

Situations particulières lors de la prise en charge des patientes et des patients

4.1 Analyses génétiques

La Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine protège d'une part la dignité humaine et la personnalité des personnes concernées, et vise d'autre part à assurer la qualité des analyses et de l'interprétation de leurs résultats. La loi a été complètement révisée en 2018, elle contient désormais des dispositions sur les caractéristiques non héréditaires. L'entrée en vigueur est prévue en 2021.

La Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH)³⁵⁹ s'applique à toutes les analyses visant de manière directe à déterminer des caractéristiques du patrimoine génétique héréditaire ou acquises pendant la phase embryonnaire. La loi garantit non seulement la protection des droits des personnes concernées (interdiction de discriminer, droit à l'information et droit à l'autodétermination, droit de ne pas savoir), mais également la qualité des analyses. Le droit de prescrire des analyses génétiques demeure ainsi réservé aux médecins, lesquels doivent en outre disposer d'une formation postgraduée adéquate pour les analyses présymptomatiques et prénatales. Les analyses prénatales et les examens de dépistage sont en outre soumis à des conditions supplémentaires spécifiques.

Par ailleurs, les laboratoires qui effectuent des analyses cytogénétiques et moléculaires doivent être au bénéfice d'une autorisation délivrée par l'Office fédéral de la santé publique. Enfin, les diagnostics génétiques *in vitro* ne peuvent être confiés qu'à des spécialistes du domaine médical ou au commerce spécialisé (grossistes), et non à des particuliers.

Outre les analyses médicales, la loi régit, entre autres, l'établissement de profils d'ADN visant à établir la filiation. Afin d'éviter les conflits d'intérêts, un enfant incapable de discernement ne peut être représenté par la personne avec laquelle ses éventuels liens de parenté doivent être recherchés. Dans un tel cas, l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte doit intervenir. Une recherche en paternité prénatale implique des obligations supplémentaires en matière d'information.

La LAGH règle les analyses génétiques dans le domaine des assurances et définit les droits des assureurs (interdiction d'exiger une analyse et interdiction d'exiger ou d'utiliser les résultats d'une analyse déjà effectuée).

359 Cf. Loi fédérale du 8 octobre 2004 sur l'analyse génétique humaine (LAGH).

Exceptionnellement, un assureur est autorisé à rechercher les résultats d'analyses génétiques présymptomatiques antérieures si les conditions cumulatives suivantes sont réalisées:

- si, d'une part, le contrat d'assurance n'est pas soumis à la règle précitée (concrètement: les assurances-vie de plus de 400 000 francs, les assurances-maladie complémentaires et les assurances-invalidité de plus de 40000 francs), et
- si, d'autre part, l'analyse en question délivre des résultats fiables sur les plans de la technique et de la pratique médicales et que sa valeur scientifique pour le calcul des primes est prouvée.

Par ailleurs, l'assureur ne doit pas s'adresser à la personne qui fait la demande, mais au médecin mandaté. Celui-ci ne renseigne l'assureur que sur la catégorie de risques dans laquelle la personne concernée doit être classée.

Enfin, la loi régit l'admissibilité des analyses génétiques dans le domaine de la responsabilité civile (à savoir dans le contexte lié au calcul du dommage et des dommages-intérêts). Dans le domaine en lien avec le travail, sauf rares exceptions, aucune recherche génétique (présymptomatique) n'a le droit d'être pratiquée.

La LAGH n'étant plus adaptée à la situation actuelle, le Parlement a chargé le Conseil fédéral de la réviser. Le 15 juin 2018, le Conseil national et le Conseil des États ont adopté la LAGH révisée.³⁶⁰ Désormais, la loi contient aussi de nombreuses dispositions sur les analyses génétiques non médicales et les caractéristiques non héréditaires. Le domaine non médical est divisé en un groupe d'analyses génétiques visant à déterminer des caractéristiques sensibles telles, par exemple, les caractéristiques physiologiques dont la connaissance peut avoir une influence sur le mode de vie (p. ex. optimisation de l'alimentation, prédisposition au sport), et en un groupe d'autres analyses génétiques de caractéristiques qui ne sont pas particulièrement sensibles (couleur des cheveux et des yeux, sens du goût, recherche de partenaire). La révision introduit un nouveau principe, applicable à tous les domaines, qui exige d'éviter, dans toute la mesure du possible, que la réalisation d'analyses génétiques génère des informations excédentaires. La LAGH révisée réagit également aux tests commerciaux largement disponibles sur Internet. L'utilisation directe de tests génétiques par le client est autorisée afin de rechercher des caractéristiques relativement anodines et non pertinentes du point de vue médical.

360 www.ofsp.admin.ch → Médecine & recherche → Tests génétiques → Projets législatifs en cours.

4.2 Procréation médicalement assistée

La Loi sur la procréation médicalement assistée fixe les conditions de la pratique d'une telle procréation des êtres humains. Elle assure la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la famille, et interdit l'application abusive de la biotechnologie et du génie génétique. La Loi sur la procréation médicalement assistée ainsi que son ordonnance sont entrées en vigueur le 1^{er} septembre 2017.

Conformément à la Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA)³⁶¹, les méthodes telles que l'insémination artificielle ou la fécondation *in vitro* avec transfert d'embryons visent uniquement à remédier à la stérilité ou à éviter le risque de transmission d'une maladie grave et incurable aux descendants. Alors que l'utilisation de sperme provenant de dons est admise pour les couples, les dons d'ovules et d'embryons ainsi que la maternité de substitution font l'objet d'une interdiction générale. Les méthodes de procréation médicalement assistée ne sont applicables qu'avec le consentement écrit et pleinement éclairé du couple; il en va de même de l'insémination artificielle.

L'application de méthodes de procréation médicalement assistée, la conservation de gamètes et d'ovules imprégnés, ainsi que la cession de sperme nécessitent une autorisation délivrée par le canton concerné.³⁶²

Le diagnostic préimplantatoire (DPI) est une méthode d'analyse génétique des embryons *in vitro*. L'analyse doit être effectuée dans les premiers jours suivant la conception. Le DPI a pour but de sélectionner les embryons qui ne sont pas porteurs de gènes hérités des parents et susceptibles de provoquer une maladie grave, et ne présentent pas des caractéristiques chromosomiques susceptibles de compromettre le développement de l'embryon. En Suisse, le DPI a été interdit depuis l'entrée en vigueur de la LPMA en 2001 jusqu'au 31 août 2017. Le 1^{er} septembre 2017, la LPMA révisée et son ordonnance sont entrées en vigueur. Depuis cette date, le DPI peut être pratiqué en Suisse à certaines conditions. Les laboratoires actifs dans le domaine de la procréation médicalement assistée et du diagnostic préimplantatoire sont soumis à des critères qualitatifs plus stricts qu'auparavant.

