

*Date de dépôt : 25 septembre 2012*

## **Rapport**

### **de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03)**

#### **Rapport de M. Jacques Béné**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La Commission de la santé, sous la présidence de M<sup>me</sup> Nathalie Fontanet, s'est réunie à deux reprises pour examiner ce projet de loi, à savoir le 31 août et 21 septembre 2012.

La commission a pu bénéficier de la présence de M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat chargé du département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), M. Adrien Bron, directeur général de la santé, M<sup>me</sup> Irène Costis-Droz, directrice des affaires juridiques, M<sup>me</sup> Anne Etienne, juriste, et de M<sup>me</sup> Marie Barbey, secrétaire adjointe.

Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude par M. Guy Chevalley que le rapporteur remercie pour sa célérité.

#### **1. Présentation du projet de loi 10987 par le DARES**

M. Unger explique que la nouvelle réglementation fédérale en matière de protection de l'adulte et de l'enfant, selon la révision du Code civil suisse du 19 décembre 2008, entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Le nouveau code civil implique de modifier les législations cantonales sur plusieurs plans.

Il est proposé aux députés, dans le cadre du projet de loi 10987, de porter leur examen en premier lieu sur la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS; K 1 03), puis de se pencher dans un second temps sur les modifications à apporter à la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006 (LComPS; K 3 03) et les

adaptations à la loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009 (LCOF; A 2 20) y consécutives.

M. Unger indique qu'il y a, en premier lieu, des adaptations terminologiques. La notion de « privation de liberté à des fins d'assistance » étant remplacée par « placement à des fins d'assistance » dans le droit fédéral, il faut faire de même dans la loi sur la santé (art. 35 et 38). De même avec la désignation du « Tribunal tutélaire », désormais remplacé par le "tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant" (art. 59 et 67). Il ajoute que la systématique du Code civil a été reprise pour adapter la loi cantonale à la nouvelle réglementation fédérale sur les directives anticipées (art. 47), la représentation dans le domaine médical (art. 48) et les cas d'urgence (art. 49).

Enfin, M. Unger précise, en ce qui concerne les mesures de contrainte (art. 50 et 51), que la notion de « privation de liberté à des fins d'assistance » a été remplacée par « placement à des fins d'assistance », conformément à la nouvelle terminologie fédérale.

Bien que le droit fédéral ne règle expressément que la question des mesures prises à l'égard de personnes incapables de discernement résidant dans un EMS ou un établissement médico-social, Genève applique les mêmes règles, par analogie, aux personnes hospitalisées dans un milieu traditionnel. Il semblerait en effet absurde de soustraire l'hôpital de ces dispositions, sachant le nombre de personnes se trouvant à l'hôpital en attente de placement dans un EMS.

Enfin, la LComPS est modifiée, du fait que la commission perd sa compétence en matière de placement à des fins d'assistance. On en profite pour revoir et réduire le nombre de membres titulaires et pour intégrer la commission au nombre des Commissions officielles de l'administration cantonale (LCOF).

## **2. Questions des commissaires**

Une commissaire (V) demande si le droit sur la tutelle des adultes a été voté au mois de juin 2012. La Présidente lui répond qu'une partie a été votée. Elle ajoute que la loi d'application du Code civil est en train d'être adoptée. Elle précise que tout doit être voté largement avant la fin de l'année afin de pouvoir entrer en vigueur en janvier.

La même commissaire (V) évoque ensuite la problématique des mesures anticipées. Elle déclare avoir entendu plusieurs fois à la radio des médecins (un urgentiste et un psychiatre) s'exprimer sur l'application de celles-ci. Le médecin urgentiste déclarait que les médecins réanimaient d'abord la personne avant de regarder s'il existait des directives anticipées. Or, à ses

yeux, si la personne a écrit des directives anticipées, ce n'est pas forcément pour qu'on la réanime. Elle indique par ailleurs que, dans le cas d'une personne avec des troubles bipolaires qui est dans une bonne phase et qui commence à aller moins bien, le médecin et l'infirmier déclaraient que la personne était d'abord soignée avant de discuter. Elle estime que cela va à l'encontre des directives anticipées. Elle souhaiterait dès lors avoir des guidelines qui soient les mêmes pour tout le monde puisqu'il y a le risque, d'une part, d'avoir une lecture différente d'un médecin à l'autre et, d'autre part, que des personnes reçoivent des soins contraires à ce qu'ils auraient désiré.

M. Unger lui répond qu'il est difficile de parler de cas particuliers, surtout s'ils sont relayés par des émissions de radio. Il précise que, dans le cas d'une réanimation, chaque seconde compte et qu'il n'est dès lors pas possible de fouiller la personne pour savoir si elle a rédigé des directives anticipées. En revanche, si l'existence de telles directives est connue, elles sont consultées. Il ajoute que dans le cadre du développement du dossier médical informatisé partagé (e-toile), les directives anticipées figurent sur la première page afin qu'elles sautent à l'œil. Il précise qu'il en va de même pour la psychiatrie.

M. Bron ajoute que le Code civil (CC) a apporté des règles uniformes pour tout le monde au niveau suisse. La question de savoir comment introduire cela dans la législation cantonale s'est posée: Genève a décidé d'adapter la terminologie aux modifications du CC et de reprendre les grandes lignes du droit fédéral, y renvoyant pour les détails. Il a cependant paru plus clair et lisible de les inscrire dans la loi sur la santé plutôt que de se contenter de simplement déclarer le droit fédéral applicable. Concernant les questions très concrètes d'application des directives anticipées, il y a, dans le nouveau code civil, une règle de priorité de personnes qui peuvent être consultées en cas d'incertitude, ce qui fixe les choses de manière plus stricte qu'aujourd'hui. Il ajoute que la tendance générale est de favoriser la rédaction de directives anticipées et les pratiques dans ce domaine, mais que les règles du jeu ne sont pas fondamentalement modifiées avec cette législation fédérale. Il précise enfin que la modification du droit de la tutelle des adultes a des répercussions importantes dans beaucoup de départements. Dès lors, il a été décidé que chaque département modifiait ses propres législations.

