

« Listes noires »

Considérations éthiques et juridiques sur la gestion appropriée
des arriérés de primes maladie

Table des matières

1. Introduction	3
2. Le processus politique en Suisse	5
3. Bases internationales des soins de santé : couverture sanitaire universelle (CSU)	7
4. Considérations juridiques	9
4.1 L'accès aux soins de santé : obligations en matière de droits de l'homme	9
4.2 L'accès aux soins de santé dans le droit constitutionnel	10
4.3 Compatibilité des « listes noires » avec le droit constitutionnel et le droit international	12
5. Considérations socio-éthiques	15
5.1 Solidarité	17
5.2 Justice	17
6. Considérations médico-éthiques	19
6.1 Personnes listées	19
6.2 Dilemmes médico-éthiques	21
6.3 Critique concernant la notion d'urgence en lien avec les « listes noires »	22
6.4 Problèmes d'exécution concernant les suspensions de prestations exigées par la loi	25
7. Conclusions	27
8. Bibliographie	30

1. Introduction

La Suisse dispose d'un système de santé de qualité, mais coûteux. Les 85 milliards de francs annuels que coûte actuellement ce système sont financés pour un bon tiers par les primes par tête (env. 36,3 milliards de francs) et pour un peu moins des deux tiers par les versements directs des ménages, les assurances complémentaires (primes individuelles), les contributions de la Confédération et des cantons (réductions de primes) et les autres assurances sociales. Les primes annuelles s'élèvent à environ 9'800 francs par personne.¹ Selon l'art. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal),² toute personne séjournant plus de trois mois en Suisse est tenue de s'assurer. L'assurance-maladie obligatoire prend en charge les coûts des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité (art. 1a, al. 2, LAMal). L'obligation de s'assurer implique que les caisses-maladie sont tenues d'admettre toute personne qui en fait la demande, ont l'interdiction de réaliser des bénéfices et appliquent un catalogue de prestations unique.

Les primes maladie, dont le niveau déjà élevé ne cesse d'augmenter, constituent une charge pour les familles et les personnes seules, si bien que de nombreux assurés bénéficient en permanence d'une réduction des primes et de prestations d'aide. Les réductions de primes sont prévues par la loi sur l'assurance-maladie. Celle-ci exige que, pour les bas et moyens revenus, les cantons réduisent d'au moins 80 % les primes des enfants et d'au moins 50 % celles des jeunes adultes en formation (art. 65, al. 1^{bis}, LAMal). L'organisation du système de réduction des primes varie d'un canton à l'autre. Dans certains cantons, les primes sont ré-

duites automatiquement, dans d'autres, sur demande. En dépit des mesures de compensation étatiques, plus de 160'000 personnes assurées n'honorent actuellement pas leurs obligations de paiement à l'égard des caisses-maladie. Pour lutter contre ce phénomène, certains cantons alémaniques³ et le Tessin ont mis en place ce que l'on appelle des « listes noires » en se fondant sur l'art. 64a, al. 7, LAMal, introduit en 2012.⁴ Dans ces cantons, les personnes qui ne paient pas leurs primes ou leurs participations aux coûts peuvent, après avoir reçu un rappel écrit, une sommation, et fait l'objet de poursuites, être placées sur une liste, ce qui entraîne la suspension de la prise en charge des prestations tant que le paiement n'a pas été effectué.⁵ Il en résulte que seule la « médecine d'urgence » est prise en charge par les caisses-maladie.

Cette réglementation soulève de vastes questions fondamentales dans les domaines juridiques, éthiques et de politique sanitaire. C'est pourquoi la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) a décidé, en accord avec la Commission centrale d'éthique (CCE) de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et avec le concours de deux membres experts de la CCE, d'examiner de manière approfondie les prérequis, les circonstances, les objectifs et les effets de l'art. 64a, al. 7, LAMal, sous la forme d'une prise de position. Dans ce contexte, il s'agit de considérer deux problématiques centrales : d'une part, le groupe ciblé par le législateur de ceux qui « refusent de payer » et, d'autre part, la sanction consistant à suspendre la prise en charge des prestations de santé de base.

1 OFSP (2022a).

2 Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, état au 18 mars 2023.

3 La plupart des cantons suisses n'ont jamais introduit de « listes noires ». À l'heure actuelle, seuls les cantons d'Argovie, de Thurgovie, de Lucerne, de Zoug et du Tessin disposent de « listes noires » ; celles-ci ont été supprimées dans les cantons de Schaffhouse, de Soleure, de St-Gall et des Grisons.

4 « Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension. » Cf. art. 103 à 105 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

5 Cf. OFSP (2020).

La notion de « refus de payer » constitue-t-elle un critère réaliste et solide pour justifier une inégalité de traitement dans le domaine de la santé fondée dans le droit ? Par ailleurs, est-il approprié, pertinent et proportionné des points de vue juridique, médical et éthique de sanctionner les personnes en retard de paiement par une suspension des prestations ?

La présente prise de position sur les « listes noires » s'adresse aux autorités législatives de la Confédération, aux cantons qui tiennent de telles listes et à l'ensemble des acteurs du système de santé. Après une analyse détaillée des prérequis, des objectifs et des effets de l'art. 64a, al. 7, LAMal, la CNE émet un avis négatif.

- Les « listes noires » mises en place pour combattre les arriérés de primes maladie constituent une mesure qui est ambivalente au niveau juridique, dépourvue de fondement sur les plans médical et de politique sanitaire, et éthiquement contestable.
- L'art. 64a, al. 7, LAMal va à l'encontre des droits humains à la vie, à la santé (protection et soins) et à la sécurité sociale.
- En tant qu'outil de sanction sous la forme d'une restriction des prestations au soins d'urgence, les « listes noires » sont en contradiction avec l'objectif de la Suisse en matière de politique sanitaire, qui vise à garantir des soins de base à l'ensemble de la population.
- Les « listes noires » ne tiennent pas compte de la complexité de la réalité sociale, car elles prennent en considération un comportement individuel et ignorent le contexte social et sociétal.
- Les « listes noires » sont un outil qui accentue le problème des inégalités de traitement dans le domaine de la santé pour les groupes de population plus défavorisés ; cet aspect concerne également les personnes qui ne figurent pas sur les listes, mais qui ne peuvent pas régler leurs franchises ou leurs factures médicales.
- Les « listes noires » font peser le risque d'une augmentation des coûts de la santé car elles excluent toutes les prestations couvertes par l'assurance de base qui ont trait à la prévention des maladies et au conseil en santé à titre préventif, ce qui augmente le risque pour les personnes concernées de développer une maladie ultérieurement.
- De surcroît, les problématiques liées aux « listes noires » mettent en évidence les défis structurels d'un système de santé qui permet une grande liberté individuelle sur le plan organisationnel, mais qui peut également produire et accentuer des inégalités sociales.

2. Le processus politique en Suisse

Dès le début, la législation sur les « listes noires » et la pratique y relative ont fait l'objet d'intenses débats et d'interventions politiques. Tandis que les cantons qui tiennent ces listes mettent en avant les effets positifs sur la discipline des assurés et assurées en retard de paiement, une première motion⁶ demandant de supprimer l'article en question dans la LAMal a été déposée en 2018 déjà, notamment en réaction à plusieurs décès rendus publics.⁷ Lors des débats parlementaires, une distinction a été faite entre les personnes assurées « insolubles » et « solvables » d'une part, et d'autre part, celles « qui refusent de payer » : « Le but de ces listes est d'accroître la pression sur les assurés qui peuvent, mais ne veulent pas payer. »⁸ Une personne est considérée *ipso facto* comme « ne voulant pas payer » dès lors qu'elle ne paie pas ses primes bien qu'elle dispose des moyens financiers nécessaires pour le faire. La distinction entre « la capacité à payer » (ou solvabilité) et « la volonté de payer » pose problème du point de vue théorique et pratique :

1. la notion d'« incapacité à payer » décrit une situation économique *objective*, tandis que « le refus de payer » renvoie à des motivations *subjectives* individuelles.

2. Dans les faits, une séparation rigoureuse entre ces deux groupes de personnes n'est guère possible car les raisons pour lesquelles les assurés et assurées ne paient pas leurs primes maladie et figurent, par la suite, sur les « listes noires » sont multiples : p. ex., ignorance ou manque d'informations, limitations dues à une maladie, problèmes d'ordre personnel, profes-

sionnel, familial, social ou économique, pauvreté, insouciance, négligence ou contestation à l'encontre du système de santé et de son financement.⁹

Dans sa prise de position « « Listes noires » – Blocages de prestations médicales pour absence de paiement des primes et de participation aux coûts »,¹⁰ la Commission centrale d'éthique de l'Académie suisse des sciences médicales a demandé leur abolition, car il lui semblait que les rapports et les propositions émanant de médecins et d'autres professionnels et professionnelles de la santé se faisaient de plus en plus nombreux au sujet des effets problématiques que les « listes noires » entraînent pour les plus de 160'000 personnes concernées actuellement et pour les équipes chargées de leur traitement.

La disposition légale actuelle relative aux « listes noires » résulte d'une initiative déposée par le canton de Thurgovie en 2016 demandant la modification de l'art. 64a LAMal concernant l'exécution de l'obligation de payer les primes.¹¹ Lors de la séance du Conseil des États du 3 juin 2020, l'initiative a fait l'objet d'une discussion en même temps qu'une motion du Conseil national¹² qui demande aux cantons de définir la notion de médecine d'urgence dans ce contexte. Lors des délibérations, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États a fait part de sa position au sujet des « listes noires ». Alors qu'une majorité de la commission a proposé de renoncer aux « listes noires », une minorité a voté en faveur de leur maintien, mais en y ajoutant cependant une définition

6 Motion 18.3643 : Article 64a alinéa 7 LAMal. Abolition des listes noires, 15.6.2018.

7 SRF (2018).

8 Initiative déposée par un canton 16.312. Rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États du 27 janvier 2021 (FF 2021 745), p. 9.

9 Cf. Cavelti (2019) ; Salathé (2018) ; Wille & Schlup (2020).

10 ASSM (2020).

11 Initiative déposée par un canton 16.312 : Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, 30.05.2016.

12 Motion 18.3708 : Listes noires. Définition de la médecine d'urgence, 06.07.2018.

légale de la médecine d'urgence. Le conseiller fédéral Alain Berset a relevé que le Conseil fédéral s'opposait depuis des années aux « listes noires », estimant qu'elles ne pouvaient pas être mises en œuvre « parce qu'au moment où la question se pose, vous ne pouvez pas refuser l'accès aux soins aux personnes qui sont concernées. »¹³ Après la procédure de consultation qui s'est déroulée en 2021, le projet de loi a été élaboré et prévoyait les points suivants : les cantons peuvent continuer à tenir une liste des assurés et assurées qui ne paient pas leurs primes ; les jeunes adultes ne doivent plus être poursuivis en raison du non-paiement de primes datant d'avant leur majorité ; le nombre de poursuites doit être limité à deux et les assurés en retard de paiement passent à une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations ; si les cantons paient aux assureurs 85 % des créances arriérées,¹⁴ ils doivent prendre en charge les actes de défaut de biens et les gérer eux-mêmes. En outre, le législateur a défini comme prestation relevant de la médecine d'urgence tout traitement ne pouvant être différé. Le projet de loi a été adopté par le Conseil des États en juin 2021, contre l'avis du Conseil fédéral. Après avoir subi de légères adaptations, il a également été adopté à une courte majorité par le Conseil national en décembre 2021. En mars 2023, les deux chambres ont accepté de modifier la loi sur la base du projet définitif.

Bien que les dispositions actuelles à l'égard des personnes figurant sur les « listes noires » soient plus modérées, surtout pour les enfants et les jeunes, l'art. 64a, al. 7, LAMal est en vigueur et actuellement appliqué dans cinq cantons. Dans ces cantons, de nombreux traitements médicalement indiqués ne sont pas prodigués aux patients et patientes qui figurent sur la liste noire ou ne peuvent être entrepris que si les prestataires de soin acceptent que leurs services ne soient pas remboursés.

