DEEP (Département d'économétrie et d'économie politique de l'Université de Lausanne), pp. 1-34.
  9. Paccaud F : Evolution future des services de santé : analyse de quelques tendances possibles. Méd. Hyg. 2000; 2319:2117-2130.
  10. Beauchamp T, Childress J : The Principle of Justice, in : Medical Ethics, chap. 6, pp 278-279., 3rd edition, Oxford University Press (New York, Oxford), 1989.
  11. Martin, J : L'évolution de la médecine et les droits et devoirs des personnes et de la société. Bull. Méd. Suisses 2001; 82: 120-124.
-

### **III. Les enjeux éthiques liés à la prise en charge des malades sans couverture sociale à Genève**

En préambule, disons que si partout dans le monde développé, les dépenses de santé augmentent non seulement en valeur absolue, mais par rapport à la richesse globale de la nation, il est difficile de porter un jugement éthique *a priori* sur cette tendance, puisque le but du développement économique est –ou devrait être- le bien-être de l'ensemble des citoyens. Il n'existe pas d'autre norme pour fixer à un niveau quelconque la part de l'effort collectif allouée à la santé que le résultat d'un débat démocratique à l'issue duquel le niveau de cet effort est fixé. Ce débat doit prendre en compte des éléments éthiques (justice, solidarité), techniques (conditions de l'efficacité maximale des dépenses consenties) et économiques (coûts et leurs conséquences sur l'économie de l'entité politique considérée, ici le canton de Genève). Il paraît évident que l'effort consacré à la santé ne peut être illimité, même si, dans les pays développés, la demande de soins est, quant à elle, virtuellement sans limite. C'est dans ce contexte macro-économique (macro-allocation des ressources au niveau de la société) que se place la question que le Conseil d'Ethique s'est posée, celle de l'attribution d'une petite part de ces dépenses de soins à des malades précarisés.

Le Conseil a choisi, pour développer son argumentation, de répondre à quatre questions. Ces questions ont été choisies pour leur aspect pragmatique, puisque, de leurs réponses, pourrait découler l'attitude des soignants, ou d'autres membres de l'Institution, à l'égard des malades en situation précaire.

#### **Question 1 : Tout résident a-t-il un droit à des soins minimaux à Genève, même si il ne respecte pas les règles du jeu démocratique ?**

Une distinction est tout d'abord établie entre différentes catégories de personnes non couvertes par la LAMaI et qui sollicitent des soins dans les HUG, à savoir:

- 1. le "*demandeur de soins se sachant dans l'illégalité*" est une personne qui décide de venir en Suisse illégalement et uniquement pour obtenir des prestations du personnel soignant des HUG en relation avec des problèmes de santé, alors qu'il ou elle sait pertinemment que, selon les lois en vigueur, il ou elle commet une infraction;
- 2. le "*clandestin*" qui vient en Suisse pour y travailler et qui tombe malade dans notre

Canton.

-3. à ces deux catégories de résidents, il convient d'ajouter le groupe des "*marginiaux*", c'est-à-dire des personnes qui se sont, volontairement ou non, retirées du jeu économique.

### **1. Le "*demandeur de soins se sachant dans l'illégalité*".**

La proposition du CEC est d'admettre dans les HUG cette personne et de lui fournir des soins en cas d'urgence vitale uniquement, même si, d'un point de vue simplement humain, le Conseil peut fort bien comprendre les motivations de ces personnes. Il est rappelé que des détenus, sans attache avec la Suisse, bénéficient de soins si leur état de santé l'exige. Il en va de même pour les "*... personnes (...) de passage dans le canton, atteintes de maladie mentale et dont l'état requiert des soins dans un établissement psychiatrique* " (loi K 1 25). D'ailleurs, la jurisprudence du Conseil de surveillance psychiatrique n'autorise un rapatriement de ces patients dans leur pays d'origine que s'ils y ont consenti.