La LPMA révisée permet, en cas d'insémination artificielle, de développer jusqu'à douze embryons par cycle de traitement, puis de transférer un seul embryon, sélectionné selon des caractéristiques morphologiques, dans l'utérus. Cela permet de mener des procédures FIV en minimisant la probabilité de naissances multiples. Ce point constitue une nouveauté décisive de la loi révisée, car les grossesses

361 Cf. Loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée (LPMA).

362 Aucune autorisation n'est nécessaire en cas d'insémination artificielle avec le sperme du partenaire.

multiples augmentent le risque de complications pour la mère et les enfants. Avec l'accord écrit du couple, les embryons non utilisés sont conservés pour une durée de 10 ans au plus dans un but de procréation.

4.3 Interruption de grossesse

L'interruption de grossesse n'est pas punissable si elle a lieu durant les 12 premières semaines de grossesse.

La solution dite «des délais» est en vigueur depuis 2002. L'interruption de grossesse n'est pas punissable «si, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, elle est pratiquée au cours des 12 semaines suivant le début des dernières règles par un médecin habilité à exercer sa profession. Le médecin doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte et la conseiller.»³⁶³

Une interruption de grossesse après l'échéance d'un tel délai n'est pas non plus punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. À cet égard, «le danger [pour la femme] devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée».³⁶⁴

Les cantons établissent des listes des cabinets médicaux et des hôpitaux habilités à conseiller les femmes et à pratiquer des interruptions de grossesse non punissables. À des fins statistiques, le médecin doit annoncer toute interruption de grossesse à l'autorité de santé publique compétente du canton (voir chap. 6.3). Une telle annonce est anonyme.

4.4 Stérilisation

Depuis 2005, une loi fédérale régit les conditions auxquelles une stérilisation est autorisée à des fins contraceptives, ainsi que la procédure applicable.³⁶⁵

La stérilisation constitue une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique; elle consiste à supprimer de manière permanente les facultés reproductrices d'une personne.

La stérilisation n'est autorisée que sur des personnes majeures capables de discernement si celles-ci ont reçu des informations exhaustives sur l'intervention et y ont librement consenti par écrit. La capacité de discernement joue donc un rôle

363 Cf. art. 119, al. 2 CP.

364 Cf. art. 119, al. 1 CP.

365 Cf. Loi fédérale du 17 décembre 2004 sur les conditions et la procédure régissant la stérilisation de personnes (Loi sur la stérilisation).

central. Selon la loi, «le médecin qui pratique l'intervention doit consigner dans le dossier médical les éléments qui ont fondé son appréciation de la capacité de discernement de la personne concernée».

La stérilisation de personnes majeures faisant l'objet d'une curatelle de portée générale et capables de discernement nécessite non seulement le consentement libre et écrit de la personne elle-même, mais aussi celui de son représentant légal et de l'autorité de protection de l'adulte. L'autorité de protection de l'adulte doit en outre demander un second avis médical et ordonner, si nécessaire, une expertise psychiatrique sur la capacité de discernement de la personne concernée.

La loi interdit en principe la stérilisation des personnes incapables de discernement. Des exceptions ne sont possibles qu'à de strictes conditions pour les personnes de plus de 16 ans.³⁶⁶ D'un point de vue médical, la mise en œuvre de cette disposition s'avère très compliquée.³⁶⁷

4.5 Traitement des maladies transmissibles – la Loi sur les épidémies

La Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies; LEp) de 1886 a fait l'objet d'une révision totale. Cette révision vise à garantir une meilleure gestion des crises par une détection précoce, une surveillance, une prévention et une lutte contre les maladies transmissibles.

L'Ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme règle l'obligation de déclaration.

Dans la loi révisée également, la responsabilité de l'État pour les préjudices causés à la suite d'une vaccination ordonnée ou recommandée par les autorités est subsidiaire, c'est-à-dire que le médecin ayant procédé à la vaccination en répond au premier chef.³⁶⁸

366 Cf. art. 7 de la Loi sur la stérilisation.

367 Cf. chap. 8.2 de la directive médico-éthique de l'ASSM «Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap» (2008).

368 Art. 64 LEp.

4.6 Médecine de la transplantation

La Loi sur la transplantation³⁶⁹ fixe les conditions dans lesquelles des organes, des tissus ou des cellules peuvent être utilisés à des fins de transplantation. Elle doit d'une part contribuer à ce que des organes, des tissus et des cellules humains soient disponibles à de telles fins, mais elle vise d'autre part à prévenir leur utilisation abusive et à protéger la dignité humaine, la personnalité et la santé.

D'un point de vue éthique et juridique, le prélèvement d'organes sur une personne décédée à des fins de transplantation nécessite que le décès fasse l'objet d'un diagnostic fiable et sûr. En ce qui concerne les critères du décès, la loi se fonde sur la définition neurologique de la mort selon laquelle une personne est décédée lorsque toutes les fonctions du cerveau, y compris du tronc cérébral, ont subi un arrêt irréversible. En ce qui concerne la constatation du décès, l'ordonnance renvoie aux directives de l'ASSM «Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes».³⁷⁰

Le prélèvement d'organes sur une personne décédée n'est autorisé que si la personne concernée elle-même y a consenti (p.ex. carte de dons d'organes). Si celle-ci ne s'est pas exprimée, ses parents les plus proches peuvent consentir à un tel prélèvement. En l'absence des parents les plus proches ou si ceux-ci ne peuvent pas être atteints à temps, le prélèvement d'organes n'est pas autorisé.

En prenant leur décision, les proches doivent respecter la volonté présumée du patient. Ils peuvent toutefois autoriser le prélèvement s'ils ne connaissent pas sa volonté. La Loi sur la transplantation a été révisée à la fin 2017. Elle précise désormais à quel moment l'accord des proches doit être demandé pour un don d'organe, et à quelles conditions des mesures médicales préparatoires peuvent être prises en vue d'un prélèvement d'organe.