13 Initiative déposée par un canton 16.312, chronologie des débats au Conseil des États, 03.06.2020.

14 Cf. art. 64a, al. 4, LAMal et art. 105k, al. 3, OAMal.

3. Bases internationales des soins de santé : couverture sanitaire universelle (CSU)

Par le passé, les États membres des Nations Unies, dont la Suisse, ont adopté deux déclarations historiques concernant la santé et l'accès aux soins : en 2015, l'Agenda 2030 pour le développement durable¹⁵, dont l'un des objectifs principaux est de favoriser la santé et le bien-être en garantissant une couverture sanitaire universelle¹⁶, et en 2019, la déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle.¹⁷ Les États membres se sont engagés à mettre en place la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici à 2030. Il s'agit principalement d'opérationnaliser le troisième objectif « Bonne santé et bien-être » des « objectifs de développement durable » de l'ONU.¹⁸ La définition approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies est la suivante : « La couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès, sans discrimination, à des services de base nécessaires, définis au niveau national, pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement, de la réadaptation et des soins palliatifs, et à des médicaments et des vaccins de base, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en faisant en sorte que leur coût n'en-

traîne pas de difficultés financières pour les usagers, en particulier les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population. »¹⁹

Il convient de souligner deux aspects de la définition de la CSU : d'une part, cette définition matérialise le *principe de justice*, essentiel dans le domaine de la santé, en accordant une attention particulière aux personnes ou groupes vulnérables et marginalisés. Ainsi, l'un des objectifs de l'Agenda 2030 est de poser des bases solides pour un monde « où tous jouissent d'un accès équitable à une éducation de qualité à tous les niveaux, aux soins de santé et à la protection sociale, où la santé physique et mentale et le bien-être social soient assurés. »²⁰ Il s'agit de venir en aide aux « plus défavorisés »²¹ en premier, de sorte que « la voix des plus pauvres et des plus vulnérables [reçoive] toute l'attention qu'elle [mérite] »²². Au-delà de l'Agenda 2030, la communauté internationale considère aujourd'hui le principe de justice comme essentiel pour relever les défis de santé mondiale et agir sur les causes et les effets du changement climatique, notamment en

15 Résolution adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU le 25 septembre 2015 : Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (A/RES/70/1), également appelée Agenda 2030.

16 Concernant l'importance de réaliser l'objectif de développement durable dans le domaine de la santé (ODD 3) et en particulier la couverture sanitaire universelle (objectif 3.8) en vue de la mise en œuvre de l'Agenda 2030, cf. Dagron (2022).

17 Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 10 octobre 2019 : Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle (A/RES/74/2).

18 Cf. Krones (2016), ainsi que les informations de l'Organisation mondiale de la Santé relatives à la couverture sanitaire universelle : https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 (22.04.2023).

19 A/RES/74/2, § 9.

20 Agenda 2030, § 7.

21 Agenda 2030, § 4.

22 Agenda 2030, § 6 ; cf. A/RES/74/2, § 70.

vue d'une meilleure préparation des États à de futures pandémies.²³ D'autre part, la définition de la CSU réaffirme *le droit à la santé* (et pas seulement un droit aux services de santé), c'est-à-dire, « le droit de toute personne, sans distinction aucune, de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. »²⁴

La stratégie de politique de la santé adoptée par le Conseil fédéral pour la période 2020-2030 vise l'objectif suivant : « Indépendamment de leur état de santé et de leur statut socio-économique, les individus en Suisse vivent dans un environnement favorable à la santé. Ils bénéficient d'un système sanitaire moderne, de grande qualité et financièrement viable. »²⁵ En ce qui concerne l'objectif « Maintenir la solidarité malgré des coûts croissants »²⁶, le Conseil fédéral fait le constat suivant : « Au cours des dernières années, les réductions individuelles de primes ont moins augmenté que les primes. En conséquence, l'allègement de la charge pour les ménages à bas revenu a perdu en efficacité. Un mécanisme doit être trouvé pour enrayer cette tendance, afin de renouer avec l'objectif des réductions individuelles de primes. »²⁷

23 Cf. OMS (2023). Le texte a été soumis à l'organe intergouvernemental de négociation, l'objectif étant de « rédiger et négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies ». Le projet contient une proposition de définition de l'équité : « L'équité repose fondamentalement sur l'absence de différences injustes, évitables ou repérables entre les pays et à l'intérieur des pays, notamment en ce qui concerne leurs capacités et y compris entre les groupes de personnes, que ces groupes soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques, géographiques ou en fonction d'autres aspects facteurs d'inégalité. On ne peut parvenir à une prévention, une préparation, une riposte et un relèvement efficaces face aux pandémies sans volonté et sans engagements politiques à s'attaquer aux difficultés structurelles liées à un accès juste, équitable et en temps voulu à des produits et à des services liés aux pandémies, aux services de santé essentiels, à l'information et au soutien social qui soient abordables, sans danger et efficaces, ainsi qu'à lutter contre les inégalités touchant aux technologies, au personnel de santé, aux infrastructures et au financement, entre autres. »

24 A/RES/74/2, § 1.

25 Conseil fédéral (2019), p. 8.

26 Conseil fédéral (2019), p. 22.

27 Conseil fédéral (2019), p. 24.

4. Considérations juridiques

4.1 L'accès aux soins de santé : obligations en matière de droits de l'homme

La problématique de l'accès aux soins de santé relève de droits fondamentaux qui sont ancrés dans des conventions internationales et européennes juridiquement contraignantes. Il s'agit notamment du droit à la santé, du droit à la sécurité sociale et du droit à la vie. Le *droit à la santé* est garanti en termes généraux dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte ONU I, art. 12).²⁸ D'autres concrétisations du droit à la santé, cependant limitées à certains groupes, se trouvent notamment dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE, art. 24)²⁹, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CE-DEF, art. 12)³⁰, et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH, art. 25)³¹. Le droit à la santé ne doit pas être compris comme le droit à être en bonne santé. Selon l'interprétation du comité de l'ONU pour la mise en œuvre du Pacte I, le droit à la santé impose aux États de nombreuses obligations positives, dont les suivantes³² : instaurer un système de santé permettant l'accès à temps à des soins appropriés, abordables et de qualité ; garantir l'accès aux services sanitaires existants « sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés. »³³

Le *droit à la sécurité sociale*, ancré également dans le Pacte ONU I (art. 9), joue un rôle essentiel dans l'accès aux soins de santé. Il oblige les États à mettre en place des régimes de sécurité sociale qui garantissent à tous les individus un accès abordable aux prestations de santé importantes.³⁴ Les États sont également tenus d'assurer ce droit pour les personnes ou groupes qui ne sont pas en mesure de l'exercer eux-mêmes avec les moyens dont ils disposent.³⁵ Cette obligation va de pair avec l'obligation d'informer sur les droits et prestations garantis par le système de sécurité sociale.³⁶

Le *droit à la vie* inscrit dans le Pacte ONU II (art. 6) est également déterminant pour la problématique de l'accès aux soins de santé. Le Comité des droits de l'homme, qui est compétent pour la mise en œuvre du Pacte, a interprété ce droit de la manière suivante : « Les mesures requises pour créer des conditions adéquates permettant de protéger le droit à la vie peuvent notamment comprendre, si besoin, des mesures propres à garantir l'accès immédiat aux biens et services essentiels tels que [...] les soins de santé [...] ».³⁷ Cette interprétation s'appuie sur le cas de Nell Tousseint, une migrante qui séjournait au Canada sans titre de séjour valable au moment de déposer plainte. Dans ce cas jugé en 2018, le Comité des droits de l'homme a estimé que le droit à la vie obligeait l'État à garantir l'accès aux soins de santé nécessaires (et pas uniquement à l'aide médicale d'urgence) s'il existe un risque

28 RS 0.103.1.

29 RS 0.107.

30 RS 0.108.

31 RS 0.109.

32 Cf. ONU (2000), § 12 et 43.

33 Observation générale n° 14 (2000), § 43.

34 ONU (2008), §§ 13, 59a.

35 ONU (2008), §§ 50, 59b, 59e.

36 Cf. ONU (2008), §§ 26, 49.

37 ONU (2019), § 30.

prévisible que la vie de la personne soit mise en danger si elle n'y a pas accès.³⁸ Sur la base de ce constat, le comité est parvenu à la conclusion que le refus de l'État de donner à M^{me} Toussaint accès à l'assurance maladie, de sorte qu'elle puisse recevoir les soins médicaux nécessaires, constituait une violation du droit à la vie énoncé à l'art. 6 du Pacte ONU II.³⁹

Sur le *plan européen*, la Convention du 4 avril 1997 sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (Convention sur la biomédecine) demande, à l'art. 3, que les Parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée. Le droit à la santé n'est pas fixé explicitement dans la Convention européenne des Droits de l'Homme (CEDH).⁴⁰ Néanmoins, la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) s'est basée sur le droit à la vie (art. 2 CEDH) et sur le droit à la vie privée (art. 8 CEDH) pour édicter des obligations relatives à la protection de la santé. Il s'agit notamment d'astreindre les États non seulement à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie et de la santé des personnes relevant de leur juridiction, mais aussi à s'abstenir de mettre en danger la vie d'une personne en lui refusant l'accès à des soins médicaux.⁴¹ Récemment, la Cour a souligné également l'obligation suivante des États découlant de l'art. 2 CEDH : « Il existe pour les États une obligation de placer l'intérêt supérieur de l'enfant, et également des enfants en tant que groupe, au centre de toutes les décisions touchant à leur santé et à leur développement. »⁴²

4.2 L'accès aux soins de santé dans le droit constitutionnel

La Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst.)⁴³ garantit à l'art. 10 les *droits à la vie et à la liberté personnelle*, notamment le droit à l'intégrité physique et psychique. De ces droits fondamentaux découle le droit des patients et patientes à accéder à des prestations médicales généralement disponibles, en ce sens que l'État a l'interdiction d'en limiter l'accès de manière injustifiée.⁴⁴

Le droit à accéder aux traitements médicaux nécessaires, qui découle des droits fondamentaux à la vie et à la liberté personnelle, porte uniquement sur les prestations médicales disponibles. Ce droit n'oblige toutefois pas l'État à fournir des prestations ou infrastructures médicales spécifiques. Fondamentalement, il n'implique aucun droit à la *prise en charge des prestations médicales* par l'État ou par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Des exceptions sont possibles lorsqu'un patient ou une patiente se voit refuser *de facto* l'accès à un traitement médicalement indiqué car ce dernier n'est pas remboursé par l'AOS pour des raisons économiques et le patient ou la patiente ne peut pas assumer lui-même ou elle-même les coûts du traitement.⁴⁵

Contrairement au droit fondamental de la liberté personnelle, le *droit d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse*, inscrit à l'art. 12 Cst., donne naissance à des droits susceptibles d'une action en justice concernant les prestations de l'État. Selon cet article, « quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas

38 ONU (2018), § 11.3 : « En particulier, les États ont au minimum l'obligation de fournir l'accès aux services de soins de santé existants disponibles et accessibles dans des conditions raisonnables, lorsque le fait de ne pas avoir accès à ces soins exposerait une personne à un risque raisonnablement prévisible pouvant aboutir à la perte de la vie. »

39 ONU (2018), § 11.5.

40 RS 0.101.

41 Affaire L.C.B c. Royaume-Uni du 9 juin 1998, § 36 ; affaire Vavricka et autres c. République tchèque, 2021, § 282.

42 Affaire Vavricka et autres c. République tchèque, 2021, § 288.

43 RS 101.

44 Le Tribunal fédéral a reconnu le droit à l'accès à des traitements efficaces, notamment dans le domaine de la procréation médicalement assistée, cf. ATF 115 Ia 234 consid. 5a p. 246 ; 119 Ia 460 consid. 5 p. 474.

