

---

## AVIS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE

JANVIER 2021

---

Les demandeurs sont praticiens hospitaliers, chef de service et cadre de santé au service de pneumologie de l'hôpital Calmette.

Depuis peu ils accueillent un patient Georgien d'une cinquantaine d'année, qui est venu consulter en France, dans l'espoir de se faire soigner, suite à la détection dans son pays d'une masse pulmonaire associée à de grosses douleurs neuropathiques. L'homme est arrivé accompagné de sa femme, médecin pédiatre, et de son fils, apportant avec lui quelques résultats d'examens.

Face aux douleurs du patient, le service a décidé de l'hospitaliser et de réaliser un bilan diagnostique qui a révélé un cancer épidermoïde pulmonaire localement très avancé, avec suspicion de métastases ganglionnaires. A l'heure actuelle les douleurs du patient sont encore difficilement gérables.

Dans cette situation, le traitement adéquat reposerait sur de la chimiothérapie, suivie de radiothérapie (au Centre Oscar Lambret) avec une possibilité de rémission estimée à 15% (survie à 5 ans).

Cependant, cet homme n'étant pas réfugié et ne pouvant bénéficier de la CMU, dont les droits sont ouverts à compter de 3 mois de résidence sur le sol français, il ne dispose actuellement d'aucune couverture sociale. Par ailleurs, si les soins nécessaires étaient urgents ils pourraient être pris en charge, mais dans le cas d'un cancer il s'agit d'une urgence « relative » et non d'une urgence « absolue ».

L'assistante sociale et le service facturation du CHU, contactés par les médecins, indiquent que la seule possibilité serait que le pôle prenne à sa charge le coût des traitements. L'équipe se retrouve face à une double problématique : d'une part la chimiothérapie est particulièrement coûteuse, d'autre part le Directeur du Centre Oscar Lambret a indiqué qu'il ne prendrait pas en charge le patient dans le cadre de la radiothérapie à visée curative sans couverture sociale. Or sans radiothérapie le traitement serait incomplet et inutile.

Du point de vue des médecins, et de leur position humaniste, il est très difficile d'envisager de ne pas soigner ce patient. Après réflexion avec le chef de service, l'équipe projette de mettre en place une chimiothérapie « peu coûteuse » en hôpital de jour durant 3 mois, associée à une radiothérapie à visée antalgique au Centre Oscar Lambret (dans ce cadre le Directeur a donné son accord) afin d'atteindre la mise en place de la CMU, auquel cas le Centre Oscar Lambret accepterait de poursuivre la 2<sup>ème</sup> phase de traitement avec la radiothérapie à visée curative.

Cependant, n'est-ce pas « contourner » la loi ? S'il existe un délai de 3 mois avant d'avoir droit à la CMU pour les patients venant d'un autre pays, n'est-ce pas aller à l'encontre des règles de la société que de prendre la décision de les soigner à l'échelle du service ?

Cette situation met mal à l'aise les médecins dans leur relation avec le patient. Celle-ci est altérée par cette prise de décision de prise en charge ou non des traitements, de soigner ou non.

Mais est-ce au médecin de prendre cette décision ? Au sein du CHU l'équipe du service de pneumologie n'a pas sollicité l'avis du Directeur Général, contrairement au Centre Oscar Lambret, il existe ici un déséquilibre dans la responsabilité liée à la prise de décision : d'un côté les médecins, de l'autre l'institution.

Ainsi, le questionnement de la saisine pourrait se formuler comme suit :

**Est-ce à l'équipe soignante de décider, dans le cadre d'une urgence relative, si elle doit prendre en charge un patient n'ayant pas de couverture sociale, le coût étant imputable à l'institution ?**

I. FORMULATION DU QUESTIONNEMENT.....	2
1. Les données du conflit éthique .....	2
2. Programme de travail .....	3
II. ANALYSE DE LA QUESTION AU REGARD DES NORMES JURIDIQUES .....	5
1. Les normes juridiques de l'AME.....	5
2. Les principes de ces aides : humanitarisme et solidarité.....	6
III. LE ROLE DU MEDECIN ENCADRE PAR LES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES .....	8
1. Un impératif thérapeutique ? .....	8
2. Bien commun et bien des individus .....	10
IV. UNE POSSIBLE RESPONSABILITE DE L'ADMINISTRATION DANS LA PRISE DE DECISION ?.....	12
1. Le dialogue entre médecins et administration .....	12
2. Une commission de délibération et de décision hospitalière ? .....	14
V. CONCLUSIONS.....	14
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	15

**Pour la commission d'éthique consultative de l'EEHU de Lille, rédacteur : Nicolas Richer**  
**Relecteurs : Robin Cremer, Magalie Vandenbergue, Céline Devaux, Nathalie Assez, Stéphane Zygart**

## I. FORMULATION DU QUESTIONNEMENT

---

### 1. Les données du conflit éthique

Les équipes soignantes des services hospitaliers reçoivent régulièrement des demandes de soin adressées par des patients étrangers et sont parfois amenées à les leur dispenser. Certains d'entre eux sont couverts par leurs mutuelles privées, leurs systèmes de santé nationaux, ou sont admissibles à l'obtention d'aides françaises en faveur des étrangers en difficulté. D'autres demandeurs n'ont en revanche pas de couverture destinée aux soins, ne sont pas éligibles à l'obtention d'aides sociales, et n'ont pas les fonds propres pour assumer des coûts médicaux parfois fort élevés. Face aux grands besoins d'une partie de ceux-là, les services des hôpitaux publics sont confrontés à un choix : soigner et prendre en charge le coût des traitements, ou ne pas prodiguer l'intégralité des soins espérés et ménager des budgets hospitaliers en tension.

L'un des problèmes qui peut ici se poser est celui du bien commun et de la solidarité : les fonds des hôpitaux publics reposent sur la participation financière des citoyens à différents niveaux. Étant donné ce système de solidarité, est-il juste d'utiliser une part des fonds et des ressources humaines dépendant des cotisations des citoyens pour soigner des étrangers n'ayant pas participé à la vie de cet organisme ? Cette question se pose surtout en ce que leur prise en

charge est susceptible d'avoir un impact sur les budgets destinés aux soins des personnes ayant cotisé. Par exemple, cela peut rendre indisponible un lit ou encore allonger les délais de prise de rendez-vous. La perspective humaniste doit-elle primer sur la perspective civique ?

La question s'est posée de cette manière aux demandeurs motivant cette saisine : leur service hospitalier a commencé à prodiguer des soins à un patient étranger atteint d'un cancer localement avancé. D'une part, sa pathologie n'entre pas dans le type des urgences absolues déclenchant une prise en charge financière immédiate, et le patient n'entre pas non plus dans la catégorie de réfugié pouvant donner accès à des soins financés par l'État. D'autre part, il n'aurait pas de fonds personnels suffisants pour financer la chimiothérapie et la radiothérapie dont les coûts sont très élevés, et il ne bénéficie pas de couverture sociale provenant du pays d'origine.

En ce qui concerne les aides françaises à destination des malades étrangers, le service hospitalier espère que ce patient deviendra éligible à un fonds accordé à ceux qui ont résidé trois mois sur le sol français, en l'occurrence l'Aide Médicale d'État (AME) à laquelle nous nous intéresserons plus particulièrement. Le problème qui s'est alors présenté aux praticiens hospitaliers était celui de savoir s'il est acceptable que le service prenne en charge les frais d'un traitement provisoire moins coûteux durant trois mois, avec l'espoir qu'une aide de ce type soit accordée au terme de ce trimestre, ce qui permettrait alors la mise en place du traitement plus coûteux.