Tout être humain a donc droit à des soins minimaux en situation d'urgence vitale. C'est une exigence éthique de base non négociable (Directives de l'OMS, Code de Déontologie de la FMH, Déclaration Universelle des Droits de l'Homme). Dans l'hypothèse où le "*demandeur de soins se sachant dans l'illégalité*" ne présente pas une urgence vitale, il ne peut prétendre à bénéficier de soins dans les HUG, compte tenu du respect du principe éthique de la justice distributive. La violation de ce principe entraînerait l'utilisation à titre gratuit en faveur de ces personnes des ressources de l'Institution, et donc du citoyen qui finance enfin de compte l'ensemble des opérations, ce qui paraît peu acceptable au nom de la simple justice. Une injustice serait également infligée aux concitoyens du "*demandeur de soins se sachant dans l'illégalité*" restant dans leur pays d'origine défavorisé et aux ressources de soins limitées, mais qui ne recourraient pas à la ruse pour venir se faire soigner gratuitement dans une Institution extérieure à leur pays d'origine ou de résidence.

La position prise de fournir néanmoins au "*demandeur de soins se sachant dans l'illégalité*" qui présente une urgence vitale des soins minimaux répond aux principes de justice et de solidarité. Toutefois, une solidarité d'allocation qui couvrirait l'humanité tout entière est impossible à mettre en oeuvre du simple point de vue du simple bon sens. En revanche, nous saluons la création d'une Commission des Affaires Humanitaires dans les HUG créée au nom de la manifestation d'une solidarité universelle, mais réaliste. La légitimité de cette attitude pourrait être déduite d'une obligation éthique constitutive des professions soignantes et elle obéit à un principe qui voudrait que nos concitoyens aillent jusqu'où il est possible d'aller raisonnablement dans la solidarité avec les déshérités.

Cette démarche peut aussi trouver sa source dans le respect de la dignité humaine. De plus, le

respect de soi passe par le respect de l'autre. Ce principe légitime le droit à l'octroi de soins minimaux au "demandeur de soins se sachant dans l'illégalité" qui se présente dans un état d'urgence vitale dans les HUG. Ce droit disparaît dans une situation autre que l'urgence, pour les raisons mentionnées plus haut. L'Institution hospitalière doit donner aux soignants le cadre normatif pour les déculpabiliser s'ils sont placés en situation difficile sur le plan humain face à un "demandeur de soins se sachant dans l'illégalité" en situation de demande de soins non urgents. Elle se doit aussi de respecter les conventions et les directives données par les autorités politiques en matière de politique d'accueil des étrangers. Bien entendu, en cas d'accord d'entraide entre le pays d'origine des personnes sollicitant des soins en Suisse et la Commission des Affaires Humanitaires des HUG, la situation est différente. En effet, les règles selon lesquelles une collaboration et une aide de l'Institution est attribuée sont claires et transparentes, de sorte que les dépenses consenties ne sont pas à même de mettre en danger la population résidente qui vit en accord avec nos lois et règlements, ni de créer d'injustice, voire de sentiment d'injustice.

Il est intéressant de noter que cette position du Conseil d'Ethique Clinique des HUG est plus restrictive que celle d'une autre instance qui s'est penchée sur cette question, le Conseil Consultatif de Bioéthique de Belgique (Avis no7 du 13 juillet relatif à l'accès aux soins de santé – <http://www.health.fgov.be/bioeth>), qui a écrit que : " ... la notion d'urgence, qui doit être interprétée largement, ne peut être une cause de discrimination. Il importe que, en matière de soins de santé, la solidarité humaine trouve une application sans restriction. Le Comité estime ainsi que même une interprétation explicitement plus large du concept de l'urgence est insuffisante pour répondre aux exigences éthiques d'un accès inconditionnel aux soins médicaux. En effet, il n'est pas toujours possible, au premier examen, de se faire une idée du caractère urgent d'une affection ou de la gravité d'une problématique médicale. On doit pouvoir donner suite à chaque demande justifiée d'intervention médicale sans que le prestataire individuel des soins soit tenu à contrôler le caractère urgent de la demande". De façon assez paradoxale, ce Comité fonde son argumentation sur le principe de justice distributive, qui veut, selon les auteurs du texte que "... les moyens médicaux y compris pharmaceutiques doivent être, d'une façon inconditionnelle, mis à la disposition de tous ceux qui en ont besoin et qui se trouvent sur le territoire belge". C'est précisément au nom de cette même justice que le Conseil genevois pense qu'il existe une limite aux soins administrés à la population des "demandeurs de soins se sachant dans l'illégalité" !