Un commissaire (R) déclare avoir l'impression que l'adaptation de la loi sur la Santé par rapport aux nouvelles normes fédérales donne plus de pouvoir aux personnes habilitées à représenter la personne incapable de discernement. Il évoque l'exemple des témoins de Jéhovah et les nombreux cas où les médecins ont passé outre l'avis de la famille et ont administré du

sang à des enfants en situation critique. Il indique que le procureur a toujours classé ces affaires. Il demande si cette adaptation du droit cantonal risque de changer les pratiques médicales à l'hôpital.

M. Bron lui répond que, sur le papier, il n'y a pas de changement des règles du jeu entre la législation cantonale et ce qui est prescrit dans le Code civil. Toutefois, il ajoute qu'il y a un mouvement de fonds qui donne plus d'importance à des règles plus carrées sur les déterminations de qui peut avoir droit de donner son avis. En revanche, il déclare ne pas savoir si cela peut aboutir à des jugements ou des pratiques différentes.

M<sup>me</sup> Etienne ajoute que les parents des enfants ont déjà l'autorité parentale. Dès lors, elle ne pense pas que cela changera les jugements et les pratiques. M. Unger souligne que le bénéfice des témoins de Jéhovah est de nous faire réfléchir à chaque transfusion que l'on donne. Il estime toutefois qu'il serait difficile de justifier le fait de ne pas transfuser un enfant qui mourrait sans transfusion.

Un commissaire (MCG) estime que les commissaires sont tous d'accords pour dire que les directives anticipées sont un plus. Il précise que certains ont même suggéré, dans le cadre de l'étude de la motion 2042 (*Droit à l'information pour les proches d'un patient décédé : la transparence est garante d'une bonne pratique médicale*), que le médecin aborde systématiquement la question des directives anticipées avec son patient. Dès lors, il se demande s'il ne faudrait pas, à défaut de le mettre dans la loi, présenter un modèle de directives anticipées, notamment pour la désignation d'un représentant thérapeutique afin que la personne puisse donner certaines informations à son médecin et que ces dernières puissent être mises en évidence dans son dossier.

Le même commissaire (MCG) relève par ailleurs que l'art. 47 n'évoque pas la question de l'accès au dossier. Il demande s'il s'agit d'une omission ou si cela est volontaire. Selon lui, le représentant thérapeutique doit se mettre dans la position qui serait celle du patient s'il pouvait s'exprimer s'il était capable de discernement. Pour pouvoir dialoguer avec le médecin, il faut l'information et cela implique l'accès au dossier. Enfin, il rappelle que, dans le cadre de la motion 2042, la question de savoir si une personne peut aller regarder dans le dossier d'une autre personne après sa mort a été abordée. Il ajoute que rien dans ce projet de loi ne permet au patient de donner des directives sur la possibilité de donner à quelqu'un post mortem le droit d'aller voir le dossier médical. Il se demande s'il ne faudrait pas le rajouter dans les dispositions légales.

M. Unger répond que l'un des éléments des directives anticipées pourrait être de désigner une personne qui pourrait accéder au dossier post mortem. Il estime qu'il n'est pas nécessaire que cela se trouve dans la loi et qu'il n'est pas nécessaire de décrire dans la loi tous les termes que pourrait comprendre une directive anticipée. Concernant le cadre particulier qui est la manière dont on détermine quelle est la personne à qui l'on confie l'affaire et si cette personne pourrait avoir accès au dossier post mortem, il répond qu'il est possible de prévoir un groupe de travail, sous l'égide de la commission d'éthique, afin que la formulation soit éthiquement choisie.

Le commissaire (MCG) relève que l'art. 47 al. 2 donne des éléments qui pourraient aussi ne pas se trouver dans la loi. Dès lors, il se demande pourquoi ne pas aller jusqu'au bout et éviter ainsi d'interpréter des silences comme des silences qualifiés.

M. Unger répond que l'art. 47 n'a pas été touché puisqu'il n'est pas en lien direct avec les changements fédéraux. Il ajoute que les changements fédéraux auraient permis d'enlever toute cette partie de la Loi sur la Santé puisque le droit fédéral épuise le droit cantonal. La lecture de la Loi sur la santé aurait cependant eu trop de renvois et aurait été difficile à lire. Il propose de demander à l'institut des études médicales de composer un groupe de travail pour réfléchir à une formulation qui toucherait spécifiquement la représentation et voir si l'on peut inclure l'accès au dossier ou si le fait que l'on délègue inclue naturellement le transfert de l'accès au dossier.

M. Bron ajoute que l'art. 47 al. 2 ne fait que reprendre mot pour mot le Code civil. Dès lors, pour des questions didactiques et de clarté, ces éléments ont été remis dans la loi cantonale.

Un commissaire (R) déclare qu'une personne qui n'est pas malade peut avoir une idée de son comportement quand il sera malade mais que, lorsqu'il tombe malade et est incapable de discernement, son comportement évolue. Il ajoute que les directives anticipées sont données dans le cas où la personne devient incapable de discernement. Dans cette situation, l'on présume que cette personne conserve la même ligne de conduite qu'elle avait lorsqu'elle était en bonne santé. Il déclare que cela lui pose un gros problème. En effet, il comprend que les directives anticipées sont un progrès par rapport à l'omnipotence des équipes soignantes que l'on connaissait avant. En revanche, l'effet contraignant de ces directives anticipées, qui n'est jamais explicitement précisé dans les textes légaux, le gêne puisque le personnel soignant a aussi une éthique personnelle qui peut être contrariée par l'énoncé d'une directive anticipée si l'on peut présumer que la personne n'y souscrirait plus si elle pouvait avoir un reste de discernement. Il déclare être encore plus gêné par la question des représentants thérapeutiques. Il fait référence à un

cas où la fille d'une patiente en état de perte complète de ses facultés mentales avait organisé un suicide assisté. Selon lui, avec ce cas, l'on touche du doigt les limites de la représentation thérapeutique puisque si le suicide assisté devient une forme de choix thérapeutique, il y a le risque de coulisser vers une décision non prévue de la personne qui représente le malade. Pour ces raisons, il reste sceptique quant à la légalisation et l'inscription dans la loi des directives anticipées qui auraient un effet contraignant sans qu'une équipe soignante puisse les relativiser.

