

Projet présenté par le Conseil d'Etat

Date de dépôt: 2 juillet 2004

Messagerie

Projet de loi sur la santé (K 1 03)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Buts

¹ La présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes et de la population, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun.

² Elle garantit un égal accès de chacun à des soins de qualité.

³ Elle encourage les responsabilités individuelle, familiale et collective ainsi que la solidarité.

Art. 2 Définitions

¹ La santé consiste en un état d'équilibre physique, psychique et social qui favorise, à tout âge, l'épanouissement de la personne au sein de la collectivité.

² Les soins comprennent tout service fourni à une personne, à un groupe de personnes ou à la population dans le but de promouvoir, de protéger, d'évaluer, de surveiller, de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé humaine.

Art. 3 Champ d'application

¹ La présente loi définit et encourage le partenariat entre les acteurs publics et privés du domaine de la santé et régit les soins.

² Sont notamment définis par la présente loi :

- a) les autorités et leur champ de compétences ;
- b) les objectifs de promotion de la santé et de prévention ;
- c) la planification sanitaire cantonale ;
- d) les relations entre patients, membres des professions de la santé, personnes exerçant des pratiques complémentaires et institutions de santé ;
- e) l'exercice des professions de la santé ;
- f) les pratiques complémentaires ;
- g) l'exploitation des institutions de santé ;
- h) le contrôle des produits thérapeutiques ;
- i) les mesures de police sanitaire ;
- j) la surveillance des activités du domaine de la santé.

Art. 4 Obligations de l'Etat et des communes

¹ L'Etat et les communes tiennent compte de la santé dans la définition et la réalisation de leurs tâches et soutiennent l'aménagement de conditions de vie favorables à la santé.

² Quand un projet législatif peut avoir une influence sur la santé, le Conseil d'Etat l'accompagne d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé.

³ Pour accomplir ses tâches, l'Etat collabore avec la Confédération, les cantons, les communes, les membres des professions de la santé et les institutions de santé des secteurs privé et public ainsi qu'avec les autres milieux concernés.

⁴ Dans la limite de ses compétences, il coordonne les activités des divers partenaires du domaine de la santé.

⁵ Il veille à l'utilisation rationnelle des ressources disponibles.

Chapitre II Autorités

Art. 5 Conseil d'Etat

¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil, le Conseil d'Etat définit la politique cantonale de la santé et exerce la haute surveillance dans le domaine de la santé.

² A ce titre, il exerce les attributions suivantes :

- a) il coordonne la politique cantonale de la santé ;
- b) il élabore la planification sanitaire cantonale ;
- c) il nomme les membres des commissions instituées par la présente loi.

³ Il pourvoit à l'exécution de la présente loi.

⁴ Il exerce en outre toutes les tâches et compétences qui lui sont attribuées par la présente loi.

Art. 6 Département

¹ Le département en charge de la santé (ci-après : département) met en œuvre la politique cantonale de la santé. A ce titre, il pourvoit à l'exécution des conventions internationales, du droit fédéral, des conventions intercantionales et de la législation cantonale dans le domaine de la santé.

² Il exerce la surveillance dans le domaine de la santé. Il peut procéder et faire procéder aux inspections et contrôles nécessaires.

³ Il exerce en outre toutes les tâches et compétences qui lui sont attribuées par la présente loi ainsi que toutes celles qui ne relèvent pas d'un autre organe de l'Etat conformément aux législations fédérale et cantonale en la matière.

⁴ Le département dispose à cet effet de la direction générale de la santé, comprenant le médecin, le pharmacien et le chimiste cantonal.

⁵ Il collabore avec les départements dont les tâches et les activités peuvent avoir une influence sur la santé.

Art. 7 Délégation de tâches d'exécution

¹ Le département peut déléguer, notamment sous forme de mandat de prestations, des tâches d'exécution de la présente loi à des organismes publics ou privés, son pouvoir de décision étant réservé.

² Le mandat de prestations précise les tâches d'exécution déléguées, leur mode de financement, compte tenu de la planification sanitaire cantonale, et les instruments de mesure permettant leur évaluation. Sa durée de validité, renouvelable, ne doit en principe pas dépasser quatre ans.

³ L'organisme mandaté doit fournir au département un rapport périodique sur son activité ainsi que toutes les informations utiles permettant de contrôler le bon déroulement du mandat, notamment la qualité des prestations fournies et leur caractère efficace, adéquat et économique.

⁴ Le département peut révoquer le mandat lorsque l'organisme mandaté ne remplit pas ses obligations. En cas de dol ou de négligence grave, il peut exiger le remboursement de tout ou partie des montants versés.

Art. 8 Direction générale de la santé

¹ La direction générale de la santé accomplit toutes les tâches de planification et de gestion du domaine de la santé qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

² Elle conseille le département dans tous ces domaines.

Art. 9 Médecin, pharmacien et chimiste cantonaux

¹ Le médecin cantonal est chargé des tâches que lui attribuent la présente loi, la législation cantonale ainsi que la législation fédérale, notamment la lutte contre les maladies transmissibles et les abus de stupéfiants.

² Le pharmacien cantonal est chargé des tâches que lui attribuent la présente loi et la législation fédérale, notamment le contrôle des produits thérapeutiques, des stupéfiants et des toxiques.

³ Le chimiste cantonal est chargé des tâches que lui attribuent la présente loi et la législation fédérale, notamment le contrôle des denrées alimentaires et des objets usuels.

⁴ Les services concernés collaborent avec le vétérinaire cantonal dans l'exécution des tâches de prévention et de lutte contre les zoonoses.

⁵ Ils conseillent le département dans ces différents domaines.

Art. 10 Conseil de santé

¹ Un Conseil de santé est institué en tant qu'organe consultatif du Conseil d'Etat et du département pour les problèmes généraux concernant la santé.

² Il peut notamment émettre des avis en matière de politique de la santé et en matière d'éthique.

³ Le Conseil de santé peut créer des commissions chargées d'étudier des problèmes particuliers.

⁴ Le détail de ses compétences, sa composition et son organisation sont fixés par le Conseil d'Etat.

Art. 11 Commission de surveillance

¹ Une commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission de surveillance) est instituée.

² Son organisation et ses compétences sont réglées par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du ... (date d'adoption).

Art. 12 Instance de médiation

¹ Pour aider les patients et les professionnels de la santé à résoudre leurs différends, il est institué une instance de médiation.

² Ses compétences sont réglées par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du ... (date d'adoption).

Art. 13 Autorité supérieure de levée du secret professionnel

¹ Il est institué une commission chargée de statuer sur les demandes de levée du secret professionnel (ci-après : la commission du secret professionnel) conformément à l'article 321 chiffre 2 du code pénal suisse.

² Elle est composée de 3 membres dont un médecin de l'Institut universitaire de médecine légale, qui assume la présidence, un représentant de la direction générale de la santé et un représentant d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients.

³ Les membres sont nommées par le Conseil d'Etat. Il est procédé à la désignation d'un suppléant pour chacun d'eux.

⁴ En cas de requête en levée du secret professionnel présentant un caractère d'extrême urgence, le président peut statuer à titre provisionnel.

⁵ Les décisions de cette commission du secret professionnel peuvent faire l'objet d'un recours dans les 10 jours qui suivent leur notification auprès du Tribunal administratif.

⁶ Cette commission du secret professionnel est rattachée administrativement au département.

⁷ Elle exerce en toute indépendance les compétences que la présente loi lui confère.

Art. 14 Communes

¹ Les communes veillent, dans le cadre de leurs compétences, au maintien de l'hygiène générale conformément à l'article 132 de la présente loi.

² Elles remplissent les autres tâches et compétences qui leur sont attribuées par la législation cantonale.

Chapitre III Promotion de la santé et prévention

Section 1 Dispositions générales

Art. 15 Promotion de la santé

¹ La promotion de la santé est un processus qui donne les moyens à l'individu et à la collectivité d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé et qui encourage les modes de vie sains.

² Elle a pour but de maintenir et d'améliorer la santé des individus et de la population en général.

Art. 16 Prévention

La prévention comprend l'ensemble des mesures ayant pour but d'éviter la survenance de maladies et d'accidents ou de réduire leur nombre, leur gravité et leurs conséquences.

Art. 17 Mesures de promotion de la santé et de prévention

¹ Les mesures de promotion de la santé et de prévention englobent en particulier :

- a) l'information de la population sur la santé et ses déterminants, notamment en vue de développer les responsabilités individuelle, familiale et collective en faveur de la santé ;
- b) l'éducation de la population pour la santé, en vue d'encourager des comportements favorables à la santé, notamment une alimentation saine et une bonne hygiène de vie ;
- c) l'action communautaire et l'entraide, ainsi que l'aide et le conseil des personnes ou des groupes de personnes directement concernés par un problème de santé ;
- d) l'aménagement de conditions de vie et de travail favorables à la santé ;
- e) la détection précoce des risques et des problèmes de santé ;
- f) le traitement préventif ou précoce des problèmes de santé ;
- g) le recueil d'informations et la recherche épidémiologique ;
- h) l'éducation dans le recours aux services de santé ;
- i) la formation des professionnels de la santé et des autres personnes intervenant dans la promotion de la santé et la prévention, la loi sur l'université, du 26 mai 1973, étant réservée ;
- j) l'intégration des personnes handicapées.

² La conception, la réalisation et l'évaluation de ces mesures font l'objet d'actions spécifiques.

³ Dans chaque domaine où il intervient, l'Etat encourage les attitudes et les conditions de vie qui permettent de prévenir ou de limiter les atteintes à la santé et leurs conséquences et soutient les mesures d'information les concernant.

Section 2 Domaines prioritaires

Art. 18 Promotion de la santé prénatale et périnatale

¹ L'Etat encourage les mesures visant à permettre à chaque enfant de naître et de se développer dans les meilleures conditions de santé possibles.

² Il soutient en particulier les mesures d'aide et de conseils aux futurs parents et aux familles.

Art. 19 Promotion de la santé des enfants et adolescents

¹ L'Etat définit l'organisation de la promotion de la santé, de la prévention et de la surveillance de la santé dans les structures d'accueil de la petite enfance, dans les écoles publiques et privées, dans les foyers et dans les institutions pour enfants et adolescents, en collaboration avec les communes, les institutions de santé et les associations.

² Il fixe en particulier les tâches, les compétences et l'organisation des services de santé scolaire et des autres professionnels et institutions de santé responsables de la santé scolaire.

Art. 20 Promotion de la santé au travail

¹ L'Etat encourage les mesures de promotion de la santé au travail, d'hygiène, de médecine et de sécurité liées aux conditions et à l'organisation du travail.

² Il soutient également les mesures de prévention des maladies et accidents professionnels.

Art. 21 Promotion de la santé des personnes âgées

L'Etat soutient et encourage les mesures de promotion de la santé et de prévention en faveur des personnes âgées, en particulier celles visant à maintenir et à prolonger l'autonomie des personnes âgées, si possible dans le cadre de vie de leur choix.

Art. 22 Prévention des maladies non transmissibles et transmissibles

¹ L'Etat encourage les mesures destinées à prévenir les maladies qui, en termes de morbidité et de mortalité, ont des conséquences sociales et économiques importantes ainsi que les mesures visant à limiter les effets néfastes de ces maladies sur la santé et l'autonomie des personnes concernées.

² L'Etat prend les mesures nécessaires pour prévenir et empêcher la propagation de maladies transmissibles, y compris les zoonoses.

³ Il encourage leur prévention, notamment par des campagnes de vaccinations qu'il peut rendre obligatoires si nécessaire.

Art. 23 Prévention des atteintes à la santé liées à l'environnement

L'Etat encourage les mesures destinées à prévenir les atteintes à la santé dues à l'environnement naturel et bâti, et soutient les actions visant à maintenir ou rétablir un environnement propice à la santé.

Art. 24 Promotion de la santé mentale

L'Etat soutient les actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques.

Art. 25 Promotion de la dignité en fin de vie

¹ L'Etat veille au développement des soins palliatifs dans les lieux de pratique des professionnels de la santé.

² Il encourage l'élaboration de directives anticipées lors de l'admission dans les institutions de santé, en particulier dans les établissements médico-sociaux.

Art. 26 Information sexuelle et planning familial

L'Etat soutient les mesures d'information et d'éducation sexuelles et de planning familial.

Art. 27 Prévention des accidents

¹ L'Etat encourage les actions de prévention des accidents, comportant des mesures passives agissant sur l'environnement et des mesures actives agissant sur les comportements.

² Il soutient la diffusion dans les populations concernées d'informations sur les comportements sûrs et sur la gestion et la maîtrise des risques.

Art. 28 Prévention des dépendances

¹ L'Etat soutient les actions de prévention des addictions ainsi que les mesures de réduction des risques dans ce domaine.

² La publicité pour les boissons alcoolisées, les produits du tabac, les médicaments et les autres substances nuisibles à la santé est interdite dans les limites des dispositions fédérales et cantonales.

Chapitre IV Planification sanitaire

Art. 29 Principe

¹ Sur proposition du Conseil d'Etat, le Grand Conseil établit les objectifs de la planification sanitaire cantonale.

² Sur la base d'une évaluation de la santé de la population, la planification sanitaire cantonale a pour buts de déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité.

³ La planification sanitaire comprend notamment le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention et le plan cantonal hospitalier et extra-hospitalier.

⁴ La réalisation et l'exécution de la planification sanitaire cantonale sont fixées dans des dispositions légales spécifiques.

Art. 30 Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention

¹ Le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention détermine les besoins en fonction des domaines concernés et définit les mesures propres à les satisfaire. Il tient compte des initiatives d'organismes privés, des projets des communes et des organismes publics cantonaux ainsi que des actions menées par les autres cantons et la Confédération.

² Le plan cantonal accorde une attention spéciale aux populations se trouvant dans une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et aux différences de cultures. Il tient compte des besoins de l'individu spécifiques à chaque étape de sa vie.

³ Le département, en collaboration avec les autres départements concernés, met en œuvre le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. Il coordonne les projets de promotion de la santé et de prévention, s'assure de leur qualité et de leur évaluation. Il encourage la recherche en la matière.

Art. 31 Plan cantonal des soins

¹ Le plan cantonal hospitalier et extra-hospitalier vise à assurer, d'un point de vue qualitatif et quantitatif, une couverture des soins conforme aux besoins de la population.

² Le plan cantonal hospitalier comprend l'organisation du réseau hospitalier cantonal, les mandats de prestations de chaque établissement et les collaborations intercantionales et régionales. Il prend en considération de manière adéquate les établissements privés.

³ Il comprend aussi l'organisation des institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée.

Art. 32 Statistiques et autres moyens de mesures

¹ Le Conseil d'Etat règle, conformément aux normes reconnues en la matière, l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale.

² Les professionnels et les institutions de la santé sont tenus de participer à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale.

Art. 33 Rapport sur la santé de la population

¹ Sur la base des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, le département publie à intervalles réguliers un rapport sur la santé de la population.

² Il peut mandater un organisme public ou privé pour l'établissement de ce rapport.

Art. 34 Financement

¹ Le Conseil d'Etat prévoit au budget les ressources nécessaires pour élaborer, subventionner, évaluer et contrôler le plan cantonal et les actions spécifiques de promotion de la santé et de prévention qui en découlent.

² Le Conseil d'Etat fixe les critères et les modalités de subventionnement des actions et des institutions qui y participent.

Chapitre V Relations entre patients et professionnels de la santé

Section 1 Dispositions générales

Art. 35 Champ d'application

Le présent chapitre règle les relations entre patients, professionnels de la santé et institutions de santé lors de soins prodigués tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Art. 36 Admission des patients dans les institutions de santé

¹ Nul ne peut être admis contre son gré dans une institution de santé, sauf sur la base d'une décision de privation de liberté à des fins d'assistance ou d'une mesure thérapeutique ou d'internement selon le code pénal suisse.

² La privation de liberté à des fins d'assistance est réglée par le code civil et par la loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance, du ... (date d'adoption). L'admission des personnes faisant l'objet d'une mesure thérapeutique ou d'un internement est régie par le code pénal suisse et la loi d'application du code pénal et d'autres lois fédérales en matière pénale, du 14 mars 1975.

Art. 37 Sortie d'une institution de santé

¹ Le patient peut quitter à tout moment une institution de santé. Cette dernière a le droit de lui demander une confirmation écrite de sa décision, après l'avoir clairement informé des risques ainsi encourus.

² Avec l'accord du patient, l'institution de santé prévient le médecin qui a rédigé le certificat médical conformément à l'article 45, alinéa 1, et le médecin traitant.

Art. 38 Droit aux liens avec l'extérieur dans les institutions de santé

¹ Le patient séjournant en institution de santé doit pouvoir maintenir le contact avec ses proches. Des restrictions ne sont autorisées que dans l'intérêt des autres patients et compte tenu des exigences des soins et du fonctionnement de l'institution de santé.

² L'enfant hospitalisé a le droit d'entretenir des contacts avec ses parents sans contrainte d'horaires et dans un environnement approprié.

³ Le patient a le droit de recevoir en tout temps la visite de son médecin de confiance, spontanément ou sur demande.

⁴ Le patient a droit en tout temps aux visites de l'aumônier de l'institution de santé ainsi qu'à celle de son conseiller spirituel extérieur.

Art. 39 Accompagnement des patients en institution de santé

¹ Le patient suivi par une institution de santé a droit à une assistance et à des conseils. Il a droit en particulier au soutien de ses proches.

² Le patient séjournant dans une institution de santé a le droit de demander un accompagnement par un représentant d'organisme ou une personne reconnue à cette fin par le département. Il a également droit à cet accompagnement pendant la durée de toutes les procédures découlant de la présente loi ou de la loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance, du ... (date d'adoption).

³ Les institutions tiennent à disposition des patients une liste des organismes et individus admis à accompagner les patients.

Art. 40 Accompagnement des patients en fin de vie

¹ Les patients en fin de vie ont droit aux soins, au soulagement et au réconfort appropriés. Leurs proches doivent bénéficier d'une assistance et des conseils nécessaires.

² Les patients en fin de vie bénéficient d'un accompagnement adéquat et peuvent se faire entourer de leurs proches sans restriction horaire.

Art. 41 Devoirs des patients

¹ Les patients s'efforcent de contribuer au bon déroulement des soins, notamment en donnant aux professionnels de la santé les renseignements les plus complets sur leur santé et en suivant les prescriptions qu'ils ont acceptées.

² En institution de santé, les patients ainsi que leurs proches observent le règlement intérieur et manifestent du respect envers les professionnels de la santé et les autres patients.

Art. 42 Voies de droit

¹ Indépendamment des voies de droit ordinaires, toute personne qui allègue une violation d'un droit que la présente loi reconnaît aux patients peut saisir en tout temps, par le biais d'une plainte ou d'une dénonciation, la commission de surveillance.

² A moins que la saisine de la commission de surveillance ne soit manifestement irrecevable ou mal fondée ou qu'un intérêt public prépondérant ne justifie l'instruction de l'affaire par la commission de surveillance, il peut être proposé aux parties de résoudre à l'amiable leur différend devant l'instance de médiation.

³ La procédure est réglée par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du ... (date d'adoption).

Section 2 Principaux droits du patient

Art. 43 Droit aux soins

Toute personne a droit aux soins qu'exige son état de santé à toutes les étapes de la vie, dans le respect de sa dignité et, dans la mesure du possible, dans son cadre de vie habituel.

Art. 44 Libre choix du professionnel de la santé

¹ Toute personne a le droit de s'adresser au professionnel de la santé de son choix.

² Le libre choix du professionnel de la santé peut être limité dans les institutions de santé publiques ou subventionnées ainsi qu'en cas d'urgence et de nécessité.

Art. 45 Libre choix de l'institution de santé

¹ Dans la mesure où l'état de santé attesté par un certificat médical l'exige, toute personne a le droit d'être soignée dans une institution de santé publique ou dans une institution de santé privée au bénéfice d'un mandat de prestations, pour autant que les soins requis entrent dans la mission de cette institution.

² Le droit au libre choix de l'institution de santé peut être limité en cas d'urgence et de nécessité.

³ Les personnes détenues et nécessitant des soins en milieu hospitalier sont admises selon leur état de santé dans le service de médecine pénitentiaire ou le service médical spécialisé des Hôpitaux universitaires de Genève.

Art. 46 Droit d'être informé

¹ Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur :

- a) son état de santé;
- b) les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels;
- c) les moyens de prévention des maladies et de conservation de la santé.

² Il peut demander un résumé écrit de ces informations.

³ Le patient doit recevoir, lors de son admission dans une institution de santé, une information écrite sur ses droits, sur les mesures de protection ou d'assistance prévues par le droit tutélaire, sur ses devoirs ainsi que sur les conditions de son séjour. Si nécessaire, ses proches sont également informés.

⁴ Dans les limites de ses compétences, tout professionnel de la santé s'assure que le patient qui s'adresse à lui a reçu les informations nécessaires afin de décider en toute connaissance de cause. En particulier, il attire l'attention du patient lorsque le remboursement de soins par une assurance n'est pas garanti.

Art. 47 Choix libre et éclairé - Personne capable de discernement

¹ Aucun soin ne peut être fourni sans le consentement libre et éclairé du patient capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur.

² Le patient peut retirer son consentement en tout temps.

Art. 48 Choix libre et éclairé - Directives anticipées***Principes***

^{1°} Toute personne informée, capable de discernement, peut rédiger des directives anticipées sur le type de soins qu'elle désire recevoir ou non dans des situations données où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.

^{2°} De même, toute personne peut par avance désigner un représentant thérapeutique pour prendre en son nom les décisions de soins si elle venait à perdre le discernement. Le représentant thérapeutique choisi doit alors recevoir les informations nécessaires conformément à l'article 46 et pouvoir accéder au dossier du patient aux conditions de l'article 56 de la présente loi.

^{3°} Les directives anticipées peuvent être modifiées ou annulées à tout moment par leur auteur.

Art. 49 Choix libre et éclairé - Directives anticipées***Effets***

¹ Le professionnel de la santé doit respecter la volonté que le patient a exprimée dans des directives anticipées, pour autant que ce dernier se trouve dans une situation qu'elles prévoient.

² Lorsque le professionnel de la santé a des raisons de penser que les directives anticipées ne correspondent plus à la volonté actuelle du patient ou qu'il existe un conflit d'intérêt entre le patient et le représentant qu'il a désigné, il doit saisir l'autorité tutélaire.

Art. 50 Choix libre et éclairé - Personne incapable de discernement

¹ Si le patient est incapable de discernement, le professionnel de la santé doit rechercher s'il a rédigé des directives anticipées ou désigné un représentant. A défaut, le professionnel de la santé doit obtenir l'accord du représentant légal après lui avoir fourni les informations nécessaires conformément à l'article 46 et lui avoir permis d'accéder au dossier médical. En l'absence de représentant légal, le professionnel de la santé s'adresse aux proches afin de déterminer la volonté présumée du patient.

² Lorsque la décision du représentant choisi par le patient ou du représentant légal met en danger la santé du patient, le professionnel de la santé peut saisir l'autorité tutélaire.

³ A titre exceptionnel, soit en cas d'urgence ou dans l'attente de la désignation d'un représentant légal, le professionnel de la santé doit agir conformément aux intérêts objectifs du patient, en tenant compte de la volonté présumée de celui-ci.

Art. 51 Mesures de contrainte - En général

¹ Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures thérapeutiques et d'internement et de privation de liberté à des fins d'assistance est réservé, de même que la législation en matière de lutte contre les maladies transmissibles de l'homme.

² A titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, respectivement le représentant qu'il a désigné, le représentant légal ou ses proches, le médecin responsable d'une institution de santé peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient :

- a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et
- b) si le comportement du patient présente un danger grave pour la sécurité ou la santé de lui-même ou d'autrui.

³ Le médecin responsable d'une institution de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent.

⁴ La mise en cellule d'isolement à caractère carcéral est interdite.

Art. 52 Mesures de contrainte - Modalités et protection des patients

¹ La surveillance du patient est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte, dont le maintien fait l'objet d'évaluations régulières et fréquentes. Un protocole comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée, ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier du patient.

² Le patient, le représentant qu'il a désigné pour prendre en son nom les décisions de soins, son représentant légal et ses proches peuvent s'adresser à la commission de surveillance pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte.

Section 3 Traitement des données relatives à la santé du patient

Art. 53 Tenue d'un dossier de patient

¹ Tout professionnel de la santé pratiquant à titre dépendant ou indépendant doit tenir un dossier pour chaque patient qu'il soigne.

² Le Conseil d'Etat désigne les professions qui sont exemptées de cette obligation, partiellement ou entièrement, et détermine les conditions de l'exemption.

³ Il fixe les exigences minimales concernant la tenue et le traitement des dossiers, y compris dans les institutions de santé.

Art. 54 Contenu du dossier

Le dossier comprend toutes les pièces concernant le patient, notamment l'anamnèse, le résultat de l'examen clinique et des analyses effectuées, l'évaluation de la situation du patient, les soins proposés et ceux effectivement prodigués, avec l'indication de l'auteur et de la date de chaque inscription.

Art. 55 Dossier informatisé

Le dossier du patient peut être tenu sous forme informatisée, pour autant que toute adjonction, suppression ou autre modification reste décelable et que l'on puisse identifier son auteur et sa date.

Art. 56 Consultation du dossier

¹ Le patient a le droit de consulter son dossier et de s'en faire expliquer la signification. Il peut s'en faire remettre en principe gratuitement les pièces, ou les faire transmettre au professionnel de la santé de son choix.

² Ce droit ne s'étend pas aux notes rédigées par le professionnel de la santé exclusivement pour son usage personnel, ni aux données concernant des tiers et protégées par le secret professionnel.

Art. 57 Traitement des données

¹ Le traitement des données du patient, en particulier la communication de données à autrui, est régi par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles ainsi que par les dispositions spéciales de la présente loi.

² Le traitement des données dans le cadre du réseau communautaire d'informatique médicale est au surplus régi par la loi spéciale y relative.

Art. 58 Conservation du dossier

¹ Les éléments du dossier doivent être conservés aussi longtemps qu'ils présentent un intérêt pour la santé du patient, mais au moins pendant dix ans dès la dernière consultation.

² Si aucun intérêt prépondérant pour la santé du patient ou pour la santé publique ne s'y oppose, le dossier est détruit après vingt ans au plus tard. Sont réservées les dispositions de la loi sur les archives publiques, du 1^{er} décembre 2000 imposant un délai de conservation plus long.

³ Le patient peut consentir à une prolongation de la durée de conservation de son dossier à des fins de recherche.

Art. 59 Sort du dossier en cas de cessation d'activité

¹ Le professionnel de la santé qui cesse ou interrompt son activité en informe ses patients. A leur demande, il leur remet leur dossier ou le transmet au professionnel de la santé qu'ils ont désigné. Sans réponse du patient dans un délai raisonnable, il remet les dossiers à l'association professionnelle à laquelle il appartient ou, à défaut, à la direction générale de la santé.

² En cas de décès du professionnel de la santé, ses dossiers sont placés sous la responsabilité de l'association professionnelle à laquelle il appartient ou de la direction générale de la santé.

³ Les dépositaires sont tenus au respect de la protection des données. En particulier, ils ne peuvent ni consulter, ni utiliser, ni communiquer les données contenues dans les dossiers placés sous leur responsabilité.

⁴ L'article 58 relatif à la conservation du dossier leur est applicable.