Le médecin traitant est tenu de communiquer sans délai à un centre de transplantation les noms des patients pour lesquels une transplantation est médicalement indiquée, le consentement de ces patients étant requis. Les données nécessaires sont ensuite recensées sur une liste d'attente tenue par le service national des attributions.³⁷¹ Celui-ci procède à la répartition des organes disponibles selon des critères définis par la loi, avant tout liés aux patients.

369 Cf. Loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation).

370 Cf. «Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes», directives médico-éthiques de l'ASSM (2017).

371 Sur mandat de la Confédération, le service national des attributions est géré par la fondation Swisstransplant.

En ce qui concerne le dons d'organes vivants, la Loi sur la transplantation contient une réglementation tout aussi libérale. Les personnes majeures et capables de discernement doivent avoir donné leur consentement écrit au don d'organe après avoir reçu des explications exhaustives, et il ne doit pas exister de risque sérieux pour leur vie ou leur santé. De plus, il ne doit pas exister une autre méthode thérapeutique ayant une efficacité comparable pour le receveur. En revanche, les dons de personnes vivantes mineures ou incapables de discernement ne sont admis qu'à titre exceptionnel et pour des tissus ou des cellules qui se régénèrent.

Le don d'un organe vivant peut être effectué tant en faveur d'un proche que d'un inconnu, aucune relation personnelle n'étant nécessaire. Depuis octobre 2017, le don de reins entre deux paires incompatibles est possible dans le cadre d'un programme de transplantation croisée.³⁷²

La révision de la Loi sur la transplantation garantit financièrement le suivi médical après un don d'organe vivant. Les assureurs du receveur sont désormais tenus de verser les coûts sous la forme d'un forfait unique au service chargé du suivi des donneurs vivants.

4.7 Prise en charge médicale des sportifs et lutte contre le dopage

Le médecin doit avoir conscience des défis médicaux et éthiques spécifiques au sport, en particulier de haut niveau, et sauvegarder la santé du sportif. Le dopage est interdit, tant dans le sport de compétition que dans le sport de loisir.

Le sport occupe une grande place dans notre société, tant par les performances des athlètes de haut niveau que par la pratique répandue du sport de loisir. Par la prise en charge des sportifs et les conseils prodigués, le médecin contribue largement à la promotion de la santé. Les exigences spécifiques liées au sport, en particulier de haut niveau, posent cependant des défis tant du point de vue médical que de l'éthique professionnelle. Pour y répondre, une formation approfondie interdisciplinaire en médecine du sport ainsi que des règles déontologiques spécifiques ont été mises sur pieds³⁷³.

Dans le sport de haut niveau, le médecin doit composer avec les nombreux intervenants gravitant autour de l'athlète (entraîneur, préparateur physique, sponsors, fédération, médias, etc.) ainsi qu'à des pressions de performance, à commencer par celles que l'athlète s'impose à lui-même. Le médecin peut ainsi être placé devant un conflit d'ordre éthico-professionnel entre la protection de la santé du patient et son autonomie. Il lui faudra alors analyser la situation dans son en-

372 Cf. Ordonnance sur la transplantation croisée du 18 octobre 2017.

373 Art. 27, 33 et 33bis du Code de déontologie de la FMH ainsi que son annexe 5 «Directive pour la prise en charge médicale des sportifs».

semble en prenant notamment en compte l'importance des risques pour la santé ainsi que la faculté et la liberté de décision du sportif. Une attention particulière sera apportée aux enfants et adolescents dont les entraînements et compétitions doivent correspondre au rythme de croissance et de développement. En tout état de cause, le médecin informera clairement le sportif des risques encourus et le dissuadera de toute activité sportive incompatible avec son état de santé. Il refusera d'établir un certificat déclarant le sportif apte à l'entraînement ou à la compétition, si cela est contraire à la vérité³⁷⁴ ou incompatible avec sa conscience. Le médecin mandaté par une équipe ou une association doit être conscient des conflits d'intérêts potentiels et prendra soin de préserver le secret médical en avertissant le sportif des informations qui seront communiquées aux tiers. Il ne transmettra à ces derniers que les renseignements nécessaires – aptitude ou inaptitude à l'entraînement ou à la compétition –, à l'exclusion des données médicales spécifiques.

En tant qu'«usage abusif de produits et de méthodes visant à améliorer les performances physiques dans le sport»,³⁷⁵ le dopage porte atteinte au respect des règles sportives, à l'égalité des chances, à la loyauté de la compétition ainsi qu'à la promotion de la santé à travers l'activité physique. Il s'agit d'une problématique sociétale qui dépasse le cadre purement sportif et qui n'est pas justifiable du point de vue de l'éthique médicale³⁷⁶. En Suisse, la lutte antidopage se fonde sur deux listes de méthodes et de produits interdits:

- La première liste est ancrée dans la loi³⁷⁷ et dresse l'inventaire des produits et méthodes dont l'usage à des fins de dopage présente de grands risques pour la santé. Il s'agit notamment des stéroïdes anabolisants, des agents stimulants de l'érythropoïèse, des hormones de croissance, du dopage génétique, etc. Le médecin est directement concerné par la législation antidopage et, en cas d'infraction intentionnelle, peut encourir des sanctions bien plus lourdes que ses patients. Le médecin s'abstiendra de recourir, de manière abusive, à ces substances lors de la prise en charge de tout patient pratiquant une activité sportive, même à titre purement privé.³⁷⁸
- La seconde liste est établie par les organisations sportives, en particulier l'Agence mondiale antidopage (AMA)³⁷⁹ et vise tout particulièrement les sportifs qui participent à des compétitions organisées par des associations suisses

374 En pareil cas, le médecin se rend coupable de faux certificat médical (art. 318 CP). Voir chapitre 6.4.

375 Art. 19 de la Loi fédérale sur l'encouragement du sport et de l'activité physique (LESp).

376 German Clénin/Julien Duruz, Révision des règles déontologiques sur le dopage, Bulletin des médecins suisses n° 7 du 13 février 2019, p. 196 ss.

377 Loi fédérale sur l'encouragement du sport et de l'activité physique (LESp) et annexe à l'Ordonnance sur l'encouragement du sport et de l'activité physique (OESp).