La Présidente déclare être étonnée par les conditions du suicide assisté qu'elle croyait plus strictes, notamment le fait que la personne soit en bonne santé et puisse donner l'instruction jusqu'au bout.

Une commissaire (S) ajoute que la loi fédérale est parfaitement claire sur l'assistance au suicide et ne permet pas cela puisque ce sont des décisions que l'on peut prendre qu'en pleine possession de ses moyens et que l'on ne peut pas déléguer à une autre personne. Selon elle, il faut dénoncer ces cas de débordement. Par ailleurs, elle remercie les audités pour le travail sur l'exposé des motifs puisque, selon elle, il s'agit d'une bonne synthèse des modifications. Elle apprécie le fait que l'on laisse dans les lois des éléments qui donnent un sens à la loi. Concernant la question de l'accès post mortem au dossier, elle demande pourquoi ne pas ajouter dans l'art. 47 al. 1 que cela concerne aussi la situation post mortem de la personne. Par ailleurs, elle demande si le département entend profiter de la mise en œuvre, au mois de janvier 2013, de la révision du droit de la tutelle pour donner une information plus générale aux prescripteurs par rapport à ces directives anticipées afin de clarifier ce que l'on entend par directives anticipées. Concernant les modèles de directives anticipées, elle indique qu'il en existe plusieurs, notamment le travail de Pro Senectute. Dès lors, elle pense qu'il serait possible de renvoyer à des outils existant au lieu de réinventer la roue.

M. Bron répond, concernant une éventuelle modification de l'article 47, que ces éléments sont repris du Code civil: il n'y a aucune innovation dans la loi cantonale. Il insiste sur le fait qu'il faut faire attention puisqu'il s'agit d'une copie du droit fédéral. Dès lors, si des éléments sont ajoutés, cela devient insécure au niveau juridique. C'est la raison pour laquelle le département a été prudent et n'a fait aucune modification. Concernant l'information, il indique que les institutions se sont déjà beaucoup mobilisées pour expliquer le nouveau droit de la tutelle et que le DARES est en train de mettre sur pied un colloque - pour diffuser ce genre d'informations - qui aura lieu en novembre 2012.

Un commissaire (MCG) estime que les directives anticipées doivent être contraignantes, comme l'avis du patient, mais elles ne doivent pas être

absolument contraignantes : il rappelle que le médecin peut, s'il estime que l'avis du représentant thérapeutique n'est pas conforme à ce que pourrait décider le patient, saisir le tribunal tutélaire et demander la désignation d'un curateur aux soins qui se substitue, de par la loi, au représentant thérapeutique. En revanche, il faut que le médecin ait des éléments concrets à apporter et il ne suffit pas que sa propre éthique aille à l'encontre de l'avis exprimé par le représentant thérapeutique qui aurait reçu des directives claires du patient.

### **3. La Présidente met au vote l'entrée en matière sur le PL 10987**

#### **Vote d'entrée en matière sur le PL 10987**

Pour : 12 (2 Ve, 2 S, 2 R, 1 L, 1 UDC, 2 MCG, 2 PDC)

Contre : –

Abstentions : –

**L'entrée en matière sur le PL 10987 est acceptée à l'unanimité**

### **4. Deuxième débat sur le PL 10987**

#### **Article 1 souligné : pas d'opposition - ADOPTE**

Concernant les art. 35 et 38 al. 2, M. Bron explique qu'il s'agit de remplacer les termes anciens par le terme de «*placement à des fins d'assistance* ».

#### **Article 35 : pas d'opposition - ADOPTE**

#### **Art 38 al. 2 : pas d'opposition - ADOPTE**

#### **Article 47**

Un commissaire (MCG) estime que l'accès au dossier est important. Selon lui, si seule l'information donnée par les médecins peut être obtenue, c'est un peu court. Il pense que lorsque l'on désigne une personne qui doit nous représenter, il faut que cette personne puisse avoir les mêmes droits que l'on aurait, c'est-à-dire s'entourer de tous les renseignements écrits pour pouvoir prononcer un consentement éclairé sur la thérapie proposée. A ses yeux, la désignation du représentant thérapeutique doit impliquer l'accès au dossier sauf si le patient devait indiquer clairement que le représentant n'a pas accès au dossier.

M. Bron lui répond que le rôle du représentant thérapeutique est réglé par le Code civil et qu'il est dès lors audacieux d'aller au-delà de ce que celui-ci prévoit.

Une commissaire (V) estime que le terme « *désigner une personne physique* » suffit puisque si le patient désigne une personne, cela signifie que cette personne le connaît bien et sait où il en est dans sa santé. Elle rappelle que récemment les commissaires ont longuement débattu de la motion 2042 et que les réponses ont été données. Dès lors, ce qui est proposé à l'art. 47 al. 2 du projet de loi lui suffit.

Un commissaire (L) déclare avoir l'impression que le commissaire (MCG), à force d'insister, dessert la cause en compliquant la situation. Il estime que la personne physique peut très bien être un médecin. Or, lorsque l'on s'entretient avec un médecin sur les soins à administrer à un patient, il y a une pesée d'intérêts du médecin qui va donner les renseignements: s'il y a des informations que le médecin doit donner en raison de l'incidence qu'elles ont sur le traitement qui peut être donné, il va les donner. Il estime que la motion 2042 a été suffisamment discutée au sein de cette commission et que le flou de la loi rend parfois service, même si les commissaires sont conscients que les médecins donnent parfois des informations qu'ils ne devraient pas. Il suggère au commissaire (MCG) de continuer ses démarches pour modifier les lois au niveau fédéral.

Une autre commissaire (V) déclare être opposée à la modification proposée par le commissaire (MCG) puisque le patient qui veut donner le droit à sa personne de référence d'avoir accès au dossier peut le faire. Dans le cas contraire, le médecin peut transmettre des informations relatives au cas présent mais pas forcément des informations qui font partie de l'historique médicale du patient.