Section 4 Mesures médicales spéciales**Art. 60 Prélèvement et transplantation - Prélèvement sur une personne décédée**

¹ Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules sur une personne décédée est autorisé aux fins de transplantation lorsqu'il existe un intérêt thérapeutique pour le receveur et que le donneur ne s'y est pas opposé de son vivant ou que ses proches dûment avertis ne s'y opposent pas dans les six heures qui suivent le décès. Les proches ne peuvent s'opposer au prélèvement lorsque la personne décédée y a expressément consenti de son vivant.

² Le certificat de décès du donneur ne doit pas être établi par un médecin qui participe au prélèvement ou qui soigne le receveur.

³ La présente disposition s'applique en cas de décès de toute personne ayant son domicile dans le canton au moment de sa mort. A défaut, la législation du lieu de domicile de la personne décédée s'applique.

Art. 61 Prélèvement et transplantation - Prélèvement sur une personne vivante

¹ Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules ne peut être effectué sur une personne vivante qu'avec son consentement écrit, dans l'intérêt thérapeutique du receveur et pour autant que des organes, tissus ou cellules prélevés sur une personne décédée ne soient pas disponibles ou qu'il n'existe pas de mesures thérapeutiques alternatives d'efficacité comparable.

² Le consentement libre et éclairé du donneur ne doit pas être recueilli par un médecin qui soigne le receveur. Pour le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules non régénérables, le donneur doit bénéficier d'un délai raisonnable de réflexion avant de faire part de sa décision.

³ Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules non régénérables sur une personne mineure ou incapable de discernement est interdit.

⁴ Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules régénérables sur une personne mineure ou incapable de discernement peut être autorisé à titre exceptionnel par le Tribunal tutélaire, en accord avec ses représentants légaux, lorsque le receveur est un proche parent (enfant, petit-enfant, père, mère, frère, sœur) du donneur, que le receveur encourt un grave danger pour sa vie à défaut de transplantation et que le donneur ne s'y oppose pas expressément ou ne manifeste pas de signe d'opposition.

Art. 62 Prélèvement et transplantation - Prélèvement à des fins étrangères à la transplantation

Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules sur une personne décédée est autorisé à d'autres fins uniquement avec le consentement exprès du donneur ou de ses proches. Les proches ne peuvent s'opposer au prélèvement lorsque la personne décédée y a expressément consenti de son vivant.

Art. 63 Gratuité

Les organes, tissus et cellules ne peuvent pas être l'objet de transactions commerciales.

Art. 64 Anonymat

¹ L'anonymat du donneur à l'égard du receveur et du receveur à l'égard du donneur et de ses proches doit être sauvegardé.

² Il ne peut être dérogé au principe de l'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique absolue.

Art. 65 Encouragement du don

¹ L'Etat procède à une large diffusion dans l'ensemble de la population des règles sur le prélèvement et la transplantation d'organes, de tissus et de cellules et encourage le don. Il peut mandater à cet effet un organisme public ou privé.

² Il met en place les structures nécessaires aux prélèvements d'organes, de tissus et de cellules dans les hôpitaux publics.

Art. 66 Recherche biomédicale avec des personnes - Principes

¹ Toute recherche biomédicale impliquant des personnes doit être menée conformément aux règles des bonnes pratiques des essais cliniques et épidémiologiques, reconnues au niveau national, dont le but est de garantir la protection des sujets de recherche et d'assurer la qualité des résultats.

² Une recherche biomédicale impliquant des personnes doit en particulier respecter les conditions suivantes :

- a) l'investigateur responsable est titulaire d'un diplôme fédéral de médecin ou de médecin dentiste ou d'un diplôme équivalent et a l'autorisation de pratiquer la médecine ou la médecine dentaire ;
- b) les risques prévisibles pour les sujets de recherche ne sont pas disproportionnés par rapport aux bénéfices potentiels de la recherche ;
- c) toutes les mesures nécessaires ont été prises pour protéger la santé, le bien-être et les droits des sujets de recherche, le promoteur, l'investigateur et, le cas échéant, l'organisme de recherche ayant convenu dans l'intérêt des sujets des modalités visant à prévenir tout dommage dans le cadre de la recherche et veillé en particulier à garantir le suivi médical des sujets ;
- d) la protection des données relatives aux sujets de recherche est garantie ;
- e) les sujets de recherche ont donné leur consentement libre, exprès et éclairé, par écrit ou attesté par écrit, après avoir été informés notamment sur la nature et le but de la recherche, l'ensemble des contraintes, des actes et des analyses impliqués, l'existence éventuelle d'autres traitements que ceux qui sont prévus dans la recherche, les risques et les inconforts prévisibles, les bénéfices potentiels, leur droit à une compensation en cas de dommages imputables à la recherche, leur droit de retirer leur consentement à tout moment sans préjudice pour la poursuite des soins ;
- f) la recherche a obtenu l'avis favorable de la ou des commissions d'éthique de la recherche compétentes.

³ Toute recherche biomédicale qui n'est pas obligatoirement notifiée à une autorité nationale doit l'être à l'autorité cantonale compétente, selon la procédure fixée par le Conseil d'Etat.

⁴ Pour le surplus, les dispositions de la loi fédérale sur les produits thérapeutiques, du 15 décembre 2000, sont applicables à toute recherche biomédicale.

Art. 67 Recherche biomédicale avec des personnes - Conflits d'intérêt

¹ Le promoteur, l'investigateur et, le cas échéant, l'organisme de recherche doivent informer la commission d'éthique de la recherche compétente des conflits d'intérêts, de nature financière ou autre, qui peuvent influencer le déroulement de la recherche, l'analyse et la publication des résultats, ainsi que les mesures adoptées afin d'en prévenir les effets.

² Une recherche ne peut être entreprise que si l'investigateur a un droit d'accès à toutes les données brutes et si sa liberté de publier les résultats obtenus, positifs ou négatifs, est garantie.

³ L'investigateur rend public par tout moyen approprié les résultats de la recherche dans un délai raisonnable.

Art. 68 Recherche biomédicale avec des personnes - Registre des sujets de recherche

¹ Il est créé un registre des sujets de recherche afin de s'assurer que ceux-ci ne participent pas simultanément à plusieurs recherches impliquant des personnes et respectent le délai d'attente entre chaque recherche à laquelle ils participent.

² Doit être inscrite dans le registre des sujets de recherche toute personne qui participe à une recherche sans bénéfice direct attendu pour sa santé (volontaire sain).

³ Le Conseil d'Etat peut étendre le champ d'application du registre à d'autres recherches que celles mentionnées à l'alinéa 2. Il règle en outre le détail de l'organisation, du financement et du contrôle du registre des sujets de recherche.

Art. 69 Recherche biomédicale avec des personnes - Commission d'éthique de la recherche

¹ La commission d'éthique de la recherche compétente procède à l'évaluation éthique des projets de recherche et en vérifie la qualité scientifique. Ce faisant, elle veille à préserver les droits, la sécurité et le bien-être des sujets de recherche conformément aux règles reconnues des bonnes pratiques des essais cliniques et épidémiologiques.

² La commission d'éthique accorde une attention toute particulière aux recherches impliquant des populations vulnérables ou en situation d'urgence médicale.

³ Le Conseil d'Etat fixe les exigences que doivent remplir ces commissions, en particulier le détail de leur compétence, leur composition, la procédure de désignation de leurs membres, leur mode de fonctionnement, leur financement et la procédure de surveillance dont elles font l'objet.

⁴ Le département autorise les commissions d'éthique de la recherche compétentes.

Art. 70 Formation des professionnels de la santé

¹ La participation des patients à des activités spécifiques de formation des professionnels de la santé requiert leur consentement ou l'accord de leur représentant légal, la volonté des patients devant toujours être respectée.

² Le patient a le droit de refuser de participer à une activité spécifique de formation des professionnels de la santé. Il peut également retirer, à tout moment, le consentement préalablement donné, sans crainte d'en subir un préjudice dans le cadre des soins dont il a besoin.

³ La formation des professionnels de la santé doit être donnée dans le respect de la dignité et de la sphère privée des patients.

Art. 71 Utilisation d'échantillons biologiques

¹ Un échantillon de matériel biologique d'origine humaine ne peut être utilisé qu'aux fins approuvées par la personne concernée.

² Il doit en principe être détruit après utilisation, sous réserve d'une décision contraire de la personne concernée et de la législation spéciale en la matière.

³ Un échantillon peut être réutilisé à des fins de recherche s'il a été rendu anonyme et si la personne concernée ne s'y est pas expressément opposée.

Art. 72 Interruption de grossesse

Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des dispositions du code pénal suisse en matière d'interruption de grossesse. Il désigne en particulier les autorités compétentes.

Art. 73 Tests génétiques prédictifs

Un test génétique prédictif de maladies génétiques ou permettant soit d'identifier la personne testée comme porteur d'un gène responsable d'une maladie soit de détecter une prédisposition ou une susceptibilité génétique à une maladie ne peut être effectué qu'à des fins médicales ou de recherche médicale, avec le consentement éclairé de la personne concernée après qu'elle a reçu un conseil génétique approprié.

Art. 74 Stérilisation

¹ Une stérilisation ne peut être pratiquée qu'à la demande de la personne majeure concernée, moyennant son consentement libre et éclairé donné par écrit et, le cas échéant, celui de son représentant légal.

² A titre exceptionnel, la stérilisation d'une personne majeure incapable de discernement peut être pratiquée dans son intérêt et dans le strict respect des conditions cumulatives suivantes:

- a) l'incapacité de discernement est dûment attestée comme durable par une expertise médicale effectuée par un psychiatre ;
- b) la personne concernée n'a pas exprimé son refus d'une stérilisation après avoir été informée de manière appropriée ;
- c) la survenance d'une grossesse est vraisemblable ;
- d) une grossesse, la venue au monde d'un enfant ou la séparation inévitable d'avec l'enfant à naître mettrait sérieusement en danger la santé de la personne concernée ;
- e) d'autres mesures ou méthodes contraceptives ont été écartées pour des raisons médicales ;
- f) l'intervention est menée de manière à être réversible, dans la mesure du possible ;
- g) son représentant légal a donné son accord écrit ;
- h) l'autorité tutélaire de surveillance a donné son autorisation.

³ Toute autre intervention sur une personne incapable de discernement provoquant une interruption permanente de la fécondité doit être signalée par le médecin concerné avant d'y procéder à l'autorité tutélaire de surveillance, les cas d'urgence étant réservés.

Art. 75 Constatation de la mort

¹ Le permis d'inhumation et d'incinération d'une personne décédée ne peut être délivré que sur la base d'un certificat de décès établi par un médecin.

² En cas de mort suspecte, violente ou sur la voie publique et en cas de mort par maladie transmissible présentant un risque grave de santé publique, le médecin concerné doit refuser le certificat de décès. Il délivre alors un simple constat de décès et avise les autorités compétentes pour procéder à la levée de corps.

Art. 76 Sort du cadavre et sépulture

Le Conseil d'Etat fixe les conditions de levée de corps, d'octroi du permis d'inhumation et d'incinération, de transport, d'inhumation et d'exhumation des cadavres ainsi que les interventions qui peuvent être pratiquées sur eux. Il fixe également les conditions auxquelles une personne peut faire don de son corps à la science, à des fins d'enseignement ou de recherche.

Art. 77 Autopsie

¹ Une autopsie ou un prélèvement sur un cadavre ne peut être pratiqué que si la personne décédée ou ses proches y ont expressément consenti, la volonté de la personne décédée devant toujours être respectée.

² Les proches peuvent être informés des conclusions de l'autopsie par le truchement d'un médecin, à moins que la personne décédée ne s'y soit opposée.

³ Si l'intérêt de la santé publique l'exige, la direction générale de la santé peut ordonner une autopsie, même contre la volonté de la personne décédée ou de ses proches.

⁴ Demeurent réservées les décisions des autorités judiciaires.

Chapitre VI Professions de la santé**Section 1 Dispositions générales****Art. 78 Champ d'application**

¹ Le présent chapitre s'applique aux professionnels de la santé qui fournissent des soins en étant directement en contact avec leurs patients et dont l'activité doit être contrôlée pour des raisons de santé publique.

² Tout soin qui, compte tenu de la formation et de l'expérience requises pour le prodiguer, relève spécifiquement d'une profession soumise à la présente loi ne peut être fourni que par une personne ayant le droit de pratiquer cette profession.

³ Le Conseil d'Etat établit périodiquement par voie réglementaire la liste des professions soumises au présent chapitre ainsi que les conditions spécifiques de leur droit de pratique.

Art. 79 Pratique dépendante

¹ Au sens de la présente loi, pratique à titre dépendant le professionnel de la santé qui œuvre sous la responsabilité et la surveillance d'un autre professionnel autorisé de la même branche.

² Dans le cadre de sa formation, le professionnel de la santé pratique à titre dépendant.

³ Le Conseil d'Etat fixe la durée de formation admise selon la profession et la spécialisation ainsi que le nombre de personnes en formation dont peut être responsable un professionnel autorisé, en distinguant la formation en pratique privée de celle en institution de santé. Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

Art. 80 Titre de spécialiste

Un professionnel de la santé ne peut porter un titre ou se référer à une formation particulière que s'il possède le titre correspondant ou si la formation en question a été reconnue par le département.

Section 2 Droit de pratique

Art. 81 Principe

Une personne n'a le droit de pratiquer une profession de la santé que si elle est au bénéfice d'une autorisation de pratique délivrée par le département.

Art. 82 Autorisation de pratique

¹ L'autorisation de pratique est délivrée au professionnel de la santé qui :

- a) possède le diplôme ou le titre requis en fonction de la profession ou un titre équivalent reconnu par le département ;
- b) présente un certificat médical attestant qu'il ne souffre pas d'affections physiques ou psychiques incompatibles avec l'exercice de sa profession ;
- c) n'a pas fait l'objet de sanction administrative ou de condamnation pénale pour une faute professionnelle grave ou répétée ou pour un comportement indigne de sa profession ;
- d) n'a pas interrompu plus de cinq ans la pratique de sa profession ou peut prouver avoir suivi avec succès les cours et les stages de formation continue et de perfectionnement requis compte tenu de sa profession.

² Le professionnel de la santé au bénéfice d'une autorisation de pratique dans un autre canton doit fournir au département une copie conforme et actuelle de cette autorisation.

Art. 83 Interruption ou cessation d'une activité indépendante

¹ En cas d'interruption ou de cessation d'une activité à titre indépendant, le professionnel de la santé doit en aviser le département. Il en fera de même en cas de reprise d'activité.

² La cessation d'activité entraîne l'extinction d'office de l'autorisation de pratique, alors qu'une interruption d'activité n'entraîne son extinction qu'après un délai de cinq ans.

Art. 84 Reprise d'activité

¹ Lorsqu'un professionnel de la santé qui a cessé son activité durant plus de cinq ans souhaite reprendre l'exercice de sa profession, le département peut subordonner son autorisation à l'examen de son dossier par la commission de surveillance et au préavis de celle-ci.

² Le professionnel de la santé doit prouver avoir suivi avec succès les cours et les stages de formation continue et de perfectionnement requis compte tenu de sa profession.

Art. 85 Durée du droit de pratique

Le droit de pratique s'éteint lorsque son bénéficiaire a atteint l'âge de 70 ans. Il peut être prolongé, sur demande, pour trois ans, puis d'année en année.

Art. 86 Inscription dans les registres

¹ Le département tient, par profession, un registre dans lequel sont inscrites les autorisations délivrées.

² Les registres sont publics.

³ Les professionnels de la santé inscrits dans les registres sont tenus d'informer le département de tout fait pouvant entraîner une modification de leur inscription.

⁴ L'exercice d'une profession médicale est exclusif de toute autre profession régie par la présente loi, à l'exception du médecin qui est également médecin-dentiste. Il en va de même de l'exercice des professions d'assistant en médecine dentaire, d'assistant-pharmacien, de chiropraticien, d'opticien et de préparateur en pharmacie. Les autres professions de la santé ne sont pas exclusives les unes des autres dans les limites définies, par voie réglementaire, par le Conseil d'Etat après consultation des associations professionnelles concernées.

Section 3 Droits et devoirs

Art. 87 Respect de la dignité humaine et de la liberté du patient

¹ Le professionnel de la santé doit veiller au respect de la dignité et des droits de la personnalité de ses patients.

² Dans le cadre de ses activités, le professionnel de la santé s'abstient de tout endoctrinement des patients.

Art. 88 Libre choix

¹ Le professionnel de la santé est libre d'accepter ou de refuser un patient dans les limites déontologiques de sa profession. Il a toutefois l'obligation de soigner en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient.

² Lorsque les intérêts du patient l'exigent, le professionnel de la santé a l'obligation de collaborer avec l'ensemble des autres professionnels.

Art. 89 Objection de conscience

¹ Le professionnel de la santé ne peut être tenu de fournir, directement ou indirectement, des soins incompatibles avec ses convictions éthiques ou religieuses.

² L'objecteur doit dans tous les cas donner au patient les informations nécessaires afin que ce dernier puisse obtenir, par d'autres professionnels de la santé, les soins qu'il n'est pas disposé à lui fournir.

³ En cas de danger grave et imminent pour la santé du patient, le professionnel de la santé doit prendre toutes les mesures nécessaires pour écarter le danger, même si elles sont contraires à ses convictions éthiques ou religieuses.

Art. 90 Collusion

Les ententes entre professionnels de la santé en vue d'obtenir un avantage financier au détriment du patient sont interdites.

Art. 91 Compétences et responsabilité

¹ Le professionnel de la santé ne peut fournir que les soins pour lesquels il a la formation et l'expérience nécessaires.

² Il doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un autre professionnel de la santé.

³ Il ne peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé que si ce dernier possède la formation et les compétences pour fournir ces soins.

⁴ Lorsque les soins exigés par l'état de santé du patient excèdent ses compétences, le professionnel de la santé est tenu de s'adjoindre le concours d'un autre professionnel habilité à fournir ces soins ou d'adresser le patient à un professionnel compétent.

Art. 92 Assurance responsabilité civile

¹ Le professionnel de la santé qui entend exercer à titre indépendant doit être au bénéfice d'une assurance responsabilité civile professionnelle.

² Le Conseil d'Etat fixe les modalités et l'étendue de l'assurance.

Art. 93 Formation continue

¹ Tout professionnel de la santé doit suivre régulièrement une formation continue.

² Le Conseil d'Etat encourage les professionnels de la santé à compléter leur formation.

³ Le Conseil d'Etat règle les modalités de la formation continue en concertation avec les associations professionnelles concernées dans la mesure où celles-ci ne sont pas réglées par une disposition fédérale.

Art. 94 Secret professionnel - Principe

¹ Les professionnels de la santé et leurs auxiliaires sont tenus au secret professionnel.

² Le secret professionnel a pour but de protéger la sphère privée du patient. Il interdit aux personnes qui y sont astreintes de transmettre des informations dont elles ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession. Il s'applique également entre professionnels de la santé.

³ Lorsque les intérêts du patient l'exigent, les professionnels de la santé peuvent toutefois, avec son consentement, se transmettre des informations le concernant.

Art. 95 Secret professionnel - Libération du secret

¹ Une personne tenue au secret professionnel peut en être déliée par le patient ou, s'il existe de justes motifs, par l'autorité supérieure de levée du secret professionnel.

² Sont réservées les dispositions légales concernant l'obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice.

Art. 96 Publicité

Les professionnels de la santé inscrits dans les registres sont autorisés à faire paraître les annonces nécessaires à leur fonctionnement dans les limites définies, par voie réglementaire, par le Conseil d'Etat après consultation des associations professionnelles concernées.

Art. 97 Lieux de pratique - En général

¹ Un cabinet ne peut être exploité que sous la responsabilité et la surveillance d'un professionnel de la santé autorisé.

² Une personne ne peut pratiquer une profession de la santé que dans un cabinet, dans une institution de santé ou au chevet du patient, les cas d'urgence étant réservés.

Art. 98 Lieux de pratique - Cabinets de groupe

¹ Par cabinet de groupe, on entend la pratique indépendante, mais en commun, d'une ou de plusieurs professions de la santé.

² Tous les professionnels de la santé qui pratiquent dans un cabinet de groupe doivent être au bénéfice d'une autorisation de pratique.

Art. 99 Remplacement

¹ Une personne qui pratique à titre indépendant une profession de la santé peut se faire remplacer temporairement à son lieu de travail pour cause de formation, vacances, service militaire, congé de maternité ou pour raison de santé. Elle en informe le département. Le remplaçant doit avoir l'autorisation de pratiquer la même profession.

² Lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige, le département peut exceptionnellement autoriser un remplacement par une personne autorisée à pratiquer une autre profession.

Art. 100 Service de garde et de permanence

¹ Les professionnels de la santé assurent des services de garde et de permanence de manière à garantir les besoins en soins de la population.

² Le Conseil d'Etat désigne les professions de la santé qui sont tenues d'assurer de tels services.

³ Au cas où les conditions de l'alinéa 1 ne sont pas respectées, il peut exiger des associations professionnelles concernées la mise en place d'un service de garde et de permanence.

Art. 101 Situations exceptionnelles

Chaque professionnel de la santé peut être appelé à participer aux mesures cantonales d'intervention dans des situations exceptionnelles.

Art. 102 Assurance qualité

Le département encourage le développement de systèmes d'assurance qualité, en lien avec les associations professionnelles concernées.

Il peut leur déléguer la mise en œuvre et le contrôle de l'assurance qualité.

Art. 103 Ecoles et programmes de formation

¹ L'Etat peut exploiter ou subventionner des écoles dans le domaine de la santé, qui correspondent aux priorités fixées dans la planification sanitaire cantonale. De la même manière, il peut organiser ou subventionner des programmes de formation ou de perfectionnement dans ce domaine.

² Le Conseil d'Etat veille à ce que le nombre de places de formation et de stage dans le domaine des professions de la santé corresponde aux besoins du canton définis dans la planification sanitaire cantonale.

³ Le Conseil d'Etat fixe les critères et les modalités de subventionnement de ces écoles et de ces programmes de formation et de perfectionnement.

Chapitre VII Pratiques complémentaires

Art. 104 Principes

¹ Le professionnel de la santé peut recourir à toute pratique complémentaire pouvant répondre aux besoins de ses patients dûment informés et pour laquelle il a la formation et l'expérience nécessaires, après inscription dans les registres du département.

² Une personne qui ne pratique pas une profession de la santé peut recourir à une pratique complémentaire uniquement :

- a) si elle est inscrite dans les registres du département ;
- b) si cette pratique ne présente pas de danger pour la santé du patient ou de la population et si elle n'interfère pas avec un traitement institué par un professionnel de la santé ;
- c) s'il n'y a pas risque de confusion avec des soins qui relèvent spécifiquement d'une profession soumise à la présente loi ;
- d) si le patient y consent après avoir été dûment informé qu'il s'agit d'une pratique complémentaire, ainsi que de ses risques et de ses bienfaits et de la possibilité de s'adresser à un professionnel de la santé.

Art. 105 Inscription dans les registres

¹ L'inscription ne vaut ni comme autorisation ni comme reconnaissance de compétences.

² Le Conseil d'Etat définit les informations et les documents qui doivent être fournis en vue de l'inscription.

³ Les personnes inscrites dans les registres sont tenues d'informer le département de tout fait pouvant entraîner une modification de leur inscription.

⁴ Les registres sont publics.

Art. 106 Devoirs

¹ Une personne qui ne pratique pas une profession de la santé et qui recourt à une pratique complémentaire doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un professionnel de la santé. En cas de doute sur l'état de santé du patient, elle a en outre l'obligation de l'en informer et de l'inciter à consulter un professionnel de la santé.

² Les personnes exerçant des pratiques complémentaires n'ont pas le droit :

- a) de traiter des personnes atteintes de maladies transmissibles au sens de la législation fédérale ;
- b) d'inciter un patient à interrompre le traitement institué par un professionnel de la santé au sens de la présente loi ;
- c) de procéder à des actes réservés aux professionnels de la santé ou d'opérer des prélèvements sur le corps humain ;
- d) de proposer à la vente, d'administrer ou de remettre des produits thérapeutiques, ou de prescrire ceux dont la vente est soumise à ordonnance médicale ;
- e) d'utiliser des appareils de radiologie, le droit fédéral sur les dispositifs médicaux étant réservé ;
- f) de se prévaloir de formations sanctionnées par la législation fédérale ou cantonale, si elles ne sont pas titulaires des titres requis.

³ Les personnes exerçant une pratique complémentaire et inscrites dans les registres sont autorisées à faire paraître les annonces nécessaires à leur fonctionnement, dans les limites définies par voie réglementaire par le Conseil d'Etat.

⁴ Les dispositions concernant les droits des patients et les obligations des professionnels de la santé sont applicables par analogie.

⁵ Le Conseil d'Etat peut en outre soumettre à conditions ou interdire des pratiques complémentaires lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige. Le département peut procéder aux contrôles nécessaires afin de s'assurer du respect des exigences de la présente loi.

Chapitre VIII Institutions de santé

Art. 107 Définition et champ d'application

¹ Par institution de santé, on entend tout établissement, organisation, institut ou service qui a, parmi ses missions, celle de fournir des soins.

² En fonction de leur mission, les catégories d'institutions de santé sont les suivantes :

- a) les établissements médicaux privés et publics ;
- b) les établissements médico-sociaux ;
- c) les organisations d'aide et de soins à domicile ;
- d) les laboratoires d'analyses ou de recherches médicales ;
- e) les services d'ambulance ;
- f) les institutions de lutte contre les dépendances ;
- g) les institutions de promotion de la santé et de prévention ;
- h) les autres institutions spécialisées ;
- i) les pharmacies publiques ;
- j) les drogueries ;
- k) les commerces d'opticien.

³ Les cabinets individuels ou de groupe ne sont pas soumis au présent chapitre.

Art. 108 Autorisation d'exploitation

¹ Afin de protéger la santé des patients et de la population et de garantir des soins appropriés de qualité, la création, l'extension, la transformation et l'exploitation de toute institution de santé sont soumises à autorisation.

² L'autorisation d'exploitation est délivrée par le département lorsque l'institution, compte tenu de sa mission :

- a) est dirigée par une ou des personnes responsables qui possèdent la formation ou les titres nécessaires ;
- b) est dotée d'une organisation adéquate;
- c) dispose du personnel qualifié nécessaire ayant reçu une formation professionnelle adéquate;
- d) dispose des locaux et de l'équipement nécessaires répondant aux exigences d'hygiène et de sécurité des patients ;
- e) participe à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale ;
- f) garantit, s'il y a lieu, la fourniture adéquate en médicaments.

³ L'autorisation d'exploitation indique la mission de l'institution de santé. Elle peut fixer un nombre maximal de personnes que l'institution peut prendre en charge.

⁴ Le Conseil d'Etat définit, selon la nature des prestations offertes, pour chaque catégorie d'institution, les conditions spécifiques d'octroi de l'autorisation d'exploitation qui visent notamment l'aménagement des locaux, l'effectif et la qualification du personnel, ainsi que les exigences à l'égard du ou des répondants. Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

Art. 109 Autorisation d'assistance pharmaceutique

¹ Les institutions de santé visées à l'article 107, alinéa 2, lettre a doivent disposer des services d'un pharmacien responsable et d'un local, notamment pour le stockage des médicaments, adapté à ses besoins. Une autorisation particulière d'assistance pharmaceutique lui est alors délivrée par le département.

² Les médicaments que le pharmacien responsable commande sont destinés exclusivement aux patients hospitalisés.

³ L'institution peut demander à être exemptée de cette obligation si elle ne traite qu'un volume restreint de médicaments.

Art. 110 Durée

¹ L'autorisation d'exploiter une institution de santé est accordée en principe pour une durée indéterminée.