378 Voir chiffres 4.4 al. 1 let. a et 4.5 al. 1 de l'annexe 5 au Code de déontologie de la FMH.

379 Voir le Code mondial antidopage et la liste des substances et méthodes interdites par l'AMA ainsi que le Statut concernant le dopage de Swiss Olympic; ces documents peuvent être consultés sur le site Internet www.antidoping.ch

affiliées à Swiss Olympic ou par des organisations sportives internationales. Il ne s'agit pas uniquement de compétitions de haut niveau, mais également des tournois ou courses populaires. Cette liste est bien plus large que la précédente et comprend notamment les diurétiques et les stimulants. Si le sportif a médicalement besoin d'une substance ou méthode interdite et qu'il n'existe pas d'alternative, il peut obtenir une dérogation, appelée «autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)». Cette autorisation est en principe octroyée rétroactivement, après un contrôle antidopage. S'il s'agit d'un athlète appartenant à un «groupe cible de sportifs soumis à contrôles» (généralement de très haut niveau), l'autorisation doit être accordée préalablement au traitement.

Le médecin s'abstiendra non seulement de tout acte conduisant au dopage (prescription, remise, administration, importation, etc. de produits ou de méthodes interdits) ou à une entrave aux processus de contrôle, mais il devra aussi assister les sportifs dans leurs demande d'AUT. Il est primordial de bien documenter les traitements afin d'être en mesure de démontrer leur caractère non-abusif. La lutte antidopage ne repose toutefois pas sur les seules épaules du médecin: en sa qualité de sportif, le patient a lui aussi, des devoirs, en particulier celui d'annoncer à son médecin traitant toute participation à une compétition. La prévention contre le dopage requiert dès lors une communication efficace et un dialogue entre le médecin et le patient.³⁸⁰

La Fondation Antidoping Suisse est le centre de compétence en matière de lutte contre le dopage. Cette institution est compétente pour octroyer les AUT et pour fournir des renseignements sur les produits et méthodes admis. Elle met plusieurs outils à disposition des médecins et des sportifs, notamment une liste actualisée des interdictions, un moteur de recherche permettant de vérifier l'admissibilité des médicaments, ainsi qu'une liste des médicaments autorisés pour le traitement des maladies courantes.³⁸¹

380 Voir chap. 4 de l'annexe 5 au Code de déontologie de la FMH.

381 Outils disponibles sur le site Internet www.antidoping.ch

4.8 Traitement et prise en charge médicale de personnes âgées en situation de dépendance et atteintes de démence

En Suisse vivent près de 150 000 personnes atteintes de démence. Par le biais de la Stratégie nationale en matière de démences³⁸², la Confédération et les cantons ont fixé des objectifs afin d'améliorer la qualité de vie de ce groupe de patients dont la taille va croissant, de réduire la charge liée à la maladie et d'assurer la qualité de la prise en charge. L'ASSM contribue à ces objectifs avec sa directive «Prise en charge des personnes atteintes de démence».

L'évolution de la démence – le plus souvent combinée à d'autres maladies chroniques somatiques et psychiques – s'étend souvent sur de nombreuses années sans qu'il soit possible de la prédire: l'absence de capacité de discernement est la règle en cas de démence grave. Il appartient alors au représentant du patient de prendre les décisions sur la base de la volonté précédemment exprimée par celui-ci ou de sa volonté présumée.

L'absence de capacité de discernement à un stade avancé, les troubles du comportement dus à la maladie, la charge pesant sur les proches ou les défis particuliers liés aux soins peuvent mener à des décisions délicates et générer des conflits éthiques. La directive médico-éthique relative à la prise en charge des personnes atteintes de démence publiée en décembre 2017 par l'ASSM propose un guide pratique. Le nouveau droit de la protection de l'adulte a amélioré la protection juridique et psycho-sociale des personnes incapables de discernement vivant en établissement médico-social.³⁸³ Si une personne incapable de discernement est suivie de manière durable dans un établissement médico-social ou dans une maison de retraite, il est impératif de conclure un contrat d'assistance qui renseigne sur les prestations de l'établissement et la rémunération due. Il incombe au représentant autorisé de signer ce contrat pour le compte de la personne incapable de discernement (sur ce sujet, voir chap. 3.5).

L'autonomie des personnes âgées revêt une grande importance. C'est pourquoi le libre choix du médecin est également garanti dans les maisons de retraite pour autant que des motifs importants ne s'y opposent pas (sur ce sujet, voir chap. 3.1).

Dans une maison de retraite, l'appréciation globale de la situation du patient revêt une importance particulière: c'est pourquoi le médecin traitant, le personnel soignant et les thérapeutes doivent fonder leurs décisions sur une évaluation commune de l'environnement et des aspects médicaux, psychiques, sociaux et fonctionnels.

382 Stratégie nationale en matière de démences 2014–2019, www.ofsp.admin.ch

383 Art. 382 à 387 CC.

Dans certaines situations, les personnes incapables de discernement et confuses ne sont plus en mesure de s'orienter et s'exposent dès lors à des dangers. Le droit de la protection de l'enfant et de l'adulte règle les conditions auxquelles une limitation de la liberté de mouvement est admissible.³⁸⁴ Une telle mesure peut être ordonnée soit pour parer à un danger sérieux pour la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou de tiers, soit pour éviter un trouble grave de la vie communautaire. Cette restriction doit être suspendue dès que possible et être consignée dans un procès-verbal.

4.9 Décisions médicales relatives à la fin de la vie

Le traitement, la prise en charge et l'accompagnement de patients confrontés à leur propre mort est une tâche centrale de la médecine qui exige un grand respect de la dignité et de la volonté propre du patient ainsi qu'une grande responsabilité éthique. Les situations cliniques concernées sont variées et souvent complexes. Plusieurs directives de l'ASSM³⁸⁵ en la matière font office de guides pour une pratique confrontée à des défis éthiques.

Par «décisions médicales relatives à la fin de la vie», on entend tous les actes et toutes les omissions susceptibles d'abrèger ou abrégeant de manière certaine la durée de vie d'une personne gravement malade, voire d'entraîner son décès. On parle souvent à cet égard d'«euthanasie», bien qu'on ait pu observer ces dernières années une tendance croissante à utiliser cette notion au sens strict comme terme général pour l'assistance au suicide et le meurtre sur demande du patient.

