

# **Message accompagnant le projet de loi sur la santé**

---

***Le Conseil d'Etat du Canton du Valais***

***au***

***Grand Conseil***

Madame la Présidente du Grand Conseil,  
Mesdames et Messieurs les Députés,

## **1. Introduction**

La loi sur la santé (LS) actuellement en vigueur a été adoptée le 14 février 2008. Il s'agit d'une loi moderne et relativement récente, qui a fait ses preuves. Avec la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS), la loi sur les soins de longue durée (LSLD) et la loi sur l'organisation des secours sanitaires (LOSS), elle constitue une des pierres angulaires du droit sanitaire valaisan.

Depuis l'adoption de la LS, le droit fédéral régissant les activités liées à la santé a cependant connu un certain nombre de modifications législatives, par exemple dans le domaine de l'exercice des professions de la santé ou de la protection de l'adulte, qui rendent nécessaires les adaptations du droit cantonal qui sont énoncées dans le projet de loi.

Nous profitons de ces adaptations pour proposer d'introduire dans le droit sanitaire cantonal quelques autres modifications, notamment en matière d'exploitation et de surveillance des établissements et institutions sanitaires – désormais uniquement désignées par l'expression générale d'« institutions sanitaires » -, dans les domaines de la médiation avec les patients, confiée à un office de l'ombudsman, ou encore de l'encadrement des médecines complémentaires et des pratiques alternatives. Le projet de loi contient également quelques changements dans les domaines de l'organisation du service de garde médicale et de la régulation des équipements médico-techniques lourds.

Comme la loi actuelle, dont elle entend garder l'esprit, le projet de loi qui vous est soumis s'efforce d'atteindre le meilleur équilibre possible entre les aspects humains, les possibilités thérapeutiques et les exigences éthiques, juridiques et économiques de notre société. Afin de faciliter la lecture, toute désignation de personne, de statut ou de fonction dans le présent document vise indifféremment l'homme ou la femme.

## **2. Les grandes lignes du projet**

### **2.1 L'exercice des professions de la santé**

Le projet de loi contient une nouvelle désignation des professions visées par le droit sanitaire cantonal, désignation qui reflète l'évolution du droit fédéral en matière d'exercice des professions de la santé. Le texte propose en outre d'étendre le cercle des professions soumises à la loi, de manière à permettre aux autorités sanitaires d'exercer leurs compétences de manière plus efficace lorsque la protection de la santé publique le commande.

Les professions concernées par la loi sanitaire sont ainsi celles qui sont traitées dans la Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd) et celles qui sont objets de la Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan), adoptée en septembre 2016 et qui devrait entrer en vigueur prochainement ; le texte englobe encore les professionnels de la santé soumis à la Loi fédérale sur les professions de la psychologie (LPsy). Mais la loi s'adresse maintenant aussi aux employés des institutions sanitaires dans la mesure où ils sont des prestataires de soins, et aux indépendants qui fournissent des soins, y compris les personnes exerçant de la médecine complémentaire. Enfin, la loi vise les responsables et employés des institutions sanitaires qui ont un impact sur la prise en charge des patients ou des résidents.

Les conditions légales encadrant les activités professionnelles des uns et des autres varient en fonction de la nature de ces activités. Certains sont soumis à des exigences plus formelles, en particulier celles qui découlent du régime d'autorisation. D'autres sont dispensés des formalités d'autorisation ; cependant, les dispositions relatives aux droits et devoirs des patients et celles qui touchent les droits et devoirs des professionnels s'appliquent à toutes les catégories.

### **2.2 L'exploitation des institutions sanitaires**

Le projet de loi donne une définition générale des institutions sanitaires soumises au droit sanitaire cantonal, en fonction de critères fondés à nouveau sur la nature de leurs activités ; il répartit ensuite ces institutions dans diverses catégories, selon une systématique qui reprend celle des diverses catégories et désignations utilisées aujourd'hui dans la LAMal.

Les institutions sanitaires soumises à la présente loi, quelle que soit la forme juridique retenue pour leur organisation, comprennent désormais, par exemple, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux (EMS), les organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD, notamment les CMS), les structures de soins de jour et de nuit et les structures de soins ambulatoires, ainsi que les instituts médico-techniques. Suite à la consultation, le texte englobe également les institutions fournissant des prestations de télémédecine.

Le texte détermine pour lesquelles de ces catégories une autorisation d'exploitation est nécessaire ; les hôpitaux, les EMS et les OSAD doivent notamment accomplir ces formalités. Le projet de loi permet cependant au Conseil d'Etat, par voie d'ordonnance, de déterminer si d'autres institutions sanitaires devraient également être autorisées. L'objectif poursuivi par le régime d'autorisation est la protection de la santé des patients et de la population, afin de garantir des soins appropriés et de qualité.

## **2.3 Autres adaptations**

### Office de l'ombudsman de la santé et des institutions sociales

Le projet ancre dans la loi l'existence d'un office de l'ombudsman indépendant de l'administration cantonale. La création de cet organe fait suite à une motion parlementaire. L'office sera notamment chargé de recueillir « [l]es préoccupations, [l]es plaintes ou [l]es signalements de dysfonctionnements touchant au domaine de la santé ou à la prise en charge dans des institutions sociales émanant de toute personne physique, notamment de patients et d'employés. »

### Protection de l'adulte

Outre les adaptations au droit fédéral liées à l'exercice des professions de la santé, le projet de loi tient compte des nouveaux articles du Code civil relatifs à la protection de l'adulte ayant un impact sur le droit de la santé. Ainsi, les dispositions touchant les directives anticipées, la représentation dans le domaine médical d'un patient incapable de discernement, les soins dispensés en situation d'urgence et, enfin, les normes qui touchent à d'éventuelles mesures de contrainte sont intégrées dans le droit sanitaire cantonal.

### Approche globale des systèmes de qualité des soins et de sécurité des patients

Le projet de loi précise le rôle des institutions sanitaires et des professionnels de la santé dans le dispositif cantonal de qualité des soins et de sécurité des patients. Le texte fait référence aux standards nationaux et internationaux dans ces domaines. La réalisation de ces objectifs relève de la responsabilité des prestataires de soins ; chaque institution sanitaire doit mettre en place un système de qualité des soins comprenant une procédure de déclaration et de gestion des incidents. Ces exigences sont applicables à toutes les institutions sanitaires et non aux seuls établissements hospitaliers.