M. Bron ajoute que l'art. 48 est repris en partie de l'art. 377 al. 2 Code Civil, et qu'il est dès lors difficile d'aller au-delà dans le droit cantonal.

Un commissaire (R) rejoint les propos de la commissaire (V) et de M. Bron. Il déclare être favorable à l'accès à tous les renseignements pertinents pour mener à bien les directives représentant le patient dans le contexte du traitement en cours. En revanche, la notion de dossier médical est vaste et a plusieurs localisations (dossier des hôpitaux, du médecin, des anciens médecins etc.). Dès lors, il pense qu'il y a tout ce qu'il faut avec la formulation proposée dans le projet de loi pour permettre au représentant thérapeutique de prendre des décisions judicieuses.

La Présidente de la commission demande au commissaire MCG s'il souhaite formaliser une demande d'amendement. Celui-ci répond par la négative.

La Présidente soumet donc aux votes des commissaires l'art. 47 al. 1 :

**Oui** : 12 (2 Ve, 2 S, 2 R, 1 L, 1 UDC, 2 MCG, 2 PDC)

**Non** : -

**Abst.** :-

L'art. 47 al. 1 est adopté à l'unanimité.

La Présidente soumet aux votes des commissaires l'art. 47 al. 2 :

**Oui** : 12 (2 Ve, 2 S, 2 R, 1 L, 1 UDC, 2 MCG, 2 PDC)

**Non** : -

**Abst.** :-

L'art. 47 al. 2 est adopté à l'unanimité.

La Présidente soumet aux votes des commissaires l'art. 47 al. 3 :

**Oui** : 12 (2 Ve, 2 S, 2 R, 1 L, 1 UDC, 2 MCG, 2 PDC)

**Non** : -

**Abst.** :-

L'art. 47 al. 3 est adopté à l'unanimité.

La Présidente soumet aux votes des commissaires l'art. 47 dans son ensemble :

**Oui** : 12 (2 Ve, 2 S, 2 R, 1 L, 1 UDC, 2 MCG, 2 PDC)

**Non** : -

**Abst.** :-

**L'art. 47 dans son ensemble est adopté à l'unanimité.**

Concernant l'art. 48, Mme Etienne explique que le droit fédéral a été repris mot pour mot.

**Article 48** : pas d'opposition- **ADOPTE**

**Article 49** : pas d'opposition - **ADOPTE**

Art. 50, al. 1 et 2 (nouvelle teneur)

Concernant l'article 50, al. 1 et 2 (nouvelle teneur), M. Bron explique qu'il s'agit d'une modification lexicale, c'est-à-dire que le terme de « *privation de liberté à des fins d'assistance* » a été remplacé par le terme de « *placement à des fins d'assistance* ».

M<sup>me</sup> Etienne ajoute qu'il s'agit d'appliquer ces règles également aux hôpitaux.

Une commissaire (V) évoque la dernière partie de la phrase de l'al. 1. Elle demande si cela concerne les obligations de vacciner et les évictions. Elle donne l'exemple des enfants qui ont la rougeole, qui sont contagieux et qui doivent rester à la maison.

M. Unger lui répond que cela concerne une personne malade, par exemple de la tuberculose, qui refuse de se faire soigner avec le risque d'une contamination mais sans lien avec l'éviction.

M. Bron ajoute que cela existe déjà dans le droit cantonal et que rien n'a été modifié à ce sujet.

Un commissaire (R) relève que la législation en matière de lutte contre les maladies transmissibles à l'homme est mal connue. Il pense que ce n'est pas le vœu du département d'interner des personnes qui sont dans un état grippal. Il rappelle par ailleurs que la législation en matière de lutte contre les maladies transmissibles n'a pas été appliquée au SIDA au début de l'épidémie au même titre qu'elle l'était pour la syphilis. Il demande si la législation a évolué à ce sujet et pourquoi cette maladie n'a pas été incluse dans les mêmes dispositions que celles qui régissaient notamment la syphilis.

M. Unger répond que le taux de transmissibilité est trop faible par rapport à d'autres maladies transmissibles et que cela n'aurait donc aucun sens de le faire. Il ajoute que l'on ne le fait pas non plus pour l'hépatite B, qui est beaucoup plus fréquente que le SIDA. Il ajoute qu'il s'agit de maladies épidémiques, à l'exception de la tuberculose qui n'est plus épidémique.

**Article 50, al. 1 et 2 : pas d'opposition - ADOPTE**

**Article 51, al. 2 : pas d'opposition - ADOPTE**

**Article 59 : pas d'opposition - ADOPTE**

**Article 67 : pas d'opposition - ADOPTE**

**Article 2 : Modifications à d'autres lois****Article 2 souligné** : pas d'opposition - **ADOPTE****Article 15, al. 3 (nouveau)** : pas d'opposition - **ADOPTE**

Par rapport à l'art. 1 al. 2 let. b, M. Bron explique que l'al. b disparaît (puisqu'il concernait le volet tutélaire) et l'al. 3 devient la let b. Il ajoute que tout ce qui concernait la protection des personnes atteintes de troubles psychiques a été biffé puisque cela n'a plus lieu d'être.

**Article 1, al. 2, lettre b (nouvelle teneur), al. 3 (abrogé)** : pas d'opposition - **ADOPTE**

Concernant l'art. 3, al. 3, M. Bron explique qu'il s'agissait d'enlever de la loi tout le volet repris par le tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant. Les membres présents dans la commission en raison de ce volet d'activité ont été enlevés. Il indique que les recommandations du rapport Manaï ont été suivies: un gynécologue et un ophtalmologue ont été ajoutés. Le nombre de membres a été réduit de 25 à 19. Il précise qu'il n'y a plus qu'un médecin spécialiste en psychiatrie au lieu de 4, qu'il n'y a plus qu'un membre d'une organisation se vouant à la défense des droits des patients au lieu de 2 et qu'il n'y a plus qu'un avocat au lieu d'un magistrat et deux avocats.