45 Cf. Rüttsche & Wildi (2016).

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.»⁴⁶ Ce droit à l'aide d'urgence comprend non seulement les besoins en termes de nourriture, vêtements et logement, mais aussi les soins médicaux d'urgence.⁴⁷ Toutefois, le Tribunal fédéral estime que seuls les moyens indispensables à la survie dans une situation de détresse en font partie.⁴⁸ Le droit, garanti par la Constitution, d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse est donc limité au strict minimum au titre d'une aide transitoire à la survie.⁴⁹

Concernant les soins de santé, la Constitution garantit non seulement les droits fondamentaux, mais définit également les buts et les tâches. En l'occurrence, le *but social* ancré à l'art. 41, al. 1, let. b, Cst. est important. Celui-ci exige de la Confédération et des cantons qu'ils s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne puisse bénéficier des soins nécessaires à sa santé. La norme concernant ces buts doit être prise en considération par la Confédération et les cantons dans le cadre de l'exécution de leurs tâches, bien qu'elle ne leur confère aucun mandat spécifique et qu'aucun droit individuel à des prestations de l'État ne puisse en être déduit (art. 41, al. 4, Cst.).

En revanche, l'art. 117a Cst. établit bel et bien un mandat dans le domaine des *soins médicaux de base*. Cette disposition prévoit que la Confédération et les cantons, dans les limites de leurs compétences respectives, « veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité » (al. 1, première phrase). D'après un message du Conseil fédéral,

la notion de soins médicaux de base suffisants « procède du besoin général de la population de disposer de biens et de services médicaux de base en matière de soins curatifs, de réadaptation et de soins palliatifs ». ⁵⁰ D'une part, la notion de soins médicaux de base est plus large que celle d'aide médicale minimale au cas par cas garantie par le droit à l'aide d'urgence (art. 12 Cst.). ⁵¹ D'autre part, les soins médicaux de base ne comprennent pas toutes les prestations de soins de santé. Ainsi, les prestations hospitalières hautement spécialisées ne relèvent pas de la médecine de base au sens de l'art. 117a, al. 1, Cst. ⁵²

Selon le message du Conseil fédéral, « la médecine de base est *accessible à tous* quand ses prestations peuvent être proposées à l'ensemble de la population de toutes les régions du pays et être obtenues dans un délai approprié. Cette condition inclut donc les dimensions tant géographiques que financière et sociale : elle a des conséquences pour ce qui a trait aux régions périphériques, mais aussi pour les groupes de population qui, en raison de limitations liées à l'âge ou à l'état de santé, ont besoin sur place d'une offre de base de prestations de soins. Il faut également que les prestations soient finançables pour les patients, sinon elles ne seraient *de facto* plus accessibles. » ⁵³

La disposition relative aux soins médicaux de base garantis à l'art. 117a, al. 1, Cst. contient un *mandat général* à l'adresse de tous les acteurs étatiques, y compris les assureurs-maladie dans le domaine de l'AOS. ⁵⁴ Toutefois, elle s'abstient de préciser quelles prescriptions doivent être données et quelles mesures doivent être prises par les autorités et appliquées concrètement dans les différents cas. ⁵⁵

46 Cst. Art. 12.

47 ATF 131 I 166 consid. 3.1 p. 172 et consid. 8.2 p. 182.

48 ATF 130 I 71 consid. 4.1 p. 75 ; 131 I 166 consid. 3.1 p. 172.

49 ATF 130 I 71 consid. 4.1 p. 75 ; 131 I 166 consid. 3.1 p. 172. Puis, ATF 130 I 16 consid. 5.2 p. 20 (droit d'obtenir une aide minimale et d'être assisté).

50 Message du 16 septembre 2011 concernant l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » FF 2011 6953, p. 6976.

51 FF 2011 6953, p. 6976.

52 Cf. FF 2011 6953, p. 6976.

53 FF 2011 6953, p. 6977.

54 Cf. FF 2011 6953, p. 6976.

55 FF 2011 6953, p. 6977.

4.3 Compatibilité des « listes noires » avec le droit constitutionnel et le droit international

Les dispositions de la Constitution fédérale et du droit international font ressortir différents *obstacles* quant à la tenue de « listes noires » sur lesquelles figurent les assurés et assurées en retard de paiement et qui entraînent une suspension des prestations dans l'AOS. Les obligations imposées par le droit international sont destinées en premier lieu au législateur ; dès lors qu'elles sont directement applicables (*self-executing*), elles ont également force obligatoire pour les tribunaux et les autres autorités chargées de mettre en œuvre le droit. En outre, les caisses-maladie sont tenues de respecter les droits fondamentaux garantis par la Constitution fédérale étant donné qu'elles assument une tâche publique par la mise en œuvre de l'assurance-maladie sociale (cf. art. 35, al. 2, Cst.).

Les *garanties du droit international* concernant le droit à la santé (art. 12, Pacte ONU I), le droit à la sécurité sociale (art. 9, Pacte ONU I) et le droit à la vie (art. 6, Pacte ONU II) impliquent que les États sont tenus d'assurer l'accès effectif de chaque personne aux prestations essentielles de soins de santé. Selon la pratique du Comité des droits de l'homme, cette obligation porte non seulement sur l'aide médicale d'urgence, mais également sur toutes les prestations médicales sans lesquelles il existe un risque raisonnablement prévisible que la vie de la personne concernée soit mise en danger (cf. point 4.1).

Les soins d'urgence ne sont pas concernés par la suspension des prestations pour les personnes en retard de paiement. Le texte de loi révisé par l'Assemblée fédérale le 18 mars 2022 définit à l'art. 64a, al. 7, LAMal une prestation relevant des soins d'urgence comme étant « une prestation qui ne peut pas être repoussée. C'est le cas lorsque l'assuré, en l'absence d'un traitement immédiat, doit craindre une atteinte à la santé, voire la mort, ou qu'il peut mettre en danger la santé d'autres personnes ». Cette définition doit être *interprétée conformément au droit international*. Cela signifie qu'il faut dans tous les cas garantir aux assurés

et assurées en retard de paiement dont le nom figure sur une « liste noire » l'accès aux prestations médicales appropriées afin de réduire le risque de décès dû à une maladie. Cette interprétation va bien au-delà des soins urgents qui permettent de sauver immédiatement la vie d'une personne, et comprend tous les examens et traitements nécessaires pour éviter et combattre des maladies potentiellement mortelles.

Il y a lieu de se demander si d'autres droits découlent du *droit constitutionnel*. Le droit à l'aide d'urgence garanti à l'art. 12 Cst. porte uniquement sur les prestations médicales nécessaires à la survie et offre un niveau de protection nettement inférieur à celui garanti par le droit international et aux prestations couvertes par la LAMal. En dehors des urgences médicales, le droit à l'intégrité (art. 10 Cst.) confère un droit individuel à l'accès aux prestations nécessaires. Dans le même temps, la Confédération et les cantons sont tenus, en vertu de l'art. 117a Cst., de veiller à ce que chacun et chacune ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Le droit à l'accès ainsi que l'obligation de garantir l'accès aux soins de santé peuvent également être enfreints si les patients et patientes sont exclus des traitements médicaux pour des motifs de fait (cf. point 4.1).

Si l'AOS refuse de prendre en charge les traitements médicaux des assurés et assurées qui ne paient pas leurs primes ou leurs participations aux coûts, ces personnes sont *de facto* exclues de l'accès aux soins médicaux de base. En pareil cas, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'une violation des garanties de droit international et constitutionnel qui assurent l'accès aux soins de base et qui constituent une protection en matière de droits fondamentaux.

Toutefois, si les personnes assurées sont effectivement *en mesure* de payer les primes et les participations aux coûts, que ce soit par leurs propres moyens ou grâce à une aide publique disponible et effectivement accessible, la question est de savoir s'il y a violation de la Constitution lorsque, du fait que ces personnes n'ont pas satisfait à leur obligation de payer les primes, aucune prestation médicale ne leur est fournie sur une base légale suffisante, exception faite des cas d'urgence. En effet, dans de tels cas, l'accès aux prestations médicales est garanti *de jure et de facto* ; cependant, les personnes concernées n'exercent pas ce droit.

Dès lors, il *n'est pas anticonstitutionnel en soi* de tenir des « listes noires » entraînant une suspension des prestations pour les assurés et assurées en retard de paiement. Seulement les suspensions de prestations appliquées aux personnes qui ne sont pas en mesure de payer leurs primes par leurs propres moyens ou avec une aide publique seraient inconstitutionnelles. Du point de vue juridique, l'élément déterminant est de savoir si les dispositions législatives concernant les « listes noires » établissent une distinction suffisante entre les personnes assurées qui ne peuvent pas payer et ceux qui ne le veulent pas et si cette distinction peut effectivement être faite dans la pratique.

Le *législateur fédéral* s'est fondé sur la distinction entre assurés et assurées qui ne peuvent pas payer (insolvables) et qui ne veulent pas payer pour élaborer l'art. 64a, al. 7, LAMal⁵⁶. Afin d'éviter que des assurés et assurées ne puissent pas payer leurs primes,

la LAMal prévoit un droit à des réductions de primes pour les personnes de condition économique modeste (art. 65, al. 1, LAMal). En outre, la révision de la loi du 18 mars 2022 garantit que les mineurs et mineures ne sont plus concernés par une suspension des prestations lorsque leurs parents n'acquittent pas leurs primes. Cependant, les dispositions de la LAMal relatives à la suspension des prestations pour les assurés et assurées en retard de paiement ne suffisent pas à garantir effectivement les droits à l'accès aux soins de santé fixés par la Constitution. En particulier, il serait réducteur, compte tenu des réalités sociales, de considérer systématiquement tout débiteur ou débitrice qui ne fait pas valoir son droit à des réductions de primes comme « ne voulant pas payer ».

La question de savoir si les garanties constitutionnelles déterminantes sont préservées dépend donc de la manière dont les cantons et les caisses-maladie mettent en œuvre le concept de « listes noires ». Il y a lieu d'exiger des cantons qu'ils déploient tous les efforts raisonnables pour déterminer si une personne en retard de paiement refuse véritablement de payer ou non. À cet égard, il est important de noter que l'absence de demande de réductions de primes par les personnes assurées peut être imputable à leur vulnérabilité (atteinte à la santé en raison d'une maladie ou d'un handicap, manque de formation ou de connaissances linguistiques, difficulté avec les démarches administratives, etc.). Les cantons qui tiennent des « listes noires » sont donc tenus d'*apporter un soutien et une assistance efficaces* afin qu'il soit possible de mettre un terme à l'incapacité de payer (*case management*). Cette obligation découle du droit à la sécurité sociale inscrit à l'art. 9 du Pacte ONU I (cf. point 4.1). Seules les personnes qui décident sciemment de ne pas solliciter ce soutien malgré les offres disponibles ou qui continuent de ne pas payer les primes et les participations aux coûts malgré ce soutien peuvent être considérées comme « refusant de payer », s'exposant ainsi à une suspension des prestations dans l'AOS.

56 Cf. arrêt du Tribunal cantonal de Lucerne du 13 juin 2016 (2016 III n° 3), consid. 4.5, et les références aux délibérations parlementaires.

En résumé, il ressort du droit international et constitutionnel que la mise en œuvre d'un système de « listes noires » par les cantons et les caisses-maladie est soumise aux exigences suivantes :

- Interprétation conforme au droit international de la notion de soins d'urgence telle que définie à l'art. 64a, al. 7, LAMal : les personnes assurées en retard de paiement (qu'elles ne puissent pas ou ne veuillent pas payer) figurant sur une liste noire doivent, dans tous les cas, avoir accès aux prestations médicales appropriées afin de réduire le risque de décès dû à une maladie.
- Les cantons qui tiennent des « listes noires » sont tenus d'apporter un soutien et une assistance efficaces afin qu'il soit possible de mettre un terme à l'insolvabilité (*case management*).