### Equipements médico-techniques lourds

Le projet de loi introduit un dispositif de régulation des équipements médico-techniques lourds. Le nombre de ces équipements a considérablement augmenté. Cette évolution est positive, mais peut, en cas de suréquipement, entraîner des effets indésirables, tels que des examens inutiles et potentiellement délétères pour les patients, une pénurie de personnel qualifié en raison de sa dispersion sur de nombreux sites, ainsi qu'une augmentation des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. Suite à l'acceptation par le Grand Conseil du postulat 2.0153

en septembre 2016, un projet de décret proposant de réguler ces équipements avait été mis en consultation. Dans l'ensemble, la mesure avait reçu un accueil favorable.

### Médecines complémentaires

Le régime légal des médecines complémentaires et des pratiques alternatives est revu afin de définir, de manière plus précise et plus claire que dans la loi actuelle, dans quelles circonstances de telles méthodes peuvent être pratiquées. Ces pratiques connaissent en effet depuis plusieurs années un développement notable, qui justifie leur encadrement plus strict, dans la mesure où la protection de la santé publique est en jeu. En particulier, est exclue toute pratique dont pourrait résulter un danger pour les patients ou un risque de confusion avec des soins relevant des compétences des professions médicales.

### Promotion de la santé et prévention

La promotion de la santé est décrite comme une approche globale et désigne l'ensemble des processus visant à donner aux individus et à la collectivité les moyens d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé et d'adopter des modes de vie sains. Les mesures de promotion de la santé produisent des effets bénéfiques sur l'état de santé général de la population et induisent ainsi une diminution de la fréquence des prises en charge. Le projet de loi met en évidence l'importance de développer des compétences individuelles en matière de santé.

## **3. Résultats de la procédure de consultation**

L'avant-projet de loi sur la santé a été mis en consultation durant le printemps 2018. Les réponses sont très majoritairement favorables aux propositions formulées pour ce qui concerne les droits des patients, la sécurité des patients et la qualité des soins, la surveillance des professionnels de la santé et des institutions sanitaires ainsi que la fumée passive. Elles comportent davantage de commentaires dans les domaines de la fin de vie, du service de garde et de la régulation des équipements médico-techniques lourds.

Le tableau en annexe donne un aperçu des résultats de la consultation concernant les aspects faisant l'objet d'importantes adaptations par rapport à la loi actuelle.

Les commentaires principaux reçus lors de la procédure de consultation sont présentés ci-dessous. Les autres points plus spécifiques sont abordés directement dans le commentaire article par article au point 4.

## Droits des patients

Plusieurs remarques formulées lors de la consultation portent sur le fonctionnement de l'ombudsman de la santé et des institutions sociales (article 14). Afin de clarifier son rôle, le projet de loi introduit une distinction entre l'office de l'ombudsman, qui est l'organe chargé de la médiation, et le responsable de cet office, à savoir l'ombudsman lui-même.

D'autres remarques, provenant essentiellement du corps médical, demandent le maintien de l'article 20 de la loi actuelle sur le libre choix du professionnel de la santé. Cet article avait été retiré de l'avant-projet de loi mis en consultation afin d'éviter d'induire les patients en erreur en laissant penser que toutes les prestations qu'ils pourraient recevoir seraient remboursées. L'article est réintroduit dans le projet de loi en précisant que les dispositions fédérales sont réservées.

Plusieurs partenaires de la santé, dont la Société médicale du Valais (SMVS), l'association des médecins de famille et de l'enfance (MFEVS), l'association des psychologues du Valais, l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC) et la Clinique de Valère, s'opposent à l'article 29a de l'avant-projet de loi relatif à la consultation du dossier du patient par un mandataire au motif qu'il est inutile, disproportionné, qu'il compromet toute possibilité de règlement à l'amiable ou encore qu'il conduit à une juridisation du système de santé. Cette disposition avait été ajoutée à l'avant-projet de loi à la demande de l'Association valaisanne de défense des patients valaisans (ADPVal) formulée lors de la révision de la LEIS, mais est finalement retirée.

Les articles relatifs à la levée du secret professionnel (articles 35 à 38) font également l'objet de plusieurs commentaires, notamment l'article 35 alinéa 2 autorisant les autorités sanitaires à renoncer au consentement du patient lors d'expertises sur la qualité des soins dispensés à un nombre important de patients. Cette disposition est nécessaire pour que le Conseil d'Etat puisse réagir rapidement dans des situations qui pourraient menacer la santé publique, mais elle ne sera appliquée que dans des cas exceptionnels, comme cela a pu être le cas lors d'affaires récentes. L'alinéa 2 est donc maintenu.

## Fin de vie et directives anticipées

L'article 18 sur l'accompagnement en fin de vie a suscité plusieurs réactions. Pour les uns, il n'est pas suffisamment précis (HVS, HRC, SMVS, radiologues, MFEVS, Conseil de santé et d'éthique, Dignitas, Exit), tandis que pour d'autres il va trop loin (Evêché, UDC, Choisir la Vie). Le Parlement ayant refusé de légiférer sur ce thème lors du développement de la motion 2.0107 (62 contre, 55 pour et 6 abstentions), le projet de loi ne donne pas un cadre plus strict à cette pratique. Il se contente de rappeler le cadre légal fédéral en précisant à l'alinéa 2 que l'assistance au suicide constitue une liberté individuelle et non un droit.

### Sécurité des patients et qualité des soins

Les remarques concernant les articles sur la sécurité des patients et la qualité des soins (articles 39 et suivants) portent essentiellement sur le rôle de la commission cantonale pour la sécurité des patients et la qualité des soins (CSPQS). Elles émanent pour la plupart du corps médical qui craint de se voir imposer des concepts théoriques et des mesures de qualité de manière non concertée. Le Conseil d'Etat a tenu compte de ces commentaires et précise dans son texte que la CSPQS propose au département, en concertation avec les partenaires sanitaires, des stratégies permettant d'évaluer le système de santé dans sa globalité. Pour cela, la commission peut demander aux établissements de fournir des données, mais uniquement dans un cadre précis, proportionné et respectant la protection des données.

### Surveillance des professionnels et des institutions sanitaires

Les remarques principales concernant la surveillance portent sur l'élargissement de la liste des professions soumises à autorisation de pratiquer, notamment aux ostéopathes, naturopathes, psychologues, psychothérapeutes, etc. Ces professionnels de la santé sont reconnus à part entière par la loi sur la santé à l'article 43, alinéa 1, lettre b) pour les ostéopathes et les professions de la psychologie, lettre e) pour les naturopathes et autres thérapeutes complémentaires. A ce titre, ils sont soumis aux exigences du projet de loi qui sont d'ailleurs renforcées par rapport à la loi actuelle (voir articles 44 et 45). Par contre, ces professionnels de la santé n'ont pas besoin d'autorisation de pratiquer, l'exercice de leur profession s'effectuant sur délégation médicale ou ne comportant à priori pas de risque pour la sécurité des patients.