Une commissaire (V) demande comment sont désignées ces personnes. M. Bron répond qu'elles sont nommées par le Conseil d'Etat sur proposition des associations.

Un commissaire (MCG) demande pourquoi le nombre de représentants des patients est passé de deux à un. M. Bron répond que l'aspect de la protection des droits des patients dans le contexte de la privation de liberté disparaît.

Une commissaire (S) demande pourquoi il y a deux infirmiers. M. Bron répond qu'il y a eu des considérations de composition des sous-commissions afin qu'ils puissent travailler efficacement.

Un commissaire (R) déclare avoir un souci par rapport à la composition de cette commission de surveillance puisque l'effectif de la commission « nouvelle formule » est d'ores et déjà très réduit par rapport aux commissions de surveillance des activités médicales et des professions de la

santé « ancienne formule ». Or elle est encore réduite aujourd'hui. Il estime que cela mériterait une audition de la présidence de cette commission et des représentants des droits des patients afin de savoir si la réduction du nombre de personnes n'est pas un des facteurs de la lenteur de cette commission. Il trouverait intéressant de rediscuter du nombre total de membres de cette commission, de même que le back office. Il pense que la lenteur de la commission est en partie due à la lenteur du back office.

La Présidente rappelle que lors de l'audition de la commission de surveillance, les audités avaient informé les commissaires de ce qu'il se passerait dans le cadre du nouveau droit et du fait que tout une partie de leur activités allaient être transférées au tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant. Elle demande s'ils étaient au courant de cette suppression de certains médecins et s'il y a eu des oppositions de leur part.

M. Bron répond que la loi leur a été soumise mais qu'il ne sait pas s'il y a eu un débat au sein de la plénière de cette commission sur cette proposition.

La Présidente signale que lors d'un entretien qu'elle a eu avec M. Gaillard, président de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, ce dernier n'a, à aucun moment, demandé à être entendu en raison d'un problème dans ce remaniement.

M. Bron ajoute que M. Gaillard avait la volonté d'améliorer la situation ce qui s'est traduit immédiatement dans les fonctionnements internes du bureau de la commission puisqu'ils se voient de manière plus régulière, traitent les dossiers différemment et prennent des décisions sur l'ouverture d'une instruction dans les six semaines. En termes d'efficacité et de rapidité, la commission souhaitait restreindre le nombre de membres. Il ajoute qu'il y a eu une augmentation des moyens de la commission dans le budget 2013 puisqu'il n'y a pas de suppression des effectifs attribués à la commission proportionnelle au départ des affaires vers le tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant. Il précise enfin qu'il n'y a pas d'augmentation de charges sur l'entier du service.

Le commissaire (R) rappelle que lorsque le président de cette commission a été auditionné, ce dernier venait de prendre ses fonctions et n'avait pas le recul nécessaire pour répondre à certaines questions, notamment sur le problème du délai de traitement des dossiers. Il ajoute que cette réponse a été apportée par le département par la suite. Il trouverait, dès lors, pertinent d'auditionner une nouvelle fois le président et sa directrice afin d'avoir un point de situation actuel à la lumière de leur expérience. Il souhaite également savoir si le back office n'est pas un facteur de limitation de la

rapidité du traitement des dossiers. Il maintient donc sa proposition d'audition.

Une commissaire (S) indique que le département avait donné des assurances sur le fait qu'ils auraient les moyens d'agir en 2013 malgré le changement de système. Elle estime que la question de la composition du back office n'est pas réglée dans la loi et qu'il s'agit de faire confiance au département sur le fait qu'il n'y aura pas de coupes dans le budget 2013. Elle propose de les auditionner après une année de fonctionnement et une fois qu'ils auront perdu leur partie tutelle adulte afin d'avoir un bilan intermédiaire.

La Présidente soumet aux votes des commissaires la proposition du commissaire (R) d'auditionner le président de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients :

**Oui** : 9 (2 Ve, 2 S, 2 R, 1 L, 1 UDC, 1 MCG)

**Non** : -

**Abst** : 3 (2 PDC, 1 MCG)

**Il est décidé d'auditionner le président de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients.**

### **5. Audition de M. Louis Gaillard et M<sup>me</sup> Myriam Gerber, respectivement Président et directrice de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients**

La Présidente remercie les auditionnés et leur précise que c'est l'article 3 du projet de loi 10987 qui a motivé leur audition.

M. Gaillard suppose que la question posée découle de la crainte de perdre des ressources, ce qui impacterait négativement le traitement des affaires. Le goulet d'étranglement ne provient pas des membres siégeant en plénière, mais des sous-commissions chargées d'instruire les procédures. La situation n'est pas péjorée par le projet de loi: elle est même améliorée. La loi actuelle prévoit des membres détachés spécifiquement pour le secteur psychiatrique. Dans la mesure où la Commission de surveillance perdra la compétence de la protection des adultes, les neuf membres spécialisés dans ce domaine n'ont plus à y siéger. La Commission passe de 25 à 19 membres, perdant 6 membres, mais le volume d'activité était celui de 9 personnes. Dès lors, elle

gagne l'équivalent de trois personnes (un gynécologue, un ophtalmologue et un représentant des droits des patients).

Une commissaire (S) souhaite des précisions sur les modalités de représentation au sein de la commission. Mme Gerber indique que sa composition découle de l'historique. Elle indique avoir suggéré les deux spécialistes (un gynécologue et un ophtalmologue) au vu de la carence de compétences dans ce domaine au sein de la Commission. Pour le reste, M. Gaillard ajoute que la composition correspond aux besoins.

Un commissaire (MCG) s'enquiert du nombre de membres au sein des sous-commissions et des statistiques sur la divergence d'opinion entre celles-ci et la plénière. Mme Gerber indique qu'il existe sept sous-commissions – trois sont surtout sollicitées. Elle donne le détail de leur composition. La plénière se réunit tous les trois mois et examine une dizaine de cas. Dans la plupart des cas, la décision est validée. La discussion porte surtout sur la sanction. M. Gaillard ajoute que la situation est généralement claire : il y a ou non sanction, mais sa portée est discutée.