Le tableau suivant propose un aperçu des différentes formes de décisions médicales relatives à la fin de la vie.

384 Art. 383 à 385 CC; à ce sujet, voir également la directive médico-éthique de l'ASSM «Mesures de contrainte en médecine» (2015).

385 Voir à ce sujet «Soins palliatifs» (2006), «Décisions de réanimation» (2008), «Mesures de soins intensifs» (2013) et «Attitude face à la fin de vie et à la mort» (2018).

Formes et classement juridique des décisions médicales relatives à la fin de la vie

Décisions médicales relatives à la fin de la vie (aide au décès*)	Type de décès	Statut juridique
Renonciation ou interruption des mesures de maintien en vie potentiel conformément à la volonté (présumée) du patient (euthanasie passive)	On renonce aux traitements médicaux ou on les interrompt s'ils s'avèrent inefficaces ou superflus en ce qui concerne le maintien en vie. Dans le cadre d'une thérapie limitée, on renonce à certaines mesures de maintien en vie parce que les atteintes à la qualité de vie qui y sont liées dépassent, de l'avis du patient, le bénéfice attendu de la prolongation éventuelle de la durée de la vie, ou parce que le patient souhaite renoncer à la thérapie pour d'autres motifs. On part en général de l'idée que la renonciation ou l'interruption d'un traitement de maintien en vie conduit à raccourcir la durée de vie.	légal
Traitement de la douleur, de la détresse respiratoire et d'autres symptômes lourds dans l'acceptation du risque que la vie soit abrégée conformément à la volonté (présumée) du patient (euthanasie active indirecte)	On administre une thérapie symptomatique suffisante. L'effet de dépression respiratoire des médicaments utilisés à cette fin peut en principe raccourcir la durée de vie.	légal
Assistance au suicide Cf. chap. 4.10	Le patient capable de discernement s'administre une dose létale d'un médicament délivré sur ordonnance. L'assistance au suicide comprend les actes accomplis dans l'intention de permettre le suicide, en particulier la prescription ou la remise d'un médicament aux fins de se donner la mort.	légal si la personne ayant prêté assistance en vue du suicide n'est pas poussée par un mobile égoïste: art. 115 CP
Meurtre à la demande du patient	Utilisation d'un ou de plusieurs médicaments en dose létale aiguë afin de mettre fin à la vie d'un patient qui le souhaite de manière sérieuse et insistante.	Illégal et punissable: art. 114 CP
Meurtre sans demande expresse du patient	Utilisation d'un ou de plusieurs médicaments en dose létale aiguë afin de mettre fin à la vie d'un patient.	Illégal et punissable, art. 111, 113 et 117 CP

* L'assistance au suicide et l'assistance active au décès à la demande du patient sont de plus en plus souvent assimilées à l'euthanasie (au sens strict).

Quelques situations particulières

Les situations suivantes sont courantes dans la pratique, mais ne sont pas encore réglementées expressément par la loi :

- *Un patient dément refuse de plus en plus de s'alimenter, voire aussi de s'hydrater*: selon les directives de l'ASSM, un tel comportement doit être considéré, après un diagnostic sérieux qui exclut une affection susceptible d'être traitée (trouble de la déglutition, pathologie gastro-intestinale), comme étant l'expression de la volonté du patient qui doit être respectée, et il convient alors de renoncer à poser une sonde de gastrostomie endoscopique percutanée pour le contraindre à s'alimenter. Il convient cependant de continuer à lui proposer régulièrement nourriture et boissons.
- *Plonger un patient en phase terminale dans un coma permanent et profond jusqu'à son décès (sédation palliative)*: dans les situations où un symptôme est réfractaire à la thérapie et persiste de manière insupportable pour le patient, il existe l'option d'une sédation palliative temporaire ou permanente, à savoir l'administration contrôlée de médicaments sédatifs. Un patient ne peut toutefois pas être plongé dans une sédation profonde permanente afin de provoquer délibérément son décès. Il s'agit au contraire d'alléger le processus de la mort qui est déjà en cours. Une telle sédation ne peut donc être administrée qu'à des personnes mourantes à des conditions contrôlées, sur la base de standards professionnels et moyennant le protocole correspondant.
- *L'accompagnement et le traitement des symptômes en cas de renoncement volontaire à l'alimentation et à l'hydratation (RVAH; jeûne ante mortem)*: certains patients choisissent le RVAH comme possibilité d'accélérer le processus de la mort. Le renoncement est volontaire lorsque l'on dispose de la volonté clairement exprimée d'une personne capable de discernement. Dans la phase terminale, les sensations de faim et de soif diminuent souvent. Cela peut favoriser la décision de renoncer à s'alimenter et à s'hydrater et à faciliter la mise en œuvre pour toutes les personnes concernées. Le souhait de RVAH peut cependant être exprimé à différents stades d'une maladie et soulever, par conséquent, diverses questions éthiques.³⁸⁶

386 Voir à ce sujet le chap. 6.2.2. de la directive médico-éthique de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort» (2018).

4.10 Assistance au suicide

En Suisse, l'assistance au suicide n'est pas punissable si la personne qui souhaite mourir est capable de discernement, met elle-même fin à ses jours et si la personne qui l'assiste n'agit pas pour un mobile égoïste.

En Suisse, l'assistance au suicide au sens de l'art. 115 du Code pénal n'est pas punissable pour autant qu'elle ne repose pas sur un mobile égoïste. Les limites posées à cet égard sont définies par le Code pénal: «Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de 5 ans ou plus ou d'une peine pécuniaire.» Cela signifie que l'assistance au suicide n'est pas punissable si les trois conditions suivantes sont cumulativement et simultanément réalisées:

- La personne qui souhaitait mourir détenait elle-même la maîtrise de l'acte menant au décès.
- La personne qui a proposé son assistance au suicide n'a pas été poussée par un mobile égoïste.
- La personne qui s'est suicidée était capable de discernement en ce qui concerne son propre souhait de mourir.

Fort de ce contexte libéral sur le plan du droit pénal, la Suisse a fait preuve, durant ces vingt dernières années, d'une grande tolérance en comparaison de l'approche internationale de l'assistance au suicide.

L'assistance au suicide recouvre les actes accomplis dans l'intention de permettre à une personne capable de discernement de se suicider, en particulier la prescription ou la délivrance d'un médicament aux fins de se donner la mort.