Une autre question concerne la possibilité de justifier éthiquement les « listes noires » ainsi que leur adéquation du point de vue politique. Il convient notamment de se demander s'il est pertinent, au vu de la charge administrative, de tenir des « listes noires » et de mettre en place le système de gestion de cas nécessaire compte tenu des effets pouvant être obtenus (amélioration de la discipline des assurés et assurées en matière de paiement et maintien de la solidarité au sein de la communauté des assurés eu égard aux coûts médicaux résultant de la suspension des prestations de soins médicalement indiqués). Ces différents points seront traités en détail ci-dessous.

5. Considérations socio-éthiques

Le législateur fixe le cadre juridique du système de santé qui comprend une marge de manœuvre qui soulève des enjeux complexes sur le plan des responsabilités et toute une série de questions éthiques. Au sens large du terme, l'éthique s'intéresse aux motifs, aux objectifs et aux justifications qui permettent une vie humaine réussie. Elle s'intéresse, d'une part, au comportement individuel et à ses orientations et, d'autre part, aux conditions sociales et sociétales ainsi qu'à leurs structures et dispositions normatives.

Les sociétés libérales ont pour objectif d'assurer un équilibre entre les intérêts individuels et les intérêts collectifs qui soit favorable à tous les membres de la société dans un contexte de liberté. Selon la conception libérale, l'ordre étatique est réglé de manière solidaire si « les inégalités sociales et économiques [...] apportent aux plus désavantagés les meilleures perspectives »⁵⁷, c'est-à-dire qu'elles sont « au plus grand bénéfice des plus désavantagés. »⁵⁸ Ce n'est pas quand tous les membres disposent des mêmes ressources financières et matérielles, de la même influence ou du même statut social qu'une société est équitable, mais quand elle répartit ses ressources de telle manière que ce sont les personnes ou groupes les plus défavorisés qui en profitent le plus. Selon le principe de différence, la société est comme une grande famille : « Les membres d'une famille, généralement, ne souhaitent pas un profit qui ne servirait pas en même temps les intérêts des autres. [...] Ceux qui sont mieux lotis désirent une augmentation de leurs avantages seulement dans un système tel que cela profite aux moins favorisés. »⁵⁹ Il faut des structures étatiques et sociétales qui permettent à chacun et chacune, indépendamment de sa situation, de ses aptitudes et de ses ressources individuelles, de vivre librement, en assumant ses responsabilités et en s'intégrant socialement.

Élément indispensable pour une répartition équitable des chances dans la vie, le droit aux services de santé ne peut, d'un point de vue socio-éthique, être supprimé ou limité pour cause « d'incapacité » ou de « refus de payer ». Les participations des assurés et assurées, introduites pour des raisons de coûts et à titre incitatif, peuvent être incompatibles avec le droit à un accès équitable aux soins de santé. Parallèlement à l'augmentation des inégalités en matière de santé pouvant être engendrées par les versements directs des assurés et assurées (p. ex. quote-part, franchise et paiement de la différence), il y a incompatibilité entre les objectifs liés aux versements directs, d'une part, et l'accès universel comme principe essentiel de l'égalité des chances, d'autre part. Dans la situation où tout le monde serait capable de payer, cette incompatibilité n'existerait plus, car chaque personne pourrait décider librement d'avoir accès aux soins de santé ou d'y renoncer. Cependant, il ne faut pas oublier que ce n'est pas la *possibilité* d'opter ou non pour une couverture sanitaire, mais la *santé en tant que telle* qui constitue un préalable à d'autres choix de vie, pour lesquels l'accès aux soins de santé est donc une condition essentielle. Le maintien, la promotion et le rétablissement de la santé sont un préalable indispensable aux autres droits fondamentaux et aux libertés, qui ne sont ni annihilables, ni négociables.

La santé individuelle et l'accès à des soins de santé appropriés ont une portée conditionnelle dans la mesure où ils constituent la condition *sine qua non* à toutes les autres opportunités de vie et d'épanouissement. 1. Le comportement individuel en matière de santé, 2. les conditions sociétales quant à la protection, au maintien et à la promotion de la santé, ainsi que 3. l'accès égalitaire et équitable à une prévention sanitaire et à des soins de qualité sont indissociables. Sur la base des conditions énoncées ci-dessus requises pour

57 Rawls (1979), p. 115.

58 Rawls (1979), p. 341.

59 Rawls (1979), p. 136.

une société équitable en ce qui concerne les soins de santé, le principe de juste égalité des chances⁶⁰ tient compte notamment 1. des inégalités sociales en tant qu'éléments déterminants de la santé et des soins de santé, ainsi que 2. des chances d'avoir une « espérance de vie normale » (critère de *fair innings*). Des chances de vie équitables impliquent également l'opportunité de pouvoir mener une vie qui a du sens. En Suisse, la politique sanitaire et la pratique dans le système de santé sont fondamentalement liées à ces idées de solidarité et d'équité (cf. points 5.1 et 5.2).

Concernant les inégalités sociales, le problème fondamental du point de vue socio-éthique réside dans le fait qu'il a été démontré que les personnes plus pauvres étaient en moyenne sensiblement plus malades et qu'elles décédaient plus tôt que la population plus riche, et cela également dans les pays industrialisés riches et en Suisse, ce qui contrevient complètement aux principes de différence et de juste égalité des chances. Il y a plusieurs raisons à cela. Associées aux « listes noires », la loi inverse des soins (*inverse care law*)⁶¹ amplifie les inégalités sociales : 1. Les personnes plus pauvres sont plus malades et reçoivent moins de soins de santé. 2. Plus un système de santé mise sur le paiement individuel des primes et les contributions directes des personnes assurées sans tenir compte des différences sociales, plus le risque augmente que la population pauvre soit (encore) plus malade que la population riche.⁶² Dans un système avec des franchises et des versements directs élevés, les personnes en situation sociale précaire ont tendance à « parier » sur le fait de ne pas tomber pas malades. Ce déséquilibre a été démontré clairement pour la Suisse⁶³ dans le cadre de l'analyse des répercussions de la pandémie de COVID.

La coexistence, dans le système de santé suisse, de l'objectif d'accès universel aux soins médicaux de

base (couverture sanitaire universelle) et du système incitatif avec des versements directs élevés et des franchises crée une tension perpétuelle qui concerne également les soins médicaux de base. Bien que les traitements urgents soient garantis, les contributions directes et les « listes noires » ont pour conséquence que certains patients et patientes ne reçoivent pas les traitements nécessaires. Les mesures tiennent compte du fait que ces personnes mettent leur vie en danger et risquent leur santé, car l'État entend maintenir à la fois l'accès général aux soins de santé nécessaires et le système incitatif, par les participations des personnes assurées elles-mêmes et/ou les « listes noires ». Même si une distinction *pouvait* être clairement faite entre les débiteurs et débitrices qui ne « veulent pas payer » et ceux qui ne « peuvent pas », les « listes noires » exacerbent ces phénomènes, car les assurés et assurées « qui ne veulent pas payer » font généralement partie des résidents et résidentes suisses les plus pauvres, qui se retrouvent ainsi avec un accès restreint aux soins médicaux de base en raison de leur présence sur une liste.⁶⁴ Comme il est difficile de distinguer les traitements d'urgence essentiels des mesures permettant de sauver ou de prolonger la vie dans le cadre des prestations prises en charge par l'AOS, indépendamment du degré d'urgence immédiat (sans quoi ces prestations ne seraient pas dans l'AOS), les personnes précarisées risquent généralement de ne pas recevoir les prestations médicales nécessaires ou seulement dans une moindre mesure.

60 Daniels (1985) & Daniels (2021).

61 Hart (1971).

62 Cf. pour la Suisse : de Mestral et al. (2022); Remund & Cullati (2022).

63 Riou et al. (2021).

64 Riou et al. (2021), Fn. 60.

5.1 Solidarité

La LAMal vise à garantir à l'ensemble de la population de Suisse l'accès généralisé aux soins de santé.⁶⁵ Cela inclut également l'accès aux soins médicaux de base pour les personnes sans titre de séjour valable (ou sans-papiers) qui vivent en Suisse et pour les personnes placées en détention en vue du renvoi ou de l'expulsion. L'assurance-maladie obligatoire est tenue au principe de solidarité, qui n'est pas mentionné explicitement dans la loi, mais qui sous-tend le système de santé financé collectivement.⁶⁶ La communauté des personnes assurées supporte collectivement les coûts des traitements médicaux des maladies, qui sinon dépasseraient souvent les moyens financiers individuels de ses membres. Du point de vue de l'histoire des idées et politico-éthique, il s'agit d'un mécanisme de solidarité générale avec des droits et des devoirs réciproques et équilibrés.⁶⁷ En effet, sous l'angle du principe libéral de « responsabilité individuelle », les exigences de solidarité sont concrétisées par des incitations économiques fondées sur un calcul rationnel des risques. L'idée qui sous-tend ce raisonnement est que les possibilités d'exercer des responsabilités individuelles dépendent fortement des conditions de vie des personnes concernées, que ces dernières ne peuvent pas toujours influencer. Ainsi, la politique sociale libérale entend permettre à chacun et chacune de mener une vie qui dépende le moins possible de la solidarité d'autrui. La politique de la santé intègre également cette priorité. « La santé est une condition essentielle pour mener une vie digne et bénéficier d'une bonne qualité de vie, tout au long de l'existence. Cette corrélation est appelée à se renforcer à l'avenir, car les progrès technologiques, et les nouvelles possibilités de diagnostic et de traitement qui les accompagnent, rendront plus floue encore la délimitation entre les concepts de « maladie » et de « santé ».

En outre, les chances dans la vie et en matière de santé dépendent du statut socio-économique. Il convient de réduire les conséquences négatives sur la santé pour les personnes qui ont un faible statut socio-économique. »⁶⁸

5.2 Justice

Le financement solidaire du système de santé a pour objectif de fournir des soins de santé à tous les assurés et assurées de manière équitable. Il s'agit donc de répartir les ressources sanitaires disponibles de manière juste, non pas selon la fortune individuelle, mais en fonction des besoins individuels. La problématique liée à la répartition constitue un défi majeur en matière de politique de la santé et soulève de nombreuses questions relatives à l'éthique et à l'équité. La santé individuelle et l'accès à des soins de santé de qualité constituent des prérequis indispensables pour mener une vie de manière autodéterminée et responsable. « La protection du droit à la vie, des libertés individuelles et de la santé, en tant que ces éléments représentent des conditions importantes pour pouvoir mener une vie bonne, constitue un devoir et un objectif central de l'État. [...] Dans un État de droit libéral, la primauté accordée à la liberté oblige non seulement à garantir et à protéger la liberté de la personne, mais aussi à faire en sorte que chaque personne puisse faire usage de cette liberté et soit en mesure de mener sa vie de façon libre et autodéterminée. Les ressources nécessaires à cette fin doivent, quant à elles, être réparties de manière adéquate et équitable, en tenant compte de la diversité des situations et des besoins des membres de la société. »⁶⁹

65 LAMal, 18 mars 1994, RS 832.10.

66 S'agissant du principe de solidarité en matière de soins de santé, cf. message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 I 77).

67 En ce qui concerne le caractère contraignant de certaines mesures de solidarité, cf. Steinvorth (1998) et Forst & Günther (2021).