Le même commissaire demande si la plénière ne pourrait pas se dispenser de statuer si la sous-commission est unanime à ne pas sanctionner et que les décisions de ce type d'organe sont systématiquement corroborées par la plénière. M. Gaillard répond qu'il serait possible d'envisager une voie rapide si les cas sont manifestes, ce qui constitue la majorité des cas. Les médecins vivent en effet mal une décision déjà prise qui ne peut pas être communiquée tant que la plénière ne s'est pas réunie.

Le commissaire souhaite connaître le nombre de cas en cours d'instruction. Mme Gerber répond qu'il en existe 130.

Une commissaire (V) souhaite des précisions sur les modalités de réunion et les voies de recours. Mme Gerber explique qu'un ordre du jour est envoyé deux semaines à l'avance avec les documents idoines. Les séances vont de 1h/1h30 à 2h/2h30. Les auditions ont lieu à 17h00 si possible. Les recours sont chronophages. Elle précise, pour donner une idée de la proportion, que lors de la dernière plénière, une décision sur neuf a fait l'objet d'un recours.

Une commissaire (S) s'interroge sur les raisons qui justifient la présence de deux infirmiers, en regard d'une faible représentation d'autres professionnels de la santé. Mme Gerber explique que les cas impliquant d'autres professions sont simplement moins nombreux. Elle ajoute que, pour des raisons de disponibilité et de qualité du travail, il est recouru plus facilement à certaines personnes qu'à d'autres.

Un commissaire (MCG) constate que seule une quarantaine de cas est traitée par année, soit dix pour une séance plénière tous les trois mois, ce qui

signifie qu'avant trois ans, les dossiers en suspens ne seront pas traités. M. Gaillard indique que certains cas sont suspendus en raison de développement de procédures pénales qui traînent. Ce blocage appelle une réflexion quant à la suspension des dossiers qui est peut-être accordée trop facilement. M. Bron relève que les 130 cas comprennent les objets nouveaux dont le bureau doit décider s'ils sont recevables ou non. Ils ne font pas tous l'objet d'une ouverture de procédure. M. Gaillard note que, après neuf mois, 64 cas ont été traités, ce qui laisse espérer 80 dossiers résolus à la fin 2012.

## **6. Reprise du 2<sup>ème</sup> débat sur le PL 10987**

**Article 3 (nouvelle teneur) : pas d'opposition - ADOPTE**

Art. 4, al. 1, 2 et 3 (nouvelle teneur)

**Article 4, al. 1 : pas d'opposition - ADOPTE**

Article 4, al. 2

Une commissaire (S) demande si le Conseil d'Etat doit vraiment nommer les spécialistes externes à la Commission (art. 3, al. 5). Le département lui ayant confirmé que, dans la pratique, la Commission s'en dispense, la commissaire dépose **un amendement** modifiant l'alinéa 2 comme suit :

*« Le président et les membres visés par l'article 3, alinéas 3 et 4 ~~3 à 5~~ de la présente loi sont nommés par le Conseil d'Etat, à l'exception des membres visés par l'article 3, alinéa 3, lettre i, qui sont visés par le Grand Conseil ».*

Cet amendement est approuvé à l'unanimité (2 S, 3 Ve, 2 DC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG).

**Article 4, al. 2 tel qu'amendé : pas d'opposition - ADOPTE**

**Article 4, al. 3 : pas d'opposition - ADOPTE**

**Article 4 dans son ensemble : pas d'opposition - ADOPTE**

Art. 7, al. 1 lettre a (nouvelle teneur), lettres c, d, e, f (abrogées), lettre g (nouvelle teneur), al. 2 et 4 (nouvelle teneur)

Article 7, al. 1 : pas d'opposition - **ADOPTE**

Article 7, al. 2 : pas d'opposition - **ADOPTE**

Article 7, al. 4 : pas d'opposition - **ADOPTE**

**Article 7 dans son ensemble** : pas d'opposition - **ADOPTE**

**Article 10, al. 2, lettre d (abrogée)** : pas d'opposition - **ADOPTE**

**Article 12 (nouveau teneur)** : pas d'opposition - **ADOPTE**

Article 13, al. 2 (nouveau, les al. 2 et 3 anciens devenant les al. 3 et 4)

La Présidente dépose un **amendement** pour corriger le numéro de l'alinéa 1bis : celui-ci porterait alors le numéro 2. Il s'agit de corriger une pure erreur formelle.

Cet amendement est approuvé à l'unanimité (2 S, 3 Ve, 2 DC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG).

**Article 13 dans son ensemble tel qu'amendé** : pas d'opposition - **ADOPTE**

Article 16, al. 5 (nouveau teneur)

Une commissaire (S) souhaite que soit précisée la notion d'intérêt public. M. Bron explique qu'il peut y avoir un intérêt à sanctionner lorsque la médiation traîne en longueur. M. Poggia ajoute que le souci de protection peut prévaloir pour radier un droit de pratique au cas où le praticien incriminé aurait trouvé un accord en médiation avec le patient.

**Article 16, al. 5 (nouveau teneur)** : pas d'opposition - **ADOPTE**

**Article 18, al. 1 (nouveau teneur), al. 2, lettre d (abrogée) et al. 4 (nouveau teneur)** : pas d'opposition - **ADOPTE**

**Article 20, al. 2 (nouveau teneur)** : pas d'opposition - **ADOPTE**

**Chapitre V du titre III (abrogé) : pas d'opposition - ADOPTE**

**Articles 23 à 30 (abrogés) : pas d'opposition - ADOPTE**

**Article 3 souligné : pas d'opposition - ADOPTE**

### **7. 3<sup>ème</sup> débat sur le PL 10987**

Un commissaire (L) demande pourquoi l'amende passe de 50'000 à 20 000 francs à l'article 20. M. Bron répond qu'il s'agit d'une harmonisation par rapport à la LSan.