### Commission consultative de surveillance des professionnels de la santé

Face à l'accroissement du nombre de dossiers, il est proposé d'adapter la procédure de saisie de la commission consultative de surveillance des professions de la santé en attribuant l'instruction au département et non plus à la commission. Cette dernière conserve par contre son rôle de préavis sur les décisions. Le commentaire des articles 67 et 68 décrit plus en détail les modifications proposées et leurs incidences. Cette adaptation ayant été apportée après la mise en consultation, elle a fait l'objet de discussion avec la présidente de la commission.

### Service de garde

Les articles sur l'obligation de participer au service de garde (article 62) et sur la taxe de garde (article 63) ont fait l'objet de nombreux commentaires lors de la procédure de consultation. Plusieurs partis (SPO, UDC, Verts, etc.), associations professionnelles (médecins, médecins de famille et de l'enfance, radiologues, secours, physiothérapeutes) et communes sont contre la taxe de garde et estiment que le canton doit financer ce service. Toutefois la majorité des réponses reçues (PDC, PLR, PS, HVS, Clinique CIC Saxon, certaines communes et associations faitières de professionnels de la santé, etc.) sont favorables à l'introduction d'une taxe.

Néanmoins, vu la ferme opposition de la Société médicale du Valais, les dispositions visant l'introduction d'une base légale permettant la perception par les associations professionnelles d'une contribution de remplacement n'ont pas été retenues.

#### Equipements médico-techniques lourds

Malgré plusieurs oppositions (UDC, SMVS, Clinique de Valère, Clinique CIC Saxon), la majorité des réponses reçues lors de la consultation sont favorables à la régulation des équipements médico-techniques lourds (articles 83 et suivants). Des adaptations ont été intégrées afin de tenir compte des propositions formulées par certains milieux. Ainsi, le remplacement des appareils existants ne sera pas soumis à autorisation (art. 85). De plus, les critères à prendre en considération par la commission cantonale d'évaluation sont précisés (art. 88).

#### Fumée passive

Les réponses reçues lors de la consultation sont très largement favorables aux articles sur la fumée passive (articles 129 et 130). Elles demandent néanmoins de tenir compte des nouveaux produits, tels que cigarettes électroniques, cannabis légal, tabac chauffé, etc. Ceux-ci ont été ajoutés au projet de loi.

#### Autres remarques

D'autres remarques formulées lors de la procédure de consultation ont amené le Conseil d'Etat à adapter le projet de loi. Elles concernent les domaines suivants :

- Besoins spécifiques de certaines personnes : l'article premier du projet de loi précise désormais que les besoins spécifiques de certaines personnes, liés par exemple à une déficience visuelle ou auditive, ou encore à une méconnaissance linguistique, sont pris en compte pour contribuer à la promotion, à la sauvegarde et au rétablissement de leur santé.
- Garantie de la couverture médicale du territoire (article 11 alinéa 2) : le texte spécifie que les communes sont chargées de garantir, non pas seules mais en collaboration avec le canton, une couverture adéquate des besoins en soins ambulatoires de leur population.
- Proches aidants : les besoins des proches aidants en termes de promotion de la santé et de prévention sont nouvellement reconnus par la loi à l'article 105. Les proches aidants contribuent de manière active à la réalisation de la politique sanitaire notamment dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées et doivent, à ce titre, être soutenus afin de ne pas s'épuiser.
- Télémédecine : le texte propose d'encadrer la pratique de la cybersanté et de la télémédecine en permettant son développement sous forme de projet pilote soutenu par le Conseil d'Etat (article 5), en la soumettant à autorisation (article 47 alinéa 4) et en surveillant les institutions qui la pratiquent (articles 70 et 71).

- Prescription de médicaments par d'autres professionnels de la santé : une disposition spécifique est introduite dans le projet de loi à ce sujet (art. 136, al. 2).

#### **4. Commentaire article par article**

##### Numérotation des articles

La loi étant totalement révisée, la numérotation des articles a été entièrement revue. Afin de faciliter la comparabilité, les numéros des articles correspondant dans la loi actuelle (LS 2008) sont mentionnés entre parenthèses lorsqu'ils diffèrent de la nouvelle numérotation du projet de loi. Pour les articles nouveaux, la référence à l'avant-projet de loi (AP) est mentionnée.

##### Structure de la loi

La structure de la loi est également revue. Le chapitre 3 se réfère désormais uniquement aux patients. Les dispositions relatives aux relations entre les patients et institutions sanitaires sont intégrées au chapitre 5 « Institutions sanitaires ». Les articles concernant les mesures médicales et la recherche font l'objet d'un nouveau chapitre 6. Les différentes dispositions sur la promotion de la santé et la prévention sont regroupées sous le chapitre 7.

#### **1 Principes généraux (art. premier à art. 5)**

##### **Article premier Buts**

La disposition actuelle vise les « buts et le champ d'application » de la loi sur la santé. La disposition du projet de loi ne concerne que les « Buts » de la loi, le « Champ d'application » faisant désormais l'objet d'une disposition particulière, énoncée à l'article 3. L'alinéa 3 de la loi actuelle a par conséquent été déplacé à l'article 3 alinéa 1.

Comme la loi sur la santé aujourd'hui en vigueur, ce projet de loi a pour buts de contribuer à la promotion, à la sauvegarde et au rétablissement de la santé, dans le respect de la dignité, de la liberté, de l'intégrité et de l'égalité des personnes, en encourageant la responsabilité individuelle et la solidarité collective, de manière à contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. En réponse aux remarques formulées lors de la consultation, la dignité a été placée comme premier principe à respecter. L'article mentionne désormais également la prise en compte des besoins spécifiques de certaines catégories de personnes (sourds, malvoyants, population étrangère, etc.).



## **Art. 2 Définitions**

Les nouvelles définitions énoncées aux alinéas 1, 2 et 3 sont les définitions que retient l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. La disposition propose une définition de la santé, de la promotion de la santé et de la prévention en santé publique ; elle distingue en outre les soins curatifs et les soins palliatifs.

Selon l'organisation internationale, une politique de santé efficace devrait agir non seulement auprès des individus pour promouvoir des modes de vie sains, mais aussi sur les conditions de vie, les facteurs sociaux, économiques et environnementaux, qui déterminent la santé.