² Pour de justes motifs, l'autorisation d'exploiter une institution de santé est accordée pour une durée déterminée. Son renouvellement fait alors l'objet d'une procédure simplifiée.

Art. 111 Devoir d'information

¹ Toute modification des conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation doit être communiquée sans tarder au département.

² Une institution de santé doit informer le département avant de procéder à une extension ou une transformation.

Art. 112 Surveillance

Le département s'assure que les conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation d'une institution de santé sont respectées, en effectuant ou en faisant effectuer les contrôles nécessaires.

Art. 113 Contrôle de qualité

¹ Les institutions de santé prennent les mesures nécessaires pour répertorier les incidents survenus dans le cadre de leur mission de soins.

² Le département peut procéder ou faire procéder à des contrôles de qualité des institutions de santé.

³ Il entend préalablement les associations professionnelles concernées.

Art. 114 Obligations

¹ Les institutions de santé doivent fournir, de manière continue et personnalisée, les soins qui entrent dans leur mission à toute personne qu'ils prennent en charge. Elles ne peuvent, de leur propre initiative, arrêter la prise en charge d'une personne que si la continuité de celle-ci est garantie.

² Elles examinent s'il y a lieu ou non d'aviser les proches de la prise en charge.

³ Si nécessaire, elles doivent veiller, notamment par leur service social, à prendre toutes les dispositions utiles pour sauvegarder les intérêts des patients.

⁴ Elles doivent, dans l'intérêt des patients et de la santé de la population, collaborer avec les autres institutions de santé et les professionnels de la santé et fonctionner de manière coordonnée.

⁵ Elles doivent, compte tenu de leur mission et de leurs dimensions, participer à la formation et au perfectionnement des professionnels de la santé.

⁶ Elles peuvent être appelées, compte tenu de leur mission et de leurs dimensions, à participer aux mesures cantonales d'intervention dans des situations exceptionnelles.

Art. 115 Publicité

Les dispositions de l'article 96 concernant la publicité s'appliquent par analogie aux institutions de santé.

Art. 116 Etablissements publics

Le statut juridique, l'organisation et la gestion des établissements médicaux publics sont régis par la législation spéciale.

Chapitre IX Produits thérapeutiques

Art. 117 Autorisation de fabrication

¹ Sous réserve des dérogations prévues par le droit fédéral, celui qui entend fabriquer des médicaments doit être au bénéfice d'une autorisation délivrée par l'Institut suisse des produits thérapeutiques ou, dans le cadre des attributions cantonales, par le département.

² Les conditions d'octroi de l'autorisation cantonale sont définies par le Conseil d'Etat.

Art. 118 Autorisation de mise sur le marché

¹ La mise sur le marché des médicaments est soumise à l'autorisation de l'Institut suisse des produits thérapeutiques, sous réserve des exceptions prévues par le droit fédéral.

² Est soumise à l'autorisation du département la mise sur le marché des médicaments préparés d'après une formule propre à l'établissement titulaire d'une autorisation de fabrication (spécialités de comptoir).

Art. 119 Interdiction

Le département peut interdire la fabrication et/ou la mise sur le marché de médicaments préparés d'après une formule magistrale, officinale ou d'après une formule propre à l'établissement titulaire d'une autorisation de fabrication s'ils sont inadaptés ou s'ils présentent un danger pour la santé.

Art. 120 Prescription de médicaments

¹ Seuls les médecins, les médecins-dentistes, les chiropraticiens et les vétérinaires autorisés à pratiquer peuvent prescrire des médicaments, dans les limites de leurs compétences et compte tenu de la législation fédérale en la matière. Le département peut également établir une liste de médicaments pouvant être prescrits par les personnes exerçant la profession de sage-femme et à quelles conditions.

² Les ordonnances médicales sont exécutées sous la responsabilité d'un pharmacien dans une officine.

³ Les professionnels de la santé sont tenus de contribuer à la lutte contre l'usage inadéquat et dangereux des produits thérapeutiques.

Art. 121 Professionnels de la santé autorisés à remettre des médicaments

¹ Les professionnels de la santé habilités à remettre des médicaments, dans la mesure fixée par le droit fédéral, doivent posséder une autorisation délivrée par le département.

² Cette autorisation n'est accordée qu'aux personnes qui possèdent les titres, les qualifications et les connaissances nécessaires tels que fixés par le Conseil d'Etat, les compétences de l'autorité fédérale compétente étant réservées.

³ La vente directe de médicaments par le médecin traitant (pro-pharmacie) est interdite. Les médecins et médecins-dentistes peuvent cependant administrer directement de manière non renouvelable des médicaments à leurs patients dans les cas d'urgence.

⁴ Lors d'une première visite ou consultation, les vétérinaires peuvent administrer les médicaments dont l'application exige leur intervention personnelle. Ils sont tenus, au surplus, de délivrer une ordonnance pour tous les médicaments qui peuvent être renouvelés sans nouvelle consultation et administrés par le détenteur de l'animal.

⁵ Toute autre forme de remise des médicaments est interdite, dans les limites du droit fédéral.

Art. 122 Vente par correspondance

Le département est compétent pour délivrer les autorisations de vente par correspondance conformément à la législation fédérale en la matière.

Art. 123 Autorisation du commerce de détail

¹ La remise des médicaments doit se faire en pharmacie ou dans les lieux ou par les autres personnes désignées par ordonnance du Conseil fédéral.

² Les institutions de santé remettant des médicaments doivent posséder une autorisation délivrée par le département.

³ Cette autorisation n'est accordée qu'aux institutions disposant du personnel, des locaux et des équipements tels que fixés par le Conseil d'Etat, les compétences de l'autorité fédérale compétente étant réservées.

⁴ La remise des médicaments rangés par l'Institut suisse des produits thérapeutiques dans la catégorie des médicaments en vente libre n'est pas soumise à autorisation.

Art. 124 Publicité

Les dispositions de l'article 96 concernant la publicité s'appliquent par analogie au titulaire d'une autorisation de commerce de détail.

Art. 125 Stockage du sang et des produits sanguins

¹ Les institutions qui entendent stocker du sang et des produits sanguins doivent être au bénéfice d'une autorisation délivrée par le département.

² Le Conseil d'Etat fixe les conditions d'octroi et la procédure d'autorisation.

Art. 126 Surveillance et inspection

Le département s'assure que les conditions d'octroi des autorisations délivrées dans le cadre des attributions cantonales sont respectées, en effectuant ou en faisant effectuer des contrôles périodiques.

Art. 127 Séquestre, destruction et autres mesures administratives

¹ Dans les limites des attributions cantonales, le département peut prendre toutes les mesures administratives nécessaires à l'exécution de la législation fédérale en la matière.

² Le département peut notamment ordonner le séquestre et la destruction de tout produit thérapeutique.

Chapitre X Police sanitaire

Art. 128 Lutte contre les maladies transmissibles - Principes

¹ La direction générale de la santé et le vétérinaire cantonal exécutent les tâches de lutte contre les maladies transmissibles et les zoonoses, prévues par la législation fédérale.

² Ils ont notamment les attributions suivantes :

- a) ils assurent la coordination entre la Confédération, les cantons et les organes concernés aux niveaux cantonal et communal ;
- b) ils ordonnent en particulier :
 - 1° les enquêtes épidémiologiques et la surveillance médicale ;
 - 2° le traitement, l'isolement ou le transfert des malades dans une institution de santé ;
 - 3° la mise en quarantaine des personnes concernées ;
 - 4° la désinfection des locaux publics ou privés ;
 - 5° toutes les autres mesures justifiées par les circonstances ;
- c) ils veillent à l'application des dispositions sur la déclaration des maladies transmissibles et des zoonoses.

³ Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la législation fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles et les zoonoses, notamment les compétences de la direction générale de la santé, du vétérinaire cantonal, du département, des professionnels et des institutions de santé.

Art. 129 Lutte contre les maladies transmissibles - Déclaration obligatoire

Les professionnels de la santé soumis par le droit fédéral à l'obligation de déclarer les maladies transmissibles et les zoonoses doivent, dans les délais, faire les déclarations prévues au médecin cantonal ou au vétérinaire cantonal.

Art. 130 Contrôle des stupéfiants et lutte contre leur abus

¹ L'Etat adopte les mesures nécessaires afin de contrôler les stupéfiants et de lutter contre leur abus.

² Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la législation fédérale sur le contrôle des stupéfiants et la lutte contre leur abus, notamment les compétences du pharmacien cantonal, du médecin cantonal, du département, des professionnels et des institutions de la santé.

Art. 131 Activités pouvant mettre en danger la santé

¹ Le Conseil d'Etat peut soumettre à conditions et contrôler d'autres activités ne relevant pas de l'exercice des professions de la santé mais qui peuvent mettre en danger la santé humaine, comme les soins corporels ou esthétiques, voire les interdire lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige.

² Dans ce cas, il fixe des prescriptions en matière d'hygiène, de moyens utilisés et de protection des mineurs.

³ Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

Art. 132 Hygiène générale

¹ L'Etat et les communes veillent, dans les limites de leurs compétences, au maintien de l'hygiène sur les places, dans les rues, les écoles, les plages, les établissements et emplacements de bains publics, ainsi que les cimetières sis sur leur territoire.

² L'Etat effectue des contrôles réguliers et prend au besoin, aux frais des propriétaires, les mesures nécessaires à la protection de la santé publique.

³ Les dispositions concernant la salubrité des constructions demeurent réservées.

⁴ Le Conseil d'Etat fixe les prescriptions nécessaires pour assurer l'hygiène des plages et des établissements et emplacements de bains publics.

Chapitre XI Mesures administratives, sanctions et voies de droit**Art. 133 Mesures administratives**

¹ Le département peut prendre toute mesure utile afin de faire cesser un état de fait contraire au droit. Il peut en particulier :

- a) soumettre à conditions, suspendre ou interdire des activités nocives à la santé ;
- b) limiter ou interdire la circulation des personnes, des animaux ou des biens ;
- c) ordonner la fermeture de locaux ;
- d) ordonner le séquestre, la confiscation ou la destruction de biens ayant servi ou pouvant servir à des activités contraires au droit ou de biens résultant de telles activités.

² Il prend en outre toutes les mesures prévues par la présente loi qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

³ Les coûts de ces mesures sont à la charge des personnes responsables.

Art. 134 Sanctions administratives - Dispositions générales

¹ En cas de violation des dispositions de la présente loi, les autorités compétentes pour prononcer des sanctions administratives à l'encontre des professionnels de la santé et des responsables des institutions de santé sont les suivantes :

- a) la commission de surveillance s'agissant des avertissements, des blâmes et des amendes jusqu'à 50 000 F;
- b) le département s'agissant de la limitation, du retrait ou de la révocation du droit de pratique, de la limitation ou du retrait de l'autorisation d'exploitation, de la limitation ou du retrait des autorisations en matière de produits thérapeutiques;
- c) le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, sur délégation du département, s'agissant d'amendes n'excédant pas 10 000 F.

² En cas de violation des dispositions de la présente loi, les autorités compétentes pour prononcer des sanctions administratives à l'encontre des personnes exerçant des pratiques complémentaires sont :

- a) le département s'agissant de l'avertissement, du blâme, de l'amende jusqu'à 50 000 F et de la limitation ou de l'interdiction de recourir à une pratique complémentaire;
- b) le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, sur délégation du département, s'agissant des amendes n'excédant pas 10 000 F.

³ L'amende peut être cumulée avec les autres sanctions.

⁴ Les sanctions administratives peuvent être accompagnées de l'injonction de suivre une formation complémentaire ou de procéder aux aménagements nécessaires pour se mettre en conformité avec les conditions de pratique ou d'exploitation.

Art. 135 Sanctions administratives - Limitation, retrait ou révocation du droit de pratique

¹ Le droit de pratique d'un professionnel de la santé peut être limité ou retiré :

- a) si une condition de son octroi n'est plus remplie ;
- b) en cas de violation grave des obligations professionnelles ou malgré des avertissements répétés ;
- c) en cas d'abus financier grave au détriment des patients ou de leurs répondants ou malgré des avertissements répétés ;
- d) en cas d'infraction grave à la législation sur la santé ou malgré des avertissements répétés.

² Le retrait peut porter sur tout ou partie du droit de pratique et être d'une durée déterminée ou indéterminée.

³ Le département peut révoquer le droit de pratique lorsqu'il a connaissance après coup de faits qui auraient justifié un refus de son octroi.

⁴ Le retrait et la révocation de l'autorisation font l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle.

Art. 136 Sanctions administratives - Limitation ou interdiction de recourir à une pratique complémentaire

¹ Le département peut limiter le droit de recourir à des pratiques complémentaires ou interdire la poursuite de cette activité :

- a) si les soins fournis présentent un danger pour la santé ;
- b) en cas d'abus financier grave au détriment des patients ou de leurs répondants ou malgré des avertissements répétés ;
- c) en cas d'infraction grave à la législation sur la santé ou malgré des avertissements répétés ;
- d) si la personne se livre, sous couvert de l'exercice d'une pratique complémentaire, à un endoctrinement des patients.

² La limitation du recours à des pratiques complémentaires ou l'interdiction de poursuivre cette activité est rendue publique, les sanctions pénales étant réservées.

Art. 137 Sanctions administratives - Limitation ou retrait de l'autorisation d'exploitation

¹ L'autorisation d'exploiter une institution de santé peut être limitée ou retirée :

- a) si l'une des conditions d'octroi n'est plus remplie;
- b) si la ou les personnes responsables ne s'acquittent pas, de manière grave ou répétée, de leurs devoirs découlant de la présente loi;
- c) en cas de manquements graves ou répétés dans l'organisation de l'institution, qui compromettent la mission;
- d) en cas de manquements graves ou répétés dans la qualité des soins.

² Si l'institution ne remédie pas à la situation aux conditions et dans les délais fixés par le département, l'autorisation est retirée.

³ Lorsque le retrait de l'autorisation entraîne le transfert de patients dans d'autres institutions, le département peut en assurer l'organisation, les frais étant en principe à la charge de l'institution responsable.

⁴ Le retrait de l'autorisation fait l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle.

Art. 138 Sanctions administratives - Limitation ou retrait des autorisations en matière de produits thérapeutiques

¹ Les autorisations délivrées par le département pour la fabrication, la mise sur le marché, la vente par correspondance et le stockage des produits thérapeutiques peuvent être limitées ou retirées :

- a) si l'une des conditions d'octroi n'est plus remplie ;
- b) si la ou les personnes responsables ne s'acquittent pas, de manière grave ou répétée, de leurs devoirs découlant de la présente loi ;
- c) en cas de manquements graves ou répétés dans l'organisation de l'institution, qui en compromettent la mission.

² Si l'ayant droit ne remédie pas à la situation aux conditions et dans les délais fixés par le département, l'autorisation est retirée.

³ Le retrait de l'autorisation fait l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle.

Art. 139 Sanctions administratives - Notification de la décision du département

¹ Les parties, telles que définies dans la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du ... (date d'adoption) et, le cas échéant, la personne exerçant des pratiques complémentaires mise en cause, reçoivent notification de la décision du département.

² La décision est communiquée au médecin cantonal ou au pharmacien cantonal.

³ Le dénonciateur est informé de manière appropriée du traitement de sa dénonciation. Il est tenu compte à cet égard de tous les intérêts publics et privés en présence, notamment, s'il y a lieu, du secret médical protégeant des tiers.

⁴ Si un intérêt public le justifie, la direction de l'institution de santé concernée doit être informée de manière appropriée de l'issue de la procédure concernant l'un de ses employés.

Art. 140 Sanctions administratives - Exécution

¹ Les décisions définitives infligeant une amende administrative en application de l'article 134, alinéa 1, lettre c, sont assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889.

² Il en va de même des amendes visées à l'article 134, alinéa 2, infligées soit par le médecin cantonal, soit par le pharmacien cantonal.

Art. 141 Sanctions pénales

¹ Est passible de l'amende jusqu'à 100 000 F ou des arrêts jusqu'à trois mois, les deux peines pouvant être cumulées, la personne qui :

- a) n'aura pas transmis des informations utiles aux autorités en violation des dispositions de la présente loi ;
- b) aura imposé des mesures de contrainte à un patient en violation grave des exigences de l'article 51 ;
- c) aura induit en erreur des tiers de bonne foi sur sa formation, ses compétences et sur ses activités dans le domaine des soins ;
- d) aura, sans droit, prodigué des soins qui relèvent d'une profession soumise à la loi au sens de l'article 78 alinéa 2 ;
- e) aura, sans droit, pratiqué une profession de la santé ;
- f) aura contrevenu aux dispositions relatives à la publicité prévues aux articles 28 alinéa 2, 96, 106 alinéa 3, 115 et 124 ;
- g) aura, sans droit, modifié ou détruit tout ou partie d'un dossier de patient dans le but d'empêcher ce dernier de faire valoir ses droits ;
- h) sans droit, n'aura pas respecté le secret professionnel au sens de la présente loi ;
- i) aura, sans droit, exploité une institution de santé ;
- j) n'aura pas fourni des soins à un patient en violation grave des exigences de l'article 88 alinéa 1 et 114 alinéa 1 ;
- k) aura contrevenu aux interdictions de fabrication et de mise sur le marché de produits thérapeutiques formulées à l'article 119 ;
- l) aura, sans droit, proposé à la vente, administré ou remis des produits thérapeutiques, ou prescrit ceux dont la vente est soumise à ordonnance médicale ;
- m) aura contrevenu aux injonctions et interdictions fixées par le Conseil d'Etat en application de l'article 131.

² La tentative est punissable.

³ Les complices seront punis comme les auteurs principaux.

⁴ La poursuite et le jugement des infractions ont lieu conformément au code de procédure pénale.

Art. 142 Voies de droit

¹ Les sanctions administratives prononcées en vertu de la présente loi peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif conformément aux articles 56A et suivants de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941, et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985.

² Sont réservées les décisions prises par le médecin cantonal et le pharmacien cantonal en vertu de l'article 134, alinéa 1, lettre c de la présente loi qui peuvent faire l'objet d'un recours dans les 10 jours auprès de la commission de surveillance.

³ Le plaignant, au sens de l'article 8 alinéa 1^{er} de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du ... (date d'adoption) ne peut pas recourir contre les sanctions administratives prononcées par le département ou le médecin cantonal et le pharmacien cantonal.

Chapitre XII Dispositions finales et transitoires**Art. 143 Clause abrogatoire**

Sont abrogées:

- a) La loi instituant un plan directeur des prestations sanitaires, du 30 mars 1995 (K 1 10) ;
- b) La loi concernant la constatation des décès et les interventions sur les cadavres humains, du 16 septembre 1988 (K 1 55);
- c) La loi sur les prélèvements et les transplantations d'organes et de tissus, du 28 mars 1996 (K 1 60);
- d) La loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients, du 6 décembre 1987 (K 1 80);
- e) La loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical, du 11 mai 2001 (K 3 05).

Art. 144 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 145 Dispositions transitoires

¹ Les institutions de santé ainsi que les personnes souhaitant exercer une profession de la santé ou une pratique complémentaire sont assujetties aux dispositions relatives à celles-ci dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Les autorisations délivrées avant l'entrée en vigueur de la présente loi sur la base de l'ancien droit restent valables à l'exception des autorisations délivrées aux permanences et aux médecins-assistants qui y exercent, lesquels disposent d'un délai de 5 ans pour s'adapter aux nouvelles exigences et conditions légales. Dans l'intervalle, les médecins-assistants continuent à travailler sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin inscrit au registre de sa profession.

Art. 146 Modifications à d'autres lois

¹ La loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :

Art. 200 A, al. 2 (nouvelle teneur)

Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus l'activité des établissements publics médicaux, au sens de la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980, et la police sanitaire selon les dispositions de la loi sur la santé du ... (date d'adoption), ainsi que les questions relevant de la protection des consommateurs et de l'écotoxicologie.

* * *

² La loi sur les informations traitées automatiquement par ordinateur, du 17 décembre 1981 (B 4 35), est modifiée comme suit :

Art. 9, al. 4 (nouvelle teneur)

L'accès aux fichiers médicaux est régi par la loi sur la santé, du ... (date d'adoption).

* * *

³ La loi sur l'instruction publique, du 6 novembre 1940 (C 1 10), est modifiée comme suit :

Art. 81 (nouvelle teneur sans modification de la note)

En application de l'article 80, alinéa 1, le centre comprend 2 divisions préparant, à plein temps, aux professions suivantes, énumérées dans l'ordre alphabétique :

- a) ambulancières et ambulanciers,
- b) assistantes et assistants de médecin,
- c) assistantes et assistants techniques en radiologie médicale,
- d) diététiciennes et diététiciens,
- e) éducatrices et éducateurs du jeune enfant,
- f) hygiénistes dentaires,
- g) laborantines et laborantins médicaux,
- h) pédicures-podologues,
- i) physiothérapeutes.

* * *

⁴ La loi sur l'université, du 26 mai 1973 (C 1 30), est modifiée comme suit :

Art. 26, al. 2 et 3 (nouveaux, les alinéas 2 à 5 actuels devenant 4 et 7)

² Les candidats à une fonction relevant du corps enseignant impliquant l'exercice d'une profession de la santé au sens de la loi sur la santé, du ... (date d'adoption), ne peuvent être nommés que s'ils sont au bénéfice de l'autorisation de pratique délivrée par le département de l'action sociale et de la santé.

³ L'autorité de nomination prend les mesures qui s'imposent en cas de limitation, de retrait ou de révocation du droit de pratique. Le cas échéant, elle peut prononcer une suspension du membre du corps enseignant avec ou sans traitement d'une durée équivalente au droit de pratique. En cas de révocation du droit de pratique, l'autorité de nomination peut révoquer le mandat du membre du corps enseignant.

Art. 57 I (nouvelle teneur) Autorités de surveillance

Les collaborateurs de l'enseignement et de la recherche qui fournissent des soins doivent être au bénéfice d'une autorisation de pratique délivrée par le département de l'action sociale et de la santé. A ce titre, ils relèvent de la compétence de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients et du département précité.

* * *

⁵ La loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (E 2 05), est modifiée comme suit :

Art. 11 A al. 1 (nouvelle teneur)

¹ Le juge de paix tranche les litiges entre les professionnels de la santé au sens de la loi sur la santé, du ... (date d'adoption) et leurs patients, à propos de notes d'honoraires dont le montant n'excède pas 8 000 F, qui ne peuvent être traitées par les voies de droit instituées par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994.

* * *

⁶ La loi pénale genevoise du 20 septembre 1941 (E 4 05), est modifiée comme suit :

Art. 37, al. 1 chiffre 19 (nouvelle teneur)

19° ceux qui ont contrevenu aux lois et règlements sur la santé ;

* * *

⁷ La loi sur la restauration, le débit de boissons et l'hébergement, du 17 décembre 1987 (I 2 21), est modifiée comme suit :

Art. 3, al. 1, lettre a (nouvelle teneur)

- a) dans les établissements médicaux privés et publics ou autres établissements analogues soumis à la loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980, ou à la loi sur la santé, du ... (date d'adoption) conformément à la vocation de ces établissements et en faveur des personnes hospitalisées ou en traitement dans ces derniers ;

* * *

⁸ La loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (J 3 05), est modifiée comme suit :

Art. 47, al. 4 (nouvelle teneur)

L'amende peut être cumulée avec les autres sanctions administratives prévues par la loi sur la santé, du ... (date d'adoption).

* * *

⁹ La loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, du 3 octobre 1997 (J 7 20), est modifiée comme suit :

Art. 8 (nouvelle teneur sans modification de la note)

Tout établissement médico-social soumis à la présente loi doit être au bénéfice d'une autorisation d'exploitation et ce, conformément à l'article 108 de la loi sur la santé, du ... (date d'adoption).

Art. 9, première phrase (nouvelle teneur)

L'autorisation d'exploitation est délivrée au requérant qui réunit les conditions énoncées à l'article 108 de la loi sur la santé du ... (date d'adoption) et qui, en conformité avec la planification sanitaire cantonale :

* * *

¹⁰ La loi sur l'aide à domicile du 16 février 1992 (K 1 05), est modifiée comme suit :

Art. 10, al. 2, lettre e (nouvelle teneur)

- e) être autorisé en qualité d'institution de santé au sens de la loi sur la santé, du ... (date d'adoption) et assurer des prestations de qualité, accessibles à chacun ;

* * *

¹¹ La loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents du 29 octobre 1999 (K 1 21), est modifiée comme suit :

Art. 4, lettre a (nouvelle teneur)

- a) répondre aux exigences de la loi sur la santé, du ... (date d'adoption).

* * *

¹² La loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980 (K 2 05), est modifiée comme suit :

Art. 9 al. 1 et al. 9 (nouvelle teneur)

¹ Les conseils d'administration, les directeurs et le personnel des établissements sont soumis au secret de fonction, sans préjudice de leur soumission, pour ceux qui y sont tenus, au secret professionnel institué par l'article 321 du code pénal.

⁹ L'accès des personnes soignées dans un établissement public médical aux dossiers et fichiers contenant des informations qui les concernent personnellement est régi par la loi sur la santé, du ... (date d'adoption).

Art. 9 A Secret professionnel (nouveau)

Les dispositions d'application de l'article 321 du code pénal sont réglées dans la loi sur la santé, du ... (date d'adoption).

Art. 10 A (nouvelle teneur)

Les établissements publics médicaux appliquent les dispositions de la loi sur la santé lorsqu'ils engagent du personnel appartenant aux professions de la santé, du ... (date d'adoption).

Art. 17 Privation de liberté à des fins d'assistance (nouvelle teneur et nouvelle note)

Les dispositions de la loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance, du ... (date d'adoption) sont réservées.

Chapitre VIII, articles 17 A à 17 E abrogés

* * *

¹³ La loi sur le contrôle des entreprises consacrant leurs activités à l'esthétique corporelle, du 11 octobre 1984 (K 3 10), est modifiée comme suit :

Art. 7 Médicaments (nouvelle teneur)

Les entreprises auxquelles s'appliquent la présente loi ne peuvent pas remettre des médicaments dont la remise est réservée aux pharmacies et aux drogueries.