Une commissaire (V) demande si les articles 23 à 30 abrogés ont été repris ailleurs. Ce point lui est confirmé par le département.

Une commissaire (S) demande ce qu'est une injonction impérative (article 20, al. 1). M. Poggia répond qu'il s'agit d'ordonner quelque chose à un professionnel de la santé. La commissaire socialiste constate, qu'en cas de violation des droits des patients, il est donc impossible de sanctionner sous la forme d'une suspension du droit de pratique. M. Bron lui répond que cette suspension relève d'une décision administrative du conseiller d'Etat. La Commission de surveillance procède à une recommandation en la matière (LSan, article 126 et ss).

Un commissaire (R) relève que les HUG ont supprimé l'avertissement : les sanctions commencent au blâme. Il s'enquiert donc de la transposition de la gradation des sanctions. M. Bron répond que l'appréciation devrait se caler sur la pratique. Il précise que la Commission de surveillance prend une décision, communiquée à l'employeur, s'il en existe un: il appartient à ce dernier de gérer le suivi de l'avertissement ou du blâme infligé par la Commission. Mme Costis-Droz rappelle que le médecin des HUG a aussi un droit de pratique délivré par le département: ils sont donc soumis aux règles d'exercice et instances de cette profession. Il faut distinguer la qualité de médecin et de travailleur.

Un commissaire (MCG) demande pourquoi la commission doit comporter au moins un homme ou une femme (art. 18, al. 1). M. Bron répond qu'il imagine que l'appréciation des rapports hommes-femmes, dans certaines situations de soins, peut jouer un rôle.

Le commissaire poursuit et aimerait avoir des clarifications sur le mode de sanction aux HUG. M. Bron indique que la commission ne prend pas de

sanction: il s'agit de préavis. En cas de retrait du droit de pratique, c'est le département qui procède à la sanction. En cas d'avertissement ou de blâme, il appartient à l'employeur, informé, de savoir comment il se positionne. Dans ce cas, il reste employable mais un comportement inadéquat appelle généralement une sanction, même si l'employeur reste libre de ne rien entreprendre. Pour l'employé d'une institution de santé, les effets suivent généralement les recommandations de la Commission. Un médecin indépendant, lui, prend simplement acte d'un avertissement.

Une commissaire (V) s'interroge sur l'exigence d'un droit de pratique pour l'ensemble des professionnel-le-s de la santé. Elle se souvient qu'un droit de pratique général était autrefois accordé aux HUG, qui retombait indirectement sur les employés. M. Bron confirme que chaque professionnel-le doit désormais disposer de sa propre autorisation.

Un commissaire (MCG) constate que la LSan ne distingue plus la pratique privée ou publique, comme c'était le cas lorsqu'il existait encore deux commissions pour chacun de ce type d'activité. Un médecin des HUG peut donc être doublement sanctionné.

**La Présidente met au vote le PL 10987 dans son ensemble.**

**Le PL 10987 est approuvé à l'unanimité :**

**(2 S, 3 V, 2 DC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG).**

## **Conclusion**

Au bénéfice de ces explications, la commission de la santé vous recommande, Mesdames et Messieurs les députés, d'accepter ce projet de loi tel qu'il vous est présenté.

*Catégorie de débat : extraits*

## **Projet de loi (10987)**

### **modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03)**

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

#### **Art. 1 Modifications**

La loi sur la santé, du 7 avril 2006, est modifiée comme suit :

#### **Art. 35 (nouvelle teneur)**

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

<sup>2</sup> Le placement à des fins d'assistance est réglé par le code civil suisse et la loi d'application du code civil suisse et autres lois fédérales en matière civile, du 28 novembre 2010. 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 suisse et d'autres lois fédérales en matière pénale, du 27 août 2009.

#### **Art. 38, al. 2 (nouvelle teneur)**

<sup>2</sup> 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 des dispositions du code civil relatives au placement à des fins d'assistance.

#### **Art. 47 Directives anticipées (nouvelle teneur avec modification de la note)**

<sup>1</sup> Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement.

<sup>2</sup> Elle peut également désigner une personne physique qui sera appelée à s'entretenir avec le médecin sur les soins à lui administrer et à décider en son nom au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut donner des instructions à cette personne.

<sup>3</sup> Les dispositions du code civil suisse sur les directives anticipées du patient s'appliquent pour le surplus.

**Art. 48 Représentation dans le domaine médical (nouvelle teneur avec modification de la note)**

<sup>1</sup> Lorsqu'une personne incapable de discernement doit recevoir des soins médicaux sur lesquels elle ne s'est pas déterminée dans des directives anticipées, le médecin traitant établit le traitement avec la personne habilitée à la représenter dans le domaine médical.

<sup>2</sup> Les personnes habilitées à représenter la personne incapable de discernement dans le domaine médical sont celles désignées par le code civil suisse, dont les dispositions en la matière s'appliquent pour le surplus.

**Art. 49 Cas d'urgence (nouvelle teneur, avec modification de la note)**

<sup>1</sup> En cas d'urgence, le médecin administre les soins médicaux conformément à la volonté présumée et aux intérêts de la personne incapable de discernement.

<sup>2</sup> Les dispositions du code civil suisse s'appliquent pour le surplus.

**Art. 50, al. 1 et 2 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures thérapeutique et d'internement ainsi que la réglementation en matière de placement à des fins d'assistance sont réservés, de même que la législation en matière de lutte contre les maladies transmissibles de l'homme.

<sup>2</sup> A titre exceptionnel, et dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, respectivement la personne habilitée à le représenter, 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;
- b) si le comportement du patient présente un grave danger menaçant sa vie ou son intégrité corporelle ou celles d'un tiers.

**Art. 51, al. 2 (nouvelle teneur)**

<sup>2</sup> Le patient ou la personne habilitée à le représenter peut s'adresser au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte. Les dispositions du code civil suisse

régissant la procédure en matière de mesures limitant la liberté de mouvement s'appliquent par analogie.