La promotion de la santé, prévue aux articles 105 et suivants, englobe notamment le soutien d'actions communautaires pour la santé et le développement des compétences individuelles. Elle ne relève pas seulement du secteur sanitaire, mais concerne dans les faits tous les acteurs de la société.

La notion de santé mentale est remplacée par celle de santé psychique dans les divers articles du projet de loi qui y font référence.

La terminologie de l'alinéa 5 relative à la définition des soins palliatifs est adaptée en remplaçant le terme de « repérage » par « identification des situations ». Par contre, la référence aux seules maladies incurables comme proposé dans certaines réponses à la consultation n'est pas retenue. En effet, il existe des maladies incurables qui ne finissent pas en soins palliatifs. Inversement, il y a des maladies curables mais dont le traitement s'avère trop lourd pour la personne concernée.

## **Art. 3 Champ d'application (art. 2a AP)**

L'article 3 délimite le champ d'application de la loi, à savoir les « activités de nature sanitaire des personnes physiques et morales, de droit privé et de droit public ». L'alinéa 2 en donne quelques exemples, en lien avec les chapitres 3 à 8 du projet de loi.

A l'alinéa 2 puis partout dans la loi, l'expression « établissements et institutions sanitaires » est remplacée par « institutions sanitaires ». Les deux termes sont en fait synonymes et cette option facilite en outre la traduction en allemand (« Anstalten » ayant une connotation d'institutions fermées, voire d'asiles). La terminologie de la LEIS, qui utilise elle aussi ces deux noms, sera adaptée ultérieurement.

## **Art. 4 Moyens (art. 3 LS 2008)**

L'alinéa 1 souligne que les objectifs de la loi doivent être atteints à un coût acceptable.

Outre une modification purement rédactionnelle (« Constitution cantonale » au lieu de « Constitution ») à l'alinéa 3, l'article 4 est désormais complété par un alinéa 5 qui autorise l'Etat à financer des projets visant à garantir la prise en charge couvrant les besoins sanitaires de la population, en particulier dans le contexte de la pénurie de personnel de santé.

**(Art. 4 LS 2008 Egalité des sexes, abrogé)**

En raison de la présence d'une note de bas de page en première page, dont la portée est identique, l'article 4 de la loi sur la santé de 2008 est abrogé.

### **Art. 5 Projets pilotes**

Cet article a été ajouté suite à la consultation pour tenir compte de l'évolution dans le domaine de la santé, notamment avec le développement de la cybersanté (eHealth) et de la télémédecine. Il permet au Conseil d'Etat de financer des projets pilotes et répond aux propositions formulées lors de la procédure de consultation.

Selon la définition retenue par le Département fédéral de l'intérieur, on entend par cybersanté toutes les prestations sanitaires utilisant des moyens électroniques pour améliorer les processus et le flux d'informations et donc optimiser la mise en réseau des personnes et organisations concernées parmi lesquelles figurent les patients, les médecins, les thérapeutes, les assurés et les assureurs, les laboratoires, les pharmacies, les hôpitaux et les soignants. L'objectif est d'améliorer la sécurité, la qualité et l'efficacité dans le domaine de la santé, et ainsi, à plus long terme, de contribuer à stabiliser les coûts de ce secteur.

La télémédecine est quant à elle une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance médicale, régulation médicale, etc.). Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Au sens de la présente loi, ne sont pas considérées comme de la télémédecine :

- la transmission de données par images sur un réseau sécurisé au sein d'un hôpital, respectivement d'un hôpital vers l'extérieur ;
- la réponse par téléphone à un patient suite à un traitement ambulatoire ou stationnaire.

On entend par télémédecine uniquement les cas pour lesquels une prestation médicale est dispensée exclusivement par voie de télécommunication, sans qu'il y ait contact direct avec le patient.

La télémédecine peut constituer une réponse aux défis auxquels est confrontée l'offre de soins aujourd'hui : désertification médicale dans les vallées latérales, difficulté à médicaliser les dispositifs préhospitaliers urgents, accès équitable aux prestations médicales spécialisées (par exemple en milieu carcéral, établissements

médico-sociaux), facilitation du maintien à domicile, réduction des hospitalisations comme dernier recours à une demande de soin.

## **2 Organisation des autorités de la santé (art. 6 à 15)**

### **Art. 6 Conseil d'Etat (art. 5 LS 2008)**

L'article 6 établit le rôle du Conseil d'Etat dans la définition de la politique sanitaire cantonale.

L'alinéa 1 est modifié en ce sens que la surveillance sur l'organisation du système de santé cantonale, surveillance en quelque sorte politique, n'est plus mentionnée spécifiquement mais est considérée comme étant intégrée dans les réflexions du Conseil d'Etat lorsqu'il définit sa politique cantonale en matière de santé. Cette modification lève les ambiguïtés qui pourraient surgir avec les attributions du département de la santé et du Service de la santé publique en matière de surveillance opérationnelle, attributions que la loi énonce spécifiquement à l'article 67 alinéa 1 (surveillance des professionnels soumis à la loi) et à l'article 81 (surveillance des institutions sanitaires). L'alinéa 2, relatif aux moyens financiers nécessaires pour l'exécution de la loi, est une disposition générale, introduite à l'article 6 de façon à éviter des répétitions tout au long de la loi. L'alinéa 3, qui permet au Conseil d'Etat une délégation de tâches à des organismes publics ou privés, est également une norme générale, applicable à l'ensemble des tâches d'exécution découlant de la loi.

L'alinéa 5 clarifie le rôle du Conseil d'Etat pour la mise en œuvre des dispositions fédérales sur la planification et sur la limitation des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie.

Les alinéas 4, 6 et 7 sont inchangés par rapport à l'article 5 de la loi sur la santé de 2008.

### **Art. 7 Département de la santé (art. 6 LS 2008)**

Selon l'alinéa 1, inchangé par rapport à la loi actuelle, le département en charge de la santé coordonne et met en œuvre la politique sanitaire du canton, telle qu'elle est définie par le Conseil d'Etat.

L'alinéa 3 ne subit qu'une modification purement rédactionnelle (« institutions sanitaires » au lieu de « établissements et institutions sanitaires »). L'alinéa 5 est une nouvelle disposition qui donne au département la compétence de fixer les modalités de financement des projets destinés à couvrir les besoins en soins de la population, par exemple pour assurer la couverture médicale dans le canton.