## **2. Le clandestin.**

Les clandestins travaillent dans notre pays et, s'ils en avaient la possibilité, ils accepteraient sans doute de se conformer à nos lois. Ainsi, ils ont une utilité sociale, bien que non quantifiable, car ils contribuent à la prospérité commune de la société genevoise. En ce sens, ils sont membres indirects de notre communauté. Par ailleurs, parfois, peut-être souvent même, ces clandestins sont mal payés, voire exploités par nos concitoyens. Ces deux facteurs concourent à créer un lien de responsabilité de notre société à l'égard des clandestins, afin que le principe de solidarité soit respecté, au sens moral établi dans le principe de bienveillance.

Toutefois, en acceptant ce principe de solidarité dans ces conditions, il est clair qu'il existe un danger de légitimation de l'exploitation des clandestins. C'est un écueil qu'il convient d'éviter à tout prix en refusant de cautionner cette exploitation, au nom de la bienveillance et de la justice, et en insistant sur les droits des clandestins plus que sur le devoir qu'ils auraient d'accepter sans autre leur condition.

En outre, il existe plus qu'un lien purement économique pour fonder le devoir que l'Institution a de prendre en charge les clandestins au moyen de leur utilité pour notre société. En effet, ici aussi, comme pour le "demandeur de soins se sachant dans l'illégalité" en danger vital, il existe un lien de solidarité humaine élémentaire formant un cœur non négociable de l'assistance à autrui, mais ce lien est plus fort et plus durable que celui qui nous lie aux "demandeurs de soins se sachant dans l'illégalité", en raison des relations sociales qui unissent notre population de résidents ouvertement déclarés et les clandestins.

Une question pourrait surgir si le nombre des clandestins devenait plus, voire très important. En effet, il s'agirait ici d'une population dont les besoins sociaux (scolarisation des enfants, besoins de santé aigus et chronique, assistances diverses) seraient quasiment tous couverts, alors que leur contribution à la prospérité commune demeurerait indirecte et peut-être quantitativement assez inférieure à celle des citoyens et des résidents réguliers. Le risque existe que cette nouvelle situation, particulièrement explosive, se manifestant au travers de l'action de mouvements extrémistes, provoque une explosion sociale se traduisant par des réactions de rejet.

### **3. le marginal.**

Il peut s'agir de citoyens suisses ou de résidents étrangers bénéficiant d'une autorisation de séjour. Le caractère spécifique de cette catégorie est que ses membres sont couverts par l'assurance de base de la LAMal, sans toutefois payer aucune prime ni participer d'aucune façon à la prospérité commune de la société genevoise. Au contraire, ces personnes vivent à la charge de la société en bénéficiant de différentes formes d'assistance, publique ou privée.

Quels sont les droits de ces exclus, volontaires ou non, de notre société, en particulier à l'égard des soins ? Il ne fait aucun doute que ces personnes, en cas d'urgence vitale, ont droit au secours médical au nom des impératifs défendus plus haut, à savoir un devoir d'assistance minimal au prochain en danger grave, quel qu'il soit.

Qu'en est-il des soins non urgents ? Il a semblé au Conseil que les marginaux ont droit à ces soins, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la société considère depuis longtemps l'assistance aux pauvres et aux miséreux comme un devoir, en témoignent la création de

l'assistance publique et la création dans le passé de l'Hospice Général. Une longue tradition religieuse et philosophique a donc fortement imprégné notre société. On peut donc penser qu'il n'y a donc pas ici de collision avec les attentes de la population générale, laquelle ne voit pas dans ce type d'assistance une violation du principe de justice. Ensuite, la société a certainement une part de responsabilité dans la situation de marginalité, soit en raison des pressions économiques fortes qu'elle impose de nos jours (mondialisation et globalisation, chômage structurel, etc.), soit à cause de contraintes psychologiques parfois durement ressenties par les plus faibles (compétition professionnelle, course à l'excellence, etc.). Pour résumer donc, les marginaux, même s'il ne concourent pas à la prospérité commune, ont droit aux mêmes soins que la population dite normale. Ceci semble légitime non seulement sur le plan juridique, mais aussi sur le plan éthique : en effet, ces marginaux, à un moment ou à un autre, ont concouru, assez souvent, à la prospérité de la collectivité, et les ressources de celle-ci sont loin d'être gravement limitées.