Cependant, en procédant ainsi, les membres du service peuvent avoir le sentiment de se placer dans une position ambiguë vis-à-vis de la règle sociale qui impose un délai de trois mois avant que ne soient éventuellement versés les financements : faire assumer le coût du traitement à l'hôpital durant le premier trimestre de séjour, serait-ce aller contre l'esprit de cette règle commune, et serait-ce prélever des fonds collectifs pour les utiliser en dehors des cadres de participation solidaire ?

Face à ces interrogations, les demandeurs ont manifesté un besoin de clarification. Un médecin peut-il, en tant que médecin, prendre en considération les données économiques et le bien commun, ou doit-il se concentrer sur l'individu et lui apporter les soins qu'il demande à la charge de l'institution ? Cela revient aussi à se demander à qui pourrait revenir la responsabilité de prendre une décision en tenant compte de la collectivité, pour tel ou tel cas médical. Est-ce aux cadres de santé, aux chefs de service, aux chefs de pôles ou à une autre autorité comme le directeur général ?

Ce problème a un impact sur la relation de soin entre le malade et le personnel soignant. Les hésitations et les doutes légitimes des membres du service sont ressentis par le malade et les proches l'ayant accompagné en France. Le besoin d'approfondir les réflexions sur cette situation devient nécessaire.

## **2. Programme de travail**

Pour traiter au mieux cette question, quelques écueils doivent être évités, d'abord, celui des intentions du malade. Celles-ci touchent à beaucoup de problèmes posés par cette saisine. Nous tâcherons de distinguer les intentions objectivement identifiables de celles qui ne peuvent être appréhendées que par le biais d'hypothèses. Certaines intentions sont lisibles. Les faits peuvent les traduire et le malade peut les exprimer librement. Par exemple, dans le cas qui nous occupe, le malade se déplace en France après avoir pris connaissance de la gravité de son état de santé, dans une démarche de sélection du système de soin le plus intéressant : l'intention est lisible dans le fait, et le malade l'explique lui-même aux médecins.

D'autres intentions sont incertaines et, de ce fait, ne peuvent fonder une décision. Certes, il est possible que cette saisine ait pu être en partie engagée suite à des doutes sur la sincérité du malade concernant certains points : celui-ci a pu amplifier l'intensité de sa douleur pour persuader les soignants, minimiser ses fonds personnels pour bénéficier de financements exclusivement externes, exprimer de grandes réserves sur la qualité des soins de son pays d'origine, etc. Il y a là autant de doutes qui pourraient éloigner ce cas des situations où des aides financières de portée humanitaire seraient justifiées. La commission considère néanmoins que la vérité de telles intentions est indiscernable en l'absence d'éléments tangibles, bien qu'une équipe médicale puisse en effet déduire et constater de nombreuses choses au sujet de ses patients. Ces éléments ne seront donc pas au cœur des analyses de cet avis.

Ensuite, concernant la possibilité d'obtenir des aides sociales au bout de trois mois, il s'avère que l'Aide Médicale d'État comporte parmi ses critères d'éligibilité un plafond de ressources au-delà duquel le financement n'est pas accordé. Or, le cas du patient étranger dont il est question comporte une inconnue : sa femme a une situation sociale pouvant le faire sortir du cadre de l'AME.

Les problèmes posés par cette saisine conduisent ainsi à s'interroger également sur des enjeux plus larges, c'est à dire sur le bien-fondé d'une prise en charge qui pourrait ne déboucher sur aucune aide sociale au terme des trois mois. En ce cas, on pourrait même se demander si une prise en charge des frais de soin par le service pourrait être mise en place durant tout le traitement, sans aucune aide sociale. Ainsi, en plus de s'interroger sur la possibilité, pour un malade étranger, d'un financement *provisoire* hors du cadre des aides sociales à la charge de la collectivité, il s'agirait aussi de s'interroger sur la légitimité des financements médicaux aux étrangers *en général et de long terme* sortant des cadres institutionnels d'aide humanitaire. La situation médicale présentée à la commission consultative implique une réflexion de plusieurs ordres : étant donné la richesse communément admise d'un pays comme la France, mais considérant en même temps la fragilité de son système de santé, quelles positions les médecins peuvent-ils adopter quant à la possibilité de limites à la prise en charge des malades étrangers ?

La question de ces limites entraîne celle des principes qui les définissent. Du fait que les fonds dépensés dans les soins d'un malade étranger ne seront plus disponibles pour d'autres besoins, quels principes exactement pourraient justifier une démarche d'inspiration humanitaire ou, autrement, un comportement orienté vers une forme de responsabilité citoyenne ? La loi permet-elle à elle seule de trancher ce genre de cas ?

Au-delà de ces contraintes, la relation de soin entre malade et médecin repose sur un dialogue de confiance. Ce dialogue peut porter sur de nombreux sujets : l'adaptation des traitements, le recours à différentes personnes (médecins, travailleurs sociaux, proches...), les risques de tel acte médical, et aussi dans les cas les plus graves, les conditions pouvant permettre une fin de vie la moins dure possible.

Cet avis de la commission consultative abordera donc ces questions au travers de trois étapes principales. Une première analyse sera développée selon le point de vue des normes présentes dans notre société au sujet du soin des malades étrangers : droit national de dimension sociale, contexte économique, valeurs culturelles, autant de paramètres parfois convergents, parfois contradictoires, qui demandent éclaircissements. Un second examen sera apporté en accentuant les réflexions d'ordre thérapeutique : principes éthiques, souci de la relation de soin entre le malade et le médecin, interrogations sur l'envergure du rôle médical (ses attributions se limitent-elles au soin seulement, ou se prolongent-elles autour du soin, voire au-delà du soin ?), il s'agira ici de cerner les spécificités éventuelles de la relation des médecins aux patients étrangers. Un troisième angle d'étude consistera à analyser les interactions possibles entre corps médical et corps administratif au sein de l'institution hospitalière, lorsque se présente un choix concernant l'éventualité d'une prise en charge des soins d'un patient étranger. La question de la responsabilité dans la prise de décision sera ainsi approfondie.

## II. ANALYSE DE LA QUESTION AU REGARD DES NORMES JURIDIQUES

---

### 1. Les normes juridiques de l'AME

Les médecins se trouvant confrontés à un malade étranger en demande de soin, ou étant engagés dans un processus de soin avec lui, peuvent faire d'abord appel aux ressources du droit pour orienter leur action. Dans de nombreux cas, la législation prévoit des réponses standards permettant de décider de la prise en charge ou non du coût des soins, des ressources allouées et de l'origine des fonds. Les critères de sélection à l'attribution des aides peuvent renseigner sur les principes techniques et moraux des différents types d'aides, qu'ils soient humanitaires, citoyens, ou même bureaucratiques. Ces principes sont également mis en évidence lorsque les cadres légaux entrent en conflit ou montrent des carences. Dans le cas qu'étudie cette saisine, où une incertitude quant au cadre légal semble provoquer des hésitations, il est utile d'observer à la fois quelles règles sont en jeu et quels principes les soutiennent.