Certifié conforme
Le chancelier d'Etat : Robert Hensler

TABLE DES MATIERES

Chapitre I	Dispositions générales	1
Art. 1	Buts	1
Art. 2	Définitions	1
Art. 3	Champ d'application	2
Art. 4	Obligations de l'Etat et des communes.....	2
Chapitre II	Autorités	2
Art. 5	Conseil d'Etat	2
Art. 6	Département.....	3
Art. 7	Délégation de tâches d'exécution.....	3
Art. 8	Direction générale de la santé	4
Art. 9	Médecin, pharmacien et chimiste cantonaux	4
Art. 10	Conseil de santé	4
Art. 11	Commission de surveillance	4
Art. 12	Instance de médiation	5
Art. 13	Autorité supérieure de levée du secret professionnel.....	5
Art. 14	Communes	5
Chapitre III	Promotion de la santé et prévention	6
Art. 15	Promotion de la santé.....	6
Art. 16	Prévention.....	6
Art. 17	Mesures de promotion de la santé et de prévention	6
Art. 18	Promotion de la santé prénatale et périnatale.....	7
Art. 19	Promotion de la santé des enfants et adolescents	7
Art. 20	Promotion de la santé au travail	7
Art. 21	Promotion de la santé des personnes âgées.....	7
Art. 22	Prévention des maladies non transmissibles et transmissibles	8
Art. 23	Prévention des atteintes à la santé liées à l'environnement.....	8
Art. 24	Promotion de la santé mentale	8
Art. 25	Promotion de la dignité en fin de vie	8
Art. 26	Information sexuelle et planning familial	8
Art. 27	Prévention des accidents	8
Art. 28	Prévention des dépendances.....	9
Chapitre IV	Planification sanitaire.....	9
Art. 29	Principe	9
Art. 30	Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention	9
Art. 31	Plan cantonal des soins	10
Art. 32	Statistiques et autres moyens de mesures.....	10
Art. 33	Rapport sur la santé de la population	10
Art. 34	Financement.....	10
Chapitre V	Relations entre patients et professionnels de la santé.....	11
Art. 35	Champ d'application	11

Art. 36	Admission des patients dans les institutions de santé	11
Art. 37	Sortie d'une institution de santé.....	11
Art. 38	Droit aux liens avec l'extérieur dans les institutions de santé	11
Art. 39	Accompagnement des patients en institution de santé	12
Art. 40	Accompagnement des patients en fin de vie.....	12
Art. 41	Devoirs des patients.....	12
Art. 42	Voies de droit.....	12
Art. 43	Droit aux soins.....	13
Art. 44	Libre choix du professionnel de la santé.....	13
Art. 45	Libre choix de l'institution de santé	13
Art. 46	Droit d'être informé.....	14
Art. 47	Choix libre et éclairé - Personne capable de discernement	14
Art. 48	Choix libre et éclairé - Directives anticipées.....	14
Art. 49	Choix libre et éclairé - Directives anticipées.....	15
Art. 50	Choix libre et éclairé - Personne incapable de discernement	15
Art. 51	Mesures de contrainte - En général.....	15
Art. 52	Mesures de contrainte - Modalités et protection des patients.....	16
Art. 53	Tenue d'un dossier de patient.....	16
Art. 54	Contenu du dossier.....	17
Art. 55	Dossier informatisé.....	17
Art. 56	Consultation du dossier.....	17
Art. 57	Traitement des données.....	17
Art. 58	Conservation du dossier.....	17
Art. 59	Sort du dossier en cas de cessation d'activité.....	18
Art. 60	Prélèvement et transplantation - Prélèvement sur une personne décédée	18
Art. 61	Prélèvement et transplantation - Prélèvement sur une personne vivante	18
Art. 62	Prélèvement et transplantation - Prélèvement à des fins étrangères à la transplantation.....	19
Art. 63	Gratuité	19
Art. 64	Anonymat	19
Art. 65	Encouragement du don	19
Art. 66	Recherche biomédicale avec des personnes - Principes.....	20
Art. 67	Recherche biomédicale avec des personnes - Conflits d'intérêt.....	21
Art. 68	Recherche biomédicale avec des personnes - Registre des sujets de recherche.....	21
Art. 69	Recherche biomédicale avec des personnes - Commission d'éthique de la recherche	21
Art. 70	Formation des professionnels de la santé.....	22
Art. 71	Utilisation d'échantillons biologiques	22
Art. 72	Interruption de grossesse.....	22

Art. 73	Tests génétiques prédictifs	22
Art. 74	Stérilisation	23
Art. 75	Constatation de la mort	23
Art. 76	Sort du cadavre et sépulture	24
Art. 77	Autopsie	24
Chapitre VI	Professions de la santé	24
Art. 78	Champ d'application	24
Art. 79	Pratique dépendante	24
Art. 80	Titre de spécialiste	25
Art. 81	Principe	25
Art. 82	Autorisation de pratique	25
Art. 83	Interruption ou cessation d'une activité indépendante	26
Art. 84	Reprise d'activité	26
Art. 85	Durée du droit de pratique	26
Art. 86	Inscription dans les registres	26
Art. 87	Respect de la dignité humaine et de la liberté du patient	27
Art. 88	Libre choix	27
Art. 89	Objection de conscience	27
Art. 90	Collusion	27
Art. 91	Compétences et responsabilité	27
Art. 92	Assurance responsabilité civile	28
Art. 93	Formation continue	28
Art. 94	Secret professionnel - Principe	28
Art. 95	Secret professionnel - Libération du secret	28
Art. 96	Publicité	29
Art. 97	Lieux de pratique - En général	29
Art. 98	Lieux de pratique - Cabinets de groupe	29
Art. 99	Remplacement	29
Art. 100	Service de garde et de permanence	29
Art. 101	Situations exceptionnelles	30
Art. 102	Assurance qualité	30
Art. 103	Ecoles et programmes de formation	30
Chapitre VII	Pratiques complémentaires	30
Art. 104	Principes	30
Art. 105	Inscription dans les registres	31
Art. 106	Devoirs	31
Chapitre VIII	Institutions de santé	32
Art. 107	Définition et champ d'application	32
Art. 108	Autorisation d'exploitation	32
Art. 109	Autorisation d'assistance pharmaceutique	33
Art. 110	Durée	34
Art. 111	Devoir d'information	34
Art. 112	Surveillance	34

Art. 113	Contrôle de qualité.....	34
Art. 114	Obligations.....	34
Art. 115	Publicité.....	35
Art. 116	Etablissements publics.....	35
Chapitre IX	Produits thérapeutiques.....	35
Art. 117	Autorisation de fabrication.....	35
Art. 118	Autorisation de mise sur le marché.....	35
Art. 119	Interdiction.....	35
Art. 120	Prescription de médicaments.....	36
Art. 121	Professionnels de la santé autorisés à remettre des médicaments.....	36
Art. 122	Vente par correspondance.....	36
Art. 123	Autorisation du commerce de détail.....	37
Art. 124	Publicité.....	37
Art. 125	Stockage du sang et des produits sanguins.....	37
Art. 126	Surveillance et inspection.....	37
Art. 127	Séquestre, destruction et autres mesures administratives.....	37
Chapitre X	Police sanitaire.....	38
Art. 128	Lutte contre les maladies transmissibles - Principes.....	38
Art. 129	Lutte contre les maladies transmissibles - Déclaration obligatoire.....	38
Art. 130	Contrôle des stupéfiants et lutte contre leur abus.....	38
Art. 131	Activités pouvant mettre en danger la santé.....	39
Art. 132	Hygiène générale.....	39
Chapitre XI	Mesures administratives, sanctions et voies de droit.....	39
Art. 133	Mesures administratives.....	39
Art. 134	Sanctions administratives - Dispositions générales.....	40
Art. 135	Sanctions administratives - Limitation, retrait ou révocation du droit de pratique.....	40
Art. 136	Sanctions administratives - Limitation ou interdiction de recourir à une pratique complémentaire.....	41
Art. 137	Sanctions administratives - Limitation ou retrait de l'autorisation d'exploitation.....	41
Art. 138	Sanctions administratives - Limitation ou retrait des autorisations en matière de produits thérapeutiques.....	42
Art. 139	Sanctions administratives - Notification de la décision du département.....	42
Art. 140	Sanctions administratives - Exécution.....	42
Art. 141	Sanctions pénales.....	43
Art. 142	Voies de droit.....	44
Chapitre XII	Dispositions finales et transitoires.....	44
Art. 143	Clause abrogatoire.....	44
Art. 144	Entrée en vigueur.....	44

Art. 145	Dispositions transitoires	45
Art. 146	Modifications à d'autres lois	45

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

I. Genèse des travaux

1. 1. Les motifs d'une loi sanitaire genevoise

La question de la santé de la personne humaine constitue, sous l'angle politique, une des problématiques majeures du XXI^e siècle pour toutes les sociétés occidentales. Il suffit de mentionner l'allongement de l'espérance de vie, les progrès phénoménaux de la médecine et ceux qui sont encore prévus et attendus, ainsi, bien entendu, que les coûts qui leur sont rattachés, pour en saisir partie de son acuité. En outre, toute analyse, toute réflexion notamment prospective se doit d'observer la situation via un « objectif grand-angle » qui permet de saisir la forte et croissante interdépendance entre tous les grands défis. Il devient en effet impensable de dissocier la santé publique des autres grandes problématiques comme celles des retraites, de la démographie (pyramide des âges) et partant, également, des inégalités existant notamment entre le Nord et le Sud et leurs conséquences (migrations, accès aux soins et aux médicaments, etc.).

Si l'objectif de la refonte du droit sanitaire proposée ici n'est pas, il va de soi, de traiter directement ces questions d'une autre dimension, il n'en demeure pas moins que cette réforme constitue une petite pierre de l'édifice. Le besoin est donc fondamental, à l'échelle locale, de disposer d'une législation sanitaire adéquate, bien évaluée et adaptée à la situation actuelle comme à l'avenir. Elle sera l'outil de pilotage principal de la politique sanitaire, qui permettra d'effectuer les nécessaires choix et arbitrages politiques.

La République et canton de Genève dispose aujourd'hui d'un important arsenal législatif en matière de droit sanitaire : très complet, il s'est constitué au fil des ans et doit donc être compris au regard de l'histoire du canton. Par exemple, Genève s'est dotée de lois très spécifiques : la loi K 1 80 (du 6 décembre 1987) sur les rapports entre membres des professions de la santé et patients et la loi K 1 25 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques (du 7 décembre 1979) . Elles traduisent la relation particulière qu'entretiennent les Genevoises et les Genevois avec les droits des patients et la psychiatrie, relation façonnée au cours du temps et particulièrement à la suite d'événements survenus dans les années 70 et 80. Néanmoins, force est de constater que ce droit sanitaire concerne presque exclusivement les soins et très peu la santé.

S'il est complet, il est, de par le nombre et l'enchevêtrement des textes qui le composent, touffu, complexe et n'est pas toujours cohérent. Sa lecture et sa compréhension en sont d'autant moins aisées. C'est un véritable *patchwork*.

Il n'est donc pas l'outil idéal pour construire et mener la politique sanitaire cantonale et certains de ses textes ne sont plus totalement en phase avec les données actuelles. Il convient donc de le revisiter afin de le rajeunir, le simplifier tout en conservant son essence, et de définir les lignes directrices, les axes sur lesquels la politique sanitaire doit s'appuyer.

Il est proposé en premier lieu une loi-cadre sur la santé. Genève et Schwytz sont aujourd'hui les deux seuls cantons suisses à ne pas disposer d'une telle loi. Après la Suisse allemande, tous les cantons romands ont légiféré, les deux derniers à l'avoir fait étant le Valais (1996) et Fribourg (1999).

En résumé et d'une façon générale, une loi sur la santé offre les avantages suivants :

- mise à disposition d'un meilleur instrument de pilotage de la politique de santé cantonale ;
- mise à jour complète de la législation sanitaire cantonale ;
- garantie de la cohérence interne de cette législation ;
- accès facilité aux normes légales et vue d'ensemble de la législation ;
- convergence avec les autres lois cantonales sur la santé, facilitant les échanges intercantonaux ;
- compatibilité avec les textes de droit fédéral adoptés récemment ou en voie d'adoption ainsi qu'avec les dernières évolutions de la jurisprudence du Tribunal fédéral ;
- meilleure compatibilité avec les textes européens ou internationaux¹.

Il est à noter qu'outre ces considérations de fond, c'est la loi actuelle sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (K 3 05), qui prévoit en son article 131 (réexamen de la loi) que « le Grand Conseil est chargé d'examiner d'ici au 31 décembre 2003 l'opportunité de procéder à une révision complète ou partielle de la présente loi ».

1. 2. L'élaboration du projet de loi

En avril 2002, le Conseil d'Etat donna le mandat à une commission extra-parlementaire d'accompagner l'élaboration d'un avant-projet de loi sur la santé². Présidée par le directeur de cabinet du département de l'action sociale et de la santé, M. Pierre-Antoine Gobet, la commission était composée de représentants

¹ J.-C. DELEZE (juriste au Département de la santé publique de l'Etat du Valais), « Une nouvelle loi sur la santé des Valaisannes et des Valaisans », in *Plädoyer*, 4/1996, pp. 45, 49.

² Arrêté du Conseil d'Etat du 10 avril 2002.

de l'ensemble des milieux intéressés: Nicole Blanchard, Direction générale de la santé (DASS), Christine Brennenstuhl, Direction générale des CASS (DASS), Paul Bouvier, Service santé jeunesse (DIP), Gilbert Catelain, député (UDC), Philippe Chastonay, faculté de médecine, Fabienne Clément, santésuisse, Jeannine De Haller, députée (AdG), Constance De Lavallaz, Fédération genevoise des établissements médico-sociaux, Eric Etienne, Direction générale de l'action sociale (DASS), Jacques Follonier, député (Radical), ancien président de l'association des pharmacies du canton de Genève, Bernard Gruson, HUG, Jean-Marc Guinchar, Association des médecins du canton de Genève, Annie Mino, Direction générale de la santé (DASS), Elisabeth Reusse-Decrey, physiothérapeute, Alain Riesen, Forum Santé, Christian Robert, service du pharmacien cantonal (DASS), Albert Rodrik, député (Socialiste), Nicolas Von Der Weid, médecin (représentant du parti libéral), Marthe Wasem-Pittet, association suisse des infirmières, et Ariane Wisard-Blum, sage-femme, députée (Les Verts).

La commission a étudié tous les chapitres de la loi et était appelée à se prononcer sur l'ensemble des principes et dispositions proposés, servant ainsi de « caisse de résonance », d'aiguillon pour le Conseil d'Etat.

Durant tous ses travaux, elle a été accompagnée et a bénéficié de l'expertise du professeur Olivier Guillod, de l'Institut du droit de la santé de l'Université de Neuchâtel (IDS). L'IDS a passé en revue l'intégralité de la législation sanitaire genevoise (tâche en fait confiée à l'Institut du fédéralisme de l'Université de Fribourg), répertorié toutes les interactions entre le droit cantonal et le droit fédéral, et enfin, a soumis les dispositions de l'avant-projet de loi sanitaire genevoise à la sagacité de la commission susmentionnée.

Après dix-huit mois de travaux, la commission a rendu ses conclusions sous la forme d'un projet de loi-cadre, pendant qu'un groupe de travail *ad hoc* se penchait sur la loi sur la commission de surveillance et sur celle concernant la privation de liberté à des fins d'assistance.

Le 17 décembre 2003, le Conseil d'Etat donnait son accord pour le lancement d'une procédure de consultation auprès des départements et organisations intéressés. Le 6 janvier 2004, la loi-cadre et ses lois d'accompagnement ont été transmises à près de 77 organismes concernés par le domaine de la santé. Huit organisations supplémentaires et deux personnes ont en outre demandé à pouvoir s'exprimer. Finalement, ce sont près de 58 prises de position qui sont parvenues au DASS, sous la forme de réponses au questionnaire, et de remarques générales, voire de commentaires article par article.

Sur cette base, le projet de loi sur la santé, celui sur la commission de surveillance et celui concernant la privation de liberté à des fins d'assistance ont été modifiés en vue d'être introduits à l'ordre du jour du Conseil d'Etat.

1.3. Les lois d'accompagnement

L'objectif premier d'une loi-cadre étant de définir les principes généraux et de fixer les lignes directrices, il est indispensable qu'elle soit accompagnée de lois qui pourraient être qualifiées de lois d'organisation ou d'application. C'est le cas ici :

- tout d'abord, il est proposé de créer une loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, qui détermine l'organisation, le fonctionnement et les attributions de cette dernière. Dans ce domaine, il est proposé plusieurs changements importants : une seule commission de surveillance au lieu de deux, création d'un organe de médiation, nouvelles attributions (surveillance des personnes atteintes de troubles psychiques et de déficience mentale; instance décisionnelle dans certains cas; la qualité de partie à la procédure est désormais conférée au patient, etc.³);
- ensuite, étant donné que les droits des patients atteints de troubles psychiques et de déficience mentale sont dorénavant définis dans le projet de loi sur la santé, ainsi que la surveillance des établissements, il est prévu, pour les cas d'admission non volontaire dans un établissement psychiatrique, une loi d'application des articles 397a et suivants du code civil suisse (mesures de privation de liberté à des fins d'assistance)⁴.

Ces deux projets connexes sont irrigués, nourris par le projet de loi sur la santé. Ils dépendent fonctionnellement de lui et l'ensemble doit donc être vu comme un tout, dont les parties sont interdépendantes et difficilement dissociables. En d'autres termes, il est proposé une refonte complète du droit sanitaire cantonal, dont les parties fatalement liées forment un tout indivisible.

1.4. La procédure de consultation

La procédure de consultation a été lancée auprès des départements cantonaux et des milieux intéressés le 6 janvier 2004, avec échéance au 1^{er} mars 2004. Elle a été adressée à 77 organisations diverses, cantonales et fédérales. Huit autres organisations et deux personnes physiques ont en outre souhaité s'exprimer. Ce

³ Pour plus de précisions, lire le projet de loi sur la commission des professions de la santé et des droits des patients.

⁴ Pour plus de précisions, lire le projet de loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance.

sont finalement 58 positions qui ont été prises en compte selon la liste annexée à la présente.

Les départements cantonaux ont répondu, à l'exception du DAEL. Le DF l'a fait par l'intermédiaire du service du personnel et le DIP par l'entremise de l'Université.

Afin de simplifier le dépouillement des résultats, les organismes consultés étaient appelés à répondre à 18 questions couvrant les principaux changements initiés par les quatre projets de loi.

Afin de ne pas céder à la tentation des questions dites « fermées », le département de l'action sociale et de la santé a également pris en compte l'ensemble des remarques générales qui ont été émises, de même que les commentaires article par article.

La synthèse de la procédure de consultation comporte dès lors trois volets, également annexés à la présente :

- l'inventaire des réponses au questionnaire ;
- les remarques générales ;
- les commentaires article par article relatifs aux quatre projets de loi.

Cette façon de procéder paraît la mieux à même de garantir que chaque opinion exprimée puisse être prise en compte de la façon la plus juste possible.

1.5. Résultats

De façon générale, les modifications proposées sont favorablement accueillies par la très grande majorité des organismes consultés. Cette acceptation porte en particulier sur :

- la mise sur pied d'égalité des patients psychiques et somatiques ;
- la cohérence et les principes dont est doté dorénavant le droit sanitaire cantonal ;
- la fusion des deux anciennes commissions de surveillance et du Conseil de surveillance psychiatrique et l'octroi de nouvelles compétences à cette commission unique ;
- l'institution d'une instance de médiation à disposition des patients ;
- l'extension des droits des patients, notamment l'octroi à ces derniers de la qualité de partie à la procédure ;
- l'institution d'une nouvelle autorité de levée du secret médical.

Les remarques négatives, et minoritaires, portent essentiellement sur les innovations suivantes :

- la gestion de la liste des professions par le Conseil d'Etat, sur la base d'un règlement ;

la limitation de l'âge de pratique pour tous les professionnels de santé ;
la composition de la commission de surveillance.

Dans la mesure où les titres, exigences, voire les appellations des professions sont appelés à changer régulièrement, la gestion de la liste sur la base d'un règlement s'impose comme une mesure pratique. Chaque association concernée sera bien entendu consultée.

La limite d'âge a été imposée, comme c'est le cas dans tous les cantons. Elle sera fixée à 70 ans à Genève, mais elle peut être prorogée à la demande du professionnel, et pour autant que les conditions de délivrance du droit de pratique soient toujours remplies.

Quant à la composition de la commission de surveillance, elle a été revue afin de tenir compte des avis exprimés, en élargissant la représentation des professionnels.

2. Les grandes lignes du projet

Dix principes de base, énoncés par le président du département de l'action sociale et de la santé (DASS), M. le conseiller d'Etat Pierre-François Unger, ont guidé les travaux de la commission et apparaissent tantôt en filigrane du projet de loi, tantôt concrétisés *expressis verbis* dans le corps du texte:

- a) Concevoir une loi sur la santé, les soins n'étant qu'une étape, un épisode lié à un problème de santé.

Cette distinction est clairement exprimée par la définition et la séparation des notions de santé et des soins, telles que prévues à l'article 2 du projet de loi sur la santé (PL Santé).

Une des innovations consiste en la création d'un conseil de santé (art. 10 PL Santé), comme organe consultatif du Conseil d'Etat pour les problèmes de santé publique. Il pourra aussi conseiller ce dernier sur la politique de santé et les questions éthiques.

- b) Placer la personne humaine au cœur du dispositif et prendre en compte la trajectoire, le parcours de vie des personnes plutôt que baser les processus sur les institutions.

D'abord, sur un plan éthique, le droit d'accéder équitablement aux soins pour tout un chacun, indépendamment de sa situation sociale et économique, et par conséquent de demander et de recevoir les soins objectivement nécessaires, est garanti. Ce droit fondamental émane de

l'article 12 de la Constitution fédérale, relatif aux conditions minimales d'existence.

Ensuite, c'est l'ensemble du projet de loi qui est axé sur l'être humain et ses droits, et la trajectoire de vie apparaît nettement dans les politiques à mener en matière de promotion de la santé et de prévention (articles 18 à 21 PL Santé). A ce propos, il faut mentionner que ces politiques, mises en œuvre par le Conseil d'Etat entre 1999 et 2002 via la planification sanitaire qualitative, bénéficieront dorénavant d'une base légale (chapitre III PL Santé).

Au niveau des droits des patients, la distinction entre patients atteints de troubles psychiques et de déficience mentale et patients souffrant d'affections somatiques, opérée par la loi K 1 25 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques, pour des raisons relativement objectives du point de vue historique mais quelque peu anachroniques aujourd'hui, est abolie : les droits plus larges conférés aux patients atteints de troubles psychiques et de déficience mentale sont désormais étendus aux patients atteints d'affections somatiques.

- c) Responsabiliser les partenaires en fonction d'axes symétriques en matière de communication et d'information, de droits et de devoirs, ainsi que de formation.

Ces aspects se retrouvent de façon générale dans les chapitres relatifs aux relations entre patients et professionnels de la santé (notamment art. 41), aux droits des patients (particulièrement art. 46), aux professionnels de la santé (formation des professionnels de la santé, art. 78), formation continue (art. 93). Dans ce domaine, l'article 1 énonce également le rôle subsidiaire de l'Etat en matière de santé, privilégiant ainsi la responsabilité, la prise de conscience et la prise en charge individuelles (*empowerment*), et la solidarité.

- d) Introduire la notion de médecin de confiance.

Cette notion est introduite *expressis verbis* (art. 38). L'objectif est que le patient ait le droit et la possibilité de s'adresser, généralement, au médecin avec lequel il traite habituellement, que celui-ci soit un médecin généraliste, un gynécologue, un psychiatre, etc.

- e) Privilégier l'autonomie du patient par rapport à la délégation aux proches.

De façon générale, l'autonomie du patient est privilégiée dans le projet. Toutefois, il ne faut pas imaginer qu'autonomie est synonyme de « désintéressement » : le soutien des proches est expressément prévu (art. 39, al. 1) d'une part, et la fonction de conseiller-accompagnant actuellement réservée aux patients atteints de troubles psychiques et de déficience mentale, sera dorénavant étendue à l'ensemble des patients (art. 39, al. 2).

- f) Comprendre la capacité de discernement non seulement sous l'angle du consentement, mais également au niveau du renoncement (libre et éclairé). D'abord, tout soin est soumis au consentement libre et éclairé du patient (art. 47). Ensuite, le patient peut quitter à tout moment une institution de santé, en étant dûment informé des risques ainsi encourus (art. 37). Enfin, les directives anticipées font l'objet d'un régime clair et précis (art. 48 et 49).

Concernant les mesures de contrainte, qu'il faut concevoir comme toute mesure visant à limiter la liberté de mouvement d'une personne, sujet hautement délicat et sensible, elles sont interdites sur le principe.

- g) Repenser le fonctionnement des commissions de surveillance : distinguer ce qui relève des tribunaux de ce qui pourrait relever de la médiation, permettant ainsi un renforcement du facteur de symétrie et d'autonomie.

Comme il a été mentionné plus haut (cf. pt 1.3), c'est finalement tout le système de recours en matière de décisions médicales et de droits des patients qui a été revu, avec les objectifs d'égalité de traitement, de simplicité, d'efficacité et de rapidité. Dans ce cadre, il a notamment été prévu la création d'une instance de médiation.

- h) Préciser les missions de référence et celles de proximité.

Le projet de loi, indépendamment des « chantiers » ouverts au plan fédéral dans ces matières, se préoccupe des progrès médicaux, à l'instar des lois sanitaires modernes :

- la reproduction humaine (procréation médicalement assistée, interruption de grossesse, stérilisation) ;
- la génétique (analyse génétique et thérapie génique) ;
- la transplantation d'organes, de tissus et de cellules ;
- la recherche biomédicale en général ;
- la fin de vie et la mort (soins palliatifs, constatation de la mort, sort des cadavres).

- i) Prévoir une loi intégrant les lois actuelles du domaine sanitaire, y compris les droits des patients et repenser les niveaux des normes juridiques (ce qui relève de la loi, respectivement du règlement d'application).

Cette idée, comme il a été vu plus haut (cf. pt 1.3), a été respectée. Une loi-cadre définissant les principes, il est toutefois logique qu'elle soit accompagnée de lois d'application et/ou d'organisation.

- j) Rédiger une loi de 150 articles au maximum.

Le projet de loi en compte 146!

Ainsi donc et de façon schématique, le présent projet de loi cristallise un certain nombre de pratiques existantes en leur conférant une assise légale (promotion de la santé et prévention, par exemple), fixe un cadre pour les « nouvelles » et futures activités médicales, assoit plusieurs principes, issus de la tradition genevoise ou de la nouvelle Constitution fédérale, et détermine de

nouvelles orientations pour la politique sanitaire à venir (les dix principes, par exemple)⁵. Complet, simple, précis, stabilisateur, innovateur et dynamique, il constitue l'outil nécessaire à la mise en œuvre d'une politique de santé juste, équitable, rationnelle, moderne et performante.

3. Commentaire des dispositions

3.1 Chapitre I - Dispositions générales

Le *chapitre I* décrit dans les grandes lignes les buts et le champ d'application de la loi et définit deux termes clés, la santé et les soins. Il fixe en outre, toujours dans les grandes lignes, le rôle que l'Etat et les communes sont appelés à jouer dans le domaine de la santé. Ces dispositions donnent le ton de la loi genevoise sur la santé. Elles ont un caractère éminemment programmatique et ne véhiculent pas de contenu normatif direct.

L'**article 1 alinéa 1** énumère, en quatre termes clés, les buts poursuivis par la loi. «Promotion», «protection», «maintien» et «rétablissement» de la santé sont autant d'approches confinant à l'état d'équilibre qui caractérise la santé (cf. art. 2, al. 1). Dans la réalisation de ces buts, l'Etat doit veiller au respect de la «dignité», de la «liberté» et de l'«égalité» de chacun. Il s'agit là de notions juridiques qui correspondent à des valeurs fondamentales que l'Etat doit défendre de par les constitutions fédérale et cantonale et de par les instruments internationaux qui lient la Suisse. La référence aux droits fondamentaux constitue aussi une mise en œuvre de l'article 35 de la Constitution fédérale, qui impose aux autorités de veiller à ce que les droits fondamentaux soient «réalisés dans l'ensemble de l'ordre juridique», y compris «dans les relations qui lient les particuliers entre eux».

L'**article 1 alinéa 2** vise à garantir un égal accès à des soins de qualité. Cette disposition doit se comprendre non pas comme conférant aux particuliers un droit d'exiger davantage que les soins effectivement disponibles, mais comme assurant un accès égalitaire aux soins qu'offrent les ressources effectivement disponibles. La disposition s'adresse donc à l'Etat en l'invitant à lutter contre une pénurie de soins de qualité, pénurie susceptible d'entraîner l'adoption de critères d'accès aux soins sélectifs, peu compatibles avec le principe de l'égalité de traitement garanti par l'article 8 de la Constitution fédérale. A cet égard, l'**article 4 alinéa 5** du projet, qui parle d'«utilisation rationnelle des ressources disponibles», entre en résonance avec l'**article 1 alinéa 2**.