**Art. 8 Service de la santé publique (art. 7 LS 2008)**

Selon l'article 8, le Service de la santé publique exécute les tâches qui lui sont confiées par le département.

Cette disposition est modifiée de façon à supprimer l'exigence légale actuelle selon laquelle le Service de la santé publique devrait être, en principe, dirigé par un professionnel de la santé.

La direction du service comprend cependant le médecin cantonal. Cette organisation interne correspond à celle que l'on retrouve dans la plupart des autres cantons ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique ; elle garantit ainsi la présence au sein de la direction de compétences scientifiques utiles au fonctionnement du service.

**Art. 9 Médecin cantonal (art. 8 LS 2008)**

Conformément à l'alinéa 1, le médecin cantonal est chargé de toutes les questions médicales concernant la santé publique et fait partie de la direction du Service de la santé publique. La disposition est adaptée de manière à formaliser dans la loi l'autonomie dont il doit disposer afin de mener à bien ses tâches de santé publique. Il peut s'appuyer, selon les besoins, sur les médecins scolaires et le médecin-dentiste conseil, mais aussi sur d'autres professionnels de la santé (psychologues, ostéopathes, sages-femmes, etc.).

L'alinéa 2 prévoit que le médecin cantonal peut s'adjoindre des médecins cantonaux remplaçants ou adjoints pour certaines tâches spécifiques telles les maladies transmissibles. Cette nouveauté ancre dans la loi une organisation déjà en place au sein du Service de la santé publique.

Selon l'alinéa 5, les services de l'administration cantonale collaborent avec le médecin cantonal pour tous les aspects ayant un impact sur la santé, en particulier le chimiste cantonal, le vétérinaire cantonal, ainsi que le service en charge de la protection de l'environnement. Il s'agit là aussi de formaliser et de pérenniser une collaboration dans les faits déjà existante entre les services de l'administration cantonale.

Les alinéas 3 et 4 sont inchangés et la modification de l'alinéa 6 est purement rédactionnelle.

**Art. 10 Pharmacien cantonal (art. 9 LS 2008)**

Pas de changement par rapport à l'article 9 de la loi actuelle.

*(Art. 10 LS 2008 Chimiste cantonal, laboratoire cantonal, abrogé)*

Le statut et les activités de cette autorité sont désormais réglés dans une loi cantonale spécifique, à savoir la Loi du 21 mai 1996 concernant l'application de la loi fédérale sur les denrées alimentaires et les objets usuels.

Cette disposition peut par conséquent être abrogée dans la loi sur la santé.

*(Art. 11 LS 2008 Vétérinaire cantonal, abrogé)*

Comme pour le chimiste cantonal, le statut et les activités du vétérinaire cantonal sont désormais réglés dans une loi spécifique, la Loi vétérinaire du 16 juin 2011.

Cette disposition peut par conséquent être abrogée dans la loi sur la santé.

**Art. 11 Communes (art. 12 LS 2008)**

Le nouvel alinéa 2 a pour but de clarifier leur rôle dans le dispositif de santé publique cantonale, notamment en matière de prise en charge ambulatoire. En réponse aux remarques formulées par les communes dans le cadre de la procédure de consultation, les mesures visant une couverture adéquate de la population en soins ambulatoires sont prises en collaboration avec les autres communes de la région mais aussi avec le canton.

Les autres alinéas ne sont pas modifiés.

**Art. 12 Conseil de santé et d'éthique (art. 13 LS 2008)**

Le Conseil d'Etat nomme un Conseil de santé et d'éthique, qui prend la succession du Conseil de santé. Il s'agit d'un organe consultatif en matière de politique et d'éthique de la santé. Cet organe ne doit cependant pas être confondu avec la Commission d'éthique de la recherche sur l'être humain de l'article 101 qui examine les projets de recherche biomédicale.

L'alinéa 1 est uniquement adapté au nouveau titre. L'alinéa 2 est scindé en deux alinéas distincts, reformulés, mais qui ne modifient pas fondamentalement son fonctionnement : à la requête du Conseil d'Etat, le Conseil de santé et d'éthique peut être amené à donner des avis et des préavis sur des projets législatifs ou d'autres questions en lien avec la santé ou l'éthique ; il peut aussi présenter spontanément des propositions dans ces domaines.

L'alinéa 4 correspond à l'alinéa 3 de l'article 13 actuellement en vigueur. Il est simplement adapté au nouveau titre. La composition et les tâches du Conseil de santé et d'éthique relèvent de l'ordonnance.

**Art. 13 Observatoire valaisan de la santé (art. 13bis LS 2008, 13a AP)**

La disposition relative à l'Observatoire valaisan de la santé a été introduite dans la loi sur la santé en mars 2014 et est entrée en vigueur en janvier 2015. L'Observatoire, qui est chargé de rassembler et d'analyser les données d'intérêt

sanitaire, détient aujourd'hui un statut légal ; il est organisé sous forme d'établissement autonome de droit public cantonal.

L'alinéa 3 est complété afin de préciser que les rapports de travail du personnel de l'Observatoire sont régis par le droit privé, ce qui nécessite une base légale formelle pour un établissement autonome de droit public cantonal.

Les alinéas 1, 2, 4 et 5 ne sont pas modifiés.

**Art. 14** Office de l'ombudsman de la santé et des institutions sociales (art. 13b AP)

Cette disposition est entièrement nouvelle et fait suite à la motion 2.0157 qui demandait au Conseil d'Etat de veiller à la bonne mise en œuvre des recommandations de la Commission de gestion (COGEST). Elle a été modifiée par rapport à l'avant-projet de loi afin de bien faire la distinction entre l'organe, désormais nommé *office de l'ombudsman de la santé et des institutions sociales*, et la personne chargée de gérer cet office, à savoir l'ombudsman.

L'office de l'ombudsman de la santé et des institutions sociales est indépendant de l'administration cantonale. Le Conseil d'Etat nomme le responsable de l'office selon l'alinéa 7.

L'office est chargé de recueillir, selon l'alinéa 1 de la disposition, « [l]es préoccupations, [l]es plaintes ou [l]es signalements de dysfonctionnements touchant au domaine de la santé ou à la prise en charge dans des institutions sociales émanant de toute personne physique, notamment de patients et d'employés des établissements de santé. » Selon l'alinéa 2, il donne des renseignements, informe sur les différentes procédures et propose cas échéant une médiation, notamment lorsqu'un patient le saisit en alléguant une violation de ses droits. En réponse aux remarques formulées dans la consultation, il est ajouté que cette médiation est réalisée par les organes de médiation des associations professionnelles, des institutions sanitaires ou du canton.