Plusieurs distinctions ont été opérées pour identifier les droits de la personne malade qui s'est présentée au service médical en question. La première repose sur le fait d'être en France de manière régulière ou irrégulière : les étrangers résidant en France de manière légale sont affiliés s'ils en font la demande, tout comme les nationaux, à la Protection Universelle Maladie (PUMA) de la sécurité sociale qui constitue le régime général de prise en charge des frais de soin. En ce qui concerne les étrangers résidant en France de manière illégale, ils peuvent être pris en charge sous certaines conditions par l'AME, qui est financée quant à elle par l'État.

Dans le cas qui nous occupe, c'est donc l'AME qui est susceptible d'être sollicitée, comme nous l'avons évoqué précédemment. Or, pour bénéficier de l'AME il faut répondre à plusieurs critères, dont celui d'avoir résidé en France pendant au moins trois mois<sup>1</sup>. Un malade étranger dans l'illégalité devant recevoir des soins urgents, avant que ces trois mois ne se soient écoulés, peut recourir à une aide spécifique dite de « prise en charge des soins urgents ». Cette aide reste cependant limitée, puisqu'il est précisé dans le Code de l'action sociale que « seuls sont pris en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître »<sup>2</sup>.

Le cas d'un malade atteint d'un cancer pose alors problème. Certes, l'absence de traitement par chimiothérapie et radiothérapie peut mener à une dégradation importante de la santé du malade, pourtant le cancer est une maladie présentant des aspects chroniques demandant des soins de long terme. Si le texte de loi reste assez général, celui-ci est précisé et interprété par les acteurs sociaux. L'expérience de ce texte de loi en explicite le sens : l'urgence se caractérise par un problème de santé inopiné, demandant des soins immédiats et de court terme. Un malade venant en France pour bénéficier de meilleurs soins, même si sa pathologie est grave, ne peut donc en principe entrer dans la catégorie donnant accès à la « prise en charge des soins urgents ». Un tel malade peut de ce fait se trouver hors de tout cadre de prise en charge avant que trois mois ne se soient écoulés et que l'AME devienne accessible.

---

1 Code de l'action sociale et des familles, Article L251-1.

2 Code de l'action sociale et des familles, Article L254-1, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003).

Par ailleurs, comme cela a été mentionné dans la présentation de la question, l'aide qui peut lui être accordée au terme de ce délai est conditionnée par plusieurs critères, dont l'un est par exemple un plafond de revenus (d'un montant variable selon le nombre de personnes occupant le foyer du malade, avec une base de 752,67 euros par mois en moyenne pour un foyer d'une personne<sup>3</sup>). Si ce plafond est dépassé, cela crée de nouveau une situation hors de tout cadre de financement des soins. Les services hospitaliers peuvent alors être confrontés à des malades aux pathologies préoccupantes leur demandant des soins, mais pour lesquels les législateurs ont estimé que leurs cas ne requerraient pas d'aide financière. Sans financements prévus pour ces malades, les médecins peuvent se sentir soit entravés, soit encadrés, ils peuvent percevoir la législation comme incomplète, mais aussi suffisamment encadrante.

La question peut donc se poser. Faut-il suppléer à ce que l'on peut considérer comme une carence dans le système d'aide, et faire prendre en charge les soins par le service hospitalier ? Ou faut-il respecter les cadres préétablis ? Dans cette seconde perspective le service peut réaliser si besoin des soins urgents à visée antalgique et discuter avec le malade sur les possibilités de prise en charge de sa maladie dans le pays d'origine.

## 2. Les principes de ces aides : humanitarisme et solidarité

Le fonctionnement des aides au financement des soins est fondé sur des textes juridiques. Étant donné qu'une part du sens de ces textes est donnée par l'interprétation, il peut être utile de s'interroger sur les principes ayant conduit à leur élaboration. Ainsi, l'analyse peut tenter de mettre en évidence l'esprit de la loi, c'est-à-dire l'intention ayant conduit à la formation du texte. Partant, si un texte comporte des lacunes, l'interprétation peut mieux y suppléer.

Dans le cas qui nous occupe, serait-il concevable de considérer que, si l'AME a avant tout pour but de permettre le soin de personnes démunies, le délai de trois mois retardant sa mise en œuvre pourrait être parfois ignoré afin d'accomplir au mieux la vocation de l'AME ? Il faut pour mieux comprendre cette question se demander quel est le sens de l'AME. L'histoire et les motivations de sa création sont à distinguer de celles de l'actuelle Protection Universelle Maladie (PUMA).

La PUMA est en France la forme la plus contemporaine des entraides sociales de santé fondées sur la solidarité par cotisation : des individus joignent leurs forces financières au sein de systèmes de mutualisation des coûts, de formes privées au Moyen-Âge et durant l'époque moderne, et évoluant à partir du début du XX<sup>e</sup> siècle vers les formes publiques et étatiques actuelles<sup>4</sup>. Cette solidarité était essentiellement financée par des adhésions volontaires dans le cadre professionnel puis par des cotisations salariales obligatoires, jusqu'à la loi de 1990 diversifiant ces sources par la création d'un impôt, la Contribution Sociale Généralisée (CSG), élargissant le sens d'une solidarité de travailleurs vers celle d'une solidarité de citoyens<sup>5</sup>. Les valeurs aux fondements de l'actuelle PUMA sont donc l'entraide et la participation.

Qu'en est-il de l'AME ? Cette aide tire différemment son origine d'une nécessité morale ressentie par les sociétés de porter secours aux plus pauvres ne pouvant entrer dans des systèmes de participation financière. Elle repose pour sa part historiquement sur un principe de compassion. L'expression en actes de cette compassion fut endossée

---

3 Site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire :

[https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/vous\\_etes\\_etranger\\_en\\_situation\\_irreguliere.php](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/vous_etes_etranger_en_situation_irreguliere.php)

4 GRELLEY Pierre, « Contrepoint — La protection sociale avant la "Sécu" », *Informations sociales*, vol. 189, n° 3, 2015, pp. 20-20.

5 IZAMBERT Caroline, « L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 », dans *Les Cahiers de Georges Canguilhem*, 2014/1, n° 6, p. 205.

institutionnellement en occident avec l'avènement d'un christianisme d'État sous Justinien<sup>6</sup>, donnant naissance à une forme de lieu destiné à l'accueil charitable des plus démunis, l'hôpital, dont la mission n'était pas encore principalement d'apporter des soins médicaux, mais de venir en aide aux miséreux, estropiés, vieillards et exclus<sup>7</sup>. Cette prise en charge de ceux qui ne peuvent s'aider eux-mêmes, sans distinguer les nationaux des étrangers, est un dessein universaliste perpétué depuis lors par le christianisme sous le nom de charité, et qui sera repris et reformulé par les hommes des Lumières dans leur conception laïque de la fraternité. C'est cette valeur compassionnelle envers le genre humain qu'endosse aujourd'hui l'AME : son ancêtre l'Aide Médicale Gratuite (AMG) proposée de 1993 à 2000 était destinée aux malades les plus pauvres résidant en France, Français comme étrangers. À partir la loi 99-641 du 27 juillet 1999, entrée en vigueur en 2000, qui étend l'assurance maladie aux Français les plus pauvres, l'AMG devient l'AME et se spécialise dès lors dans l'aide aux étrangers illégaux sans ressources, en conservant donc sa vocation humanitaire.