L'**article 1 alinéa 3** défend le principe de subsidiarité de l'action étatique dans le domaine de la santé en encourageant à la fois la solidarité et la

⁵ L'article 3, alinéa 2, qui peut être lu comme une table des matières sommaire du projet de loi, donne un bon aperçu de tous les thèmes traités.

responsabilisation de chacun dans la prise en charge de sa propre santé et dans le respect de celle des autres. Cet alinéa, dans la mesure où il fait appel à la notion de «responsabilité individuelle», n'est pas sans rappeler la formulation de l'article 41, alinéa 1, de la Constitution fédérale. Les comportements individuels, familiaux et collectifs influencent à n'en point douter la santé de manière importante. L'Etat n'a cependant qu'une emprise indirecte sur ces comportements. Chacun a ainsi en matière de santé une responsabilité propre, mais aussi en tant que membre de la collectivité. Pour le Tribunal fédéral, *«il n'est pas aisé de faire, dans ce domaine, la distinction entre les intérêts publics et privés. La protection de la santé d'un individu est d'abord dans son propre intérêt. Une vision globale est cependant nécessaire : il est aussi dans l'intérêt de tous que chacun soit en bonne santé [...]»* (ATF 118 Ia 427, traduit au Journal des tribunaux 1994 I 566). Il serait faux par ailleurs de comprendre cette responsabilité propre de chacun comme la stigmatisation de comportements irresponsables.

En son **article 2**, le projet de loi offre un cadre juridique aux «soins», notion définie à l'**alinéa 2**, alors que l'**alinéa 1** définit la «santé». La définition de la santé proposée ici ne reprend pas exactement celle de l'OMS. Il est vrai que la définition de l'OMS fait l'objet d'un vif débat dans lequel il ne s'agit pas d'entrer. La conception de l'OMS est souvent perçue comme totalisante et utopiste, de nature à favoriser des dérives dans les attentes qu'elle suscite. La santé est présentée dans le préambule de la Constitution de l'OMS du 22 juillet 1946 non seulement comme une absence de maladie, mais comme *«un état de complet bien-être physique, mental et social»*. Cette définition peut faire apparaître la santé comme un bien ultime, ce qui est sans doute vrai pour ceux qui la perdent, mais pas nécessairement dans toutes les situations. La santé, comme la maladie, sont des états fluctuants qui ne sont pas toujours faciles à saisir. La condition humaine est rythmée par le bien-être et la vulnérabilité. La notion d'«équilibre» incluse dans la définition proposée dans le projet vise à exprimer ces fluctuations rythmiques. La définition de l'OMS présente néanmoins l'avantage d'envisager les aspects psychologiques et sociaux de la santé, et non les seuls aspects biologiques de celle-ci. Les trois dimensions sont en effet étroitement liées. L'atteinte corporelle peut alimenter chez l'individu un sentiment de vulnérabilité constitutif d'une menace pour son équilibre psychique. De même, l'altération de l'état de santé peut avoir un impact sur la vie sociale de l'individu en lui imposant des restrictions dans l'exercice de ses activités sociales, familiales ou professionnelles. A l'inverse, une détresse sociale peut favoriser le développement d'un état de maladie. C'est pourquoi le projet entend inclure ces trois dimensions dans la définition qu'elle suggère à l'**article 2, alinéa 1**.

La notion de «soins», définie à l'**article 2, alinéa 2**, revêt une acception large. Les soins dont il est question ici ne se limitent pas aux seuls services fournis par

les professionnels de la santé, de même que les activités en matière de santé humaine ne s'arrêtent pas au seul verbe «soigner». Ainsi, pas moins de sept verbes tentent de circonscrire les différents aspects que peuvent revêtir les soins tels qu'ils doivent être compris dans le projet. Sept verbes qui n'aspirent cependant pas à l'exhaustivité. Les soins palliatifs par exemple, qui se laissent difficilement définir au moyen d'un verbe, sont assurément des «soins» et sont donc compris dans la définition de l'**alinéa 2**.

L'**article 3** concerne le champ d'application de la loi. L'**alinéa 1** circonscrit le cercle des destinataires de la loi, qui doit là aussi être compris de la manière la plus large possible. Il s'étend ainsi à tous les «acteurs» du domaine de la santé, c'est-à-dire à toutes les personnes – physiques ou morales – qui jouent un rôle actif en la matière. Sont visés, notamment, les patients, les professionnels de la santé, les personnes exerçant des pratiques complémentaires, les services, établissements et autres organismes de santé, les collectivités publiques, etc. L'**article 3, alinéa 1**, du projet définit et encourage le partenariat entre ces différents acteurs du domaine de la santé. Le terme «partenariat» est significatif. Il invite d'une part les différents acteurs de la santé à s'associer autour d'un objectif commun et à prendre conscience de leurs droits et devoirs réciproques. D'autre part, il couvre l'ensemble des partenaires indépendamment du fait qu'ils évoluent dans le secteur public ou privé. Il n'existe en effet aucune raison pour que les activités soient, dans un domaine aussi sensible, réglementées de manière distincte selon le secteur dans lequel elles sont menées. Le Tribunal fédéral a du reste déjà relevé l'inanité de la distinction, spécialement en matière de liberté personnelle à l'égard des actes médicaux (ATF 111 Ia 231 ; 117 Ib 197).

L'**article 3, alinéa 2**, énumère les différents thèmes traités, chacun renvoyant à un chapitre du projet. Cet article peut donc être lu comme une présentation, une table des matières sommaire de la loi sur la santé. L'orientation du lecteur s'en trouve ainsi facilitée.

L'**article 4, alinéa 1**, souligne l'engagement de l'Etat et des communes en matière de santé, alors que l'**alinéa 5** (déjà évoqué à l'occasion du commentaire de l'article 1, alinéa 2) pondère cet engagement en fonction des ressources disponibles. Cet engagement ne se limite pas à l'exécution des tâches assignées dans le projet de loi sur la santé, mais s'étend à l'ensemble des activités étatiques.

L'**alinéa 2** est relativement innovateur, bien qu'une disposition analogue figure dans les lois sanitaires tessinoise et fribourgeoise. Il renforce l'idée exprimée à l'**alinéa 1** selon laquelle la protection de la santé doit imprégner l'ensemble des activités étatiques. La disposition, recommandée notamment par l'OMS, s'inspire du principe de la résolution 95/C 350/02 du Conseil de l'Union européenne relative à l'intégration, dans les politiques communautaires, des exigences en matière de protection de la santé. Cette résolution, dans son principe, invite notamment la Commission à assurer une évaluation rapide et transparente de l'impact des politiques communautaires sur la santé humaine et à

signaler dans son programme de travail annuel toutes les dispositions qui peuvent avoir un impact sur la protection de la santé (Journal officiel des Communautés européennes, 30.12.95, N° C 350/2s). Dans cet esprit, l'**alinéa 2** enjoint le Conseil d'Etat d'accompagner tout projet législatif susceptible d'avoir une incidence sur la santé d'un rapport quant à son impact sur la santé et de propositions éventuelles pour limiter les effets négatifs sur la santé.

L'**alinéa 3** pose le principe de la collaboration entre les différents partenaires, collectivités publiques, établissements et professionnels de la santé et autres milieux concernés. Enfin, l'**alinéa 4** invite l'Etat à «coordonner» les activités des différents partenaires de la santé. Cette disposition doit être lue en parallèle avec l'**article 1, alinéa 3**. Le rôle de l'Etat est subsidiaire à l'action individuelle et collective des partenaires de la santé.

3.2 Chapitre II - Autorités compétentes

Le *chapitre II* identifie les compétences et les tâches des autorités directement impliquées dans le domaine de la santé. Le projet veille à éviter toute lacune en s'assurant que la loi désigne à chaque fois l'autorité compétente. A chaque niveau, un organe de l'Etat se voit ainsi attribuer une compétence résiduelle sous réserve de la compétence expresse de tout autre organe.

L'**article 5** attribue au Conseil d'Etat la compétence de définir la politique cantonale de la santé et, en particulier, d'établir et d'arrêter la planification sanitaire cantonale, question que le projet de loi aborde au *chapitre IV*. Sa compétence s'étend aussi à la haute surveillance des activités dans le domaine de la santé, expression qui indique que le Conseil d'Etat est l'autorité suprême pour toutes les questions liées à la santé, sous réserve évidemment des compétences législatives du Grand Conseil.

La mise en œuvre et la coordination de la politique de la santé relève de la compétence du département en charge de la santé, soit le DASS aujourd'hui (**article 6**). Outre la mise en œuvre de la législation, le département exerce de manière générale la surveillance dans le domaine de la santé. Il assume également toutes les compétences non dévolues à un autre organe de l'Etat (**alinéa 3**). Cette attribution générale de compétences vise à éviter, notamment, que des situations nouvelles restent sans réponse en l'absence d'autorité compétente spécifiquement désignée. La compétence résiduelle du département s'exerce bien évidemment sous réserve des compétences du Conseil d'Etat. Pour mener à bien son action, le département dispose de la Direction générale de la santé (DGS), à laquelle sont rattachés le médecin cantonal, ainsi que le service du pharmacien cantonal (SPC) et le service de protection de la consommation (SPCo) (chimiste cantonal) (**alinéa 4**).

L'**article 7** aborde de manière assez détaillée une institution appelée à prendre de l'importance dans la gestion du secteur de la santé, à savoir les

mandats de prestation que le département peut confier à des organismes publics ou privés en vue de l'exécution des tâches spécifiques prévues par la loi. Il n'est pas toujours utile, voire opportun, que l'Etat intervienne dans tous les domaines. Il s'agit d'encourager la concurrence et de limiter l'intervention de l'Etat principalement aux secteurs où les initiatives privées ne sont pas à même de répondre à la demande ou de garantir l'intérêt général. Des mandats de prestations sont alors envisageables, mais cela à des conditions strictes qui garantissent la protection de la santé publique, le respect de la planification sanitaire et le bon usage des deniers publics (**alinéas 2 et 3**). Le règlement d'exécution de la loi pourra préciser d'autres conditions telles que le principe de la transparence, de la démocratie, etc. Il faut par ailleurs distinguer, parmi les tâches que l'Etat peut déléguer, celles qu'il confie à des organismes publics ou privés pour lesquels il verse des subventions de celles simplement exécutées pour le compte de l'Etat. Pour celles-ci, il n'y a pas à proprement parler subventionnement, mais versement d'honoraires et couverture des frais engendrés pour l'exécution de ces tâches.

L'**article 8** désigne la Direction générale de la santé (DGS) comme organe d'exécution du département pour toutes les questions de santé. C'est la DGS qui assume par ailleurs, sauf désignation par la loi d'une autre autorité, les tâches exécutives en matière de planification et de gestion du domaine de la santé (**alinéa 1**).

L'**article 9** institue le médecin, le pharmacien et le chimiste cantonaux, qui sont des protagonistes importants du domaine de la santé humaine. Les **alinéas 1 à 3** circonscrivent de manière générale le champ d'activité de ces différents services, qui résulte à la fois du droit cantonal et du droit fédéral. L'**alinéa 4** rappelle le principe de collaboration de ces services avec le vétérinaire cantonal lorsque celui-ci est appelé à œuvrer dans le domaine de la santé humaine, en particulier dans l'exécution des tâches de prévention et de lutte contre les zoonoses.

L'**article 10** institue un Conseil de santé comme organe consultatif sur les grands problèmes de santé. Il devrait en particulier conseiller le gouvernement en matière de politique de la santé et d'éthique. Ce conseil devrait apporter un regard extérieur et critique sur le secteur de la santé en émettant des avis et des recommandations destinés au Conseil d'Etat et au département. Si son rôle se limite à conseiller, il devra encourager le dialogue entre les milieux concernés dans un esprit visionnaire plutôt que gestionnaire. L'**alinéa 3** sert de base légale générale à la création de commissions permanentes ou ad hoc chargées d'examiner des problèmes particuliers. La création et la coordination de ces différentes commissions est du ressort du Conseil de santé. Il en existe déjà à Genève (par exemple la Commission mixte en matière de toxicomanie instituée par le K 1 75 03, qui avec le projet tiendrait sa légitimité de l'**article 10**). Le

Conseil d'Etat règle les questions de compétences et d'organisation du Conseil de santé par voie réglementaire (**alinéa 4**).

L'**article 11** institue une commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients. Le projet ne fait que mentionner, au chapitre des autorités, l'existence de cette commission. Ses compétences, son organisation, son fonctionnement et sa gestion sont définis dans une loi propre. La commission de surveillance instituée ici assume les compétences et fonctions des trois commissions de surveillance actuelles, la *commission de surveillance des professions de la santé*, instituée par la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (K 3 05), la *commission de surveillance des activités médicales*, instituée par la loi sur les établissements publics médicaux (K 2 05) et le *conseil de surveillance psychiatrique (CSP)*, institué par la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques (K 1 25). L'unification des voies de droit pour tous les professionnels de la santé, du secteur public comme du secteur privé, et pour tous les patients, en psychiatrie comme en médecine somatique, est un progrès par rapport à la situation actuelle. Cette solution assurera une unification de la pratique et de l'interprétation du droit, là où des distinctions ne sont pas justifiées. Les règles relatives aux droits des patients, émanation des droits de la personnalité, doivent en effet être appliquées de la même manière à toutes les catégories de patients.

L'**article 12** institue, aux côtés de cette commission de surveillance, le principe d'une instance de médiation dont les compétences sont précisées dans la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients. Il s'agit d'une procédure alternative de résolution des litiges entre patients et professionnels de la santé, à côté des voies de droit ordinaires prévues en droit civil, pénal et administratif. Les litiges entre patients et professionnels de la santé ont trop souvent pour origine une mauvaise communication ou une absence de dialogue conduisant inévitablement à une perte de confiance. La médiation doit précisément permettre de rétablir la communication et de restaurer la confiance, et tendre vers une résolution des litiges plus rapide et moins douloureuse, d'un point de vue émotionnel et financier, que les traditionnelles procédures judiciaires contentieuses.

L'**article 13** institue une autorité supérieure de levée du secret professionnel. Cette autorité, prévue par le droit fédéral (art. 321, ch. 2, du code pénal), est habilitée à lever le secret auquel sont soumis tous les professionnels de la santé, et non seulement les professionnels de la santé mentionnés à l'article 321, alinéa 1, du code pénal (médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes). Elle est également habilitée à lever le secret auquel sont astreints les personnes qui exercent une pratique complémentaire (cf. art. 106, al. 4), compétence jusqu'ici réservée au médecin cantonal. Cette autorité est distincte de la commission de surveillance, alors qu'aujourd'hui, la levée du secret relève de la compétence de

la commission de surveillance des professions de la santé instituée par la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical, du 16 septembre 1983 (K 3 05) et de la commission de surveillance des activités médicales instituée par la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980 (K 2 05). Cette autorité relèvera administrativement du département de l'action sociale et de la santé et sera présidée par un médecin de l'Institut universitaire de médecine légale et composée en outre d'un représentant de la Direction générale de la santé et d'un représentant d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients.

Enfin les communes assument aussi des tâches dans le secteur de la santé et à cet égard, l'**article 14** du projet de loi prévoit le *statu quo* par rapport au droit actuel. La répartition des compétences entre communes et canton demeure ainsi inchangée.

3.3 Chapitre III - Promotion de la santé et prévention

En lui consacrant un chapitre spécifique, la loi sur la santé souligne l'importance de la promotion de la santé et de la prévention et vise à la fois à coordonner et à encourager les programmes et actions dans ce domaine. Il convient d'une part d'informer les groupes de personnes concernées par un problème de santé spécifique et l'ensemble de la population sur les mesures à prendre afin de se maintenir en bonne santé et, d'autre part, de mener des actions spécifiques pour créer des milieux favorables à la santé et réduire l'incidence et la gravité de problèmes de santé déterminés. On sait l'influence décisive des comportements individuels et de l'environnement (naturel, socio-économique, professionnel, etc.) sur la santé de la population. La promotion de la santé et la prévention contribuent directement à une responsabilisation accrue des individus et de la collectivité dans le domaine de la santé.

Il convient de rappeler que cette politique de prévention et de promotion de la santé a été mise en œuvre, entre 1999 et 2002, dans le cadre de la planification sanitaire qualitative (PSQ). Avec le présent projet, cette politique trouve son assise légale.

Le *chapitre III*, dans sa section I, permet de rassembler les principes fondamentaux applicables à un grand nombre de programmes et d'actions de promotion de la santé et de prévention dont les bases légales sont actuellement dispersées à travers toute la législation genevoise. Il devrait ainsi favoriser le développement de la promotion de la santé et de la prévention, deux notions définies aux articles 15 et 16 et précisées, dans leur dimension opérationnelle, à l'article 17.

En matière de promotion de la santé, le projet de loi sur la santé s'inspire très largement des principes consacrés dans la charte de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la promotion de la santé de 1986 (charte d'Ottawa). Cette charte, dans le prolongement de la déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, dresse un programme d'action dans le cadre du Programme de l'OMS «Santé pour tous d'ici l'an 2000». Ses principes ont été confirmés notamment dans la déclaration de Jakarta douze ans plus tard et repris dans le Programme «Santé pour tous au XXI^e siècle». Ils forment une source importante d'inspiration pour les responsables des politiques de santé nationale.

La définition de la promotion de la santé contenue à l'**article 15, alinéa 1**, se distingue de celle de la Charte d'Ottawa par son caractère peut-être moins utopiste. Mais l'esprit d'Ottawa se retrouve dans l'ensemble du chapitre III. En premier lieu, chaque société doit s'efforcer d'offrir un ensemble de conditions qui constituent des préalables à la santé de sa population, comme un toit, de la nourriture et un revenu pour chacun, la paix, le développement durable et la justice sociale. Une fois ces conditions réunies, l'Etat doit mener une politique de promotion de la santé comportant plusieurs facettes. D'abord, le développement de politiques publiques intégrant l'objectif de favoriser la santé. Deuxièmement, la création, le maintien et le développement de milieux favorables à la santé, que ce soit le milieu naturel, socio-culturel, professionnel ou familial. Troisièmement, le renforcement de l'action communautaire d'un côté, des aptitudes individuelles de l'autre, qui s'appuie en particulier sur la plus large information sur la santé.

L'**article 16** entend donner à la notion de prévention une portée large. La prévention comprend ainsi l'ensemble des mesures destinées non seulement à éviter que surviennent des maladies (diminution des facteurs de risques, par exemple), mais aussi à enrayer leur progression et à en réduire les conséquences. Pour l'OMS, la prévention peut être menée à trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. La prévention «primaire» tend à éviter la première apparition d'un trouble. Grâce au dépistage, la prévention «secondaire» vise à empêcher ou à freiner l'évolution d'une maladie existante et de ses conséquences. Enfin, la prévention «tertiaire» a pour objectif de limiter le retentissement d'une maladie installée et d'améliorer, autant que faire se peut, la qualité de vie des personnes touchées (réduction des risques de rechute et de chronicité grâce à une réadaptation efficace, par exemple). C'est sous ce triple angle que la prévention doit être comprise dans le projet d'article 16.

L'**article 17** livre, sans volonté de suivre une hiérarchie, un catalogue de mesures de promotion de la santé et de prévention. Ce catalogue n'est pas exhaustif, comme l'indique l'adverbe «notamment», ce qui permettra à l'Etat de mener d'autres actions au fur et à mesure des besoins ou de donner les réponses nécessaires aux crises nouvelles. Les mesures visées aux **lettres a** à **d** de cette disposition reflètent une partie de la charte d'Ottawa (information et éducation, action communautaire et individuelle, création de milieux favorables). Les **lettres**

e et *f* insistent sur les actions préventives primaires et secondaires tandis que la **lettre g** souligne l'importance de recueillir des informations et de développer la recherche épidémiologique. Partant de la constatation de la consommation massive de soins dans le canton de Genève, la **lettre h** rappelle qu'il faut aussi sensibiliser chacun à recourir de manière judicieuse aux services de santé. La **lettre i**, en accord avec la charte d'Ottawa, insiste sur la formation des professionnels de la santé appelés à mettre en œuvre les actions de promotion de la santé et de prévention. Enfin, la **lettre j** mentionne l'intégration des personnes handicapées, qui est traitée de manière plus complète dans la loi sur l'intégration des personnes handicapées, récemment votée par le Grand Conseil. Quant à la prévention des handicaps, elle est évoquée dans la législation sur la prévention des accidents ainsi que dans l'article 27 du présent projet de loi. **L'article 17, alinéa 3**, précise que dans tous les domaines de la promotion de la santé dans lesquels l'Etat intervient, en particulier ceux mentionnés aux articles 18 à 28, son action comprendra au moins les deux efforts généraux suivants : d'une part, encourager les attitudes et les conditions de vie permettant de prévenir ou de limiter les atteintes à la santé redoutées et leurs conséquences, d'autre part soutenir les mesures d'information les concernant.

La section 2 énumère les domaines prioritaires d'intervention de l'Etat dans la promotion de la santé et la prévention. Il ne s'agit pas de tâches ou de compétences nouvelles de l'Etat qui impliqueraient de nouvelles charges. Le canton soutient et finance déjà l'ensemble des domaines répertoriés, en particulier au titre de la PSQ, qui s'est achevée en 2002 et dont les activités ont été reprises par la Direction générale de la santé. La liste des principaux domaines de promotion de la santé et de prévention (art. 18 à 28) n'est pas exhaustive. Des actions dans d'autres domaines pourraient être soutenues, pour autant bien sûr qu'elles entrent dans les définitions des articles 15 et 16.

La loi tente de suivre, en partie au moins, la trajectoire de vie de tout être humain, tout en délimitant des domaines d'action qui touchent spécifiquement soit une catégorie de population (les art. 18, 19 et 21), soit une thématique ciblée qui concerne en principe la population dans son entier (art. 20 et 22 à 28).

Le premier article, **l'article 18**, prévoit des actions de promotion de la santé et de prévention pour l'enfant à naître et le nourrisson. **L'article 19** enchaîne avec les mesures concernant la santé des enfants et des adolescents, un domaine qui fait déjà l'objet de nombreuses dispositions légales cantonales (cf. en particulier dans la loi J 6 05 sur l'office de la jeunesse). Un point essentiel dans ce domaine tient à la collaboration des différents partenaires, y compris naturellement les parents (notamment à travers les associations de parents) ainsi que les enfants et adolescents eux-mêmes, comme cela découle du reste de la Convention sur les droits de l'enfant ratifiée par la Suisse.

L'article 20 concerne la promotion de la santé au travail, un domaine qui fait l'objet de dispositions fédérales. Citons en particulier la loi sur le travail (RS

822.11) et ses dispositions sur l'hygiène au travail et la protection de la santé des travailleurs, ainsi que la loi sur l'assurance-accidents (RS 832.20) et ses dispositions concernant la prévention des accidents et des maladies professionnels, applicables aussi au personnel des administrations cantonales et des établissements publics hospitaliers et d'enseignement, ce que rappelle par exemple le Règlement genevois concernant la protection de la santé et la sécurité au sein de l'administration cantonale (B 4 30.08).

L'article 21 porte sur la promotion de la santé des personnes âgées. Compte tenu de l'évolution démographique, c'est un domaine important, où il convient de prévenir la marginalisation des personnes concernées qui sont vulnérables aussi bien socialement que d'un point de vue de santé. Le projet de loi souligne en particulier l'importance du maintien à domicile des personnes âgées et de la préservation de leur autonomie, notamment dans le choix de leur lieu de vie, car il s'agit de valeurs qui constituent des gages de qualité de vie.

Les articles 22 à 28 concernent des problématiques générales de santé touchant les personnes de tous âges. Les actions de prévention et de promotion de la santé visées à **l'article 22** doivent se comprendre comme un élargissement de la tâche traditionnelle de l'Etat de lutter contre les maladies transmissibles pour protéger la santé publique. La préoccupation de l'Etat ne se focalise plus sur le mode de transmission de la maladie, mais également sur les conséquences sociales et économiques des maladies les plus répandues, telles les maladies cardio-vasculaires, les maladies chroniques ou les cancers, ces derniers ayant été d'ailleurs une priorité de la PSQ.

La prévention des maladies transmissibles, sans doute le domaine le plus ancien parmi les tâches de santé publique de l'Etat, fait également l'objet de **l'article 22**. Ce domaine repose essentiellement sur des normes de droit fédéral, en particulier la loi fédérale sur les épidémies (RS 818.101), qui délègue de nombreuses tâches d'exécution aux cantons et impose notamment la figure du médecin cantonal chargé de diriger les mesures – préventives ou curatives – de lutte contre les maladies transmissibles. Parmi les mesures préventives figurent les campagnes de vaccination, que les cantons peuvent rendre obligatoires suivant l'article 23, alinéa 2, de la loi fédérale sur les épidémies, ce que le projet de loi sur la santé rappelle à **l'article 22, alinéa 3**. Il semblait important d'introduire dans la loi sur la santé un article relatif à la prévention des atteintes liées à l'environnement qui fait donc l'objet de l'article 23.

L'article 24 traite de la promotion et de la prévention de la santé mentale. La santé, telle qu'elle est définie par l'OMS et par le projet de loi, revêt un aspect psychologique indéniable. Il paraît dès lors naturel d'encourager les actions et de stimuler les responsabilités individuelle et collective en amont déjà et d'inclure, dans un projet de loi sur la santé, cet aspect dans les tâches prioritaires de promotion et de prévention. La notion de santé mentale ne se confond pas avec la psychiatrie, mais recouvre des problématiques aussi diverses que le mal-être, le

stress, la dépression, le suicide ainsi que la violence familiale et scolaire, pour ne citer que quelques axes du mandat de la «priorité santé mentale» de la PSQ à Genève.

L'**article 25** impose à l'Etat l'obligation de veiller au développement des soins palliatifs dans tous les lieux de pratique des professionnels de la santé. Cela passe notamment par une sensibilisation et une information de tous les professionnels de la santé concernés.

L'**article 26** concerne l'information sexuelle et le planning familial. A ce sujet, rappelons que le droit fédéral (RS 857.5) impose aux cantons d'instituer des centres de consultation pour tous les problèmes relatifs à la grossesse. Signalons aussi la récente modification du code pénal suisse issue du scrutin du 2 juin 2002, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2002 : le nouvel article 119, alinéa 4, charge les cantons de désigner les cabinets et les établissements hospitaliers qui remplissent les conditions nécessaires au «conseil approfondi de la femme enceinte». Mentionnons enfin, au niveau international, la Convention relative aux droits de l'enfant (RS 0.107), ratifiée par la Suisse en 1997, qui invite les Etats parties notamment à «développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale».

L'**article 27** porte sur la prévention des accidents, domaine où l'Etat est déjà bien actif, ne serait-ce que parce qu'il assume de nombreuses tâches d'exécution du droit fédéral (sécurité d'installations et appareils techniques, protection contre les nuisances sonores et les radiations, etc.). Mais à côté de cela, la prévention des accidents est, aujourd'hui déjà, une problématique prioritaire de santé publique à Genève. Les domaines d'intervention pour la période 1999-2002 de la PSQ concernaient, principalement, les accidents survenant à domicile, les chutes des personnes âgées et les accidents de la circulation. Vu la diversité des causes des accidents (environnementales, comportementales, matérielles, etc.), l'Etat encourage de manière large les actions propres à prévenir les accidents. Parmi ces différentes actions, l'**article 27, alinéa 1**, mentionne les mesures agissant sur l'environnement ou sur les comportements. Le projet «PIPAD'ES» de la PSQ, destiné à diminuer la fréquence et la gravité des accidents domestiques chez les enfants de 0 à 5 ans, offre des illustrations de ces deux notions. Parmi les actions projetées ou réalisées figuraient la création d'une bourse PIPAD'ES d'architecture destinée à sensibiliser les architectes aux questions de sécurité dans les agencements intérieurs, ainsi que des actions de sensibilisation, d'information et de formation des personnes travaillant en contact direct avec les enfants. La création de la bourse d'architecture compte assurément parmi les «mesures passives agissant sur l'environnement» alors que les actions de sensibilisation, d'information et de formation relèvent des «mesures actives agissant sur le comportement».