Le pentobarbital de sodium utilisé dans le cadre de l'assistance au suicide est soumis tant à l'Ordonnance sur les tableaux des stupéfiants qu'à la Loi sur les produits thérapeutiques (classification B). Il ne peut donc être prescrit que par des médecins autorisés à pratiquer en qualité d'indépendants, étant précisé que ces derniers sont tenus, ce faisant, d'observer les règles reconnues des sciences médicales.

Les autorités cantonales de surveillance contrôlent le respect des obligations en la matière; si les médecins n'honorent pas de telles obligations, les cantons peuvent prendre des mesures disciplinaires telles qu'un blâme ou un retrait partiel ou complet de l'autorisation de pratiquer.

En ce qui concerne la question de savoir ce que recouvrent les règles reconnues des sciences médicales dans le cadre de la prescription de pentobarbital de sodium à des fins de suicide, le Tribunal fédéral a considéré, dans un arrêt de 2006, que la prescription de pentobarbital de sodium destinée à permettre à un patient de se suicider exige «un diagnostic, une indication et un entretien explicatif répon-

dant aux règles des devoirs professionnels et des devoirs de diligence du médecin». Par ailleurs, l'examen et la documentation de la capacité de discernement du patient revêtent une importance centrale en ce qui concerne le souhait de celui-ci de mettre fin à ses jours. À cet égard, seul un médecin peut juger de la capacité de discernement du patient concerné.

Dans l'arrêt susmentionné, le Tribunal fédéral se réfère expressément aux directives médico-éthiques de l'ASSM de 2004 pour «la prise en charge des patientes et patients en fin de vie». Depuis lors, ces directives ont fait l'objet d'une refonte totale et la version révisée a été publiée en 2018 sous le titre «Attitude face à la fin de vie et à la mort».

Selon la directive révisée, l'assistance au suicide apportée aux patients capables de discernement est défendable lorsque les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles du patient lui causent une souffrance qu'il juge insupportable et que les autres options ont échoué ou ont été jugées inacceptables par le patient. Le souhait du patient de ne plus vouloir vivre dans cette situation insupportable doit être concevable pour le médecin compte tenu de l'histoire du patient et après des entretiens répétés. Le désir de mourir du patient doit en outre être mûrement réfléchi et persistant, et ne pas résulter d'une pression extérieure. La directive souligne toutefois que les patients n'ont pas de droit à une assistance au suicide et que chaque médecin est libre d'accomplir ou non un tel geste.

La FMH a refusé de reprendre la directive révisée sous cette forme dans son Code de déontologie; elle considère notamment que le critère des «souffrances insupportables» prête le flanc à la critique. Jusqu'à nouvel avis, le Code de déontologie de la FMH renvoie à l'ancienne version de la directive de 2004.

Outre la problématique de l'assistance au suicide envers les personnes atteintes de maladies psychiques, l'exigence d'une telle aide apportée aux personnes atteintes de démence à un stade peu avancé, âgées ou lassées de vivre, mais, dans une large mesure, en bonne santé physique et psychique, soulève des questions délicates en pratique, sans pour autant que la jurisprudence n'y ait à ce jour apporté de réponses claires. Dans sa prise de position de mars 2012, l'ASSM considère que le recours croissant à l'assistance au suicide relève, dans sa globalité, de la responsabilité de la société et ne doit pas être délégué au corps médical. Une discussion de fond sur ces questions controversées s'avère impérieuse.³⁸⁷

387 «Problèmes de l'assistance médicale au suicide. Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM», BMS 2012; 93 (11): 411/12.

4.11 Mesures de contrainte en médecine

Sont réputées mesures de contraintes toutes les atteintes auxquelles il est procédé contre la volonté déclarée ou en dépit de l'opposition d'une personne. Cela inclut également des mesures moins invasives, notamment le fait de contraindre une personne à se lever, à s'alimenter ou à participer à une séance thérapeutique.

La pratique fait la distinction entre entrave à la liberté et traitement forcé. On parle d'entrave à la liberté lorsque seule la liberté de mouvement est restreinte (p. ex. l'internement dans un établissement fermé). Les entraves majeures à la liberté sont la contention (p. ex. avec des sangles) ou l'isolement (p. ex. dans une chambre d'isolement). Lorsqu'il y a non seulement atteinte à la liberté, mais également à l'intégrité physique d'une personne, notamment en cas de médication forcée, il s'agit d'une mesure de contrainte médicale avec atteinte à l'intégrité physique. On utilise alors le terme de «traitement sous contrainte».

Les mesures de contrainte impliquent toujours une atteinte grave au droit à l'autodétermination et à la liberté personnelle. Néanmoins, elles ne sauraient être systématiquement écartées en dernier recours. En cas de mise en danger aiguë de soi ou d'autrui, elles constituent parfois l'unique possibilité de prévenir un dommage plus important. Lors de la mise en œuvre des mesures de contrainte, il convient de veiller tout particulièrement à respecter les principes de proportionnalité et de subsidiarité; cela signifie qu'une telle mesure doit être premièrement nécessaire, et deuxièmement adaptée.³⁸⁸ Si plusieurs mesures apparaissent adaptées, il faut choisir celle qui est la moins lourde pour l'intéressé. Ces conditions doivent être examinées de cas en cas pour chaque patient. La durée de la mesure de contrainte doit, elle aussi, être adaptée à sa nature et à l'état du patient. Cette évaluation doit tenir compte du fait que la mise en œuvre d'une mesure de contrainte peut entraîner des dommages somatiques ou psychiques. La communication avec le patient concerné avant, pendant et après une mesure de contrainte est essentielle.

Dans les situations d'urgence présentant un risque élevé de mise en danger de soi ou d'autrui, la nécessité de prendre des mesures de contrainte n'est guère contestée. En revanche, plus délicates sont les situations dénuées de tout caractère d'urgence dans lesquelles prévalent les aspects liés à la sécurité ou à une mise en danger de la santé, en particulier en matière de gériatrie et de psychiatrie. En effet, il n'est pas toujours évident, dans ces domaines, de savoir si le principe de «faire du bien» l'emporte réellement sur la restriction des droits de la personnalité et de la liberté, à savoir sur une atteinte ponctuelle à l'autonomie du patient. Dans de telles situations, comment doit-on mettre en œuvre l'autonomie du pa-

³⁸⁸ Cela suppose un examen préalable de toutes les possibilités alternatives à une mesure de contrainte et que seule une telle mesure soit apte à écarter la mise en danger.

tient ? Quand des mesures médicales d'urgence peuvent-elles – doivent-elles – être prises contre le gré de la personne concernée, voire si celle-ci s'y oppose activement ? La directive publiée en 2015 par l'ASSM³⁸⁹ pose un cadre afin de pouvoir répondre à ces questions dans ce contexte délicat. Elle tient notamment compte des exigences légales du droit de la protection de l'enfant et de l'adulte entré en vigueur en 2013.