Il peut ressortir de cela qu'ignorer exceptionnellement le délai d'un trimestre pourrait être motivé par le respect de « l'esprit de l'AME ». La question était posée au début de saisine de savoir si une prise en charge financière des coûts de soin par les services pouvait faire entorse à un principe de participation civique du malade au système de soin. On voit maintenant que l'AME, qu'il s'agirait ici de précéder, ne repose pas sur l'idée participation comme la PUMA, qui s'adresse à une population de cotisants, mais de compassion, car l'AME est destinée à ceux qui sont dans l'impossibilité de participer à des systèmes économiques d'assurance et de partage des risques.

Deux limites au moins doivent tout de même être signalées. Vouloir précéder l'AME revient en quelques sortes à faire un pari sur le fait que l'AME soit effectivement accordée au terme des trois mois. L'AME est destinée à des personnes aux ressources très modestes, c'est-à-dire comme on l'a vu à des individus dont le cas relève de l'aide humanitaire. Il est donc important pour une équipe médicale de se demander si le malade est en effet dans une situation où il serait dans l'impossibilité de participer financièrement à la prise en charge de ses soins.

On peut aussi s'interroger sur le sens d'un tel délai d'un trimestre avant que la prestation ne soit accordée. Le délai de trois mois vise à rendre l'obtention de l'AME moins facile qu'elle ne l'était jusque 2003, avant quoi cette aide était accessible sans attente<sup>8</sup>. Cela semble correspondre à un souci de ne pas encourager des pratiques de courts séjours visant à recevoir une intervention médicale rendue financièrement intéressante par de possibles remboursements (le Conseil Constitutionnel ayant validé cette réforme dans la mesure où un fonds destiné aux urgences est accessible avant trois mois<sup>9</sup>, comme on l'a vu).

En ce qui concerne le cas de notre saisine, nous avons vu que le malade avait eu pour projet de se déplacer dans un pays proposant des soins perçus comme meilleurs et peut-être aussi pour les dispositifs de prise en charge financière. Ce cas particulier ne représente pas celui de tous les malades étrangers. Pour chaque malade avec lequel se poserait la question de précéder l'AME, il reviendrait donc à l'équipe médicale de déterminer s'il y a objectivement une forme de

---

6 IMBERT Jean (dir.), Histoire des hôpitaux en France. Toulouse : Éditions Privat, 1982, chapitre « les premiers hôpitaux », p.15-32.

7 RISLEY Mary, House of healing : The Story of the Hospital. New York : Doubleday & Company, inc., 1961, chapitre « monastic hospitals », p. 93-101.

8 Voir la loi de finances rectificative pour 2003 votée le 30 décembre 2003 et l'article de GABARRO Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28 — n° 2, 2012.

9 Analyse des discussions législatives et des scrutins publics : Loi de finances rectificative pour 2003. Site internet du Sénat : [https://www.senat.fr/dossier-legislatif/tc/ana\\_pjl03-104.html](https://www.senat.fr/dossier-legislatif/tc/ana_pjl03-104.html)

détournement du sens compassionnel de l'AME, auquel cas le délai réglementaire des trois mois prendrait tout son sens et gagnerait à être respecté.

La question se posait aussi, comme nous l'avons souligné précédemment, de savoir s'il était envisageable pour un service hospitalier de prendre en charge les coûts d'un traitement au long cours dans le cas où aucune prestation financière ne serait accessible. Ce serait par exemple le cas si un malade demandant l'AME se la voyait refuser par dépassement du plafond de revenus. La commission se prononce ici de manière indicative en défaveur de cette idée, d'autant plus quand les traitements ou interventions médicales sont très coûteux : les sommes allouées à l'AME par les législateurs permettent aux services hospitaliers de ne pas déséquilibrer de manière néfaste leur budget ; de ce fait, assumer l'entièreté du prix d'un traitement de long terme, hors du cadre de cette aide, tel que pour une combinaison de chimiothérapie et de radiothérapie, paraît déraisonnable, sauf à s'affranchir de la réalité des coûts et de leurs conséquences.

La question du contexte économique est un paramètre pouvant influencer sur le traitement des demandes de soins provenant de malades étrangers. La Cour des comptes demande régulièrement aux acteurs de l'institution hospitalière de maîtriser des budgets en tension<sup>10</sup>. Un sentiment de prudence économique face à la crise décrite par les instances comptables de l'État tend à s'imposer dans les services hospitaliers. Cet avis ne devant pas s'orienter vers une évaluation du contexte économique, il s'agira plutôt, au travers du second angle d'analyse, de se demander à quel point les médecins peuvent prendre en considération ces données pour décider d'une prise en charge thérapeutique.

### III. LE ROLE DU MEDECIN ENCADRE PAR LES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES

---

#### 1. Un impératif thérapeutique ?

La situation thérapeutique motivant cette saisine est sous-tendue, comme cela est apparu, par différentes contraintes (individuelles, législatives, économiques et bien sûr éthiques), qui peuvent éventuellement confronter un service hospitalier à une difficulté de prise en charge du malade. Cette situation défavorable peut entrer en conflit avec l'idée que, pour un médecin, le fait de soigner ne devrait pas être repoussé par des facteurs externes à la relation de soin, mais qu'il s'agirait d'un devoir, d'un impératif thérapeutique. Aspects limitatifs et éléments incitatifs interrogent l'étendue des attributions des médecins, l'envergure de leur rôle, la circonscription de leur périmètre éthique : dans notre société, un médecin doit-il se concentrer sur le problème thérapeutique ? Faut-il qu'il prenne en considération la gestion de son service hospitalier et même, au-delà de la santé du malade, faut-il penser au bien commun et préserver les ressources financières et thérapeutiques qui seraient mises à son service ?

Cette question peut naturellement renvoyer au serment d'Hippocrate : même si ce texte est ancien et qu'il est loin d'être la source unique de toute l'éthique médicale, sa force symbolique demeure prescriptive et il reste couramment cité pour justifier telle ou telle position, comme cela peut être le cas afin de soutenir l'idée d'un devoir

---

<sup>10</sup> Voir par exemple le rapport de la Cour des comptes de 2018 « Le rôle des CHU dans l'offre de soins, exercice 2011-2017 ».

absolu d'apporter des soins. En réalité, le serment ne formule pas pour un médecin d'obligation à apporter des soins à tout malade se présentant à lui. La seconde partie du serment engage le médecin, lorsque le devoir le porte vers un malade, à agir dans l'intérêt de celui-ci (sans chercher par exemple à séduire quelqu'un de la maisonnée) : « dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrompé en général, et en particulier des relations amoureuses avec les femmes ou les hommes, libres ou esclaves »<sup>11</sup>. Le devoir de se porter vers la maison d'un malade est ici présenté comme éventuel.

Mis à part la référence hippocratique classique, le potentiel devoir d'apporter des soins quelles que soient les circonstances semble abordé en négatif par de nombreux textes contemporains. Ainsi, le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ratifiée par la France en 1948, stipule par exemple que : « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »<sup>12</sup>. Un tel droit semble dessiner en creux pour tel ou tel État le devoir d'apporter des soins à tout homme. Justement, un autre texte plus récent, le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* explicite pour sa part le versant normatif impliqué par ces droits aux soins : « Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit [c'est-à-dire celui "de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre"] devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer [...] la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie »<sup>13</sup>. Malgré leur formulation, plusieurs raisons rendent ces textes plus symboliques que contraignants pour les États les ratifiant : ils sont largement considérés comme du « droit mou » à vocation d'orientation, ne devant pas priver les États de leur souveraineté<sup>14</sup>.