68 Conseil fédéral (2019), p. 8 s.

69 CNE (2021), pp. 3 et 6.

Dans cette perspective, les soins de santé doivent permettre à chaque personne « de réaliser ses propres projets d'existence. »⁷⁰ Le législateur a défini les prestations de santé nécessaires pour que chacun et chacune puisse mener une vie de manière autodéterminée et responsable. Cet objectif est donc compromis si le niveau des soins de santé fixé par la loi n'est pas atteint. Les conséquences ne touchent pas uniquement la santé individuelle des personnes concernées, mais également le fonctionnement de la société libérale fondée sur l'individualité et la participation. Ainsi, les soins de santé garantis par la loi en Suisse résultent, d'un point de vue fonctionnel, de la promesse de liberté en lien avec les idées libérales, ainsi que des chances individuelles de pouvoir effectivement mener une vie autodéterminée et socialement intégrée. Des soins de santé inférieurs au niveau de base prévu par l'État vont à l'encontre des exigences et des tâches politiques d'une société libérale.

La réalité laisse apparaître plusieurs lacunes dans le système d'accès aux soins de santé qui empêchent d'évoluer vers la mise en œuvre complète de la CSU et l'exécution des obligations de la Confédération en matière de droits de l'homme. En particulier les « listes noires » ne sont pas en adéquation avec la conception socio-éthique globale décrite ci-dessus d'un système de soins de santé équitable d'un État libéral, même si les suspensions de prestations sont juridiquement possibles compte tenu des conditions de base susmentionnées.

70 ASSM (2007), p. 90.

6. Considérations médico-éthiques

Dans la présente prise de position, les considérations médico-éthiques sont axées sur les structures de décision et d'action pour tout ce qui a trait aux conditions de traitement, de prise en charge et de soins. Dans le contexte des « listes noires », il s'agit de réfléchir du point de vue éthique aux conditions, possibilités et conséquences de l'environnement juridique, politique et sociétal sur la pratique médicale concrète.

6.1 Personnes listées

Le législateur opère une distinction entre les personnes assurées « qui ne peuvent pas payer » et celles « qui ne veulent pas payer ». Les « listes noires » visent les personnes qui ne paient pas leurs primes bien qu'elles le pourraient financièrement : « Le but de ces listes est d'accroître la pression sur les assurés qui peuvent, mais ne veulent pas payer. »⁷¹ En distinguant les débiteurs et débitrices « qui ne peuvent pas payer » de ceux et celles « qui ne veulent pas payer », le législateur suit un schéma rationnel binaire :

1. Fixé dans la loi, le droit aux réductions de primes ainsi qu'aux prestations complémentaires et aux prestations sociales prend (aussi) effet lorsqu'une personne n'est plus en mesure d'acquitter elle-même ses primes maladie en raison de sa situation financière. C'est pourquoi la situation financière précaire d'une personne n'a, à première vue, aucune incidence sur ses obligations de paiement vis-à-vis de la caisse-maladie, si bien qu'elle ne peut pas se retrouver dans l'incapacité de payer.

2. *Premièrement*, du point de vue du législateur, il n'existe pas d'assurés et assurées « insolubles », mais seulement des personnes assurées qui paient eux-mêmes leurs primes, qui reçoivent des prestations d'aide ou dont les primes sont complètement prises en charge, et des personnes assurées qui n'honorent pas

leurs obligations de paiement bien qu'elles disposent des ressources financières nécessaires.

3. *Deuxièmement*, pour le législateur, il en découle que le « refus de payer » des personnes assurées est le seul motif possible des retards de paiement, car le fait qu'elles ne demandent pas de prestations d'aide versées par l'État (qui solderaient les arriérés de primes) permet de conclure à leur « solvabilité ».

4. Le « refus de payer » sert à justifier la sanction légale que constitue la suspension des prestations.

La distinction présumée par le législateur et supposée précise entre « incapacité de payer » et « refus de payer » va à l'encontre tant des réflexions systématiques que des réalités sociétales. D'un point de vue terminologique, l'« insolubilité » s'oppose à la « solvabilité », et non au « refus de payer ». En effet, une personne « insoluble » peut également « ne pas vouloir payer », mais son motif reste invisible et sans conséquence étant donné les prestations d'aide de l'État. À l'inverse, une personne « solvable » en retard de paiement *peut* « ne pas vouloir payer », mais ce n'est pas nécessairement le cas. Contrairement aux hypothèses douteuses quant aux motivations du comportement d'une personne, il est vrai que les personnes en retard de paiement ne respectent *fondamentalement* pas le principe de responsabilité mutuelle qui prévaut pour le système de santé financé collectivement, ni le devoir de solidarité qui en découle. Sur un plan *individuel*, le principe de la réciprocité de la Règle d'or s'applique : je ne peux pas refuser de contribuer à un système social fonctionnel si je ne veux pas qu'autrui fasse de même et détruise ainsi le système de santé. Toutefois, le respect de ce principe répandu présuppose que chacun est *effectivement* en mesure de remplir son devoir de solidarité que ce soit par lui-même ou, de manière indirecte, avec l'aide de l'État.

L'adverbe « effectivement » met l'accent sur le fait que soit les personnes ne paient pas leurs primes bien qu'elles disposent des ressources financières et qu'elles ne refusent pas volontairement d'honorer leurs obligations de paiement, soit les personnes ont droit à une aide, mais ne la sollicitent pas pour des raisons très diverses :

1. Les personnes qui disposent des *moyens financiers* nécessaires peuvent être empêchées de remplir leurs obligations en raison de leur situation de vie. Il s'agit souvent de crises d'ordre personnel, familial ou professionnel qui bouleversent le quotidien et entravent le respect des obligations. À cet égard, le Tribunal des assurances du canton de St-Gall constate que « lorsqu'une personne ne perçoit pas d'aide sociale ou de prestations complémentaires, cela ne signifie pas qu'elle soit solvable. Le fait qu'une personne ne puisse figurer sur une « liste noire » que si les poursuites sont restées sans effet indique plutôt que les personnes placées sur une « liste noire » ne disposent généralement pas des moyens financiers nécessaires au paiement des arriérés de primes et/ou des participations aux coûts. »⁷²

2. Il se peut que les personnes qui ont *droit à des prestations d'aide* ne disposent pas des connaissances ou des compétences nécessaires pour solliciter effectivement ces ressources. En général, les réductions de primes et les prestations complémentaires doivent être demandées par les personnes assurées elles-mêmes. Différentes études sur les compétences en matière d'assurance-maladie ont montré que les compétences individuelles sont déterminantes pour pouvoir bénéficier de soins de santé effectifs et appropriés, y compris des soins de base et des mesures de prévention.⁷³ Afin d'améliorer ces compétences indispensables, les prestataires médicaux, les services sociaux et les décideurs politiques doivent expliquer les mécanismes de l'assurance-maladie de manière

compréhensible, quelles que soit l'aptitude des personnes assurées de s'informer.⁷⁴

3. Enfin, il se peut que des personnes disposant aussi bien des *moyens financiers* nécessaires que des *compétences requises pour faire les démarches* ne parviennent pas, dans certaines conditions, à mettre en œuvre leurs intentions. Par exemple, une personne assurée qui consulte un médecin en raison d'un burn-out peut aussi être dépassée par les exigences imposées pour se faire rembourser le coût de ces prestations médicales. Bien que ces personnes ne remplissent pas les conditions légales pour bénéficier d'une réduction de primes ou de prestations complémentaires, elles peuvent avoir besoin d'autres formes de soutien. La loi sur l'égalité pour les personnes handicapées permet aux personnes présentant des troubles cognitifs ou ayant d'autres limitations de solliciter de l'aide également pour les démarches administratives.

Certains cantons (Thurgovie, St-Gall avant l'abolition de la « liste noire ») ont introduit un Case Management obligatoire pour les personnes listées.⁷⁵ En Thurgovie, cette mesure a permis de réduire considérablement le nombre de personnes figurant sur la « liste noire ». Mais seule l'amélioration de la situation financière des personnes concernées est prise en compte pour évaluer le succès de l'outil. Étant donné qu'aucun suivi de la santé n'est effectué en parallèle, il est impossible de tirer des conclusions médicales sur l'évolution de la situation sanitaire des personnes figurant sur les « listes noires », ni des conclusions éthiques sur les conséquences sanitaires et sociales des « listes noires ». En outre, il n'existe aucune évaluation détaillée de l'impact des « listes noires » sur la réduction des coûts, ce qui est leur objectif et constitue l'argument principal en leur faveur. Une diminution des arriérés de primes maladie ne prouverait l'effet financier recherché que s'il pouvait être démontré que les conséquences sanitaires des mécanismes de sanction mis en place n'ont

72 Arrêt du Tribunal des assurances du canton de St-Gall du 26 avril 2018, KSCHG 2017/5, p. 12., (notre traduction).

73 Cf. Yagi et al. (2021).

74 Cf. Tipirneni et al. (2018).

75 Ces informations ont été récoltées après de professionnels de santé des cantons de Thurgovie et de St-Gall.

pas engendré une augmentation des coûts de la santé à moyen ou long terme.

Comme déjà mentionné, les arriérés de paiement sont souvent la conséquence visible de problèmes très complexes tant personnels que sociaux. Le mécanisme de sanction des « listes noires » aggrave la situation déjà précaire et perçue comme sans issue de ces personnes. Au lieu de bénéficier d'un soutien potentiellement nécessaire, les personnes en retard de paiement sont sanctionnées et ne peuvent prétendre à des prestations de santé auxquelles elles auraient normalement droit.

6.2 Dilemmes médico-éthiques

Limiter l'accès des personnes listées aux seuls soins d'urgence revient à accepter de manière très générale des *conséquences néfastes pour la santé et contreproductives sur le plan de la politique sociale*. Pour que les sanctions atteignent le but visé, les soins d'urgence dispensés doivent être nettement inférieurs aux prestations de base, c'est-à-dire qu'ils doivent s'éloigner clairement des objectifs fixés par la loi consistant à offrir un système de santé de qualité. À cet égard, l'effet disciplinaire se limite aux personnes qui ont effectivement besoin des soins médicaux faisant l'objet de sanctions. Les personnes qui n'ont pas besoin de traitements médicaux du fait de leur bon état de santé sont peu affectées par les limitations et les suspensions, à l'instar des non-fumeurs peu concernés par une interdiction de fumer. Par conséquent, les « listes noires » ne représentent pas *de facto* une menace pour toutes les personnes « qui ne veulent pas payer », comme le prétend le législateur, mais uniquement pour celles qui sont malades, car elles sont les seules à devoir craindre une suspension des traitements vu qu'elles ont besoin de soins. Les restrictions en matière de prestations peuvent le cas échéant aggraver l'état de santé des personnes malades qui ont besoin d'un traitement et touchent le plus durement les membres vulnérables de la société. Ainsi, l'outil de sanction que constituent les « listes noires » est en contradiction totale avec le

principe libéral de différence (cf. point 5), qui vise à permettre à tous les membres de la société de mener une vie autodéterminée et socialement intégrée.

En conséquence, les « listes noires » placent prestataires médicaux face à un *problème de discrimination* manifeste. D'une part, l'interdiction de toute discrimination implique une obligation d'égalité de traitement sur la base de critères techniques et rationnels.⁷⁶ D'autre part, elle implique l'interdiction de toute mesure entraînant systématiquement des répercussions négatives pour certains groupes de population. Sur le plan éthique de la justice, le critère de la capacité à payer se heurte au principe de la juste répartition des ressources sanitaires. Il n'y aurait équité que si tous les membres de la société disposaient de la même capacité financière. Or, les ressources financières, les compétences pour faire les démarches nécessaires, les informations et les possibilités réelles d'accès sont réparties de manière très inégale. La corrélation entre l'accès aux soins et la solvabilité engendre des effets discriminatoires et injustes, car elle ne tient pas compte des causes et des facteurs complexes à l'origine des arriérés de paiement.

En conséquence, l'outil de sanction que constituent les « listes noires » engendre des coûts supplémentaires pour le système de santé (cf. point 4), car il suspend les mesures médicales qui devraient être mises en place, selon les normes médicales, pour prévenir et guérir une maladie, pour s'occuper des personnes malades et empêcher les conséquences graves ou chroniques d'une maladie ainsi que des pathologies consécutives.