Quant à l'**article 28**, il concerne la prévention des dépendances ou des addictions (tabagisme, alcoolisme et autres toxicodépendances). Le droit fédéral

prévoit une série de mesures préventives dans la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et l'abus de substances pouvant s'avérer nuisibles à la santé. Ces mesures préventives incluent des limitations en matière de publicité pour ces produits (cf. art. 42b de la loi sur l'alcool [Lalc], art. 24 et 37 de la loi sur les denrées alimentaires [LDAI], art. 15 de l'ordonnance sur le tabac et les produits du tabac [Otab], art. 18, al. 5, de la loi sur la radio et la télévision [LRTV] et art. 15, al. 1, de son ordonnance [ORTV], art. 31 à 33 de la loi sur les produits thérapeutiques [LPTh]). La compétence législative de la Confédération n'est cependant ni complète ni exhaustive et les cantons ont aussi la faculté d'édicter des dispositions en matière de publicité pour autant qu'elles n'entravent pas les buts que le législateur fédéral a voulu poursuivre en adoptant ces dispositions. C'est la conclusion à laquelle est parvenue la 2^e Cour de droit public du Tribunal fédéral dans un arrêt du 28 mars 2002 (2P.207/2000) à l'occasion de l'examen de la constitutionnalité de l'article 9, alinéa 2, de la loi genevoise sur les procédés de réclame du 9 juin 2000 (F 3 20), qui prévoit une interdiction de l'affichage, sur le domaine public ou sur le domaine privé visible du domaine public, de publicité pour le tabac et les alcools de plus de 15% par volume. Ainsi le projet de loi sur la santé, en son **article 28, alinéa 2**, renvoie-t-il aux dispositions fédérales et cantonales prises en la matière.

3.4 Chapitre IV - Planification sanitaire

Les **articles 29 à 34**, rassemblés au *chapitre IV* du projet, traitent de la planification sanitaire cantonale, dont les grandes lignes sont établies par le Grand Conseil sur proposition du Conseil d'Etat (**art. 29, al. 1**). Le maintien d'un large cercle de soins de qualité disponibles ne peut se concevoir sans la mise sur pied d'un tel outil de pilotage. Le contrôle de la qualité et la maîtrise des coûts constituent sans doute les défis les plus importants auxquels est confronté aujourd'hui le secteur des soins. Il s'agit de se donner les moyens de les réaliser (**art. 29, al. 2**). La planification sanitaire s'étend à l'ensemble du secteur des soins. Il comprend ainsi le plan de promotion de la santé et de prévention (**art. 30**) ainsi que le plan cantonal des soins hospitaliers et extra-hospitaliers (**art. 31**). La planification sanitaire cantonale doit donc être comprise dans une acception plus large que le seul plan cantonal hospitalier imposé par le droit fédéral (art. 39 LAMal). S'agissant des effets financiers de la planification sanitaire, l'**article 34** du projet enjoint l'Etat à ne financer que les activités qui entrent dans la planification.

Au sujet de la mise en œuvre du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention (**art. 30**), celui-ci relève en premier lieu du département en charge des questions de santé, à savoir le DASS. Le projet de loi ne perd pas de vue que le DASS n'est pas seul confronté aux questions de promotion de la santé et de prévention en rapport avec la santé humaine. D'autres départements sont également concernés. Les mesures sociales et de santé pour les mineurs sont, par

exemple, du ressort du DIP et non du DASS et c'est donc le DIP qui est responsable des projets de promotion de la santé et de prévention initiés dans ce secteur. De même, le département de l'économie, de l'emploi et des affaires extérieures (DEEE) assume des tâches similaires dans le domaine de la santé au travail. Il est toutefois important de désigner un département *leader*, en l'occurrence le DASS, non sans omettre de préciser qu'il collaborera de façon étroite avec les autres départements concernés (**art. 30, al. 3**). Le DASS se voit ainsi investi de la mission de coordonner les actions du Conseil d'Etat en matière de promotion de la santé et de prévention.

3.5 Chapitre V – Relations entre patients et professionnels de la santé

Le *chapitre V* constitue l'une des clefs de voûte de la loi, dans le prolongement du rôle de pionnier que la législation genevoise a joué en Suisse romande dans la reconnaissance et la promotion des droits des patients. Il rappelle, si besoin est, que l'ensemble du secteur des soins est dirigé vers la satisfaction des besoins des patients, dans le respect de leur dignité et de leurs droits. Il existe un lien important entre droits fondamentaux de la personne et santé : le respect des droits individuels est, en soi, un facteur de promotion de la santé et d'*empowerment* des patients qui sont ainsi mis en situation de mieux gérer leur propre santé.

Le chapitre est subdivisé en quatre sections. La première (art. 35 à 42) contient quelques dispositions générales qui forment l'encadrement des droits du patient. La deuxième (art. 43 à 52) consacre les principaux droits du patient, en reprenant et développant sur quelques points les dispositions de la loi sur les rapports entre membres des professions de la santé et patients (K 1 80). La troisième section (art. 53 à 59) règle le problème important et délicat de la protection des données personnelles relatives à la santé. Enfin, la dernière section (art. 60 à 77) évoque diverses mesures médicales qui, comme la recherche ou les transplantations d'organes, posent des problèmes spécifiques. Du point de vue systématique, le rassemblement dans une seule loi des règles essentielles touchant aux droits des patients, alors qu'elles sont aujourd'hui dispersées dans plusieurs lois et règlements, est un progrès important en termes de lisibilité de la loi et de sécurité juridique pour ceux qui l'appliquent quotidiennement. Le *chapitre V* du projet de loi offre ainsi à chacun un catalogue précis et facilement accessible de ses droits lorsqu'il est un patient.

Il faut souligner que les dispositions prévues dans le *chapitre V* ne font souvent que transposer des principes qui découlent du droit constitutionnel, civil et pénal fédéral (tels qu'interprétés par le Tribunal fédéral) et, bientôt, du droit international (quand la Suisse aura ratifié la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, du 4 avril 1997, comme le propose le Conseil fédéral dans son Message du 12 septembre 2001, FF 2002 271). Par exemple, la règle fondamentale du choix libre et éclairé du patient et du devoir corrélatif

d'information des professionnels de la santé est imposée par le droit fédéral. Il en va de même du droit d'accéder à son propre dossier et du respect de la sphère privée du patient. La marge de manœuvre du canton n'est donc finalement pas très grande en la matière, puisqu'il doit respecter d'une part le principe de la force dérogatoire du droit fédéral, d'autre part la lettre et l'esprit du droit civil fédéral (en vertu de l'article 6 CC), enfin l'ensemble des droits fondamentaux ancrés dans la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (cf. par exemple trois décisions du Tribunal fédéral concernant la législation genevoise : ATF 111 Ia 231, ATF 114 Ia 350 et ATF 123 I 112). Elle va diminuer encore avec l'achèvement de la réforme en cours du droit fédéral de la tutelle qui inclura notamment des dispositions sur les directives anticipées et sur les décisions en matière de soins pour des personnes incapables de discernement. Enfin, la plupart des mesures médicales spéciales réglées dans la section 4 font l'objet de projets de lois fédérales (transplantations d'organes, stérilisation, tests génétiques, recherche biomédicale) et de protocoles additionnels à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine. La durée de vie des dispositions prévues dans le présent projet sera dès lors probablement courte.

L'**article 35** définit le champ d'application du chapitre, lequel s'applique à toutes les relations entre patients, professionnels de la santé et institutions de santé, qu'ils relèvent du secteur privé ou du secteur public, les institutions de santé étant définies de manière large à l'article 107. Cela signifie notamment que les voies de droit particulières instituées à l'article 42 sont ouvertes à chacun, évitant ainsi toute inégalité de traitement selon que le patient est soigné dans un établissement médical public ou dans une clinique privée. Savoir quand une personne endosse le rôle de «patient» au sens où on l'entend ici peut soulever des difficultés, notamment dans le cadre de la recherche avec des personnes en bonne santé ou dans le cadre des actions de promotion de la santé. Au sens de la présente loi, le terme de «patient» doit s'entendre comme la personne qui recourt aux services (du domaine de la prophylaxie, du diagnostic, de la thérapeutique et des soins palliatifs) d'un professionnel de la santé ou d'une institution de santé, sans être nécessairement malade. Cette définition ne permet pas, *a priori*, de lever toutes les incertitudes. Il appartiendra aux tribunaux, si besoin est, de déterminer dans des situations particulières si une personne peut se prévaloir des droits reconnus par le présent chapitre. Cela dit, il ne faut pas oublier que les droits du patient ne sont que la concrétisation, dans le domaine particulier des soins, des droits de la personnalité consacrés ailleurs par l'ordre juridique suisse.

L'**article 36** clarifie l'articulation entre les différentes législations se rapportant à l'admission des patients en institution de santé. L'**alinéa 1** rappelle le principe de l'admission libre du patient dans une institution de santé, principe qui vaut pour tous les patients, que ce soit en psychiatrie ou en médecine somatique. Une admission contre la volonté d'une personne ne peut être envisagée que dans le contexte de la privation de liberté à des fins d'assistance et

dans celui d'une mesure prononcée en application du code pénal. Les premiers cas sont traités spécifiquement dans le projet de loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance. Ceux qui relèvent des articles 56 et suivants de la nouvelle partie générale du code pénal suisse (CPS), qui devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2006, seront réglés par la loi genevoise d'application du code pénal qui doit faire l'objet d'une modification. Les compétences du conseil de surveillance psychiatrique en la matière seront alors dévolues à une nouvelle autorité.

L'**article 37** est le pendant de l'article 36 alinéa 1, 1^{re} phrase. Une personne admise de son plein gré a le droit de quitter l'institution de santé de son plein gré aussi et en tout temps. L'institution de santé ne peut pas s'opposer à la décision du patient, quelles que soient les répercussions qu'une telle décision peut avoir sur la santé du patient. L'institution devra cependant s'assurer que le patient a pleinement mesuré les risques éventuellement encourus et pourra lui demander une confirmation écrite de sa décision (**al. 1, 2^e phrase**). Elle pourra aviser de la sortie les médecins concernés par l'hospitalisation pour autant que le patient ait donné son accord, et cela pour des raisons évidentes de protection des données (**al. 2**).

L'**article 38** garantit le droit du patient séjournant dans une institution de santé de maintenir des liens avec les personnes extérieures à l'institution. Ce n'est que dans des cas exceptionnels et en vertu d'autres dispositions légales, que les droits prévus à l'article 38 pourraient être limités voire niés. Ainsi en irait-il d'une personne placée en détention préventive sans possibilité de communiquer librement avec des tiers et devant être soignée dans une institution de santé. L'article 38 repose sur le principe fondamental qu'une personne séjournant dans une institution de santé, même à long terme, doit pouvoir entretenir ses relations sociales. Comme le prévoyait déjà l'article 7 de la loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients (K 1 80), le patient a le droit, selon l'**article 38, alinéa 1**, de maintenir des contacts avec ses proches, en utilisant tous les moyens de communication disponibles. Des horaires de visite appropriés, aussi larges que possible compte tenu des contraintes qu'imposent les soins en institution et l'état de santé de certains patients, doivent être prévus. Si l'institution ne doit pas équiper chaque lit d'un ordinateur relié à Internet, il doit, au minimum, l'équiper d'un téléphone, tolérer les téléphones portables et transmettre rapidement le courrier des patients. L'**alinéa 2** élargit le droit prévu à l'alinéa 1 en faveur des enfants vis-à-vis de leurs parents qui ont le droit de les entourer sans limite horaire et dans un cadre adéquat. Ce droit vaut en principe aussi pour les maternités où la femme qui vient d'accoucher peut demander que son nouveau-né soit installé dans sa chambre, sous réserve de situations où des soins spéciaux doivent être prodigués dans un autre environnement. L'**alinéa 3** veut favoriser le maintien du lien entre le patient et son médecin de confiance, sans que ce dernier ne puisse évidemment prodiguer des soins dans une

institution à laquelle il n'appartient pas ni entraver les soins décidés par les médecins responsables dans l'institution. Enfin, l'**alinéa 4** tient compte de la satisfaction des besoins spirituels des patients séjournant en institution.

Les **articles 39 et 40** prévoient différentes mesures d'encadrement et d'accompagnement des patients suivis ou séjournant en institution de santé (art. 39) ainsi que des personnes en fin de vie (art. 40). Celui qui entre dans une institution de santé pénètre dans un monde dont il ne connaît pas, ou mal, les codes de vie et les règles de fonctionnement. L'**article 39, alinéa 1**, garantit ainsi au patient un droit à une assistance et à des conseils tout au long du séjour, indépendamment du soutien des proches. L'institution de santé doit elle-même offrir cette assistance. Mais le patient peut souhaiter s'adresser à des tiers, prérogative qu'il est important de sauvegarder particulièrement à l'égard de catégories de patients spécialement vulnérables, comme les patients en psychiatrie ou en EMS, qui sont souvent isolés socialement. L'accompagnement des patients en institution de santé était une mesure jusqu'ici réservée aux seuls patients en psychiatrie (l'**art. 39, al. 2 et 3**, est inspiré de l'article 1B de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques du 7 décembre 1979, K 1 25). Avec le projet, la mesure est désormais offerte à tous les patients en institution. Si le droit à l'assistance et aux conseils est donné à tous les patients suivis par une institution de santé (al. 1), le droit à l'accompagnement n'est donné qu'à ceux qui y séjournent (al. 2), ce qui exclut les patients admis pour des soins ambulatoires.

L'**article 40** insiste sur le droit des personnes en fin de vie à un accompagnement approprié. Conformément aux idées et pratiques actuelles, les proches de la personne en fin de vie doivent être intégrés dans la démarche d'accompagnement, comme le précise l'**alinéa 1**. En outre, la personne en fin de vie qui séjourne dans une institution de santé a le droit de se faire entourer de ses proches sans restriction horaire (**al. 2**). Cet article conçu en termes de droit individuel doit être mis en relation avec l'obligation générale qui est faite à l'Etat à l'**article 25** de développer les soins palliatifs dans le canton.

L'**article 41** rappelle que les patients n'ont pas que des droits, mais aussi des devoirs. Plutôt que d'obligations au sens strict, il s'agit en réalité d'incombances qui expriment l'idée d'une responsabilité partagée entre professionnel de la santé et patient dans la prise en charge. Une incombance est un comportement à adopter si l'on ne veut pas perdre le bénéfice d'un droit. Par exemple, un patient qui ne suivrait pas les prescriptions, qu'il avait acceptées, du professionnel de la santé ne pourrait pas ensuite mettre en cause la responsabilité de ce dernier dans l'échec du traitement (cf. par analogie ATF 128 III 34). Il en irait de même du patient qui, malgré une question du professionnel de la santé, aurait tu les allergies dont il savait souffrir. Mais cette dernière incombance du patient ne lui fait pas supporter la charge de donner spontanément toutes les informations utiles au professionnel de la santé. En d'autres termes, elle ne dispense pas celui-ci de

poser toutes les questions pertinentes pour apprécier les risques et le caractère approprié du traitement envisagé. Quant à l'observation du règlement intérieur de l'institution de santé et au respect des professionnels de la santé et des autres patients (**art. 41, al. 2**), il s'agit de deux prescriptions de base pour garantir le bon fonctionnement d'une institution et la fourniture des soins qui doivent être respectées tant par le patient que par ses proches.

L'**article 42** prévoit des voies de droit spécifiques pour la résolution des différends entre patients et professionnels de la santé, en sus des voies de droit ordinaires. La commission de surveillance est saisie par voie de plainte ou de dénonciation. Elle peut aiguiller les parties (notion définie à l'article 9 de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients) vers l'instance de médiation. L'article 42 ne fait que mentionner les voies de droit spécifiques, la procédure étant réglée par la loi précitée.

La section 2 du *chapitre V* énonce le catalogue des principaux droits du patient. L'énoncé commence par le droit aux soins. L'**article 43** offre à ce droit une assise légale qu'il n'a que partiellement à Genève, la seule disposition de ce type – l'art. 2 de la loi K 2 05 – ne s'adressant qu'aux patients admis dans les «établissements publics médicaux». Le droit aux soins tel qu'il est prévu ici ne saurait être compris comme conférant un droit absolument illimité à recevoir des soins. Il faut le comprendre comme le droit pour une personne, indépendamment de sa condition économique et sociale, d'accéder équitablement aux soins qu'elle demande et de recevoir les soins qui lui sont objectivement nécessaires, pour autant que ces soins soient effectivement disponibles. L'article 43 n'impose donc pas à l'Etat d'aller au-delà des ressources dont il dispose ni au-delà des soins existants. Cette disposition n'oblige pas davantage l'Etat à prendre en charge les soins d'une personne qui n'est pas dans le besoin ou pour qui les soins requis s'avéreraient en définitive inutiles. L'**article 43** du projet ne remet pas en cause le principe de base de la responsabilité individuelle. Il n'impose pas non plus de nouvelles obligations au canton. La Constitution fédérale garantit, en son article 12, un droit fondamental à des conditions minimales d'existence, précédemment reconnu par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 121 I 367). Le canton est ainsi déjà dans l'obligation de garantir à toute personne les soins indispensables pour mener une vie décente. L'obligation qui découle de cette jurisprudence demeure toutefois subsidiaire par rapport à l'ensemble de la législation fédérale (LAMal, LAA, etc.) et cantonale en matière de financement des soins et d'aide sociale. L'**article 43** doit du reste être lu en harmonie avec la législation en matière d'assurances sociales et avec la planification sanitaire hospitalière et extra-hospitalière cantonale. Un traitement expérimental ne pourrait donc pas être garanti ou remboursé sur la base de cet article 43.

Le droit aux soins implique, en pratique, le respect de l'autonomie du patient et de son libre choix. L'**article 44, alinéa 1**, consacre ainsi la liberté du patient de faire appel au professionnel de la santé de son choix. Cette liberté n'est toutefois

pas absolue. En particulier, elle n'a pas pour corollaire l'obligation pour le professionnel de la santé de prodiguer des soins. L'article 44 doit donc être mis en relation avec l'article 88 de la loi qui reconnaît une liberté similaire aux professionnels de la santé, sous réserve des cas de danger grave et imminent pour la santé du patient. De plus, le libre choix est conditionné par la disponibilité du professionnel de la santé et par sa compétence à prodiguer les soins en question. En outre, les articles 43 et 44 ne confèrent pas le droit d'exiger d'un professionnel de la santé déterminé un traitement spécifique lorsque plusieurs méthodes existent mais qu'une seulement est pratiquée par lui. L'article 44 n'empêche pas le patient de limiter son libre choix, par exemple en contractant une forme alternative d'assurance maladie impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. L'**article 44, alinéa 2**, rappelle que le libre choix du professionnel de la santé n'est pas garanti au sein des institutions de santé publiques ou subventionnées, de même qu'en cas d'urgence ou de nécessité.

L'**article 45** énonce quant à lui le principe du libre choix de l'institution de santé, principe qui n'est pas non plus absolu et qui souffre des exceptions, notamment quant au champ d'activité de l'institution (**al. 1 in fine**) et en cas d'urgence et de nécessité (**al. 2**). L'**alinéa 3** comporte une importante entorse au principe du libre choix en ce qui concerne les détenus nécessitant des soins, et ce pour des raisons évidentes d'intérêt public. Actuellement, cette catégorie de patients est exclusivement admise dans le service de médecine pénitentiaire ou dans le service médical spécialisé des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). L'**alinéa 3** ne fait donc que suivre la pratique actuelle. Par ailleurs, comme c'est le cas en droit actuel (art. 16 de la loi K 2 05 et art. 21, al. 1, de la loi K 1 25), l'accès à l'institution de santé de son choix est subordonné à l'exigence d'un certificat médical attestant que l'état de santé du patient justifie les soins.

Les **articles 46 à 50** réaffirment le principe fondamental du choix libre et éclairé du patient, fait justificatif de tout acte médical et de toute intervention d'un professionnel de la santé pour autant qu'il émane de la personne ayant capacité et qualité pour consentir, qu'il ne soit pas contraire à l'article 27 CC (protection de la personnalité contre des engagements excessifs) et que le patient dispose des informations nécessaires pour se prononcer en toute connaissance de cause. Ces articles ne sont pas réellement nouveaux à Genève puisque la loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients du 6 décembre 1987 (K 1 80) contient déjà, en son article 5, des dispositions similaires. L'écoulement du temps rend toutefois nécessaire quelques adaptations et précisions qui s'inspirent de la jurisprudence du Tribunal fédéral rendue dans l'intervalle et qui préfigurent des textes fédéraux actuellement en chantier ou des textes internationaux dont la ratification est envisagée (en particulier la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine).

L'**article 46** spécifie en premier lieu l'étendue du devoir d'information et rappelle en particulier que ce devoir incombe à tout professionnel de la santé,

compte tenu de sa formation et de ses compétences. La 2^e phrase de l'**alinéa 4** mentionne – nouveauté par rapport à la loi de 1987 – que l'information doit aussi porter sur le coût et la prise en charge par une assurance des différentes mesures envisageables. Cette dernière exigence relaie une décision du Tribunal fédéral rendue en 1993 : «*Dans un pays comme la Suisse où l'assurance-maladie est généralisée, l'intérêt du patient est certes d'être bien soigné, mais aux frais de l'assurance. [...] Il s'ensuit que le médecin assume un devoir d'information minimum en matière économique*» (ATF 119 II 456, 460/461). L'**article 46, alinéa 4, 2^e phrase**, lu en harmonie avec cette jurisprudence, ne va pas jusqu'à exiger du professionnel de la santé qu'il maîtrise toutes les subtilités des lois d'assurance sociale ni des modalités des assurances complémentaires souscrites par le patient. Pour le Tribunal fédéral, le professionnel de la santé doit «*attirer l'attention du patient lorsqu'il sait qu'un traitement, une intervention ou ses honoraires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie ou lorsqu'il éprouve ou doit éprouver des doutes à ce sujet. Le respect de cette obligation s'apprécie d'autant plus strictement que le montant en jeu est important*» (ATF précité). Le Tribunal fédéral semble situer ce devoir sur un autre plan que le devoir d'information médicale au sens strict. C'est pourquoi le projet consacre le principe du devoir d'information en matière économique à l'**alinéa 4** et non à l'**alinéa 1**. Il en va de même en cas d'hospitalisation hors canton ne respectant pas les conditions fixées par la LAMal. Le professionnel devra pour le moins rendre son patient attentif à ce propos. L'**alinéa 3** prévoit que le patient devra aussi être informé sur la possibilité de solliciter des mesures de protection ou d'assistance prévues par le droit tutélaire. Cette exigence en matière d'information existe déjà en droit actuel pour les patients en psychiatrie (art. 10, al. 3, de la loi K 1 25). Le projet généralise le droit à obtenir cette information pour l'étendre à toutes les catégories de patients.

L'**article 47** pose la règle du choix libre et éclairé des personnes qui disposent de la capacité de discernement. Cette capacité de discernement se mesure d'après les règles du code civil (art. 16 CC). Pour le Tribunal fédéral, elle est généralement présumée, si bien qu'il appartient au professionnel de la santé qui entend s'opposer à la décision du patient de prouver son incapacité à prendre une décision. La preuve n'est cependant soumise à aucune prescription particulière, une très grande vraisemblance excluant tout doute sérieux étant suffisante, par exemple lorsqu'il s'agit d'un jeune mineur. L'**alinéa 1** rappelle en outre que ce principe du choix libre et éclairé vaut aussi pour le mineur capable de discernement, vérité qui n'est pas toujours assimilée dans la pratique.

Les **articles 48** et **49** traitent des directives anticipées en tant que mode particulier d'exprimer sa volonté en prévision de situations où le patient n'est plus en mesure de l'exprimer. Ces directives anticipées doivent être respectées par les professionnels de la santé, comme le dit l'**article 49**. La loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients du 6 décembre

1987 (K 1 80) contient déjà des dispositions relatives à la validité des directives anticipées et à leurs effets contraignants à l'égard des professionnels de la santé. Sur ce dernier point, il convient de relever que la disposition topique de la loi K 1 80 (art. 5, al. 3) est le fruit d'une réforme consécutive à une décision du Tribunal administratif genevois du 7 mars 1995 qui a reconnu l'effet contraignant des directives anticipées : *«Le consentement présumé du patient en cas d'urgence (art. 5 LRMP) ne permet pas d'imposer au patient un traitement forcé si la vie de celui-ci peut être sauvée d'une manière différente et conforme à sa volonté, même si cette dernière est donnée de façon anticipée. En conséquence, la volonté de la recourante de ne recevoir aucun neuroleptique doit être respectée, même dans le cas où elle serait ultérieurement incapable de discernement»* (RDAF 1996 p. 54). Dans le prolongement de cette réforme, le projet introduit, à l'**article 48, alinéa 2**, une norme générale sur la désignation à l'avance d'un représentant thérapeutique. Cette notion ne doit pas être interprétée restrictivement dans la mesure où ce représentant peut être amené à décider de l'arrêt des soins. Une réglementation cantonale prévoyant la représentation privée dans le domaine médical suit l'évolution du droit suisse, comme d'ailleurs du droit des pays voisins, qui se dessine en faveur de la prééminence du droit à l'autodétermination sur la protection de l'intérêt objectif de la personne.

L'**article 50** concerne la situation – exceptionnelle – des personnes incapables de discernement. Cette incapacité de discernement doit être évaluée *in concreto* par rapport à l'acte médical envisagé. Le projet prévoit que les professionnels de la santé doivent avant tout rechercher si la personne a rédigé des directives anticipées ou désigné un représentant. A défaut, il convient de recueillir le consentement du représentant légal ou de rechercher la volonté présumée du patient en demandant l'avis de ses proches. Cette manière de rechercher la volonté – exprimée ou présumée – de la personne incapable de discernement s'inscrit précisément dans la dynamique du respect du droit à l'autodétermination.

Les **articles 51** et **52** traitent des mesures de contrainte, interdites sur le principe. La loi fixe cependant des conditions restrictives et cumulatives visant à les admettre à titre exceptionnel et provisoire, en fonction de circonstances précises. En particulier, la mesure doit être discutée avec l'intéressé ou, en cas d'incapacité de discernement, avec son représentant. Une procédure de recours est ouverte, le cercle des personnes pouvant saisir l'autorité de recours étant particulièrement large. Les mécanismes de contrôle doivent correspondre aux conditions de la Convention européenne des droits de l'homme. Aussi l'autorité habilitée à statuer doit-elle posséder les attributs naturels de toute instance juridictionnelle, à savoir l'indépendance et l'impartialité, et bénéficier d'un pouvoir d'examen qui s'étend à toutes les questions de fait et de droit pertinentes pour le litige (cf. art. 6 § 1 CEDH relatif au droit à un procès équitable).