Néanmoins, ces sources peuvent orienter les médecins dans leurs choix pratiques, à l'échelle de leurs services, vers un apport de soin inconditionnel aux malades. Pour mieux cerner la reconnaissance d'un principe d'inconditionnalité des soins, il est utile de s'intéresser à un cas d'espèce où ce principe ressort tout particulièrement, et dont la situation présente des analogies éclairantes pour le cas présent. Il s'agit de la médecine de guerre telle qu'encadrée par la Convention de Genève. Ce texte pousse en effet la prescription d'inconditionnalité des soins à un niveau caractéristique : il énonce le devoir de procurer des soins à tout homme blessé au cours d'une guerre, même à l'adversaire<sup>15</sup>. Cette référence ne vise bien évidemment pas à rapprocher quelque étranger que ce soit de la figure de l'adversaire, mais au contraire à montrer que le devoir d'apporter des soins peut s'étendre très loin, au-delà même des clivages politiques et sociaux. Ceci posé, notons tout de même que ce texte emblématique (ainsi que les textes de l'OMS et les autres traités de dimension humanitaire) engage tout autant la France que les autres pays les ratifiant. Un principe de réciprocité fonde la Convention de Genève : telle nation soignant les soldats adversaires blessés compte sur le fait que les nations belligérantes opposées à elle prendront également soin de tous les combattants blessés quels qu'ils soient. Ainsi, ce type d'accord multilatéral engage aussi les nations à prendre soin des malades et blessés qui sont leurs propres ressortissants. Qu'est-ce à dire ?

---

11 HIPPOCRATE, *Serment*, traduit par Jacques Jouanna, dans *L'Art de la médecine*, Paris : Flammarion, 1999, p. 71.

12 Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, entrée en vigueur le 7 avril 1948, préambule.

13 Article 12, alinéa 2 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, adopté le 16 décembre 1966 par l'Assemblée générale des Nations unies.

14 DELGA Solenne, « Un droit international public de la santé contraignant pour les États ? », dans *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud.*, Dominique KEROUEDAN (éd.), Presses de Sciences Po, 2011, pp. 483-493, § 3.

15 Article 12 de la Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne, adoptée le 12 août 1949.

L'analogie entre les textes humanitaires liés à notre saisine et les textes encadrant les conflits internationaux révèle en fait une limite à une possible inconditionnalité des soins aux malades étrangers. Dans les conflits, ce principe est limité aux cas précis où des soldats blessés tombent, de façon imprévisible, aux mains de la partie adverse du conflit. Dans un cadre humanitaire, ce principe est limité aux cas où des malades en territoire étranger auraient un besoin de soins dans une urgence inopinée. La Convention de Genève ne prévoit pas qu'un soldat blessé franchisse délibérément les lignes adverses pour se faire soigner, de même tel malade se trouvant initialement dans son propre pays doit recevoir légitimement et en priorité les soins que prodigue son propre système de santé. Les textes humanitaires comme celui de la constitution de l'OMS présupposent que chaque pays signataire a le devoir d'assurer la meilleure santé possible pour ses propres citoyens. Ainsi, dans le cas qui nous occupe, les traités en question pourraient être honorés plus directement par le pays auquel le malade se rattache par sa nationalité.

Les services de santé peuvent dans ces circonstances apporter des soins provisoires, palliatifs ou antalgiques, afin de répondre aux besoins les plus urgents du malade. Ce faisant, celui-ci peut trouver le temps et la disponibilité mentale pour contacter les autorités sanitaires de son pays, préparer un retour et une prise en charge dans de meilleures conditions, ou prendre d'autres dispositions. Dans le cas de notre saisine, le malade avait par exemple prévu au moins une alternative au fait d'être soigné en France, à savoir celle de se rendre en Turquie où il considérait que des soins, certes non pris en charge, mais également de qualité, pouvaient lui être apportés.

Une autre éventualité a aussi été discutée en commission. Elle concerne la possibilité pour un médecin d'engager une discussion avec un malade sur la question de la fin de vie. Dans le cas présent d'un malade atteint d'un cancer avancé, cette question délicate se pose nécessairement de façon implicite, même si l'espoir oriente en priorité les esprits vers les solutions possibles de prolongation de la vie. Le rôle d'un médecin peut en tout cas le conduire à expliciter cette question et à engager un dialogue avec le malade sur le meilleur contexte à apporter à ce moment difficile, si le pronostic vital devait devenir de plus en plus défavorable. Parfois, l'acceptation d'une situation contrainte, pour laquelle les chances de rémission s'amenuisent, peut survenir d'un échange de points de vue, et ce dialogue peut à juste raison évoquer les maux affectifs accompagnant une potentielle fin de vie en exil, loin du cadre natal et des proches parents.

## **2. Bien commun et bien des individus**

Les problèmes soulevés par l'idée d'un devoir de soigner, au travers desquels émergent des considérations supranationales, amènent à s'interroger sur les perspectives que peuvent adopter les médecins quant aux fins qu'ils se donnent : comment concilier, dans les questions de santé, la recherche du bien commun et celle du bien des individus ? À quoi correspondent ces biens ?

Cette saisine montre que les médecins ont à considérer deux types de biens communs. L'un correspond à celui que défendent les organisations internationales comme l'OMS, dans une vision politique de type cosmopolite : c'est celui de l'humanité tout entière. Ce bien commun est à distinguer de celui vers lequel tendent en priorité les nations, en règle générale, qui est celui de la communauté nationale. Le premier bien commun a une dimension universelle, totale, le second ressort du particulier, c'est-à-dire qu'il concerne un groupe ayant une histoire et des intérêts qu'ils se reconnaissent comme communs. Ainsi, si la question se pose de déterminer comment servir à la fois le bien commun et celui des individus, il est nécessaire de se situer aussi en fonction de la communauté humaine et de celle de la nation concernée. Notons qu'en principe les biens de ces deux sortes de communs ne s'excluent pas nécessairement.

De quelle manière un médecin peut-il appuyer ses décisions, lorsque sont susceptibles d'entrer en ligne de compte en plus du bien de tel patient, celui de l'hôpital, celui de son pays, et celui de l'humanité ? Considérons d'abord

le bien le plus général, celui de l'humanité, tel que le défendent les organisations internationales par le biais des Droits de l'homme. Cette perspective cosmopolite peut tirer sa légitimité d'une volonté de limiter les phénomènes d'indifférence des communautés d'hommes entre elles et surtout de parer aux injustices provoquées par les conflits entre nations, comme nous l'avons vu avec la convention de Genève. Kant notamment appelle à la création d'un État cosmopolitique, voué à la défense du bien de tous les humains, par souci de mettre un terme aux guerres internationales<sup>16</sup>. Le bien qui est alors recherché est au-dessus de celui des nations, mais il coïncide avec leur bien propre, puisqu'il leur assure à chacun la paix. En est-il de même dans le domaine médical ? Le bien de l'humanité en tant que bien commun peut être recherché par les médecins dans le cadre d'une vision cosmopolite, c'est d'ailleurs ce bien que paraissent exclusivement viser des organisations humanitaires telles que la Croix rouge ou Médecins sans frontières.