La sanction consistant à suspendre les traitements médicaux proposés oblige les prestataires de soin à faire face à un dilemme lourd de conséquences : soit ils suivent leur éthique professionnelle ainsi que le code de déontologie et risquent d'être en désaccord avec leur institution ou de perdre personnellement des revenus vu que les prestations fournies ne seront pas remboursées, soit ils ne tiennent pas compte d'un possible conflit éthique, en particulier avec la Déclaration

76 Cf. Association médicale mondiale (2017) et code de déontologie de la FMH (1997), art 4. Principes du traitement.

de Genève⁷⁷, et évitent le risque de subir personnellement des pertes de revenu en invoquant le principe formel de liberté thérapeutique, exception faite des traitements d'urgence qu'ils sont tenus de prodiguer.⁷⁸ Le mécanisme de sanction que constituent les « listes noires » met fin à l'accord en matière de politique de la santé selon lequel les soins médicaux fournis à la population résidant en Suisse et qui figurent dans le catalogue de prestations sont remboursés rétroactivement par les assurances-maladie ou les assurances sociales. Fondamentalement, le « devoir de traitement et d'assistance »⁷⁹ s'applique *de manière inconditionnelle*, c'est-à-dire qu'il n'est pas assorti de conditions que les patients et patientes devraient remplir au préalable. Certes, la médecine est soumise à différentes conditions en matière d'observance (ou *compliance*), de concordance et d'adhésion (ou *adherence*)⁸⁰, qu'il s'agit d'intégrer dans la prise de décision et dans la planification du traitement, mais elles ne concernent que des aspects *liés à la santé* qui ont une importance directe pour le traitement médical. L'outil de sanction que sont les « listes noires » impose, à l'inverse, une condition *ne relevant pas de la santé* qui consiste en l'obligation de paiement à l'égard des assurances-maladie pour recevoir les prestations de soins médicalement indiquées.

Dans les faits, il se peut que dans des situations d'urgence, des critères non-médicaux soient pris en compte dans les décisions médicales. Les cas classiques, appelés *tragic choices*⁸¹ dans la littérature spécialisée, concernent les situations de pénurie de ressources : triage des patients et patientes, médecine de catastrophe, médecine d'urgence, manque d'organes ou rationnement. Il s'agit, quel que soit le domaine, de procéder à une répartition efficace des ressources médicales limitées d'après des critères pertinents sur

les plans médical, juridique et éthique. Ces scénarios se caractérisent essentiellement par 1. l'objectivité des circonstances (que la médecine ne peut influencer), 2. l'impossibilité d'augmenter les ressources médicales et 3. un cadre temporel fortement restreint dans le cas de la médecine de catastrophe ou d'urgence. Un cas d'urgence constitue une exception qui se distingue du cas normal et doit sa légitimité à son caractère exceptionnel ; cette légitimité disparaît dès que la situation revient à la normale.

6.3 Critique concernant la notion d'urgence en lien avec les « listes noires »

Issu de la médecine d'urgence, le terme « traitement d'urgence » se réfère « à la prise en charge de patients et patientes souffrant de pathologies ou blessures graves le plus tôt possible après la survenue du cas d'urgence [...]. Les objectifs du traitement médical d'urgence sont les suivants : stabiliser les fonctions vitales, prévenir d'autres dommages, soulager la douleur et, dans la mesure du possible, traiter les causes de la maladie sous-jacente. [...] La médecine d'urgence est une médecine intensive mise en œuvre en amont avec des moyens plus simples. »⁸² Un traitement d'urgence consiste à répondre à des situations critiques lors d'accidents, de malheurs ou de catastrophes en agissant vite dans des conditions défavorables et avec l'intention de sauver des vies. Il est alors nécessaire de prendre des mesures particulières qui s'écartent ou peuvent s'écarter de manière significative de celles mises en œuvre pour les soins quotidiens et qui sont justifiées par le contexte exceptionnel.⁸³

77 Association médicale mondiale (2017).

78 Cf. FMH (1997), art. 5 ; ASSM (2022) ; cf. également Aebi-Müller et al. (2016), § 2, Rz. 3 und § 11, Rz. 66 ; Gächter, & Rüttsche (2018), Rz. 316.

79 Salathé (2018), p. 138.

80 Cf. Aronson (2007).

81 Cf. Calabresi & Bobbitt (1978).

82 Cf. Ziegenfuss (2021), 3f., (notre traduction).

83 La discussion relative au triage des patients et patientes lors de la pandémie de coronavirus constitue un exemple d'actualité ; cf. ASSM (2021).

Un traitement d'urgence marque le début des soins destinés à sauver la vie d'une personne ; il constitue une étape intermédiaire, et non l'objectif des actes médicaux. En outre, le cadre temporel de l'urgence d'un traitement n'est pas limité à la phase où la vie d'un individu est gravement mise en danger. Par exemple, les cancers guérissables à un stade précoce nécessitent un traitement de toute urgence. Quand bien même une interruption ou une suspension du traitement n'aurait pas de conséquences mortelles immédiates, le risque existe que la maladie évolue de manière peu favorable allant jusqu'à entraîner le décès. Les conditions médicales d'urgence ne sont donc pas applicables aux traitements d'urgence dont il est question dans la LAMal. Les suspensions de prestations des personnes figurant sur des « listes noires » ne sont ni le résultat d'un *événement récent* et ni justifiées par une *pénurie de ressources objective*, et le *cadre temporel* n'est pas non plus *restreint*. Elles découlent plutôt d'une *stratégie politique* diamétralement opposée aux objectifs étatiques visant un système de santé de qualité pour tous et toutes et aux principes éthiques concernant les avis médicaux, les décisions et les actions.

Si les assurances-maladie peuvent juridiquement procéder à une *suspension des prestations* de santé, cette possibilité ne doit pas compromettre *les prestations de service* garantie par les droits fondamentaux dans le cadre des soins médicaux de base.⁸⁴ Du point de vue des *prestataires de service*, une inégalité de traitement est en contradiction avec les principes bioéthiques 1. de la non-malfaisance (*nonmaleficence*) et 2. de justice.⁸⁵

1. Toute personne a droit à des soins médicaux de base. Pour les assurés et assurées en retard de paiement, le constat est le même que celui du Conseil

fédéral concernant les sans-papiers, les requérants et requérantes d'asile déboutés et les bénéficiaires de l'aide d'urgence : « Les prestations du catalogue de la LAMal répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Ces critères sont réexaminés régulièrement. Toutes les prestations LAMal répondent donc à un besoin. Si on prive les sans-papiers malades de certaines prestations, ils risquent de ne pas pouvoir guérir et de représenter ainsi un danger pour la population et, par voie de conséquence, pour l'économie. »⁸⁶ S'agissant de l'art. 92d OAMal (bénéficiaires de l'aide d'urgence), le Conseil fédéral confirme : « Par ailleurs, les principes de la LAMal sont applicables : les prestations selon la LAMal et leur accès sont garantis (art. 82a, al. 2 et 4, LAsi en relation avec l'art. 41, al. 4, LAMal). »⁸⁷ Le maintien de la prise en charge des soins médicaux de base par l'assurance obligatoire des soins (AOS) est la conséquence logique de ses éléments constitutifs. Les prestations couvertes remplissent cumulativement les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE).⁸⁸ Une prestation est *efficace* « lorsqu'elle est objectivement propre à atteindre les objectifs diagnostiques, thérapeutiques, de soins ou de prévention visés » et « qu'il est prouvé par des méthodes scientifiques que son profil bénéfices-inconvénients est favorable par rapport aux prestations alternatives. »⁸⁹ Une prestation est *appropriée* « lorsqu'elle est pertinente et appropriée aux soins à dispenser au patient ou à la patiente par rapport aux solutions alternatives, qu'elle est compatible avec les conditions légales ainsi qu'avec les aspects ou valeurs éthiques et sociaux, et que la qualité de la prestation et le recours approprié à celle-ci dans la pratique sont garantis. »⁹⁰ Une prestation est *économique* « lorsque ses tarifs et ses prix sont calculés de façon compréhensible [...] que son rapport coût-bénéfice, sous l'angle des coûts de santé directs, est favorable par rapport aux

84 Cf. CNE (2005).

85 Cf. Beauchamp & Childress (2013).

86 Conseil fédéral (2020), p. 85.

87 Conseil fédéral (2012), p. 7.

88 Cf. OFSP (2022b).

89 OFSP (2022b), p. 5.

90 OFSP (2022b), p. 6.

solutions alternatives »⁹¹. Les critères EAE ne sont pas uniquement axés sur les traitements médicaux destinés à écarter des dangers graves et importants pour la santé. Ils présupposent d'avantage une approche de santé publique comprenant essentiellement des mesures durables en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, notamment pour des questions de coûts à moyen et à long terme.

Les prestations de base sont propres à atteindre les objectifs visés, satisfont aux critères EAE et correspondent aux conditions légales et éthiques. Elles fixent un standard de soins de santé de qualité auxquels chaque personne a droit. Du point de vue éthique, les standards généraux pratiqués en matière de soins concordent avec les principes bioéthiques de la non-malfaisance, de la bienfaisance et de justice. La stratégie visée par la loi consistant à pousser les assurés et assurées à corriger leurs pratiques de paiement ou à faire les démarches nécessaires pour obtenir les prestations d'aide en les menaçant de ne prendre en charge leurs soins que dans des cas d'urgence, même si ceux-ci sont définis de manière précise et interprétés au sens large, est incompatible avec le devoir de traitement et d'assistance qui constitue la base même de la médecine. La médecine et la bioéthique sont centrées sur la personne et ses besoins médicaux qui découlent *impérativement* de son état de santé diagnostiqué. L'évaluation de mesures qui sont nécessaires sur le plan médical sur la base d'exigences non médicales n'est justifiable ni médicalement ni éthiquement.

2. Une suspension des prestations implique une inégalité de traitement des patients et patientes. Le fait de refuser des soins à une personne peut être injuste même s'il n'en résulte aucune atteinte immédiate à sa santé. Des conséquences médicales négatives peuvent survenir à moyen ou à long terme, même si la personne ne fait plus l'objet des sanctions associées aux « listes noires ». Par exemple, le report de l'administration de vaccins, les mesures de dépistage précoce d'une tumeur (p. ex. coloscopie) ou les entretiens de promotion de la santé peut avoir des conséquences sa-

nitaires donnant lieu à de futures maladies chroniques. Même si les traitements d'urgence sont garantis et ne peuvent pas être suspendus, il faut se poser la question, d'une part, de l'étendue des traitements dispensés et de leurs visées et, d'autre part, des instances qui prennent les décisions à cet égard.⁹² Or, il n'est pas acceptable de reporter la responsabilité de cette tâche sur le personnel soignant.

L'inégalité de traitement des patients et patientes est fondée sur l'effet disciplinaire des « listes noires ». Cet objectif n'est justifié sur les plans politique et éthique que si 1. il est établi que le but visé est atteint, c'est-à-dire que les personnes solvables remplissent effectivement leurs obligations de paiement, 2. les personnes insolvables ont la possibilité de solliciter effectivement les offres d'aide proposées par l'État et 3. les suspensions de prestations n'entraînent aucun préjudice pour les personnes concernées. Ce n'est que si ces conditions sont cumulativement satisfaites que l'accès garanti par la loi aux prestations de santé de base serait assuré pour les deux catégories de personnes et que les droits fondamentaux à la santé ne seraient pas compromis.