Lorsque les préoccupations, les plaintes et les signalements de dysfonctionnements lui sont communiqués de façon anonyme (« whistleblowing »), l'office les transmet, si les faits sont pertinents et suffisamment étayés, aux autorités qu'il juge compétentes, selon l'alinéa 3.

En raison de leur statut de médiateur officiel, les personnes travaillant au sein de l'office ne devraient pas être appelées à témoigner en lien avec des procédures ouvertes chez lui, ce que prévoit expressément l'alinéa 5 ; l'alinéa 6 réserve cependant d'éventuelles dispositions de la législation cantonale ou de droit fédéral qui le contraindraient à déposer en tant que témoin.

Pour le surplus, le Conseil d'Etat précise les compétences de l'office et les règles de procédure dans une ordonnance, selon l'alinéa 8.

**(Art. 60 LS 2008 Médiateur, abrogé)**

Cette disposition est abrogée, dans la mesure où le rôle et les fonctions de médiateur sont désormais transférés à l'Office de l'ombudsman prévu à l'article 14. Selon le concept proposé à l'article 14, l'Office peut proposer une médiation par les organes de médiation des associations professionnelles, des institutions sanitaires ou du canton, lesquels ont des compétences élargies. Ceci concrétise une recommandation de juin 2016 de la Commission de gestion (COGEST) du Grand Conseil visant notamment à combler un vide dans le système actuel. En effet, selon l'actuel article 60 de la loi sur la santé, la médiation est réservée au seul patient et uniquement pour les droits qui lui sont reconnus (contenu repris à l'article 14 alinéa 4 du projet de loi). Désormais, les employés des institutions sanitaires et sociales qui ne seraient pas entendus par leur hiérarchie, lesquels n'avaient jusqu'ici pas d'organe vers lequel se tourner en dernier recours pour signaler des dysfonctionnements ou de la maltraitance, pourront cas échéant faire des signalements ou demander une médiation en s'adressant à l'Office de l'Ombudsman (article 14 alinéa 1 du projet de loi). Au vu de la proximité des concepts et des domaines considérés, il ne semblait guère concevable de maintenir un article séparé pour la médiation, sans pour autant que cela n'altère en aucune manière la protection des droits des patients.

**Art. 15 Organes consultatifs (art. 14 LS 2008)**

L'alinéa 1 est modifié pour refléter la nouvelle organisation de la santé publique valaisanne. Ainsi, la Commission de planification sanitaire est désormais prévue dans la Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS), de sorte que sa présence dans cet article est inutile. La Commission des conventions tarifaires a été supprimée dans la LEIS, depuis que les assureurs ne négocient plus tous ensemble les tarifs LAMal. En revanche, la Commission de sécurité des patients et de qualité des soins introduite dans la Loi sur la santé de 2008, ainsi que la commission cantonale d'évaluation pour les équipements médico-techniques lourds nouvellement introduite doivent être mentionnées ici. La commission de lutte contre les toxicomanies est désormais intégrée dans la commission cantonale de promotion de la santé et n'est donc plus mentionnée en tant que telle.

Quant à la Commission d'éthique de la recherche biomédicale prévue à l'article 56, elle n'est pas une commission consultative. Elle détient en effet des compétences de nature juridique, outre ses missions de conseil et d'encadrement ; elle doit en conséquence être biffée ici, elle aussi.

L'alinéa 2 n'est pas modifié. L'alinéa 3 de la loi actuelle est abrogé, dans la mesure où la représentation équitable des femmes et des hommes dans les commissions nommées par le Conseil d'Etat dépend d'une autre législation générale, à savoir la Loi concernant l'application du principe d'égalité entre femmes et hommes.

### **3 Patients (art. 16 à 42)**

#### **3.1 Dispositions générales (art. 16 à 22)**

*(Art. 15 LS 2008 Objet, abrogé)*

L'article 15 de la loi actuelle n'est plus nécessaire au vu du nouvel intitulé et de la restructuration du chapitre 3.

#### **Art. 16 Respect réciproque**

Pas de changement par rapport à l'actuel article 16.

#### **Art. 17 Droit aux soins**

Pas de changement par rapport à l'actuel article 17 alinéa 1 ; les alinéas 2 et 3 de l'actuel article 17 sont intégrés dans une nouvelle disposition, l'article 18 (art. 17a AP), spécifiquement dédié à l'accompagnement des personnes en fin de vie, et dès lors abrogés à l'article 17.

#### **Art. 18 Accompagnement en fin de vie (art. 17a AP)**

L'alinéa 1 de l'article 18 rappelle que les personnes en fin de vie ont droit aux soins, notamment aux soins palliatifs, et à l'accompagnement dont elles ont besoin ; dans la société actuelle, ces prises en charge prennent de plus en plus d'importance. L'alinéa 3 a été modifié suite à la procédure de consultation de manière à tenir compte de la jurisprudence en vigueur. Ainsi, l'exploitation commerciale de l'assistance au suicide est interdite uniquement si elle suit un but lucratif.

L'alinéa 2 est nouveau. Il fait référence à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, selon laquelle l'assistance au suicide constitue une liberté individuelle. Pour prendre en compte les remarques formulées lors de la procédure de consultation, l'alinéa 2 précise que si l'assistance au suicide constitue une liberté individuelle, elle n'est cependant pas considérée comme un droit qui impliquerait une obligation de la part des professionnels de la santé. Afin d'éviter de mauvaises interprétations, le projet de loi ne précise plus que les institutions sanitaires et les professionnels de la santé doivent prendre en compte les situations de cette nature. La disposition rappelle cependant que les professionnels de la santé ne sont pas tenus de participer à une assistance au suicide ; cette norme spécifique s'inscrit dans le cadre plus large du droit à l'objection de conscience qui leur est reconnu à l'article 22 (art. 21 LS 2008). Ainsi, l'alinéa 2 se limite à rappeler le cadre légal découlant du droit fédéral (article 115 du Code pénal suisse) et de la jurisprudence européenne.

#### **Art. 19 Traitement approprié (art. 18 LS 2008)**

Pas de changement par rapport à l'actuel article 18.



**Art. 20** Collaboration du patient (art. 19 LS 2008)

Cette disposition ne connaît que des modifications rédactionnelles.

Le titre « Collaboration aux soins » est remplacé par « Collaboration du patient ».