### **Art. 59 (nouvelle teneur)**

L'autorité indépendante pour autoriser à titre exceptionnel le prélèvement de tissus ou de cellules régénérables sur une personne mineure ou incapable de discernement, selon l'article 13 de la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules, du 8 octobre 2004, est le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant.

### **Art. 67 (nouvelle teneur)**

Avant de procéder à toute intervention sur une personne incapable de discernement provoquant une interruption permanente de la fécondité, le médecin concerné doit le signaler au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant.

### **Art. 2 Modifications à d'autres lois**

<sup>1</sup> La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009 (A 2 20), est modifiée comme suit :

#### **Art. 15, al. 3 (nouveau)**

<sup>3</sup> Sont réservées les dispositions en matière de secret professionnel.

\* \* \*

<sup>2</sup> La loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006 (K 3 03), est modifiée comme suit :

#### **Art. 1, al. 2, lettre b (nouvelle teneur), al. 3 (abrogé)**

<sup>2</sup> Cette commission est chargée de veiller :

b) au respect du droit des patients.

#### **Art. 3 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> La commission de surveillance est constituée d'un président ayant une formation juridique adéquate et de 19 membres titulaires. Elle élit en son sein un vice-président.

<sup>2</sup> Le président peut déléguer les tâches que l'article 15 du règlement sur les commissions officielles, du 10 mars 2010, lui confie.

<sup>3</sup> Les membres titulaires de la commission de surveillance ayant le droit de vote sont :

- a) 2 médecins spécialistes en médecine générale ou interne;
- b) 1 médecin pratiquant des interventions de type chirurgical ou diagnostique;
- c) 1 médecin spécialiste en psychiatrie;
- d) 2 infirmiers;
- e) 1 médecin-dentiste;
- f) 1 médecin spécialiste en pharmaco-toxicologie;
- g) 1 membre d'une organisation se vouant statutairement à la défense des droits des patients;
- h) 1 avocat;
- i) 2 représentants de partis politiques n'appartenant pas à l'une des professions de la santé visées par la loi sur la santé, du 7 avril 2006;
- j) 1 pharmacien;
- k) 1 travailleur social;
- l) 1 ophtalmologue;
- m) 1 gynécologue.

<sup>4</sup> Les membres titulaires sans droit de vote sont :

- a) le directeur de la direction générale de la santé;
- b) le médecin cantonal;
- c) le pharmacien cantonal;

<sup>5</sup> Lorsque la nature de l'affaire le justifie, la commission de surveillance peut, de cas en cas, associer à ses travaux, avec droit de vote, tout autre praticien ou spécialiste de la branche concernée par l'affaire en cause.

<sup>6</sup> Pour les affaires vétérinaires, le vétérinaire cantonal assiste aux séances, sans droit de vote.

#### **Art. 4, al. 1, 2 et 3 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> Les membres de la commission de surveillance sont nommés pour une période de 4 ans.

<sup>2</sup> Le président et les membres visés par l'article 3, alinéas 3 et 4 de la présente loi sont nommés par le Conseil d'Etat, à l'exception des membres visés à l'article 3, alinéa 3, lettre i, qui sont nommés par le Grand Conseil.

<sup>3</sup> Deux des membres visés à l'article 3, alinéa 3, lettres a à c, doivent être choisis hors des établissements publics médicaux.

**Art. 7, al. 1 lettre a (nouvelle teneur), lettres c, d, e, f (abrogées), lettre g (nouvelle teneur), al. 2 et 4 (nouvelle teneur),**

<sup>1</sup> Dans le cadre de son mandat, la commission de surveillance exerce d'office ou sur requête les attributions suivantes :

- a) elle instruit en vue d'un préavis ou d'une décision les cas de violation des dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, concernant les professionnels de la santé et les institutions de santé, ainsi que les cas de violation des droits des patients;
- g) elle peut émettre les directives et les instructions nécessaires au respect des dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

<sup>2</sup> En cas de concours d'application entre les prescriptions légales régissant les professions de la santé et les institutions de la santé et la loi sur l'information du public, l'accès aux documents et la protection des données personnelles, du 5 octobre 2001, le président de la commission de surveillance statue sur l'ensemble des griefs et prétentions fondés sur l'une ou l'autre de ces lois selon les dispositions de procédure de la présente loi. Les compétences de la commission chargée de statuer sur les demandes de levée du secret professionnel, instituée par la loi sur la santé, du 7 avril 2006, sont réservées. La chambre administrative de la Cour de justice doit cependant inviter le préposé cantonal à la protection des données et à la transparence à participer à la procédure de recours.

<sup>4</sup> La commission de surveillance adresse chaque année un rapport d'activité au Conseil d'Etat qui le rend public.

**Art. 10, al. 2, lettre d (abrogée)**

**Art. 12 (nouvelle teneur)**

La commission de surveillance, son bureau, ses sous-commissions et l'instance de médiation siègent à huis clos.

**Art. 13, al. 2 (nouveau, les al. 2 et 3 anciens devenant les al. 3 et 4)**

<sup>2</sup> La commission de surveillance peut édicter un règlement de fonctionnement interne.

**Art. 16, al. 5 (nouvelle teneur)**

<sup>5</sup> Si l'intérêt public l'exige, le bureau peut mettre un terme à la médiation et instruire le dossier conformément au chapitre IV du titre III de la présente loi.

**Art. 18, al. 1 (nouvelle teneur), al. 2, lettre d (abrogée) et al. 4 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> La commission de surveillance ne peut délibérer valablement en séance plénière qu'en présence de 5 de ses membres ayant le droit de vote, comprenant au moins un homme et une femme.

<sup>4</sup> Lorsque la commission de surveillance se prononce sur une question de principe ou change de jurisprudence, sa décision doit être entérinée par 7 de ses membres au moins.

**Art. 20, al. 2 (nouvelle teneur)**

<sup>2</sup> En cas de violation des dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, la commission de surveillance est également compétente pour prononcer un avertissement, un blâme et/ou une amende jusqu'à 20 000 F.

**Chapitre V du titre III (abrogé)****Art. 23 à 30 (abrogés)****Art. 3      Entrée en vigueur**

La présente loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.