Dans une perspective inverse, l'attitude consistant à se soustraire aux devoirs de responsabilité réciproques des assurés et assurées pose question sur les plans éthiques de la solidarité et de la justice. Au niveau politique, on insinue que les personnes en retard de paiement sont des opportunistes qui profitent du système de santé financé solidairement en le contournant, d'où la mise en place des « listes noires ». L'État a un intérêt légitime à faire respecter et à sauvegarder le principe de solidarité. Mais des restrictions au niveau des soins de base ne sont ni appropriées ni efficaces pour accroître la solidarité car :

1. La distinction entre « incapacité de payer » et « refus de payer » est nécessairement floue au vu de la nature complexe des différents facteurs existants (cf. point 6.1).

91 OFSP (2022b), p. 6.

92 Cf. Kirchgessner (2018).

2. Les personnes concernées ne disposent pas de voies de recours juridiques contre une telle catégorisation.

3. La sanction consistant à limiter l'accès à des traitements médicaux d'urgence est disproportionnée, car elle s'accommode de risques sanitaires importants encourus par les personnes assurées sur le moyen et le long terme.

4. Une réduction à la médecine d'urgence introduite comme outil de sanction politique n'est pas justifiable du point de vue médical et est controversée sur le plan juridique. Permettre à une personne ayant besoin d'un traitement d'accéder aux soins indiqués *médicalement* uniquement si elle a satisfait à certaines exigences *économiques* ne peut être justifié sur le plan médical et va à l'encontre de principes de bioéthique fondamentaux.⁹³

Eu égard aux critères relatifs à la proportionnalité, aux voies de recours et à l'applicabilité, les sanctions, dans la mesure où elles peuvent être politiquement fondées et légalement justifiables, doivent se limiter à des mesures financières. L'État peut prévoir certains obstacles à l'accès aux soins, mais doit veiller à ce que ces obstacles soient effectivement surmontables par les personnes concernées de sorte qu'elles puissent faire valoir leurs droits (cf. point 4.1). Le respect des droits fondamentaux est toujours plus important qu'une éventuelle violation de la loi.⁹⁴ Par analogie, il y a lieu de signaler que, du point de vue des prestataires des soins de santé, les principes de la non-malfaisance, de la bienfaisance et de justice ne doivent être ni limités par un comportement des patients et patientes, ni abolis.

6.4 Problèmes d'exécution concernant les suspensions de prestations exigées par la loi

Pour que la mesure de suspension des prestations puisse déployer tous ses effets, les cantons sont te-

nus de tenir des listes sur lesquelles figurent les assurés et assurées faisant l'objet d'une suspension des prestations, de les mettre à jour régulièrement et de les rendre accessibles à un grand nombre de prestataires de soin, tels qu'hôpitaux, professionnels et professionnelles de la santé en milieux résidentiels ou ambulatoires, ainsi que thérapeutes, services d'aide et de soins à domicile, etc. Pour tenir ces listes, ils se basent sur les données des assureurs qui communiquent le nom des personnes concernées aux cantons dès lors que les primes n'ont pas été payées et qu'un acte de défaut de biens a été délivré dans le cadre d'une procédure de poursuite. Cette pratique implique un échange conséquent de données personnelles et de santé, qui soulève d'importantes questions touchant à la protection des données. Les prestataires de soin doivent obtenir des cantons ou des assurances-maladie les informations pertinentes afin de pouvoir identifier les personnes concernées. Or, les bases juridiques pour la transmission des données y relatives sont encore très floues.

L'indication pour une mesure diagnostique ou thérapeutique permet de justifier la nécessité d'une intervention médicale. La relation entre une personne malade et son prestataire de soin n'est pas une relation entre deux partenaires contractuels souverains ; il s'agit d'une situation asymétrique, où la personne malade a particulièrement besoin d'aide et de protection.⁹⁵ Parallèlement, dans un système où les coûts des traitements médicaux sont couverts en grande partie par les assurances, les prestataires de soin ont un double rôle à jouer : d'une part, les personnes malades ont un intérêt à être assistées par des prestataires qui défendent leurs intérêts, qu'il s'agisse de la mise à disposition d'informations ou des prestations de soins en tant que telles. D'autre part, il est dans l'intérêt des assurances-maladie que les prestataires dispensent des soins en adoptant un comportement économique en faveur des assurances.

93 Cf. Varkey (2021).

94 Avis du Conseil fédéral concernant l'accès des sans-papiers aux soins de base (Conseil fédéral 2020, p. 126).

95 Cf. Maio (2017).

Dans un système organisé de manière efficace, les prestataires de soin ont une double fonction qui peut être en conflit avec les principes de la profession médicale.⁹⁶

Pour des raisons déontologiques, il n'est pas possible d'exiger des prestataires de soin que, dans un cas donné, ils fournissent à une majorité de personnes assurées les prestations indiquées dont les coûts sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal et qu'ils refusent de fournir ces mêmes prestations à une minorité, car celles-ci ne remplissent pas leur obligation de payer des primes. Dans le même temps, on ne peut pas leur demander de fournir des prestations sans rémunération adéquate.

Les prestataires de soins devraient alors se reprocher non seulement de ne pas remplir leur devoir d'assistance (*non-malfaisance ; bienfaisance*), mais aussi de ne pas respecter le principe éthique de justice. Le fait que la notion d'urgence puisse être interprétée de plusieurs manières, tout comme le fait que certains prestataires fourniraient des soins médicaux indépendamment d'une couverture d'assurance, alors que d'autres refuseraient, mène à une inégalité de traitement qui contrevient au principe de l'assurance-maladie sociale. Enfin, les personnes disposant de faibles compétences en matière d'assurance-maladie constituent une charge supplémentaire pour les prestataires de soin déjà submergés par les tâches administratives. Ces derniers ont donc tout intérêt à ce que la suspension des prestations soit supprimée dans les meilleurs délais.

96 Cf. Blomqvist (1991).

7. Conclusions

Les « listes noires » ont été introduites par le législateur afin de réagir au nombre considérable d'arriérés de paiement pour primes maladies, qui représentent environ un pour cent de l'ensemble du volume des primes maladie.⁹⁷ En limitant la prise en charge des prestations à la médecine d'urgence, c'est-à-dire en deçà des soins de base, l'objectif est d'influencer positivement les pratiques de paiement des personnes assurées débitrices. La sanction consistant à restreindre l'accès aux prestations de santé fait l'objet d'avis très contrastés concernant les objectifs visés, la conceptualisation théorique, l'application concrète et l'efficacité réelle. L'approche des cantons qui ont ou ont eu recours à cette mesure, ainsi que des assurances-maladie qui y sont actives, est très hétérogène. Comme aucun suivi des aspects médicaux et de politique sanitaire n'est effectué en parallèle, il est impossible d'évaluer de manière fiable les effets des mesures ni d'analyser l'appréciation qui en est faite sur le plan politique. Ces ambiguïtés vont de pair avec la position ambivalente du législateur, qui souhaitait supprimer les « listes noires », mais qui a fini par les maintenir.

Les limitations d'accès aux soins médicaux pour les personnes figurant sur des « listes noires » sont contraires au *droit international*, mais pas dans tous les cas au *droit constitutionnel*. Il découle du droit international que l'État est tenu de garantir à chaque personne l'accès effectif à des soins de santé appropriés, abordables et de qualité. Aucune différence ne devrait être faite entre les personnes « qui ne peuvent pas payer » et ceux « qui ne veulent pas payer ». En outre, il résulte du droit international l'obligation d'interpréter la notion de médecine d'urgence définie à l'art. 64a, al. 7, LAMal au sens large. Il s'agit donc, dans tous les cas, de continuer à garantir l'accès aux prestations médicales appropriées afin de réduire le risque de survenue d'un décès dû à une maladie. Cette interprétation va bien au-delà des traitements

urgents qui permettent de sauver immédiatement la vie d'une personne, et comprend le besoin général de disposer de biens et de services médicaux de base en matière de soins préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs. En outre, les cantons qui tiennent des « listes noires » sont tenus d'apporter un soutien et une assistance efficaces afin qu'il soit possible de mettre un terme à l'insolvabilité de ceux qui ne peuvent pas payer leurs primes. Les cantons ont ainsi l'obligation de créer les conditions nécessaires et de mettre à disposition les outils qui permettent effectivement aux personnes listées de changer de statut et ne plus avoir à subir les conséquences liées aux listes.

Du *point de vue éthique*, des raisons importantes plaident en défaveur de la volonté étatique d'améliorer la solidarité du système de santé financé collectivement par le biais des « listes noires ». En effet, la possibilité offerte par le législateur d'appliquer une inégalité de traitement dans le domaine de la santé se heurte dans une certaine mesure aux principes éthiques de justice, d'équité et de solidarité entre les personnes privilégiées et celles qui ont une situation de départ, des conditions et des chances de vie moins favorables sur les plans personnel, sanitaire et socio-économique. Le principe libéral selon lequel c'est aux membres de la société les moins favorisés que doivent le plus profiter les inégalités sociales et économiques est remis en cause. En effet, les suspensions de prestations de santé touchent le plus durement les personnes les plus vulnérables, c'est-à-dire précisément celles qui ont le besoin le plus urgent de recevoir des soins médicaux de qualité. Sanctionner les assurés et assurées par le biais des prestations de santé a un effet paradoxal : la sanction ne touche pas les personnes en bonne santé, mais punit les malades, c'est-à-dire qu'elle accroît l'injuste inégalité entre bien portants et malades.

Les « listes noires » entraînent une charge supplémentaire pour le système de santé car, avec ce moyen de pression, la collectivité risque de devoir supporter des coûts médicaux subséquents si l'état et les perspectives de santé des individus en retard de paiement sont moins bons.

Au *niveau pratique*, les « listes noires » mettent les prestataires de soin face à un dilemme aux conséquences non négligeables : s'ils agissent conformément aux normes éthiques et aux principes qui s'appliquent à leur profession, ils s'exposent à des conflits institutionnels ou à des pertes de revenus étant donné que leurs prestations ne sont pas remboursées. À l'inverse, ils ne peuvent éviter ces derniers inconvénients que s'ils contournent sciemment les règles éthiques de leur profession et le code de déontologie. Il est problématique que le législateur et les assurances-maladie se libèrent du dilemme éthique en reportant la responsabilité sur les prestataires de soin.

Sur le *plan de la politique sanitaire*, les « listes noires » s'opposent diamétralement aux stratégies internationales et nationales pour des soins de santé complets et axés sur la prévention (couverture sanitaire universelle ; stratégies du Conseil fédéral en matière de santé). Le système incitatif négatif consistant à suspendre les prestations pour les personnes listées repose, de manière discutable, sur leurs besoins en matière de soins. Pour que la sanction fonctionne, les personnes doivent être sérieusement malades, mais si elles sont sérieusement malades, les priver d'un traitement approprié résulterait en une négligence grave tant pour les personnes elles-mêmes que pour le système de santé. Reste à savoir si et dans quelle mesure la sanction entraîne un changement de comportement et quelle est l'incidence des risques sanitaires individuels et des états pathologiques.⁹⁸

Le législateur réduit les raisons et des facteurs complexes à l'origine des retards de paiement à la distinction entre « refus de payer » et « incapacité de payer », basée sur la seule logique pécuniaire. Il part du principe que les personnes concernées sont souveraines dans leurs décisions et leurs actes, sans savoir si tel est vraiment le cas. C'est la raison pour laquelle certains cantons ont mis en place, parallèlement aux « listes noires », un *case management* obligatoire destiné à aider les personnes concernées à faire face à leur statut de personne listée et à surmonter leur situation précaire. Il est toutefois éthiquement discutable de lier autonomisation et sanction au sein du même acteur étatique. En outre, il semble contreproductif de ne commencer le *case management* des personnes concernées qu'une fois qu'elles sont listées. Le *case management* n'est pas une prestation spéciale mise volontairement à disposition par les services sociaux, mais découle de l'obligation de l'État de permettre aux personnes qui ont droit de l'aide de pouvoir la solliciter. Il ne faut pas conseiller, accompagner et renforcer les compétences en matière d'assurance-maladie seulement des personnes exclues du système ou qui risquent de l'être, mais de toutes, car cela fait partie intégrante d'un système de santé attaché aux objectifs de la couverture sanitaire universelle. Au niveau local, les services sociaux des communes peuvent proposer ces mesures de soutien⁹⁹ et, dès lors qu'une personne demande et utilise les prestations de compensation de l'État, la conseiller de manière efficace et promouvoir activement ces mesures de soutien.¹⁰⁰

Les stratégies incitatives négatives comme les « listes noires » considèrent les arriérés de paiement des personnes assurées à l'égard de leurs assurances-maladie uniquement comme un problème purement financier. Or, 1. l'accent mis sur l'aspect économique ne tient pas compte de la situation complexe des personnes

98 Ces conclusions se recourent dans une large mesure, d'un point de vue éthique, avec une analyse publiée en 2023 sur les « listes noires » : « We found no evidence that blacklisting serves as an effective way of recovering unpaid health insurance contributions or of strengthening solidarity within the health insurance system. Furthermore, the ambiguous definitions of what constitutes an emergency treatment and the incompatibility of the denial of medical care with the obligation to provide professional assistance complicate the implementation of blacklists and expose care providers to enormous pressure. » Glaus et al. (2023), p. 1.