En ce qui concerne la médecine des institutions publiques, un équilibre semble toutefois devoir être recherché entre le bien commun appliqué à l'humanité et celui de la communauté nationale. Au-delà du fait que Kant limite lui-même le devoir des nations envers les étrangers à celui de l'hospitalité<sup>17</sup>, le bien commun cosmopolitique s'identifiant pour lui de manière restrictive à la paix (position qui peut sembler actuellement un peu dépassée dans les faits), on peut remarquer que les besoins de l'humanité en termes de soin sont potentiellement illimités alors que les ressources nationales sont certainement limitées, ce qui peut fonder une régulation de l'aide médicale compassionnelle afin que les capacités des services hospitaliers ne soient pas dépassées et que les fonds alloués ne soient pas épuisés. Autrement, on peut concevoir que la catégorie d'humanité est si générale qu'elle délimite de façon assez floue le périmètre des potentiels bénéficiaires du bien commun, car l'extension absolue d'une délimitation équivaut à une absence de délimitation : rechercher le bien de l'humanité entière, cela peut finalement consister à rechercher celui de chaque être humain singulièrement, et c'est donc revenir au bien des individus. Pour ce qui est de notre saisine, il en effet difficile de savoir si le bien qui est visé, dans l'éventualité de prendre en charge les frais de soin d'un malade étranger, est essentiellement celui des hommes en général, ou si c'est celui d'un individu qui, en tant qu'individu, demande considération. Nous en arrivons donc à la recherche d'équilibre entre le bien commun et le bien des individus.

Cette mise en balance est évoquée dans le préambule du code de déontologie médicale : « Depuis Montaigne, l'individu s'est émancipé et il prime aujourd'hui la collectivité, du moins en France et dans un nombre croissant de pays : le médecin a pour mission de soigner une personne avant d'avoir à défendre la santé publique »<sup>18</sup>. Or, l'individu dont il est question dans les *Essais* et auquel fait allusion cet extrait de la charte, c'est Montaigne lui-même qui se livre à la peinture de sa propre personnalité, ce qui a certes pour effet de mettre en valeur les individus en général<sup>19</sup>. Cela ne semble pourtant pas vouloir dire non plus que l'intérêt de la communauté doit être mis au second plan. Cette rapide allusion du préambule de la charte de l'Ordre à l'œuvre de Montaigne témoigne peut-être aussi d'une volonté de proposer un modèle, de promouvoir un idéal pouvant rassembler le plus grand nombre, car faire primer l'individu c'est poser théoriquement la prise en charge de tous, tandis que faire primer le bien commun c'est accepter nécessairement des partages au niveau individuel. Invoquer Montaigne dans le préambule et non dans les articles normatifs, c'est donc procurer à la charte une inclination volontariste sans doute bénéfique, sans toutefois en faire une close contraignante. Par ailleurs, l'individualisme de Montaigne peut être tempéré par d'autres traditions morales, comme celle de Kant, de nouveau, qui demeure fondamentale dans les réflexions éthiques contemporaines. L'un des principes pouvant régir les

---

16 KANT Emmanuel, *Idée d'une histoire universelle au point de vue cosmopolitique*, voir par exemple la septième proposition.

17 Kant Emmanuel, *Vers la paix perpétuelle*, « 3<sup>e</sup> article définitif en vue de la paix perpétuelle, "Le droit cosmopolitique doit se restreindre aux conditions de l'hospitalité universelle" ».

18 Introduction au commentaire du Code, Code de déontologie du Conseil de l'Ordre.

19 MARTINOT Robert. « Sur l'individualisme de Montaigne ». In: *Littératures* 13, automne 1985. pp. 7-16.

actions et politiques humaines se fonde dans ses textes sur une interrogation quant à la viabilité d'une généralisation des actes qu'on se propose d'accomplir. Il faudrait ainsi toujours pouvoir agir de sorte que la maxime d'une action puisse être universalisable, sans que les conséquences en soient néfastes. En ce cas, dans le domaine médical, la généralisation d'un comportement mesuré visant un bien collectif serait bien sûr viable, tandis que le fait de donner systématiquement la priorité aux individus serait une possible source d'excès.

Ceci dit, les médecins ont-ils un rôle à jouer dans la préservation de cet équilibre par l'arbitrage ? Si ce n'est pas le cas, la recherche d'équilibre incomberait-elle à l'administration ou à quelque autre acteur ?

Observons quel rôle est imposé aux médecins dans les faits. Ordinairement, les médecins sont vivement engagés par les institutions les encadrant à concourir à cette recherche d'équilibre entre bien commun et bien individuel : gestion des lits, gestion des budgets, gestion de la pharmacopée, gestion des investissements (etc.), autant de tâches assumées par les chefs de pôle, les chefs de service, les cadres de santé, etc. où se jouent des régulations entre demandes de soins, préservation des ressources financières et matérielles, urgences, prévisionnel au long terme, actes réguliers, exceptions, etc.<sup>20</sup>. Ici, la garantie du bien commun apparaît surtout comme la préservation de l'intégrité économique de l'hôpital et de son dynamisme dans le soin des malades comme dans la recherche. Que l'hôpital s'affaiblisse, et le soin du plus grand nombre ne serait plus possible.

Les médecins des hôpitaux publics sont habituellement responsabilisés en ce qui concerne les dépenses attribuées à leurs services respectifs, ce qui peut être vécu comme une contrainte difficile<sup>21</sup>. À travers ces préoccupations, on peut tout de même noter que la coutume habilite les médecins à prendre soin du bien commun. Certes, des enjeux macroéconomiques moins altruistes peuvent commander des politiques de santé restreignant les dépenses des hôpitaux. Néanmoins, même si les tensions budgétaires s'accroissent parfois injustement, toutes les précautions en termes de dépenses ne sont pas infondées et les médecins affermissent leur légitimité à prendre en charge une perspective attachée au commun en tenant compte des demandes qui leur sont adressées. Il n'est d'ailleurs peut-être pas vain que les médecins continuent à être inspirés par des principes de mesure, de contrôle, de préservation des moyens d'action, assurant cet équilibre précieux entre le bénéfice de tel individu et celui du plus grand nombre<sup>22</sup>.

Les sollicitations adressées aux médecins par les cadres de l'institution hospitalière en ce qui concerne la gestion des ressources ouvrent la question de la responsabilité de l'administration et du dialogue entre elle et les praticiens.

## **IV. UNE POSSIBLE RESPONSABILITE DE L'ADMINISTRATION DANS LA PRISE DE DECISION ?**

---

### **1. Le dialogue entre médecins et administration**

---

20 SINGLY Chantal de, « Le soin juste sous contrainte économique à l'hôpital », dans *Traité de bioéthique*, Emmanuel HIRSCH (dir.), Toulouse : Éditions Eres, 2010, pp. 554-566.

21 POURPOUVILLE Gérard de, « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », dans *Le Journal de l'École de Paris*, Novembre/Décembre 2010, n° 86, pp. 22 à 29.

22 KERVASDOUE Jean de, « Économie et gestion de la santé : l'argent des autres », dans *Traité de bioéthique*, Emmanuel HIRSCH (dir.), Toulouse : Éditions Eres, 2010, pp. 578-591.

À qui revient la charge de décider, si la situation le justifie, de ne pas faire endosser des frais de soins coûteux non remboursés à l'institution hospitalière ?