Par mesure de contrainte, il faut comprendre toute mesure limitant la personne dans sa liberté de mouvement. La notion doit dès lors être clairement distinguée du traitement médical forcé ou traitement «sans consentement», pour reprendre la terminologie du projet de révision du droit de la tutelle, traitement forcé que le projet de loi sur la santé n'autorise pas, sous réserve de dispositions fédérales ou cantonales contraires (art. 47, al. 1). La liberté de mouvement, qui est une des composantes de la liberté personnelle garantie par la Constitution fédérale (art. 10, al. 2, Cst. féd.), n'est pas absolue et peut être restreinte moyennant respect des conditions permettant une restriction des droits fondamentaux (art. 36, Cst. féd.) : la restriction doit ainsi reposer sur une base légale, être justifiée par un intérêt public ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui et être proportionnée au but visé. En milieu médical, la question des mesures de contrainte, ou de contention (c'est le terme utilisé dans le projet de révision du droit de la tutelle), se pose fréquemment dans les institutions accueillant des personnes très âgées qui ont perdu toute autonomie. La notion doit être comprise dans un sens très large et recouvre des mesures aussi diverses que celles «*liées à la surveillance électronique ou à la fermeture automatique des portes*» et celles correspondant à des «*entraves telles que des liens ou des barrières visant à éviter les chutes*» (rapport de la commission d'experts pour la révision totale du droit de la tutelle, juin 2003, p. 75). Un vaste éventail de mesures plus ou moins contraignantes répond au principe de proportionnalité, la mesure la moins lourde devant dans tous les cas être préférée (**art. 51, al. 2, let. a**) afin de restreindre le moins possible la liberté de mouvement dans l'hypothèse, qui doit rester exceptionnelle, où une telle restriction serait nécessaire pour protéger la sécurité et la santé du patient ou des tiers (**art. 51, al. 2, let. b**).

La section 3 du projet (**art. 53 à 59**) se rapporte au traitement des données sur la santé et au dossier de patient. Il existe dans ce domaine de nombreuses normes de droit fédéral (loi sur la protection des données, non applicable toutefois dans les institutions de santé et autres structures de droit public; secret professionnel protégé par l'art. 321 du Code pénal) et de droit cantonal (notamment la loi sur les informations traitées automatiquement par ordinateur du 17 décembre 1981, B 4 35). Les normes prévues dans le projet doivent s'harmoniser avec cet édifice législatif, ce que rappelle l'**article 57**, mais en prenant en compte la spécificité de la relation entre patient et professionnel de la santé et la sensibilité des informations traitées.

L'**article 53** consacre un principe déjà reconnu par la jurisprudence fédérale et cantonale: l'obligation des professionnels de la santé de tenir un dossier pour chacun de leurs patients. Comme la portée de cette obligation peut varier en fonction de la profession concernée, l'**alinéa 2** délègue au Conseil d'Etat la compétence de désigner les professions qui seront partiellement voire totalement exemptées de cette obligation, exemption qui peut toucher à la fois le principe de

la tenue d'un dossier (exemption totale) et les éléments du dossier (exemption partielle). A Neuchâtel, la loi sanitaire prévoit une exemption totale en faveur des pharmaciens et droguistes d'une part, et des professionnels qui exercent à titre dépendant d'autre part (art. 64, al. 1). S'agissant des premiers, c'est la nature de l'activité, essentiellement mercantile, qui a justifié l'exception, ce qui est discutable pour le pharmacien lorsqu'il fait davantage que vendre un médicament. Pour les seconds, sans doute a-t-on jugé préférable de centraliser les éléments du dossier auprès de l'employeur ou de l'institution de santé. Dans le canton du Jura, le Conseil d'Etat pose des exigences moins élevées pour certaines professions en terme de contenu du dossier, constituant par là une exemption partielle (par exemple les physiothérapeutes, logopédistes et psychomotriciens ne doivent consigner, régulièrement, que leurs constatations et les mesures prises ou envisagées ; de même, l'obligation faite aux chefs de laboratoires d'analyses médicales se limite à l'établissement d'un «rapport d'analyse» et celle faite aux opticiens à la tenue d'un registre des lunettes, des appareils auxiliaires optiques et des lentilles de contact adaptées). Des dispositions d'exécution devront également être adoptées par le Conseil d'Etat en ce qui concerne la tenue et le traitement des dossiers (**al. 3**).

L'**article 54** détermine le contenu du dossier en reprenant la règle de la loi K 1 80 suivant laquelle le dossier doit rassembler toutes les pièces concernant le patient. Cet article donne par ailleurs une indication sur le contenu minimal du dossier, dont le but est notamment de permettre à un autre professionnel de la santé de disposer des informations pertinentes relatives à un patient pour continuer des soins. La réglementation de l'article 54 se démarque de la loi K 1 80 sur un point non négligeable : les notes personnelles du professionnel de la santé, par quoi il faut entendre les impressions subjectives sans incidence sur la prise en charge immédiate, doivent aussi figurer au dossier (cf. art. 2, al. 2, K 1 80). Elles restent néanmoins inaccessibles au patient (cf. ci-après). De même, les faits divulgués par des tiers font aussi partie intégrante du dossier, contrairement à la solution du droit actuel.

La question de l'informatisation du dossier est débattue en marge du projet de loi sur la santé. L'**article 55** se contente dès lors d'ancrer le principe que le dossier peut être tenu sous forme informatisée et de fixer l'exigence fondamentale de la traçabilité : toute modification du dossier doit laisser une trace. En outre, il doit être possible de remonter à la version du dossier avant sa modification et de savoir qui a procédé à une modification donnée et à quelle date.

L'**article 56** confirme le droit de consulter son dossier. Ce droit ne s'épuise pas simplement dans le droit d'accès, mais inclut aussi le droit de se faire expliquer le contenu du dossier, qui est souvent peu compréhensible pour un profane. Il doit dès lors être vu comme un instrument de dialogue et de

renforcement de la confiance nécessaire entre patients et professionnels de la santé. Dans cette optique, il est important que tous les éléments du dossier puissent en principe être consultés, sous réserve d'éléments d'information relatifs à des tiers et protégés à leur bénéfice par les règles du secret professionnel. A cette restriction, l'**alinéa 2** en ajoute une autre, classique elle aussi : les notes rédigées par le professionnel de la santé exclusivement pour son usage personnel. Cette dérogation ne peut pas être invoquée pour les dossiers des institutions de santé qui, par définition, sont utilisés par plusieurs professionnels de la santé. Elle peut en revanche avoir une importance dans certaines pratiques privées, comme celle des psychiatres. Contrairement à la réglementation actuelle, les données divulguées par des tiers ne sont pas soustraites au droit d'accès. Bien souvent en effet, les informations provenant de l'extérieur se révèlent importantes en vue de la prise en charge, spécialement dans le domaine de la psychiatrie. Le patient doit ainsi pouvoir les maîtriser. Il en va du rapport de confiance entre patients et professionnels de la santé, ceux-ci devant attirer l'attention du tiers sur le caractère non secret des données ainsi récoltées avant que ces données ne soient révélées au patient.

L'**article 58** traite de la conservation du dossier du patient. Dès l'instant où une action en responsabilité contre le professionnel de la santé est possible dans les dix ans qui suivent le traitement, c'est la durée de dix ans qui a été retenue comme minimale. Dans la pratique, les dossiers devraient souvent être conservés plus longtemps puisque le critère énoncé par cet article est l'intérêt pour la santé du patient. En même temps, une conservation illimitée des dossiers n'est guère envisageable : c'est pourquoi l'**alinéa 2** précise qu'en principe, le dossier sera détruit après vingt ans au plus tard, à moins qu'un intérêt lié à la santé du patient n'exige une conservation plus longue. Par exemple, des données d'ordre génétique gardent un intérêt pour la santé du patient bien au-delà de 20 ans. Vu l'importance des recherches menées en santé publique, épidémiologie et médecine sociale et préventive, l'**alinéa 3** prévoit que le patient peut consentir à ce que son dossier soit conservé plus longtemps à des fins de recherche.

Enfin, l'**article 59** règle le délicat problème du sort du dossier en cas de cessation d'activité. Le professionnel de la santé interrompant sa pratique doit lui-même régler le sort des dossiers en informant ses patients pour qu'ils puissent décider s'ils veulent transférer le dossier à un autre professionnel de la santé ou le garder personnellement. En cas de décès du professionnel de la santé, c'est l'association professionnelle à laquelle appartient le professionnel de la santé, ou à défaut la Direction générale de la santé (DGS), qui aura la responsabilité de prendre ou de faire prendre les mesures nécessaires pour assurer la protection des données et le respect du secret professionnel. Le projet de loi résout par ailleurs la question – apparemment fréquente et embarrassante – du sort des dossiers lorsque les professionnels de la santé ont perdu la trace de leurs patients, en prévoyant là aussi de placer les dossiers sous la responsabilité des associations

professionnelles respectives ou, à défaut, de la DGS, et cela après l'écoulement d'un délai raisonnable à déterminer de cas en cas.

La section 4 traite des mesures médicales spéciales. Une des fonctions importantes des lois modernes sur la santé consiste à encadrer les progrès médicaux, afin d'éviter les abus et de protéger les droits des personnes directement concernées. Les domaines principaux sont la maîtrise de la vie et la reproduction humaine (procréation médicalement assistée, interruption de grossesse, stérilisation), la génétique (analyse génétique, thérapie génique), les transplantations d'organes, tissus et cellules, la recherche biomédicale en général ainsi que la fin de vie et la mort (euthanasie, constatation de la mort, sort du cadavre).

Des dispositions légales fédérales existent déjà, parfois depuis longtemps, sur certaines des problématiques mentionnées : articles 118 à 120 du code pénal pour l'interruption de grossesse, articles 114 et 115 sur l'euthanasie active et l'assistance au suicide, article 31 du code civil sur la mort, loi fédérale sur la procréation médicalement assistée, arrêté fédéral sur le sang et les transplants, loi fédérale sur les produits thérapeutiques et ordonnance sur les essais cliniques, notamment. Suite à l'adoption des articles 119 (en 1992) et 119a (en 1999) de la Constitution fédérale, la Confédération jouit désormais d'une compétence étendue pour régler ces domaines, en particulier la génétique humaine, la procréation médicalement assistée et la transplantation d'organes.

Plusieurs projets législatifs fédéraux sont à des stades divers d'avancement : le projet de loi sur les transplantations est actuellement examiné par le Parlement, tout comme le projet de loi sur l'analyse génétique humaine et le projet de loi sur la stérilisation. Un projet de loi sur la recherche avec les embryons surnuméraires va incessamment être soumis aux Chambres fédérales. Prochainement, un avant-projet de loi sur la recherche sera envoyé en consultation aux milieux intéressés. Compte tenu de la rapidité toute relative de la procédure législative fédérale et de sa variabilité selon les projets, il paraît nécessaire d'inclure dans le projet des dispositions sur les objets qui ne sont pas encore, à l'heure actuelle, réglés en droit fédéral.

Le premier domaine réglementé dans le projet est celui des transplantations d'organes, de tissus et de cellules, aux **articles 60 à 65**. S'agissant du prélèvement sur un cadavre, l'**article 60** propose, comme le droit genevois actuel, le système du consentement implicite, qui permet de prélever des organes dès l'instant où la personne décédée ne s'y était pas opposée de son vivant et ses proches ne s'y opposent pas après son décès. L'**article 60, alinéa 2**, précise que le médecin qui constate le décès ne doit pas appartenir aux équipes de transplantateurs.

Pour le prélèvement d'organes chez une personne vivante, l'**article 61** instaure une réglementation stricte. Il doit d'abord s'agir d'un moyen de dernier

recours entrepris dans l'intérêt thérapeutique du receveur. Le donneur doit être majeur et donner un consentement écrit, après avoir eu le temps de bien réfléchir. Le prélèvement d'organes, tissus ou cellules non régénérables est interdit chez un mineur ou chez une personne incapable de discernement. A titre exceptionnel, le prélèvement d'organes, tissus ou cellules régénérables est admis chez ces deux catégories de personnes, mais à des conditions draconiennes précisées à l'**alinéa 4**. Le projet va dans le sens de l'article 20 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (CEDHB).

L'**article 63** ancre le principe de la gratuité des organes, tissus et cellules, que l'on trouve déjà à l'article 21 CEDHB et à l'article 119a Cst. L'**article 64**, conformément à la pratique, impose en cas de prélèvement sur un donneur décédé, l'anonymat du donneur vis-à-vis du receveur et de sa famille et vice-versa. Enfin, l'**article 65** impose à l'Etat une obligation d'encourager le don d'organes, tissus et cellules et de mettre en place les structures adéquates de prélèvement dans les hôpitaux publics.

Les **articles 66 à 69** régissent la recherche biomédicale avec des personnes. La terminologie se rapportant aux différents intervenants de la recherche biomédicale est des plus classiques. Il n'a pas été jugé indispensable de définir dans la loi les termes – éminemment spécifiques et techniques – utilisés aux articles 66 à 69. Il n'est toutefois pas inutile d'en rappeler ici la portée. Au sens de la loi-cadre, on entend ainsi par :

recherche biomédicale avec des personnes : toute investigation systématique menée avec des personnes, sur des dossiers de patients et sur des échantillons biologiques, afin d'établir ou d'élargir des connaissances susceptibles d'être généralisées dans le but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes et de la population ;

promoteur : personne ou organisme qui assume la responsabilité du lancement, de la gestion ou du financement d'une recherche ;

investigateur : personne responsable de la réalisation pratique d'une recherche et de la protection de la santé et du bien-être des sujets de recherche; lorsqu'un investigateur prend lui-même l'initiative d'une recherche et qu'il en assume l'entière responsabilité, il joue également le rôle de promoteur ;

organisme de recherche : organisme, de droit privé ou de droit public, qui est chargé par le promoteur de tout ou partie de l'exécution d'une recherche ;

Sujet de recherche (sujet) : personne, malade ou en bonne santé, qui participe à une recherche ou dont des données de santé ou des échantillons biologiques sont utilisés à des fins de recherche.

De manière très classique, l'**article 66** énonce les principes de base de toute recherche biomédicale, admis en Suisse comme à l'étranger. On soulignera

qu'une distinction doit être établie entre les essais cliniques – qui par définition impliquent un rapport direct avec les sujets – et les études épidémiologiques – qui, en règle générale, sont menées sur dossiers des patients. Il s'agit donc d'appliquer les règles de l'art reconnues pour chacun de ces types de recherche. L'**article 66, alinéa 4**, renvoie pour le surplus aux dispositions de la loi fédérale sur les produits thérapeutiques. Cette loi prévoit les conditions auxquelles une recherche biomédicale pourrait être conduite avec des personnes mineures, sous tutelle ou incapables de discernement, en distinguant le principe (la recherche doit comporter un bénéfice direct pour la santé des sujets) et l'exception (recherches sans bénéfice direct pour la santé des sujets de recherche). De même, elle fixe des règles précises pour la recherche en situation d'urgence.

L'industrialisation et l'internationalisation de la recherche durant cette dernière décennie ont exacerbé les risques liés aux conflits d'intérêts. L'**article 67** impose ainsi un devoir particulier aux différentes personnes concernées de prendre en compte ces risques en les identifiant et en les communiquant à la commission d'éthique de la recherche. Cette mesure s'avère indispensable pour préserver l'intégrité de la recherche et devrait ainsi permettre de protéger les investigateurs contre les pressions extérieures, notamment financières ou académiques.

La tristement célèbre affaire VanTx a mis en évidence les risques particuliers d'exploitation des sujets de recherche. L'**article 68** instaure une mesure déjà appliquée dans les cantons du Tessin, de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne, ainsi qu'en France voisine. En imposant une obligation d'inscrire chaque sujet de recherche dans un registre, cela permet de contrôler que ceux-ci ne sont pas inscrits dans deux études simultanément ou qu'ils ont attendu suffisamment longtemps entre deux études pour éviter des préjudices pour leur santé. De même, cela contribue à prévenir une forme de professionnalisation des sujets de recherche qui heurterait le principe de la gratuité de la participation à la recherche.

L'**article 69** exige l'évaluation de tout protocole de recherche par une commission d'éthique de la recherche dont la tâche essentielle est de préserver les droits et le bien-être des sujets de recherche. Il appartiendra au Conseil d'Etat de désigner les commissions reconnues et de fixer les règles minimales d'organisation et de fonctionnement.

L'**article 70** régit un domaine voisin, celui de la participation des patients à des activités spécifiques de formation des professionnels de la santé. Il pose deux règles essentielles : le respect de la volonté du patient, qui est libre d'accepter ou non de se prêter à de telles activités spécifiques des professionnels de la santé ; le respect de la dignité et de la sphère privée du patient qui a accepté de participer à l'enseignement, dans la manière d'effectuer celui-ci.

L'**article 71** règle un problème de plus en plus important, celui de l'utilisation, et surtout de la réutilisation, d'échantillons de matériel biologique d'origine humaine. Il précise que ces derniers ne peuvent être utilisés que pour les buts auxquels le patient a donné son consentement préalable. Conformément aux principes qui ressortent de la jurisprudence fédérale (voir notamment ATF 128 II 259), l'échantillon devrait être détruit après utilisation, sauf décision contraire de l'intéressé ou prescription légale particulière. Une réutilisation de l'échantillon est exceptionnellement possible à des fins de recherche exclusivement et à condition qu'il ait été anonymisé, c'est-à-dire qu'il ne soit plus possible de remonter jusqu'à la personne sur qui l'échantillon a été prélevé (**alinéa 3**). Si la personne concernée s'y est expressément opposée, la réutilisation n'est pas possible. Le consentement est donc présumé, ce qui suppose que la personne ait été informée de manière idoine sur la conservation de l'échantillon et sur sa possible réutilisation à des fins de recherche.

L'**article 72** organise la mise en œuvre des nouvelles dispositions du Code pénal sur l'interruption de grossesse, entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2002. La liste des cabinets et institutions autorisés à pratiquer des interruptions de grossesse est établie par le Conseil d'Etat. Les statistiques sont tenues par le médecin cantonal.

L'**article 73** reprend les principes contenus dans l'article 12 CEDHB. Il répète d'abord le principe fondamental du consentement éclairé du patient dans le cadre des tests génétiques prédictifs, qui suppose un conseil génétique approprié. Il précise en outre que de tels tests ne peuvent être entrepris qu'à des fins médicales ou de recherche médicale, excluant par là la possibilité pour une assurance par exemple de demander à un assuré de se soumettre à un tel test.

L'**article 74** pose un cadre pour les stérilisations, tout spécialement quand elles concernent des personnes incapables de discernement (**alinéa 2**). Cette disposition, qui s'inspire du projet de loi fédérale, énumère des conditions cumulatives très strictes applicables tant à l'homme qu'à la femme concernés par la stérilisation, qui limiteront vraisemblablement ces stérilisations à quelques cas tout à fait isolés. En particulier, l'incapacité de discernement doit avoir été attestée comme *durable* (**art. 74, al. 2, let. a**), condition que l'on retrouve dans le projet de loi fédérale sur les stérilisations. Le projet de loi fédérale oppose l'incapacité «durable» à l'incapacité «passagère» de discernement, les stérilisations étant exceptionnellement possibles dans le premier cas et strictement interdites dans le second. La distinction vise à «*empêcher que l'intervention, en règle générale irréversible, soit effectuée pendant que la personne concernée se trouve dans cet état temporaire*». Pour être qualifiée de «durable», l'incapacité de discernement doit reposer sur «*un pronostic qui n'exclut certes pas tout retour de la capacité de consentir, mais qui constate toutefois que, d'après les prévisions médicales, l'incapacité de discernement demeurera avec une probabilité confinante à la certitude*» (rapport de la

Commission des affaires juridiques du Conseil national, point 252, p. 14). D'après le projet de loi, ce pronostic doit émaner, à Genève, d'un médecin psychiatre (**art. 74, al. 2, let. a**). Une autre limite à la stérilisation sans le consentement de la personne touche à la proportionnalité de la mesure : l'intervention doit si possible être menée de manière à ce qu'elle soit «réversible» (**art. 74, al. 2, let. f**). Dès lors que tout pronostic ne peut pas exclure de manière catégorique un retour à la capacité de consentir, la préférence doit être donnée aux interventions qui offrent des garanties de réversibilité (ligature des trompes par exemple). L'**alinéa 3** ajoute que d'autres interventions qui auraient un effet analogue à une stérilisation doivent aussi faire l'objet d'un contrôle de l'autorité tutélaire de surveillance.

L'**article 75** reprend de la législation genevoise actuelle la distinction traditionnelle entre certificat de décès, permettant l'inhumation ou l'incinération, et constat de décès, qui est établi dans tous les cas de mort suspecte sans permettre l'inhumation ou l'incinération. La pratique actuelle va ainsi subsister. L'**article 76** délègue au Conseil d'Etat le soin d'adopter des règles relatives au sort des cadavres. Enfin, l'**article 77** subordonne l'autopsie au consentement de la personne décédée ou de ses proches, sauf lorsqu'elle est ordonnée par une autorité judiciaire (**al. 4**) ou, pour des raisons impérieuses de santé publique, par la Direction générale de la santé (**al. 3**).

3.6 Chapitre VI - Professions de la santé

Le *chapitre VI* traite des professions de la santé. Le thème a récemment occupé les parlementaires genevois, qui ont adopté le 11 mai 2001 une nouvelle *Loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical* (K 3 05), entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2001. Une loi cadre sur la santé qui ne comprendrait pas de dispositions sur les professions de la santé ne serait pas envisageable. De plus, l'article 131 de ladite loi K 3 05 invite expressément le Grand Conseil à examiner d'ici au 31 décembre 2003 l'opportunité de procéder à une révision complète ou partielle de la présente loi. Il est dès lors nécessaire de remettre cet ouvrage encore « tiède » sur le métier en tenant compte des dispositions récemment adoptées par le parlement. Le projet veille ainsi à conserver l'esprit de la nouvelle loi K 3 05 tout en y apportant quelques innovations.

Avec le projet, la liste des professions de la santé disparaît de la loi et il est proposé de confier au Conseil d'Etat la compétence de désigner les professions soumises à la loi et au régime de l'autorisation (**art. 78, al. 3**). Le domaine des professions de la santé est en constante évolution. On en veut pour preuve les «nouvelles» professions introduites dans la LAMal (logopédiste-orthophoniste, diététicien, ergothérapeute, etc.). Pour suivre au plus près le courant de cette évolution, la procédure législative n'est pas l'outil le plus adéquat. D'après le projet, il appartient dès lors au Conseil d'Etat de tenir compte de cette évolution

en modifiant au besoin la liste des professions de la santé. Cette délégation de compétence présente ainsi l'avantage de la célérité et de la souplesse. Il est bon de préciser ici que la question du maintien ou non de la liste des professions dans la loi a été abondamment débattue au cours des travaux et que la solution retenue n'est pas le reflet d'une position unanime des membres de la Commission chargée de l'élaboration du projet de loi cadre.

Si le projet n'énumère pas les professions de la santé réglementées, l'**article 78, alinéa 1**, apporte néanmoins des précisions sur le cercle des personnes soumises à la loi. Il s'agit des professionnels qui sont «en contact direct avec les patients» et dont «l'activité doit être contrôlée pour des raisons de santé publique». Ainsi énoncé, le champ d'application du *chapitre VI* s'étend *a priori* à toutes les professions mentionnées actuellement à l'article 3 de la loi K 3 05. Sur ce point, le projet n'offre donc pas de rupture par rapport à la réglementation actuelle. En particulier, les médecins-vétérinaires, qui sont mentionnés à l'article 3, alinéa 1, lettre a, de la loi K 3 05, sont aussi concernés par l'énoncé de l'article 78, alinéa 1, dans la mesure où leur activité entre en interaction avec la santé humaine.

Le projet de loi opère à l'**article 79** une distinction entre pratique indépendante et dépendante, cette dernière étant définie comme une pratique exercée sous la responsabilité et la surveillance d'un autre professionnel autorisé de la même branche. Les dispositions de la loi-cadre sont pleinement applicables aux professionnels qui exercent à titre dépendant, sous réserve de quelques dispositions réservées aux professionnels qui exercent à titre indépendant, telle l'obligation d'annoncer une interruption, une cessation ou une reprise d'activité (**art. 83 et 84**). Les professionnels de la santé en formation sont considérés comme exerçant à titre dépendant, ce que précise l'**article 79, alinéa 2**. Le fait même qu'ils soient en formation démontre qu'ils n'ont pas la formation et l'expérience nécessaires pour fournir les soins que précisément, ils apprennent à fournir, d'où la nécessité d'exiger qu'ils travaillent à titre dépendant, à savoir sous la responsabilité et la surveillance d'un autre professionnel autorisé de la même branche. Il faut également veiller à ce que leur formation ne se prolonge pas au-delà d'une limite raisonnable, ce qui pourrait soulever un doute sur leurs compétences. Le Conseil d'Etat (**art. 79, al. 3**) fixera ainsi la durée de la formation admise selon la profession et la spécialisation et tiendra compte de la situation des personnes qui suivent une formation à temps partiel, mais son souci principal restera la sécurité des patients et de la population. Sont évidemment réservées les dispositions fédérales applicables à certaines professions de la santé.

La section 2 fixe les exigences en matière de droit de pratique. A l'instar du droit actuel, le professionnel de la santé qui entend exercer sa profession à titre dépendant ou indépendant doit être au bénéfice d'une autorisation de pratique. Le projet prévoit que c'est le département et non plus le Conseil d'Etat qui délivre l'autorisation (**art. 81**). Les conditions d'octroi d'une telle autorisation sont

ancrées à l'**article 82**. Elles valent pour chaque profession de la santé soumise à la loi et répondent toutes à un souci de protection des patients, mais aussi des professions de la santé dans la mesure où de telles exigences sont garantes de la confiance que le public doit pouvoir accorder aux professionnels de la santé. Les conditions d'octroi sont en substance les mêmes que celles du droit actuel. L'obligation de bénéficier de «la plénitude de ses droits civils» (art. 6, al. 2, let. c, de la loi K 3 05) n'a pas été reprise, d'une part parce qu'en pratique, l'autorité ne vérifie pas spécialement cette condition et, d'autre part, parce qu'elle est déjà en grande partie couverte par l'exigence de ne pas présenter d'affection psychique (**art. 82, al. 1, let. b**). L'**article 82, alinéa 2**, obéit quant à lui aux exigences de la Loi fédérale sur le marché intérieur (LMI). Cette disposition, qui reprend la règle matérielle contenue à l'article 3 du Règlement d'exécution de la loi actuelle (K 3 05.01), facilite la procédure pour les professionnels de la santé qui désirent s'installer dans le canton. Selon l'**article 83**, une personne qui interrompt sa pratique professionnelle pendant moins de 5 ans est autorisée à reprendre ses activités par simple annonce au département. Au-delà de 5 ans d'interruption, le Département pourra, comme en droit actuel, subordonner l'autorisation à l'examen de son dossier. Le département devra cependant s'assurer que le professionnel en question a suivi avec succès les cours et stages de formation requis compte tenu de sa formation (**art. 82, al. 1, let. d**). Il est utile de préciser ici que l'autorisation de pratique délivrée par le département ne se confond pas avec l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Le Conseil fédéral peut limiter cette dernière en la faisant dépendre de la preuve de l'existence d'un besoin (limitation plus connue sous le nom de la «clause du besoin» et ancrée à l'art. 55a LAMal). Si le professionnel de la santé remplit toutes les conditions fixées à l'article 79, alinéa 1 du projet, il sera obligatoirement admis à pratiquer à Genève. Il peut en revanche se voir opposer, faute de pouvoir établir la preuve d'un besoin, le droit de pratiquer à charge de la LAMal. Pratiquement, cela signifie que les prestations obligatoirement assurées qu'il fournit ne lui seront pas remboursées par les caisses-maladie. Il devra alors, s'il entend vivre de sa profession, se tourner vers une autre clientèle qui sollicite d'autres prestations que celles qui sont obligatoirement couvertes par l'assurance-maladie.