**Art. 21** Libre choix du professionnel de la santé (art. 20 LS 2008)

Le thème du libre choix du professionnel de la santé et les conditions de remboursement des prestations qu'il fournit sont en réalité régis par la législation fédérale sur l'assurance-maladie. L'avant-projet de loi mis en consultation prévoyait de l'abroger, afin d'éviter d'induire les patients en erreur en laissant penser que toutes les prestations qu'ils pourraient recevoir seraient remboursées. Comme demandé lors de la consultation, cet article est finalement maintenu, en précisant toutefois que ce libre choix s'applique dans le cadre des dispositions légales fédérales et cantonales.

**Art. 22** Objection de conscience (art. 21 LS 2008)

Le titre est adapté dans la mesure où cet article ne concerne pas le libre choix du patient ; il confère plutôt un droit aux professionnels de la santé, celui de ne pas fournir des prestations contraires à leurs convictions éthiques ou religieuses, sous réserve des situations d'urgence, telles que des événements sanitaires majeurs.

Les alinéas 1 et 2 ne sont pas modifiés.

**3.2 Choix éclairé des soins (art. 23 à 29)**

**Art. 23** Principe du consentement libre et éclairé (art. 22 LS 2008)

Le principe du consentement libre et éclairé du patient est un des éléments fondamentaux des relations entre patients et professionnels de la santé. Selon ce principe, aucun geste thérapeutique, diagnostique ou préventif ne peut être effectué sans que le patient ait donné son accord, sous réserve de quelques cas particuliers prévus par le droit fédéral ou le droit cantonal. Pour être éclairé, le consentement du patient doit avoir été précédé d'une information appropriée, détaillée à l'article 27, lui permettant de former son opinion par rapport aux soins qu'il va accepter ou refuser. Pour être libre, le consentement doit être donné en dehors de toute forme de pression, notamment de pression psychologique ou de pression de temps.

L'alinéa 1 contient désormais une précision supplémentaire en lien avec la capacité de discernement, qui existe en substance lorsque le patient est en mesure de comprendre les explications qu'il reçoit et de comprendre la portée de ses choix. Qu'il soit majeur ou mineur est à cet égard sans importance : une jeune femme de 17 ans est certes mineure mais, à moins que ses facultés psychiques ne soient altérées, elle est capable de discernement et peut déterminer seule les traitements auxquels elle va se soumettre.

L'alinéa 2 n'est pas modifié ; les alinéas 3 et 5 sont abrogés dans cette disposition et remplacés par les articles 24, 25 et 26 (art. 22a, 22b et 22c AP). Quant à l'alinéa

4 relatif à un éventuel refus du patient, il est abrogé dans la mesure où il paraît superflu et ne constitue pas un droit du professionnel de la santé : l'information due au patient est la même, qu'elle précède un consentement ou un refus. En outre le professionnel de la santé est toujours habilité à demander à son patient de signer un document qui formaliserait son accord. De plus, un refus de traitement par le patient peut être signalé dans le dossier médical.

#### **Art. 24** Directives anticipées (art. 22a AP)

Les articles 24, 25 et 26 sont reformulés de manière à correspondre à la nouvelle teneur du droit fédéral, en particulier aux dispositions du droit de la protection de l'adulte – ancien « droit de la tutelle » -, prévues aux articles 360 et suivants du Code civil et entrées en vigueur en janvier 2013. La Commission extra-parlementaire mise sur pied dans le cadre de la révision de la Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) avait d'ailleurs invité le Conseil d'Etat à veiller à ce que le droit sanitaire cantonal n'entre pas en contradiction avec le droit fédéral sur ces points.

En prévision de situations où une personne deviendrait incapable de discernement, elle peut consigner dans un document dénommé « directives anticipées » des instructions à propos des traitements qu'elle accepterait ou qu'elle refuserait. Alternativement, elle peut aussi désigner une personne de confiance qui la représenterait dans de telles circonstances et qui déciderait à sa place, après s'être entretenue avec le médecin. De telles directives doivent être respectées par les médecins, à moins qu'elles violent des dispositions légales ou qu'existent des doutes sérieux que ces directives ne correspondent pas à la volonté présumée du patient dans la situation donnée, selon l'article 372 du Code civil.

La nouvelle formulation de l'article 24 reprend les principes des articles 370 à 372 du Code civil, auxquels renvoie expressément l'alinéa 3. Les questions liées aux conditions à remplir pour rédiger des directives anticipées ou, le cas échéant, pour les révoquer, sont plus particulièrement traitées à l'article 371 du Code civil. Suite à la consultation, l'article 24 a été complété de manière à tenir compte de la possibilité d'introduire dans un mandat pour cause d'inaptitude des dispositions sur les traitements consentis.

#### **Art. 25** Représentation dans le domaine médical de la personne incapable de discernement (art. 22b AP)

Selon l'article 377 du Code civil, lorsqu'un patient incapable de discernement doit recevoir des soins à propos desquels il ne s'est pas prononcé dans des directives anticipées, le médecin traitant, mais aussi tout autre professionnel de la santé, doit alors établir le plan de traitement avec la personne habilitée à représenter le patient. Les cas d'urgence sont réservés et traités à l'article 379 du Code civil.

C'est l'article 378 du Code civil qui dresse la liste des personnes habilitées à représenter le patient incapable de discernement. Cette liste est formulée de manière à constituer un ordre de priorité entre les divers représentants possibles ; elle est constituée des proches et des membres de la famille du patient. Pour les enfants, ce sont les parents, détenteurs de l'autorité parentale, qui sont habilités à prendre les décisions utiles. Si aucun représentant ne peut être atteint ou n'existe,

l'autorité de protection de l'adulte désigne un curateur. Le représentant désigné doit se déterminer conformément à la volonté présumée du patient et à ses intérêts objectifs.

L'article 25 reprend ces principes dans une formulation générale et, pour le surplus, renvoie au droit fédéral de la protection de l'adulte, qui règle exhaustivement ces questions y compris d'éventuelles exceptions, comme celle prévue à l'article 433 du Code civil en matière de plan de traitement dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance pour des troubles psychiques.

#### **Art. 26** Cas d'urgence (art. 22c AP)

Selon l'article 26, un patient incapable de discernement dans une situation d'urgence doit recevoir les soins appropriés, conformément à sa volonté présumée et à ses intérêts.

Cette disposition s'inspire de l'article 379 du Code civil, ce que l'alinéa 2 souligne encore, et s'applique à tous les professionnels de la santé.