Les médecins ont certes la légitimité, comme nous l'avons vu, de prendre en considération les ressources de leur structure et la préservation du bien commun, mais est-ce à eux seuls, face à un malade étranger sortant des cadres d'aides sociales humanitaires, du fait de revenus trop élevés ou d'autres raisons, de décider de ne pas prendre en charge ces frais et de ne pas prodiguer les traitements espérés par celui-ci ?

La mission de préservation du bien commun dans le domaine de la santé, si elle intéresse les médecins, semble en premier lieu celle de l'administration hospitalière : les services de comptabilité, les membres de la direction et les différents bureaux administratifs concourent à réguler investissements, financements et priorités dans le but de maintenir la stabilité de l'institution, le niveau de qualité des soins et le service de la communauté. Leur action n'est pas le lieu des mêmes conflits éthiques que celle des médecins en ce qu'ils n'ont pas à chercher de la même manière un équilibre entre bien de l'individu et bien commun. Leur finalité est d'ailleurs naturellement tournée vers ce dernier<sup>23</sup>. Il serait donc légitime de se demander si l'administration pourrait prendre part à la décision de prendre en charge ou non les frais de soins non couverts par des aides sociales.

Si d'autres acteurs de l'institution hospitalière que les médecins pouvaient prendre part à la décision, cela pourrait déverrouiller le dilemme éthique entravant les soignants à responsabilité institutionnelle, lorsqu'ils sont partagés entre le bien de l'individu et le bien collectif. Il est d'ailleurs de coutume de créer des commissions dans les hôpitaux réunissant autour d'une table leurs divers acteurs, afin de faciliter certaines prises de décision. Serait-il donc bienvenu d'envisager de mettre en place des réunions occasionnelles lorsqu'un choix tel que celui de notre saisine se pose ? Certes, les réunions de ce genre tendent à abonder dans le milieu hospitalier, ce qui est parfois critiqué : cette multiplication des tables rondes est parfois décrite comme un phénomène de réunionite qui accapare le temps de chacun<sup>24</sup>. De même, les points de vue de l'administration et des médecins peuvent parfois sembler divergents, en ce que justement, le tropisme de l'un le fait pencher vers le collectif et celui de l'autre vers le singulier. En outre, le fonctionnement normal de l'institution ne conduit pas l'administration à prendre des décisions proprement médicales concernant le suivi d'un patient : corps médical et administratif peuvent sembler s'interpénétrer au sein de l'hôpital, ils seraient bien plutôt juxtaposés l'un à l'autre en ce qui concerne leurs systèmes opératoires. Leur coopération effective sur le terrain se ferait malgré une dissociation de leurs champs d'action, ceux-ci paraissant même se contraindre mutuellement.

Cependant, le dialogue entre ces deux domaines peut remédier à ce qu'on peut percevoir comme une distorsion dans l'hôpital, qui résulterait d'une séparation et d'un éloignement des finalités principales qui sont respectives aux services médicaux et aux services administratifs : seule une communication suivie entre ces deux secteurs peut faire apparaître la cohérence véritable alliant l'intérêt collectif et l'intérêt individuel, en favorisant pour l'administration la perception des cas médicaux concrets, ce qui améliore l'expérience déontologique de ses acteurs, et en perfectionnant la vigilance des médecins quant à la survie économique de l'hôpital, survie sans laquelle leurs fins éthiques seraient compromises. En effet, l'administration gagne humainement à s'approcher des situations médicales des malades par l'intermédiaire des médecins, qui peuvent mettre en avant les données pratiques, spécifiques et singulières de cas médicaux apparaissant parfois abstraitement dans les registres. Réciproquement, un médecin obtient une meilleure vision d'ensemble de la structure hospitalière par l'intermédiaire des cadres de l'administration, qui peuvent mettre en

---

23 HERNIAUD Alain et Jean ARNAUTOU, « Les pouvoirs à l'hôpital, les relations entre médecins et directeurs », dans Communication et organisation, HS n° 1/1994, Presses universitaires de Bordeaux, p. 3.

24 *Ibid.*, p. 7.

évidence les besoins vitaux de l'institution en termes de moyens financiers, matériels et humains, vitalité institutionnelle garantissant le service du bien commun (l'offre de soins de qualité au plus grand nombre).

## 2. Une commission de délibération et de décision hospitalière ?

Il existe pour cette raison dans certains hôpitaux des commissions de décision où cadres de direction et cadres de santé se réunissent pour rechercher ensemble des orientations à donner au suivi de malades dont les besoins ne relèvent pas d'une urgence absolue<sup>25</sup>.

Cette possibilité peut bien sûr comporter des inconvénients certes prévisibles, mais non obligatoires. Il est possible que ces nouvelles réunions soient le lieu d'une mise à l'épreuve des relations entre médecins et cadres administratifs où certaines lignes classiques de désaccord pourraient se durcir. Le dialogue pourrait être parfois infructueux en raison de difficultés à harmoniser des positions éthiques dissemblables. En outre, les médecins seraient susceptibles de ressentir ces réunions comme le moment d'une surveillance de leurs activités, et de redouter des actions d'entrave en cas de désaccord. Pourtant, une part de ces risques serait aisée à prévenir dans la rédaction des statuts de ces commissions. Logiquement, elles pourraient être déclenchées à l'initiative des équipes soignantes recevant une demande de soin ou engagées dans un processus de soin dont la prise en charge pose problème. Les résultats de telles réunions pourraient soit avoir vocation à être contraignants – et seraient donc ceux de commissions de décision –, soit ces résultats seraient non contraignants – et seraient dès lors ceux de commissions de délibération. Dans cette seconde forme, le risque de veto de l'administration serait écarté en ce qui concerne les choix thérapeutiques. Dans ce cas, les moments de dialogue permettraient aux choix des médecins d'être accompagnés, pondérés, et soutenus, tandis que les différents points de vue éthiques pourraient se compléter. Les participants pourraient ainsi confronter leurs vues et s'accorder sur l'adaptation des soins, sur les délais de mise en œuvre des traitements, et sur la possibilité de trouver des financements ou des moyens médicaux exceptionnels pour répondre à des cas inhabituels. En outre, l'institution a le droit de se positionner contre le principe de s'engager dans des soins, de les prolonger, ou de les approfondir, position qu'une commission de décision médicale permettrait d'appuyer le plus. Ce faisant, elle accomplirait une part nécessaire de son rôle, car si les médecins peuvent prendre en compte le bien commun, ils ne peuvent aisément le faire seuls. Cet engagement de l'institution serait de bonne foi envers les médecins, en gardant à l'esprit que c'est elle qui contrôle en aval l'utilisation que font les services des fonds alloués. Ainsi, on pourrait même envisager que des agents de l'administration rencontrent les malades étrangers dont la situation déborde les cadres d'aides sociales pour discuter avec eux des possibilités de financement des soins.

## V. CONCLUSIONS

---

Pour conclure, il ressort de cette question qu'un certain nombre de tensions liées à la prise de décision peuvent se voir apaisées par une approche prêtant attention aux différentes perspectives en jeu et cherchant à les concilier, que ces perspectives soient juridiques, thérapeutiques, universelles, nationales ou individuelles.