En conclusion donc, notre Conseil est en accord avec l'Avis du Conseil Consultatif de Bioéthique de Belgique (Avis no7 du 13 juillet) quand il écrit : "*... qu'il est fondamentalement immoral de refuser des soins médicaux aux personnes qui en ont besoin. Ni l'insolvabilité du patient, ni l'illégalité de sa présence sur le territoire (...), ne sont de nature à justifier un tel refus. La réponse à la vulnérabilité du patient, quel qu'il soit, reste la première valeur à prendre en compte dans la réalisation de la justice qui commande la distribution des soins de santé. Le statut d'un étranger, quelle que soit la raison de sa présence (...), ne peut exercer une influence négative sur l'octroi de soins médicaux*", à la restriction près qu'il est réticent à légitimer l'octroi de soins non dictés par l'urgence aux "demandeurs de soins se sachant dans l'illégalité.

**Question 2 : Y a-t-il des limites quantitatives (transplantation d'organes, traitements très contraignants ou très coûteux, etc.) à la prise en charge des résidents non assurés ?**

Le Conseil est d'avis qu'il existe une limite quantitative à la prise en charge d'une population comme celle des "demandeurs de soins se sachant dans l'illégalité", même en situation d'urgence. En effet, de même que la population genevoise n'a pas vocation de prendre en charge "toute la misère du monde", au nom du simple bon sens et selon un principe de réalisme, un "demandeur de soins se sachant dans l'illégalité" n'a pas un droit imprescriptible, au nom du devoir de solidarité humaine mentionné plus haut, à recevoir des soins exubérants à même de menacer l'attribution des ressources à la population résidente régulière, même en situation aiguë et de détresse vitale. Ainsi, pour prendre un exemple, un "demandeur de soins se sachant dans l'illégalité" nécessitant une transplantation d'organe devrait se voir refuser cette chance, au nom de la proportionnalité et de la justice dans l'attribution des ressources, et ce d'autant plus si le suivi d'une telle entreprise thérapeutique ne peut être garantie dans le pays d'origine.

En revanche, tant les marginaux que les clandestins devraient pouvoir bénéficier des mêmes soins, y compris des soins coûteux, que la population résident régulière et seuls des critères médicaux devraient s'appliquer pour indiquer ou contre-indiquer une approche thérapeutique quelconque. Ceci suit la logique mentionnée plus haut qui veut que ces deux derniers groupes bénéficient de ressources semblables à celles qui sont offertes à la population régulièrement établie à Genève.

### **Question 3 : La transparence relative de l'attitude de l'Institution genevoise à l'égard de ses pratiques est-elle justifiable sur le plan éthique ?**

Il faut réaliser que si notre Institution se donne les moyens d'avoir une attitude éthique en se préoccupant du sort de populations défavorisées, soit *via* la Commission des Affaires Humanitaires, soit *via* la prise en charge des clandestins et même, en urgence, des "demandeurs de soins se sachant dans l'illégalité", il n'est pas surprenant que cette façon de faire puisse générer des tensions au sein de la population, ainsi que des conflits de valeurs. Il en va de même chaque fois que l'on décide de privilégier certaines valeurs morales: d'autres valeurs sont alors sacrifiées.

En effet, d'un point de vue absolu, on ne peut s'empêcher de penser que la justice dans l'allocation des ressources n'est pas totalement respectée quand certains des bénéficiaires profitent de prises en charge qu'ils n'ont pas contribué à financer, alors que d'autres travaillent parfois durement pour en jouir. Ainsi, la relative discrétion dans laquelle l'Institution travaille pour soutenir les défavorisés pourrait être considérée comme entamant le principe de véracité et elle pourrait représenter un coup de griffe contre la transparence qu'un Etat démocratique doit, par nature, exiger. De même, toute sélection ou faveur implicite dans l'allocation des ressources de soins, dans un Etat démocratique, paraît une aberration et l'application d'un critère de choix dans ce contexte doit avoir été débattu ouvertement. Toutefois, notre Conseil est d'avis qu'une certaine discrétion amène ici plus d'avantages qu'elle ne cause de véritable problème. D'une part, elle permet de montrer une solidarité à l'égard des défavorisés, et notre population, jusqu'ici, a toujours montré qu'elle était sensible au sort des faibles, d'autre part, elle évite l'émergence de mouvements politiques extrêmes dont les objectifs vont toujours, en fin de compte, à l'encontre des valeurs démocratiques. Ainsi, dans une vision très utilitariste, le Conseil pense que l'attitude actuelle de l'Institution représente un moindre mal et qu'elle trouve ainsi sa justification sur le plan éthique. Enfin, même si l'Institution est discrète quant au soutien qu'elle apporte aux défavorisés, elle est tout de même transparente. La réponse du Conseil d'Etat mentionnée plus haut à quelques députés du Grand Conseil (Décision du 13 juin 2001), la publication sur le réseau informatique des Directives des HUG sur les patients précarisés et la prise de position de l'Hospice Général du 20 avril 2001 (Gestion administrative de la santé des requérants d'asile du canton de Genève) sont, parmi d'autres, des exemples de transparence dans ce domaine. Les critères de choix sont publics et ils laissent une large part aux paramètres purement médicaux.