Le placement à des fins d'assistance (PAFA)

Il y a PAFA lorsqu'une personne est placée contre sa volonté dans une institution appropriée afin d'y être traitée et assistée. Pour qu'un PAFA puisse être ordonné, il faut que la personne concernée se trouve dans un état de faiblesse (troubles psychiques, déficience mentale ou grave état d'abandon) nécessitant une assistance ou un traitement qui ne peuvent lui être fournis d'une autre manière que par le biais d'un PAFA dans une institution appropriée (besoin de protection individuel).³⁹⁰ La charge que la personne concernée représente pour ses proches ou pour des tiers peut constituer un critère supplémentaire important pour ordonner un PAFA; en revanche, elle ne justifie pas en soi un PAFA. Ce dernier constituant une atteinte grave au droit fondamental qu'est la liberté personnelle, il n'entre en ligne de compte qu'à titre d'*ultima ratio* (voir ci-dessus). L'autorité de protection de l'adulte est compétente pour ordonner le placement et la libération. Les cantons peuvent désigner des médecins qui sont également habilités à ordonner un tel placement, étant précisé que, dans un tel cas, la durée du placement est limitée à 6 semaines.³⁹¹ La personne placée a le droit de désigner une personne de confiance et le placement doit périodiquement être réexaminé.

Si le placement est ordonné à des fins de traitement, le médecin traitant établit un programme en collaboration avec la personne concernée ou la personne de confiance. Si la personne concernée est capable de discernement, le plan de traitement doit être soumis à son consentement. Le principe du consentement éclairé (informed consent) s'applique alors. Si en revanche, la personne placée est incapable de discernement, le médecin doit «prendre en considération» d'éventuelles directives anticipées (cf. chap. 3.6). En cas de PAFA également, il convient de respecter, dans la mesure du possible, les directives anticipées, même si elles ne revêtent pas un caractère impératif absolu. Le PAFA est une mesure de contrainte, mais n'autorise pas, en soi, la médication forcée de la personne concernée. La loi règle le traitement sous contrainte sous le titre de «traitement sans consentement».³⁹² Un tel traitement doit être prescrit par le médecin-chef du service

389 «Mesures de contrainte en médecine», directives médico-éthiques de l'ASSM (2015).

390 Art. 426 CC.

391 La décision de placement rendue par le médecin doit contenir au moins les indications suivantes:

1. le lieu et la date de l'examen médical; 2. le nom du médecin; 3. les résultats de l'examen, les raisons et le but du placement; 4. les voies de recours (art. 430 al. 2 CC).

392 Art. 434 CC.

concerné et exige notamment que l'intéressé n'ait pas la capacité de discernement requise pour saisir la nécessité du traitement, et que sa vie ou son intégrité physique ou celles de tiers soient gravement mises en péril. En cas d'urgence, il est en outre possible d'administrer immédiatement les soins médicaux indispensables pour parer aux risques aigus liés à la situation. Ces règles s'appliquent exclusivement au traitement de troubles psychiques dans le cadre d'un PAFA. En cas de maladie somatique, il convient de respecter les droits de représentation dans le domaine médical des personnes incapables de discernement même si celles-ci font l'objet d'un PAFA (cf. chap. 3.1 et chap. 3.4). Les dispositions relatives à la limitation de la liberté de mouvement dans les établissements médico-sociaux s'appliquent par analogie aux mesures restreignant la liberté (contention, isolation) (voir ci-dessus).

En cas de PAFA, la protection juridique est renforcée. La personne concernée ou l'un de ses proches peut saisir le juge dans les cas suivants: lorsqu'un placement à des fins médicales est ordonné, lorsque l'institution retient ou rejette une demande de libération, et en cas de traitement sans consentement ou de limitation à la liberté de mouvement. Le délai pour saisir le juge est en principe de 10 jours à compter de la notification de la décision.

Le nouveau droit de la protection de l'adulte a renoncé à introduire des bases légales fondant le traitement ambulatoire sous contrainte. Une réserve expresse permet toutefois aux cantons de légiférer dans ce domaine. Ceux-ci sont habilités à réglementer le suivi et à prévoir des mesures ambulatoires. De nombreux cantons ont fait usage de cette possibilité. En général, ils attribuent à l'autorité de protection de l'adulte la compétence d'imposer à la personne concernée un traitement médical ou l'administration des médicaments prescrits par le médecin. De telles mesures visent à prévenir des PAFA ou à éviter des rechutes.

Traitement imposé indirectement par le juge pénal ou l'assureur

Conformément au Code pénal, si l'auteur est atteint de troubles psychiques ou s'il est dépendant aux stupéfiants, le juge pénal peut ordonner une mesure thérapeutique stationnaire ou un traitement médical ambulatoire.³⁹³ Dans le cadre des thérapies ambulatoires, la pression poussant le patient à collaborer est forte compte tenu, en cas d'interruption du traitement, de la menace d'exécution de la peine privative de liberté suspendue.

Par ailleurs, dans différents domaines d'assurance, les assurés sont tenus de réduire le dommage. Ils sont ainsi indirectement contraints de se faire traiter: les assureurs-accidents, l'assurance militaire et l'AI peuvent exiger qu'une personne se soumette à des traitements que l'on peut raisonnablement exiger, y compris des interventions invasives, si cela peut améliorer sa capacité de travail. Même

393 Art. 56 ss CP.

l'assurance d'indemnités journalières peut exiger qu'un assuré subisse un traitement médical raisonnablement acceptable si un tel traitement est susceptible de lui faire récupérer sa capacité de travailler. Bien entendu, cette contrainte exercée indirectement par l'assureur ne saurait remplacer le consentement du patient au traitement; celui-ci peut refuser et s'accommoder du fait que l'assurance supprime ou réduise ses prestations d'indemnités journalières ou de rentes.