---

<sup>25</sup> C'est le cas des hôpitaux d'Agen et de Bordeaux, voir HERNIAUD Alain et Jean ARNAUTOU, « Les pouvoirs à l'hôpital, les relations entre médecins et directeurs », dans Communication et organisation, HS n° 1/1994, Presses universitaires de Bordeaux, p. 8.

Selon le droit, pour recevoir une aide sociale telle que l'AME avant que les trois mois préalables de résidence sur le territoire national ne soient écoulés, il faut que le patient entre dans le cadre d'une urgence ainsi que définie plus haut, celle-ci étant principalement caractérisée par une mise en jeu inopinée du pronostic vital demandant des soins immédiats de court terme. Étant donné la situation pour laquelle a été suscitée cette saisine, il est serait possible de considérer que le cas du patient étranger ne justifie pas de précéder ce délai de trois mois après lequel l'AME est potentiellement accordée. Cependant, il est éventuellement possible de poser que les circonstances particulières de ce cas révéleraient une carence dans la législation, et qu'une urgence dite « relative » pourrait justifier la prise en charge financière de soins avant le délai d'un trimestre que prévoit le système de l'AME. Face à cela, les médecins peuvent prendre la responsabilité de remédier exceptionnellement à ce manque pour éviter des aggravations des pathologies. Par principe, l'AME est fondée sur l'idée de compassion, dirigée de façon humanitaire vers des individus extrêmement démunis. Il serait donc possible d'accomplir sa vocation avant le délai de rigueur, si besoin est. Les médecins devraient alors se fonder sur des critères objectifs pour s'assurer que le malade est véritablement dans une situation sociale légitimant un tel type d'aide humanitaire.

Cet état des lieux juridique nécessite d'être complété par une approche cette fois-ci déontologique. L'idée d'un devoir inconditionnel pour un médecin d'apporter des soins à qui en a besoin semble contemporaine. On trouve son expression, comme on l'a vu, dans des textes tels que la constitution de l'OMS. Même si ces chartes ont une portée plus indicative qu'effectivement contraignante, elles constituent pour les médecins une importante source d'inspiration et, dans le même temps, leur configuration universelle présuppose leur adaptation aux cas concrets. Cependant, l'universalité de leurs préceptes engage toutes les nations y souscrivant, y compris les pays dont les malades étrangers sont originaires, ce qui leur fait incomber la priorité de les soigner. Ainsi, l'accord avec le devoir thérapeutique peut se faire en France en proposant au malade étranger une aide médicale provisoire lui laissant le temps d'organiser un retour ou un autre déplacement.

Un équilibre doit être recherché au sein de l'hôpital, y compris par les médecins, entre bien individuel et bien commun. Le bien commun est représenté à l'hôpital par la vitalité de la structure, par sa potentialité à fournir au plus grand nombre les meilleurs soins possibles. Ces deux fins ne sont pas contradictoires, elles se complètent l'une l'autre au sein du secteur de la santé, la préservation de la structure permettant le meilleur soin des individus, et l'attention aux individus donnant son sens à la mission de l'hôpital.

Une décision juste est donc possible au niveau des services hospitaliers en eux-mêmes, d'autant plus qu'elle est le fruit d'une réflexion commune et responsable entre les médecins auxquels se présente le malade étranger. À un autre niveau, en prenant une perspective plus large, la décision pourrait encore gagner à être l'objet d'un dialogue entre médecins et administration. Les cadres de direction peuvent à cette occasion porter plus aisément la voix du bien commun, favoriser la confrontation des points de vue, accompagner la position des cadres de santé et éventuellement les aider à trouver des moyens pour garantir la prise en charge d'un suivi.

## **VI. BIBLIOGRAPHIE**

---

### **1. Textes juridiques et officiels**

Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non-bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (art.L.254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art.97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30décembre2003).

Code de l'action sociale et des familles, Article L251-1.

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, entrée en vigueur le 7 avril 1948, préambule.

Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne, adoptée le 12 août 1949, Article 12.

Introduction au commentaire du Code de déontologie du Conseil de l'Ordre.

Loi de finances rectificative pour 2003, votée le 30 décembre 2003.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté le 16 décembre 1966 par l'Assemblée générale des Nations unies, Article 12, alinéa 2.

Rapport de la Cour des comptes de 2018 « Le rôle des CHU dans l'offre de soins, exercice 2011-2017 ».

## 2. Œuvres, articles et ouvrages

DELGA Solenne, « Un droit international public de la santé contraignant pour les États ? », dans *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Dominique KEROUEDAN (éd.), Presses de Sciences Po, 2011, pp. 483-493.

GRELLEY Pierre, « Contrepoint — La protection sociale avant la "Sécu" », *Informations sociales*, vol. 189, n° 3, 2015.

HERNIAUD Alain et Jean ARNAUTOU, « Les pouvoirs à l'hôpital, les relations entre médecins et directeurs », dans *Communication et organisation*, HS n° 1/1994, Presses universitaires de Bordeaux.

HIPPOCRATE, *Serment*, traduit par Jacques Jouanna, dans *L'Art de la médecine*, Paris : Flammarion, 1999.

IMBERT Jean (dir.), *Histoire des hôpitaux en France*. Toulouse : Éditions Privat, 1982, chapitre « les premiers hôpitaux », p.15-32.

IZAMBERT Caroline, « L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 », dans *Les Cahiers de Georges Canguilhem*, 2014/1, n° 6.

KANT Emmanuel, *Idée d'une histoire universelle au point de vue cosmopolitique*.

KANT Emmanuel, *Vers la paix perpétuelle*, « 3<sup>e</sup> article définitif en vue de la paix perpétuelle, "Le droit cosmopolitique doit se restreindre aux conditions de l'hospitalité universelle" ».

KERVASDOUE Jean de, « Économie et gestion de la santé : l'argent des autres », dans *Traité de bioéthique*, Emmanuel HIRSCH (dir.), Toulouse : Éditions Eres, 2010, pp. 578-591.

KONINCK Thomas de, « Dignité de la personne et primauté du bien commun », *Laval théologique et philosophique*, volume 70, n° 1, pp. 13-25.

MARTINOT Robert. « Sur l'individualisme de Montaigne ». In: *Littératures* 13, automne 1985. pp. 7-16.

POURPOUVILLE Gérard de, « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », dans *Le Journal de l'École de Paris*, Novembre/Décembre 2010, n° 86, pp. 22 à 29.

RISLEY Mary, *House of healing : The Story of the Hospital*. New York : Doubleday & Company, inc., 1961, chapitre « monastic hospitals », p. 93-101.

SINGLY Chantal de, « Le soin juste sous contrainte économique à l'hôpital », dans *Traité de bioéthique*, Emmanuel HIRSCH (dir.), Toulouse : Éditions Eres, 2010, pp. 554-566.

GABARRO Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28 — n° 2, 2012.

### **3. Sites internet**

Site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire :

[https://www.complementaire-santesolidaire.gouv.fr/vous\\_etes\\_etrange\\_en\\_situation\\_irreguliere.php](https://www.complementaire-santesolidaire.gouv.fr/vous_etes_etrange_en_situation_irreguliere.php)

Site du Sénat : Analyse des discussions législatives et des scrutins publics : Loi de finances rectificative pour 2003.

[https://www.senat.fr/dossier-legislatif/tc/ana\\_pjl03-104.html](https://www.senat.fr/dossier-legislatif/tc/ana_pjl03-104.html)