#### **Question 4 : Le conflit de devoirs des soignants - citoyens ou thérapeutes ?**

L'attitude actuelle de l'Institution que ce Conseil comprend et approuve pourrait générer des conflits de conscience chez les soignants, lorsque ceux-ci, au contact direct des malades et de leurs familles, pourraient être amenés à limiter, voire refuser certains soins ou techniques thérapeutiques. Réciproquement, un conflit de loyauté pourrait surgir chez les soignants quand, comme citoyens, ils courraient le risque d'être choqués par une attitude trop libérale de l'Institution, jugée trop généreuse à l'égard de certains malades. Il a semblé au Conseil que l'Institution a un devoir d'information auprès de ses employés et un devoir de contrôle du respect de ses instructions, particulièrement à l'égard de la question de la prise en charge des défavorisés. A ce prix, et moyennant des explications appropriées, incluant nos réflexions d'ordre éthique, les éventuelles difficultés que les soignants pourraient rencontrer devraient être aplanies.

Le Conseil est conscient qu'un lecteur attentif de ce texte pourrait juger comme contradictoires les arguments déployés dans les commentaires de la question 3 (nécessité d'une certaine discrétion) et ceux de la question 4 (diffusion à un personnel nombreux, celui des HUG). Toutefois, outre que cette contradiction ne peut pas être levée, il existe un précédent rassurant dans notre Cité. En effet, au sein du Département de l'Instruction Publique genevois, l'ensemble du corps enseignement est parfaitement au courant de la prise en charge scolaire des enfants de situation irrégulière, sans que cette attitude des autorités, très peu diffusée, n'ait jamais généré d'opposition ou de remous dans la population genevoise.

---

#### **IV. Synthèse et recommandations du Conseil d'Ethique clinique des HUG – Avis Consultatif**

<p><b>1. le Conseil d'Ethique Clinique des HUG est d'avis que tout malade en état de détresse vitale, quel que soit son statut juridique, et qui se présente dans les HUG doit être pris</b></p>
--

en charge;

**2. en revanche, les HUG n'ont pas d'obligation morale à soigner un malade expressément venu à Genève en raison d'un problème de santé, sans accord préalable, si celui-ci ne présente pas de risque vital;**

**3. les personnes vivant clandestinement à Genève, de même que les marginaux, citoyens ou non, résidant à Genève, et même si ils ne contribuent pas à financer les coût de la santé, ont droit aux soins de base, en cas d'urgence ou non;**

**4. il n'est pas légitime, sur le plan éthique, de limiter l'intensité des soins à administrer aux clandestins et aux marginaux : seuls des critères médicaux doivent être utilisés pour déterminer le niveau et l'intensité de la prise en charge, comme c'est le cas pour tous les résidents réguliers à Genève;**

**5. le Conseil approuve une certaine discrétion de l'Institution à l'égard de la prise en charge des malades défavorisés;**

**6. enfin, le Conseil estime que l'Institution doit informer les soignants des HUG concernés par ces questions tant de la ligne de conduite qu'elle a choisie que de la justification sur le plan éthique de ce choix. Le cas échéant, l'Institution doit soutenir les soignants lorsqu'ils sont placés devant des choix difficiles sur le plan humain**

Fait à Genève, le 19 décembre 2001

**Pour le Conseil d'Ethique Clinique :**

**Prof. Jean-Claude Chevrolet  
Président**

**Remerciements :** le Conseil d'Ethique Clinique remercie toutes les personnes qui l'ont aidé à trouver l'information sur laquelle se fonde le présent Avis et l'ont enrichi par de fructueuses discussions, en particulier, Mme Pauline de VOS (Direction Générale des HUG) et le Dr. Hans WOLFF, de l'UMSCO.