4.12 Prise en charge médicale de patients en cours d'exécution de peine

Les droits fondamentaux des citoyens doivent aussi être respectés en cas de participation des médecins à l'exécution de la peine, que ce soit dans le cadre de mesures de contrainte policières (p. ex. les renvois) ou dans celui de la prise en charge médicale de personnes détenues.

Ces dernières années, diverses organisations internationales (ONU, Conseil de l'Europe, etc.) ont élaboré des lignes directrices relatives à la prise en charge des personnes détenues. L'ASSM a, elle aussi, adopté en 2002 des directives pour «l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues», qui ont été reprises par la FMH dans son Code de déontologie. Ces directives ont été mises à jour en 2013 et complétées en 2015 et 2018.

Les personnes en cours d'exécution de peine ont en principe les mêmes droits que les autres citoyens en ce qui concerne leur santé. Ils peuvent prétendre à des soins qui, sur le plan médical, soient équivalents à ceux de la population en général.³⁹⁴ Comme dans chaque relation entre médecin et patient, un acte diagnostique ou thérapeutique ne peut être entrepris sur une personne détenue que si celle-ci a reçu des explications et donné son consentement libre et éclairé. Cette dernière a en outre droit au respect de la confidentialité et de la protection des données. Le secret médical au sens de l'art. 321 CP s'applique en principe aussi envers le personnel surveillant d'un établissement pénitentiaire. C'est pourquoi il est de la responsabilité du médecin de conserver les dossiers médicaux en lieu sûr. Des exceptions au secret médical sont admises p. ex. lorsqu'il s'agit de prévenir la propagation de maladies contagieuses ou en cas de risque immédiat de gestes auto- ou hétéro-agressifs de la part de la personne détenue ou pour d'autres motifs liés à l'exécution de la peine. Il convient cependant d'examiner chaque cas particulier.

394 Voir également l'art. 80, al. 1 CP: «Il est possible de déroger en faveur du détenu aux règles d'exécution de la peine privative de liberté: a. lorsque l'état de santé du détenu l'exige, b. durant la grossesse, lors de l'accouchement et immédiatement après, c. pour que la mère puisse vivre avec son enfant en bas âge, pour autant que ce soit aussi dans l'intérêt de l'enfant.»

Des conflits peuvent surgir si un médecin est témoin de mesures disciplinaires graves (p.ex. l'isolement), voire constate des mauvais traitements. Des mesures disciplinaires ne peuvent être prises que si elles ne compromettent pas la santé de l'intéressé; le médecin traitant doit consigner les informations relatives aux mauvais traitements et les transmettre aux autorités de surveillance. Des tensions peuvent aussi survenir entre la mission punitive de l'établissement pénitentiaire et la protection de la santé si du matériel de désinfection et des seringues à usage unique sont mis à disposition afin de diminuer les risques en cas de consommation de substances addictives. Pour des raisons fondamentales, le médecin doit pouvoir bénéficier d'une totale indépendance vis-à-vis des autorités policières ou pénitentiaires et ne fonder ses décisions que sur des critères strictement médicaux.

4.13 Prise en charge médicale des sans-papiers et des requérants d'asile

Les sans-papiers et les requérants d'asile bénéficient eux aussi du droit au secret médical. Les requérants d'asile sont obligatoirement assurés à l'assurance-maladie, mais doivent, dans certains cantons, être pris en charge selon le modèle du Managed Care. Les requérants d'asile déboutés ou qui ont fait l'objet d'une décision de non-entrée en matière demeurent aussi couverts selon la LAMal, mais ne reçoivent que l'aide d'urgence, et non l'aide sociale.

«Du point de vue juridique, les sans-papiers ont, au même titre que toutes les personnes domiciliées en Suisse, l'obligation de contracter une assurance-maladie, et bénéficient du droit à la réduction de primes et à l'accès aux prestations de base. Les assureurs sont tenus d'affilier les sans-papiers et ne peuvent transmettre des informations à leur sujet. Les professionnels de la santé sont également tenus au secret.»³⁹⁵

«Les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne bénéficient pas d'une autorisation de séjour» sont assurés selon la LAMal. Les cantons peuvent cependant les assigner à un modèle de Managed Care et limiter le choix de l'assureur.³⁹⁶ En 2011, le Tribunal fédéral a jugé³⁹⁷ que «les requérants d'asile déboutés domiciliés en Suisse restent soumis à l'assurance-maladie obligatoire jusqu'à leur départ de Suisse. Les primes d'assurance-maladie incombant aux requérants d'asile déboutés qui sont au bénéfice de l'aide d'urgence doivent être prises en charge par l'autorité compétente en matière d'aide sociale». La dernière révision de la Loi sur

395 www.ofsp.admin.ch → Stratégie & politique → Stratégies nationales en matière de santé
→ Égalité des chances en matière de santé → Égalité des chances dans le système de santé
→ Accès aux soins de santé des sans-papiers.

396 Art. 82a de la Loi sur l'asile.

397 ATF 138 V 310.

l'asile (entrée en vigueur le 1^{er} mars 2019) prévoit, elle aussi que les requérants d'asile déboutés restent couverts par l'assurance-maladie obligatoire sur la base de l'art. 3 LAMal. Ils sont en revanche exclus de l'aide sociale depuis 2014³⁹⁸ et n'ont droit qu'à l'aide d'urgence prévue par la Constitution fédérale³⁹⁹, à moins qu'un tiers ne soit tenu de pourvoir à leur entretien.⁴⁰⁰ Les personnes concernées peuvent demander l'aide d'urgence au canton compétent; si elles sont hébergées dans un centre de la Confédération, celle-ci demeure compétente en matière d'aide d'urgence.⁴⁰¹

La prise en charge médicale liée au renvoi des requérants déboutés est régie par les directives de l'ASSM de 2002/2018 pour «l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues» (sur les contre-indications médicales à un renvoi dans le pays d'origine, voir le chap. 6.10 ci-dessous).

398 Art. 82 de la Loi sur l'asile. Modification de la Loi sur l'asile du 14 décembre 2012, entrée en vigueur en 2014.

399 Art. 12 Cst.

400 Art. 81 de la Loi sur l'asile.

401 Art. 80 de la Loi sur l'asile.