L'**article 85** introduit une limite temporelle à l'autorisation de pratiquer une profession de la santé. Passé l'âge de 70 ans, le professionnel de la santé doit demander un renouvellement de son droit de pratique et se soumettre à un contrôle régulier. Cette mesure doit se comprendre dans un esprit de protection des patients et non comme une mise à la retraite. Les professionnels de la santé peuvent ainsi poursuivre leur activité au-delà de 70 ans s'ils en font la demande et s'ils continuent de réunir toutes les conditions légales. L'**article 86** rappelle pour sa part la nécessité de l'inscription dans des registres *ad hoc* des professionnels de la santé autorisés à pratiquer. Quant à l'**article 86, alinéa 4**, qui

interdit sauf exceptions l'exercice cumulatif de plusieurs professions médicales, il est repris du droit actuel (art. 7, al. 6, de la loi K 3 05).

La section 3 du *chapitre VI* énonce les droits et devoirs des professionnels de la santé. Ils sont en grande partie le pendant des droits et devoirs des patients. L'**article 87** pose le principe directeur du respect de la dignité humaine et de la liberté du patient. L'alinéa 2 relatif à l'endoctrinement du patient est repris de l'article 6, alinéa 1, lettre b, de la loi K 3 05. L'**article 88** consacre, comme en droit actuel, le principe du libre choix pour le professionnel de la santé d'accepter ou de refuser un patient, les cas d'urgence (danger grave et imminent) étant réservés. L'**article 89** introduit une nouveauté touchant à l'objection de conscience du professionnel de la santé. Ce droit de refuser de fournir des soins susceptibles de heurter les convictions éthiques ou religieuses du professionnel de la santé n'est pas tout à fait étranger au droit genevois. L'article 110, alinéa 2, du code de procédure pénale réserve en effet, dans un cadre nettement moins large toutefois, l'éthique professionnelle du médecin appelé à participer à la recherche des infractions. Pour que ce droit ne porte pas préjudice à la santé du patient, le projet de loi prévoit un certain nombre de cautèles en imposant au professionnel de la santé objecteur un certain devoir en termes d'orientation du patient (**al. 2**) voire, en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient, de fournir les soins requis nonobstant les convictions éthiques et religieuses qui l'habitent (**alinéa 3**). En institution, le respect du principe ancré à l'article 91 imposera à l'employeur de vérifier au moment de l'engagement de l'employé que l'exercice de ce droit ne paralysera pas les différents services. L'**article 90** n'est en revanche pas nouveau, puisqu'il reprend l'idée contenue à l'art. 15 de la loi K 3 05, que l'on retrouve par ailleurs à Fribourg (accord illicite) et en Valais (compéage), qui interdit les accords financiers entre professionnels de la santé au détriment du patient. L'**article 91** responsabilise chaque professionnel dans son champ propre de compétences alors que l'**article 92** introduit l'obligation pour le professionnel de la santé qui exerce à titre indépendant de bénéficier d'une assurance responsabilité civile. Cette nouveauté, en harmonie avec les autres législations des cantons romands, est dans l'intérêt à la fois du professionnel de la santé et du patient, qui a ainsi la garantie d'avoir en face de lui une personne solvable. L'**article 93** souligne l'importance de la formation continue en obligeant les professionnels de la santé – comme le fait depuis peu le droit fédéral pour les professions médicales – d'approfondir, d'élargir et d'améliorer leurs connaissances, capacités et aptitudes professionnelles en suivant une formation continue. Les **articles 94 et 95** se rapportent au secret professionnel et doivent se lire en parallèle avec les dispositions sur le traitement des données et les dossiers de patients. La violation du secret professionnel doit faire l'objet d'une sanction pénale spécifique. Le champ d'application des dispositions genevoises est plus large que celui de l'article 321 du code pénal, et cela dans le souci de mettre sur pied d'égalité tous les professionnels de la santé. S'agissant de la publicité que le

professionnel est autorisé à faire, l'**article 96** se borne à reprendre la réglementation en vigueur.

Le projet de loi traite aux **articles 97 et 98** des lieux de pratique, qui sont énumérés de manière exhaustive à l'**article 97, alinéa 2**. Le projet ne définit pas *expressis verbis* la notion de «cabinet» mentionnée aux alinéas 1 et 2. Le terme de cabinet peut néanmoins être compris ici comme un local spécialement aménagé à cet effet et répondant aux règles de l'art de la profession qui y est pratiquée, ainsi qu'aux exigences d'hygiène. Les **articles 97 et 98** véhiculent deux ruptures par rapport au droit actuel. L'interdiction faite aux professionnels d'exploiter plus d'un cabinet (cf. art. 13, al. 2, K 3 05) n'a pas été reprise car sa conformité avec la jurisprudence du Tribunal fédéral est douteuse (voir ATF 113 Ia 38, appréciation de la loi vaudoise prévoyant une réglementation similaire). De même, en matière de «cabinet de groupe», le projet se distingue de la réglementation actuelle, trop restrictive lorsqu'elle n'autorise que les groupes de personnes d'une «même profession» (art. 13, al. 1 *in fine*, K 3 05). La notion de «même profession» n'est d'ailleurs pas très claire : ainsi, qu'en est-il du cabinet qui réunit deux médecins possédant des titres de spécialistes différents ? L'**article 98** autorise dès lors les cabinets réunissant une ou plusieurs professions de la santé. L'article 90 relatif à l'interdiction de la collusion prend toute son acuité dans les cabinets de groupe et il va de soi que la collusion est strictement prohibée dans ce cadre aussi.

L'**article 99** fixe les conditions auxquelles le professionnel de la santé peut exceptionnellement se faire remplacer à son cabinet. La situation ne vise pas l'hypothèse où le patient irait trouver ailleurs un autre praticien parce que le professionnel de la santé habituel serait momentanément absent (pour raison de vacances par exemple). L'**article 100** oblige les professionnels de la santé de mettre sur pied un service de garde et de permanence. L'**article 101** renvoie à la réglementation genevoise relative aux mesures cantonales d'intervention dans les situations exceptionnelles ou de catastrophe, et fixe les obligations des professionnels de la santé dans ce contexte. L'**article 102** insiste sur la nécessité d'assurer un contrôle de qualité aussi à l'égard des professionnels de la santé. Enfin, l'**article 103** consacre le rôle de l'Etat dans le subventionnement des filières de formation aux professions de la santé, en tenant compte des besoins et de la planification sanitaire cantonale.

3.7 Chapitre VII - Pratiques complémentaires

Le *chapitre VII* regroupe trois articles touchant aux pratiques complémentaires. Matériellement, la réglementation proposée aux **articles 104 à 106** du projet offre très peu de changements par rapport au droit actuel. Les principes figurant aux articles 6, 7, alinéa 2, et 80 de la loi K 3 05 ont été repris dans leur intégralité mais ont été réorganisés et rassemblés dans un chapitre distinct pour des raisons de lisibilité. Le registre des pratiques complémentaires

(**art. 104, al. 1 et 2, let. a**) est maintenu malgré les difficultés rencontrées dans sa mise sur pied. Ce registre, qui poursuit un but de protection des patients et de la population, s'adresse à tous les praticiens complémentaires, qu'ils soient professionnels de la santé ou non. L'inscription dans les registres des autorisations de pratique (art. 86) est en principe suffisante en termes de protection des patients sans qu'il soit nécessaire de multiplier les inscriptions. L'**article 106** énonce en outre les devoirs des personnes qui recourent à des pratiques complémentaires, tantôt en reprenant ou renvoyant aux dispositions sur les droits des patients et sur les obligations des professionnels de la santé (**al. 2 et 3**), tantôt en posant une réglementation spécifique (**al. 2**, qui reprend les interdits de l'article 80, al. 2, de la loi K 3 05).

3.8 Chapitre VIII - Institutions de santé

Le *chapitre VIII* traite des institutions de santé. Pour tenir compte de la volonté du législateur genevois exprimée récemment lors de la révision complète de la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical, du 11 mai 2001 (K 3 05), l'intégralité des principes matériels figurant dans les articles 81 à 95 de la loi K 3 05 ont été repris mais organisés différemment, de manière plus synthétique. En revanche, les dispositions concernant les «permanences» (art. 83 à 86 de la loi K 3 05), qui constituent une particularité genevoise, n'ont pas été reprises car il n'a pas été invoqué de raisons pour les soumettre à une réglementation spécifique et différente de celle qui gouverne les autres institutions de santé. Par conséquent, les articles 107 à 115 leur sont pleinement applicables dans la mesure où les permanences doivent être comprises comme des «institutions de santé». Un délai de cinq ans leur sera imparti à compter de l'entrée en vigueur de la loi pour leur permettre, le cas échéant, de s'adapter aux exigences des articles 107 à 115 (cf. dispositions transitoires, **art. 145** du projet).

Du point de vue terminologique, la notion d'établissements et autres organisations ou instituts médicaux utilisée dans la législation actuelle n'a pas été reprise. Cela s'explique par le souci de trouver une appellation unique englobant l'ensemble des organismes concernés, puisque certaines règles sont de portée tout à fait générale (les art. 107 à 115 du projet). Désigner toutes les entités visées par l'expression «établissements de soins» par exemple, comme suggéré durant les travaux de la commission, n'aurait pas permis de les englober toutes. En effet, les laboratoires d'analyses ou de recherches médicales ainsi que les institutions de promotion de la santé peuvent difficilement être qualifiés d'«établissements de soins». C'est pourquoi, à l'instar de la législation fribourgeoise, c'est la notion d'«institutions de santé» qui a finalement été retenue.

L'**article 107, alinéa 1**, définit l'institution de santé comme toute organisation, institut ou service dont la mission, principale ou accessoire, consiste à fournir des soins au sens de l'article 2, alinéa 2, du projet. Peu importe ici que

l'institution poursuit d'autres missions, comme c'est le cas des EMS ou des organisations d'aide ou de soins à domicile. Si les institutions offrent des soins, exclusivement ou parmi d'autres missions, le *chapitre VIII* leur est applicable. La notion d'institution de santé a donc une portée relativement large. Le service de santé de la jeunesse, la section de médecine dentaire de la faculté de médecine ou encore le service médico-pédagogique dépendant de l'Office de la jeunesse entrent ainsi, par exemple, dans la définition légale. Il n'est par ailleurs pas précisé qu'il doit s'agir d'institutions de droit privé, de sorte que des organismes publics, comme des services publics d'ambulances, sont également soumis en principe à ces dispositions, si aucune loi spéciale ne les régit (par exemple la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980, K 2 05 ; la loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents, du 29 octobre 1999, K 1 21 ; la loi sur les établissements publics socio-éducatifs pour personnes handicapées mentales, du 19 avril 1985, K 1 40 ; etc.). L'**alinéa 2** indique, de manière non exhaustive, les catégories principales d'institutions de santé régies par le *chapitre VIII* du projet de loi. Les pharmacies, drogueries et commerces d'opticiens sont notamment mentionnés comme catégories principales, pour rester dans la ligne de la loi K 3 05 qui les range dans la catégorie des établissements médicaux. L'**alinéa 3** en exclut les cabinets, individuels ou de groupe (cf. art. 98 du projet), de professionnels de la santé (comme l'actuel art. 81 de la loi K 3 05), régis par le *chapitre VI* du projet de loi (professions de la santé).

L'**article 108, alinéa 1**, soumet à autorisation non seulement la création et l'exploitation (comme l'art. 81 actuel de la loi K 3 05), mais aussi l'extension et la transformation d'une institution de santé. L'**alinéa 2** prévoit les conditions générales de délivrance de l'autorisation par le département, alors que l'**alinéa 4** renvoie au règlement le détail des conditions spécifiques d'octroi de l'autorisation, en fonction des missions spécifiques de chaque catégorie d'institutions. Les conditions générales prévues à l'alinéa 2 sont formulées de manière générique. Cela permet de ne pas reprendre dans le projet de loi les variations prévues dans les conditions d'autorisation d'exploitation de la loi actuelle (K 3 05) pour certaines catégories d'institutions de santé aux articles 87 (établissements spécialisés), 88 (organisations d'aide et de soins à domicile), 91 (services d'ambulances) et 95 (laboratoires d'analyses ou de recherches médicales). Ces précisions figureront, dans la mesure du nécessaire, dans le règlement. Vu le caractère générique de la formulation, la notion de «médecin répondant» de l'article 82, alinéa 1, lettre a, K 3 05 n'a pas été reprise. L'autorisation d'exploitation indiquera par ailleurs la mission de l'institution, comme le prévoit l'**alinéa 3**. Les conditions retenues à l'**article 108, alinéa 2** du projet correspondent largement, du point de vue matériel, à celles de l'article 82 de la loi K 3 05 : direction par une personne compétente; personnel qualifié ; locaux et équipements appropriés ; s'il y a lieu, fourniture adéquate de médicaments. La condition actuelle de garantir une assistance professionnelle

suffisante (art. 82, al. 1, let. d, loi K 3 05) n'a pas été reprise car elle découle naturellement des autres conditions énoncées. De même, la condition que le personnel d'une institution de santé soit inscrit dans l'un des registres professionnels (art. 82, al. 1, let. b, loi K 3 05) n'a pas été reprise car elle a paru superflue au regard de l'article 80 du projet. Par rapport à la loi K 3 05, ont été ajoutées en revanche deux conditions : l'institution doit être dotée d'une organisation adéquate (**art. 108, al. 2, let. b**) et doit participer à l'établissement des statistiques nécessaires à la planification sanitaire (**art. 108, al. 2, let. e**).

L'**article 109**, qui concerne les pharmacies hospitalières, reprend l'actuel article 82 al. 2 loi K 3 05 relatif à l'obligation de requérir une autorisation d'assistance pharmaceutique. La règle est toutefois tempérée par un **alinéa 3**, qui permet aux institutions qui ne traitent qu'un volume restreint de médicaments d'être exemptées de l'autorisation.

L'**article 110, alinéa 1**, stigmatise la pratique actuelle, à savoir que l'autorisation d'exploiter est accordée pour une durée indéterminée. L'**alinéa 2** introduit la possibilité, s'il existe de justes motifs, de n'accorder l'autorisation que pour une durée déterminée, fixée par le Conseil d'Etat selon la catégorie d'institutions de santé, et renouvelable. Cette mesure permet d'assurer dans des certains cas qui le justifieraient (par exemple après constat du non respect d'une des conditions d'octroi de l'autorisation) un contrôle périodique par l'Etat, selon une procédure évidemment simplifiée par rapport à celle de l'octroi initial de l'autorisation.

L'**article 111, alinéa 1**, instaure une obligation de l'institution de santé d'informer le département avant d'agrandir ou de transformer l'institution. C'est le pendant du principe inscrit à l'article 108, alinéa 1, du projet que l'extension et la transformation d'une institution de santé requièrent aussi une autorisation. De manière plus générale, l'**article 111, alinéa 2** impose aux institutions de santé, comme le fait actuellement l'article 13 du règlement K 3 05.01, l'obligation de communiquer au Département toute modification des conditions d'octroi de l'autorisation d'exploiter.

L'**article 112** donne au département la mission et le pouvoir de contrôler ou de faire contrôler que les conditions d'octroi de l'autorisation d'exploiter sont respectées. L'**article 113** ajoute à ces compétences traditionnelles celle de procéder ou de faire procéder (par les associations professionnelles concernées) à des contrôles de qualité des institutions de santé (**al. 2**). Cette disposition est le parallèle de l'article 102 du projet pour les professionnels de la santé. Elle ancre l'idée d'une certaine forme de partenariat entre l'Etat et les associations professionnelles dans ce domaine et reconnaît implicitement le rôle important que joue déjà plusieurs d'entre elles dans l'élaboration de normes d'assurance de qualité, voire dans leur mise en œuvre. La compétence du Département en matière d'assurance qualité est subsidiaire au devoir des institutions de santé de prendre elles-mêmes de telles mesures, le projet leur imposant, au minimum, de

se donner les moyens de répertorier les incidents survenus dans le cadre de leur mission de soins (**al. 1**).

L'**article 114** met à la charge des institutions de santé autorisées un certain nombre d'obligations. La première est d'assurer la fourniture de soins appropriés à toutes les personnes qu'elles prennent en charge (**al. 1**). La deuxième consiste en une obligation de collaborer avec les autres institutions et professionnels de la santé, dans l'intérêt de la santé publique et des patients (**al. 4**). La troisième obligation des institutions de santé est de participer à la formation et au perfectionnement des professionnels de la santé (**al. 5**). Enfin, les institutions doivent au besoin participer aux mesures d'intervention dans des situations exceptionnelles (**al. 6**).

L'**article 116** renvoie à la législation spéciale, contenue dans la loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980 (K 2 05), pour ce qui touche au statut juridique, d'organisation et de gestion des établissements publics médicaux. Pour le surplus, la réglementation du *chapitre VIII* du projet et, de manière générale, l'ensemble du projet de loi cadre sur la santé (en particulier le *chapitre V*) leur sont pleinement applicables (**article 107, alinéa 2, lettre a**).

3.9 *Chapitre IX - Produits thérapeutiques*

Le *chapitre IX* touche à un domaine régi autrefois par une législation particulièrement dense sur les plans cantonal, intercantonal et fédéral et qui relève désormais de la compétence de la Confédération (art. 118 al. 2 lettre a Cst féd.). Le 1^{er} janvier 2002 est entrée en vigueur la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux du 15 décembre 2000 (Loi sur les produits thérapeutiques [LPT_h]). La Confédération et les cantons se partagent l'exécution de la loi fédérale, d'où la nécessité d'une réglementation cantonale là où les cantons conservent des compétences. Les attributions de l'Office intercantonal de contrôle des médicaments (OICM) ont été transférées à l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic), qui est compétent pour octroyer les autorisations de fabriquer, de faire le commerce de gros, d'importer et d'exporter des médicaments. Mais les cantons conservent la compétence de contrôler les produits thérapeutiques aux points de vente (pharmacies, cabinets médicaux, drogueries) et celle d'octroyer des autorisations et d'effectuer les inspections dans ce secteur. C'est donc cet aspect spécifique des produits thérapeutiques que le projet aborde en son *chapitre IX*. Les attributions cantonales se rapportent toutes aux médicaments, les dispositions de la LPT_h relatives aux dispositifs médicaux (instruments, appareils, diagnostics *in vitro*, logiciels et autres objets ou substances à finalité médicale) ne laissant pas subsister de compétences cantonales. Si le titre du chapitre est les « produits thérapeutiques » et non « médicaments », c'est en référence à la législation fédérale. Quant à l'articulation des **articles 117 à 127**, elle suit la systématique de la loi fédérale.

D'après la LPTh, la fabrication des médicaments est soumise à autorisation. Dans ce domaine qui relève essentiellement des activités de la Confédération, les cantons restent compétents pour délivrer, en lieu et place de l'autorisation de l'Institut (cf. art. 5 al. 2 lettre a LPTh et art. 6 de l'ordonnance sur les autorisations dans le domaine des médicaments, OAMéd), les autorisations de fabriquer des médicaments préparés sur ordonnance médicale et destinés à une personne ou à un cercle de personnes déterminés (*formule magistrale*), des médicaments préparés en petites quantités selon les indications d'une pharmacopée (*formule officinale*) ou des médicaments fabriqués d'après une «recette» propre à l'établissement (*formule propre* ou spécialité dite de *comptoir*), ces trois types de médicaments étant juridiquement définis à l'article 9 alinéa 2 lettres a à c LPTh. L'**article 117, alinéa 1** du projet désigne l'autorité compétente (le Département) et l'**alinéa 2** précise que le Conseil d'Etat devra édicter un règlement s'agissant des conditions d'octroi de l'autorisation cantonale de fabrication (art. 6 et 7 LPTh). La mise sur le marché des médicaments fait quant à elle l'objet de l'**article 118**, qui soumet à autorisation les *spécialités de comptoir*. Le droit fédéral ne réglemente pas de manière exhaustive l'autorisation de mise sur le marché de spécialités de comptoir préparées en petites quantités, si bien que les cantons disposent d'une compétence résiduelle en la matière (arrêt du tribunal fédéral du 30 août 2002, 2P.38/2001). Les cantons peuvent donc prévoir un régime d'autorisation là où la LPTh ne prévoit rien, mesure qui ne viole pas la force dérogatoire du droit fédéral. Le projet ne prévoit en revanche pas d'autorisation pour la mise sur le marché des médicaments fabriqués selon une *formule magistrale* ou *officinale*. Soumettre la mise sur le marché de tels médicaments à autorisation n'aurait pratiquement aucun sens vu qu'ils sont préparés de cas en cas. Par contre, le projet permet d'en interdire après coup la mise sur le marché et/ou la fabrication s'ils sont inadaptés ou s'ils présentent un danger pour la santé (**article 119**).

L'**article 120** dresse la liste – exhaustive – des personnes habilitées à prescrire des médicaments, avec la possibilité pour le Département d'élargir le cercle des prescripteurs aux personnes exerçant la profession de sage-femme. L'**article 121** traite des personnes habilitées à remettre des médicaments. L'**alinéa 3** contient une norme importante interdisant à Genève la pro-pharmacie, c'est-à-dire la vente de médicaments par les médecins (sur la constitutionnalité d'une réglementation cantonale similaire, voir ATF 118 Ia 175 et 119 Ia 433). Ceux-ci ne sont autorisés qu'à administrer des médicaments à leurs patients et à des conditions bien précises qui correspondent à celles du droit actuel (art. 100, al. 1, K 3 05). L'**alinéa 4** relatif à la remise de médicaments par les vétérinaires est la reprise fidèle de l'art. 100 alinéa 2 K 3 05. L'**alinéa 5** ferme la porte à toute autre forme de remise de manière plus nette que ne le fait actuellement l'article 101 K 3 05. La vente par correspondance de médicaments n'est quant à elle autorisée qu'à des conditions très restrictives énumérées dans la LPTh et le Département est l'autorité compétente pour délivrer sur le territoire genevois de

telles autorisations de vente (**art. 122**). L'**article 123** traite des lieux de remise soumis à autorisation. L'**article 124** renvoie à l'article 96 s'agissant de la réglementation de la publicité pour les commerçants de détail. L'**article 125** désigne l'autorité compétente (le Département) pour délivrer les autorisations en matière de stockage de sang et de produits sanguins aux conditions fixées par le Conseil d'Etat (**al. 2**). Enfin, c'est bien évidemment aux cantons de veiller au respect des conditions d'octroi des autorisations qu'ils délivrent (**art. 126**) et de prendre les mesures nécessaires à l'exécution de la législation fédérale (**art. 127**).

3.10 Chapitre X - Police sanitaire

Le *chapitre X* regroupe les principaux domaines où l'Etat intervient dans le but de préserver la santé publique en tant qu'intérêt public important. Ces tâches correspondent au champ d'activité traditionnel de l'Etat. Il est essentiel de garantir dans ces domaines de solides bases légales pour justifier l'intervention de l'Etat. La lutte contre les épidémies, régie par les **articles 128** et **129**, peut justifier des mesures susceptibles de limiter les libertés individuelles, notamment la mise en quarantaine des personnes infectieuses, ou leur traitement forcé. Il est de ce fait indispensable de disposer de normes claires protégeant les intérêts des personnes concernées. Le projet se limite toutefois aux règles essentielles en renvoyant pour le surplus à la législation fédérale et aux dispositions d'application que le Conseil d'Etat devra adopter en la matière. L'**article 131** est particulièrement important puisqu'il se rapporte aux activités qui ne relèvent pas des professions de la santé et qui sont susceptibles de présenter des risques pour la santé des individus et de la population. C'est le cas, par exemple, des centres de fitness qui font usage de lampes solaires, ou encore des tatoueurs et autres poinçonneurs de chair. Cette disposition devrait ainsi combler une éventuelle lacune de la loi qui permettrait à l'Etat d'agir uniquement envers des professionnels de la santé, alors que d'un point de vue de santé publique, de nombreuses activités doivent également être soumises à surveillance. Enfin, l'hygiène générale fait aussi partie des mesures de police sanitaire, ce que le projet rappelle à l'**article 132**.

3.11 Chapitre XI - Mesures administratives, sanctions et voies de droit

Le projet distingue, d'une part, les mesures administratives et, d'autre part, les sanctions administratives et pénales, les unes n'excluant bien entendu pas les autres. Le Département a tout d'abord la compétence de faire cesser un état de fait contraire au droit en prenant toutes les mesures qui s'imposent (**art. 133**, complété par l'article 127 s'agissant des produits thérapeutiques). Les plus importantes de ces mesures sont énoncées dans le projet, la prise en charge de leurs coûts étant en principe assurée par les personnes responsables de la situation qui a nécessité l'intervention de l'Etat. A défaut de pouvoir identifier ces personnes, c'est l'Etat qui assume ces frais.

Les **articles 134 à 140** traitent des sanctions administratives qui peuvent frapper les différents acteurs du domaine de la santé qui ne respecteraient pas ou plus le cadre fixé par la loi. L'**article 134** énumère, de manière exhaustive, les différentes sanctions prévues suivant les autorités qui ont la compétence de les infliger, soit le Département lorsque la sanction touche aux différentes autorisations de police délivrées (ou droits de pratique donnés) en application du présent projet (art. 134, al. 1, let. b) et, dans les autres cas, la commission de surveillance (art. 134, al. 1, let. a) ou, sur délégation du Département, le médecin et le pharmacien cantonaux (art. 134, al. 1, let. c). L'éventail des sanctions va du simple avertissement au retrait définitif de l'autorisation, en passant par l'amende administrative, laquelle n'exclut en principe pas l'application d'une autre sanction (al. 3). Les **articles 135 à 138** énumèrent, pour chaque type d'autorisation ou de droit de pratique conféré à une personne ou à une institution, les conditions auxquelles telle autorisation ou tel droit de pratique peut être limité ou retiré. De telles sanctions se justifient bien entendu lorsque les conditions d'octroi ne sont plus réunies, mais aussi lorsqu'il est établi que des violations graves ou fréquentes des devoirs qui découlent de la législation sur la santé ont été commises. L'**article 135** se rapporte à l'autorisation de pratiquer une profession de la santé, l'**article 136** au droit de recourir à une pratique complémentaire, l'**article 137** à l'autorisation d'exploiter une institution de santé répondant à la définition de l'article 107, et enfin l'**article 138** aux autorisations délivrées en matière de produits thérapeutiques.

L'**article 141** dresse par ailleurs la liste – exhaustive – des infractions pénales à la loi sur la santé. Le projet n'entend pas ériger en contravention tous les comportements contraires à la législation sur la santé, mais seulement les comportements les plus graves. Pour les actes plus graves encore, comme les atteintes à la vie et à l'intégrité corporelle, c'est bien évidemment dans le Code pénal suisse que l'on trouvera les dispositions répressives.

Pour les questions de procédure liées à l'application des différentes mesures et sanctions prévues au *chapitre XI*, le projet renvoie au code de procédure pénale (**art. 141, al. 4**) et à la loi sur la procédure administrative (**art. 142**).

4. Financement

La mise en œuvre de cette réforme du droit sanitaire n'entraîne pas d'effets financiers.

Au bénéfice de ces explications, nous vous remercions, Mesdames et Messieurs les députés, de réserver un bon accueil au présent projet de loi.