99 Cf. Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), Conseil pour les personnes concernées. URL : <https://skos.ch/fr/services/conseil-pour-les-personnes-concernees> (18.07.2023).

100 Cf. Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), Santé. URL : <https://skos.ch/fr/themes/sante> (18.07.2023).

concernées, 2. les mesures en lien avec les « listes noires » n'atteignent pas les effets escomptés, 3. les conséquences à moyen et à long terme sont contre-productives pour le système de santé et 4. les « listes noires » ne sont pas compatibles avec l'objectif de politique sanitaire qui consiste à garantir un accès universel à des soins de santé de qualité. Bien que les « listes noires » ne violent pas fondamentalement le droit international et le droit constitutionnel, de sérieuses inquiétudes surgissent au niveau des droits de l'homme, de l'éthique et de la justice, de la politique sociale et de la déontologie, qui, dans la pratique, sont encore intensifiées par l'absence d'effets ou des effets contreproductifs. Pour toutes les raisons indiquées, le maintien des « listes noires » n'est pas justifié.

8. Bibliographie

Aebi-Müller, R., Fellmann, W., Gächter, T., Rüttsche, B., & Tag, B. (2016). *Arztrecht*. Stämpfli Verlag.

Aronson, J. K. (2007). Compliance, concordance, adherence. *British journal of clinical pharmacology*, 63(4), 383.

ASSM (2007). Le rationnement au sein du système de santé suisse : analyse et recommandations.

Rédigé par le Groupe de travail « Rationnement » sur mandat du Groupe de pilotage du projet

« La médecine en Suisse demain », Bâle.

ASSM (2020). « Listes noires » – Blocages de prestations médicales pour absence de paiement des primes et de participations aux coûts. Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM.

ASSM (2021). Triage en soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources. Orientation pour la mise en œuvre du chapitre 9.3. des directives « Mesures de soins intensifs » (2013), version 4, mise à jour le 23 septembre 2021, Berne.

ASSM (2022). Bases juridiques pour le quotidien du médecin. Un guide pratique, 4^e édition, Berne.

Association médicale mondiale (2017). Déclaration de Genève, actualisée lors de l'Assemblée générale de l'Association médicale mondiale, Chicago, octobre 2017.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics*, seventh edition. Oxford University Press, USA.

Blomqvist, Å. (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of health economics*, 10(4), 411–432.

Calabresi, G., & Bobbitt, P. (1978). *Tragic choices*. New York: Norton.

Cavelti, L. (2019). Schwarze Liste als Todesurteil. *BMS*, 100(35).

CNE (2005). Les soins médicaux : un devoir. *BMS*, 86 (24), 1443.

CNE (2021). Prise de décision politique concernant les mesures d'endiguement de la pandémie de SARS-CoV-2 : point de vue éthique, prise de position n° 38, Berne.

Conseil fédéral (1991). Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 I 77).

Conseil fédéral (2011). Message du Conseil fédéral du 16 septembre 2011 concernant l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » (FF 2011 6953).

Conseil fédéral (2012). Assurance-maladie et accès aux soins des sans-papiers. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Heim (09.3484), Berne.

Conseil fédéral (2019). Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030, Berne.

Conseil fédéral (2020). Pour un examen global de la problématique des sans-papiers, Berne.

CSIAS (n.d.). Conseil pour les personnes concernées.

URL : <https://skos.ch/fr/services/conseil-pour-les-personnes-concernees> (18.07.2023).

CSIAS (n.d.). Santé. URL : <https://skos.ch/fr/themes/sante> (18.07.2023).

CSSS-E (2021). 16.312 Initiative déposée par un canton. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'art. 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États du 27 janvier 2021 (FF 2021 745), Berne.

Dagron, S. (2022). SDG 3: Ensure Healthy Lives and Promote Well-Being for All at All Ages.

In: Ebbesson, J., & Hey, E. (Eds.), *The Cambridge Handbook of the Sustainable Development Goals and International Law: Volume 1*. Cambridge University Press, 95–116.

Daniels, N. (1985). *Just health care*. Cambridge University Press.

Daniels, N. (2021). Gerechtigkeit, Gesundheit, und Gesundheitsversorgung. In: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T., & Eichinger, T. (Hg.), *Medizinethik*. Wiesbaden: Springer VS.

de Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, Guessous, I., Stringhini, S. (2022). Forgoing Healthcare in Switzerland. Prevalence, determinants and consequences. Report mandated by the Swiss Federal Office of Public Health, Geneva.

FMH (1997). Code de déontologie. URL : <https://www.fmh.ch/files/pdf29/standesordnung---fr---2023-11.pdf> (03.06.2023).

Forst, R., & Günther, K. (2021). *Normative Ordnungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Gächter, T., & Rütsche, B. (2018). *Gesundheitsrecht, ein Grundriss für Studium und Praxis* (4. Aufl.), Basel: Lichtenhahn.

Glaus, H., Drewniak, D., März, J. W., & Biller-Andorno, N. (2023). Blacklisting Health Insurance Premium Defaulters: Is Denial of Medical Care Ethically Justifiable?. *Health Care Analysis*, 1–13.

Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412.

Initiative 16.312 déposée par le canton de Thurgovie : Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, 30.05.2016.

Initiative 16.312 déposée par le canton de Thurgovie. Chronologie des débats au Conseil des États du 03.06.2020. URL : <http://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=4897> (21.04.2023).

Kirchgessner, G. (2018). Leistungssperren. *BMS*, 99(38), 1274–1274.

Krones, T. (2016). Universal Health Coverage. Health Care Deficiencies and Goals for Germany and Switzerland. In: Bergemann, L., Reis, A., & Frewer, A. (Eds.). (2016). *Global Ethics and Universal Health Coverage: Human Rights in Practice*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 75–84.

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal), état au 18 mars 2023 :
www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr (10.07.2023).

Maio, G. (2018). *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin – Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Motion 18.3708. Listes noires. Définition de la médecine d'urgence.

URL : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20183708> (21.04.2023).

OFSP (2020). Assurance-maladie : primes arriérées.

URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/paemien-kostenbeteiligung/paemienrueckstaende.html> (10.07.2023).

OFSP (2021). Statistique de l'assurance maladie obligatoire. Edition 2021.

URL : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>

OFSP (2022a). Les coûts dans l'assurance maladie obligatoire.

URL : www.youtube.com/watch?v=5ulutkgNT8M (10.07.2023).

OFSP (2022b). Opérationnalisation des critères Efficacité, Adéquation et Économicité (EAE) au sens de l'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Document de base, Berne.

OMS (n.d.). Couverture sanitaire universelle.

URL : https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 (22.04.2023).

OMS (2023). Projet préliminaire de CA+ de l'OMS soumis à l'examen de l'organe intergouvernemental de négociation (A/INB/4/3), 1^{er} février 2023.

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

ONU (2008). Observation générale n° 19 (2008) : Le droit à la sécurité sociale (art. 9). Conseil Économique et Social, Comité des droits économiques, sociaux et culturels (E/C.12/GC/19), 4 février 2008.

ONU (2015). Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015 (A/RES/70/1).

ONU (2018). Constatations adoptées par le Comité au titre de l'article 5 (par. 4) du Protocole facultatif, concernant la communication n° 2348/2014. Comité des droits de l'homme (CCPR/C/123/D/2348/2014), 30 août 2018.

ONU (2019). Observation générale n° 36 sur l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, concernant le droit à la vie. Comité des droits de l'homme (CCPR/C/GC/36), 3 septembre 2019.

ONU (2019). Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, résolution adoptée par l'Assemblée générale le 10 octobre 2019 (A/RES/74/2).

Rawls, John (1979). *Théorie de la justice*. Traduit de l'anglais par Catherine Audard. Éditions Points.

Remund, A., & Cullati, S. (2022). Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé en Suisse depuis 1990. *Social Change in Switzerland*, (31).

Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., ... & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *The Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691.

Rütsche, B., & Wildi, A. (2016). Limitierung von Arzneimitteln im Krankenversicherungsrecht: Wo wird die Grenze zur Rationierung überschritten. *Rechtsmedizin*, 34, 199–212.

Salathé, M. (2018). Suspensions de prestations : appel à témoignages ! *BMS*, 99(35), 1138-1139.

SRF (2018). Debatte über «schwarze Listen» entbrannt.

URL: <https://www.srf.ch/news/schweiz/nach-tod-von-hiv-patient-debatte-ueber-schwarze-listen-entbrannt> (21.04.2023).

Steinvorth, U. (1998). Kann Solidarität erzwingbar sein? In: Kurt Bayertz (Hg.): *Solidarität. Begriff und Problem*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 54–85.

Tipirneni, R., Politi, M. C., Kullgren, J. T., Kieffer, E. C., Goold, S. D., & Scherer, A. M. (2018). Association between health insurance literacy and avoidance of health care services owing to cost. *JAMA network open*, 1(7), e184796–e184796.

Varkey, B. (2021). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17–28.

Wille, N. & Schlup, J. (2020). Comment évolue la charge des primes pour les ménages ? *BMS*, 101(38), pp. 1174-1180.

Yagi, B. F., Luster, J. E., Scherer, A. M., Farron, M. R., Smith, J. E., & Tipirneni, R. (2022). Association of health insurance literacy with health care utilization: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 1–15.

Ziegenfuss, Thomas (2021). *Notfallmedizin* (8. Aufl.). Berlin: Springer Verlag

Ce document a été approuvé à l'unanimité par la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine le 7 septembre 2023.

Cette prise de position a été élaborée avec la participation de deux délégués de la Commission Centrale d'Ethique (CCE) de l'Académie Suisse des Sciences Médicales : PD Dr. med. Klaus Bally, médecine de famille, et Prof. Dr. med. Julia Dratva, santé publique.

Membres de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine :

Présidente

Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

Vice-président

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Membres

Prof. Dr. phil. Christine Clavien, Prof. Dr. iur. Stéphanie Dagron, Prof. Dr. med. Karin Fattinger, Prof. Dr. med. Samia Hurst-Majno, Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones, Dr. med. Roberto Malacrida, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche, Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha FAAN, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. med. Dorothea Wunder

Graphisme et mise en page

Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Berne, www.terminal8.ch

Bureau

Dr. phil. Anna Zuber, Responsable du bureau
Dr. Elodie Malbois, Collaboratrice scientifique

**Commission nationale d'éthique dans
le domaine de la médecine humaine**

CH-3003 Berne

Tel. +41 58 469 77 64

info@nek-cne.admin.ch

www.nek-cne.admin.ch

Cette prise de position est publiée en français et en allemand.
La version allemande est la version originale.

© 2023 Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, Berne. Reproduction autorisée avec mention de la source.