#### **Art. 27** Droit d'être informé (art. 23 LS 2008)

Le droit d'être informé est le préalable nécessaire à l'exercice du libre choix en matière de soins, qui doit être éclairé. Le consentement du patient n'est pas valablement exprimé si le patient n'a pas reçu l'information appropriée dont il a besoin pour accepter ou refuser les soins qui lui sont proposés. Cette information doit porter sur tous les points énoncés aux lettres a à c, c'est-à-dire, notamment, sur le diagnostic et le pronostic, sur le traitement et son déroulement, ainsi que sur les aspects financiers du traitement et sur la prévention. Tous ces éléments doivent être livrés au patient dans un langage simple, intelligible et loyal.

L'alinéa 1 lettre a est complété de manière à ajouter, outre des informations relatives à l'état de santé et au diagnostic, des éléments concernant le pronostic, c'est-à-dire à propos de l'issue prévisible du traitement, un élément qui est absent de la loi actuelle. L'information sur le pronostic est une obligation selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. Les lettres b et c ne sont pas modifiées.

La disposition contient désormais encore un alinéa 2 (al. 1bis AP), selon lequel un résumé écrit de ces informations doit être remis au patient s'il le demande, et un alinéa 3 (al. 1ter AP), qui permet au patient de solliciter un deuxième avis s'il l'estime opportun.

Les alinéas 4, 5 et 6 (al. 2, 3 et 4 LS 2008) ne sont pas modifiés.

*(Art. 24 LS 2008 Principes des directives anticipées et art. 25 LS 2008 Effets des directives anticipées, abrogés)*

Ces deux dispositions sont abrogées, car précisées dans le Code civil suisse, et remplacées par l'article 24.

**Art. 28 Mesures de contrainte : généralités (art. 26 LS 2008)**

La structure des dispositions de la loi actuelle à propos des mesures de contrainte – deux articles, l'un traitant des « généralités », l'autre des « modalités » - est conservée, avec l'adjonction de la notion de « protection des patients » dans le titre de l'article 29.

Le projet de loi ne contient pour l'essentiel – sauf l'article 28 alinéa 4 – que des modifications rédactionnelles ou mineures, destinées à intégrer des références aux dispositions du droit fédéral en matière de placement à des fins d'assistance (PAFA), en particulier les articles 438 et 439 du Code civil.

Les mesures de contrainte qui ne constituent que des atteintes légères à la liberté personnelle et qui n'entravent pas la liberté de mouvement du patient peuvent être mises en place pour une durée prolongée et sans l'ensemble des modalités de surveillance renforcée prévue à l'article 29 de la présente loi. Les dispositions relatives à la procédure et à la voie de recours restent applicables. Les mesures qui pourraient être visées ici sont, par exemple, les dispositifs électroniques d'appel de secours ou bracelets électroniques pour la « gestion d'errance », ou d'autres encore.

**Art. 29 Mesures de contrainte : modalités et protection des patients (art. 27 LS 2008)**

L'alinéa 1 est modifié de façon à préciser que la surveillance d'un patient qui ferait l'objet d'une mesure de contrainte doit être non seulement renforcée, mais également que son maintien doit être évalué régulièrement et fréquemment par un autre professionnel. L'alinéa 2, qui prévoit l'établissement d'un protocole et le contenu précis de ce protocole, est inchangé.

Les alinéas 3 et 4 reprennent en substance les modalités prévues désormais dans le droit fédéral, en particulier aux articles 438 et 439 du Code civil, dans le titre consacré au nouveau droit de la protection de l'adulte. Selon ces normes, toute mesure de contrainte doit faire, outre l'objet d'un protocole selon l'alinéa 2 qui n'est pas modifié, l'objet d'une décision formelle, signée par le médecin responsable de l'institution ou le professionnel de santé délégué (et non plus exclusivement le médecin délégué comme prévu dans l'avant-projet de loi), portant indication de la voie d'appel. Le patient, la personne habilitée à le représenter selon l'article 378 du Code civil ou, comme demandé lors de la consultation, un proche, peut alors saisir cette autorité pour contester la mesure. La procédure en matière de mesures limitant la liberté de mouvement prévue par le Code civil s'applique par analogie, selon l'alinéa 5.

### **3.3 Protection des données du patient (art. 30 à 38)**

#### **Art. 30** Obligation de tenir un dossier du patient (art. 28 LS 2008)

Contrairement à l'avant-projet de loi mis en consultation, le projet de loi maintient l'alinéa 4 précisant que le Conseil d'Etat fixe par voie d'ordonnance les modalités de tenue du dossier du patient, et désormais aussi son contenu minimal.

#### **Art. 31** Accès au dossier du patient (art. 29 LS 2008)

Pas de changement par rapport à l'article 29 de la loi actuelle.

#### **(Art. 29a AP Consultation du dossier par un mandataire, non retenu)**

L'avant-projet de loi intégrait un nouvel article sur la consultation du dossier par un mandataire. Cette disposition avait été proposée par l'Association de défense des patients domiciliés en Valais (ADPVal) dans le cadre de la Commission extra-parlementaire mise sur pied pour réviser la Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS).

En substance, elle prévoyait que le mandataire d'une personne capable de discernement a le même droit de consultation du dossier que le patient lui-même si ce dernier lui a explicitement délégué ce droit. Il s'agit dans les faits de la mise en œuvre concrète des principes qui régissent le secret professionnel et sa levée.

Face aux nombreuses remarques formulées dans le cadre de la procédure de consultation sur le caractère délicat de la mise en œuvre de cette disposition, le projet de loi ne retient finalement pas ce nouvel article. Le consentement du patient constitue un élément fondamental du droit des patients, comme l'a mis en évidence la procédure de consultation.

#### **Art. 32** Information des proches d'un patient décédé (art. 29b AP)

Cette disposition est certes nouvelle, mais elle constitue dans les faits la codification de la pratique, qui découle notamment de la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral en la matière. Il s'agit de permettre aux proches d'un patient décédé d'obtenir des informations relatives à l'état de santé du patient et aux traitements dispensés, lorsque l'obtention de telles informations apparaît légitime comme par exemple lors de maladies génétiques, tout en protégeant les intérêts du patient et d'éventuels intérêts de tiers. L'article est intégré dans le projet de loi à la demande de la Commission extra-parlementaire mise sur pied dans le cadre de la révision de la Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS).

Conformément à la disposition, les proches d'un patient décédé, pour autant qu'ils puissent justifier d'un intérêt digne de protection, peuvent être informés sur les causes de son décès et sur les traitements qu'il a reçus, à moins que le défunt ne s'y soit expressément opposé. L'intérêt des proches ne doit cependant pas se heurter à l'intérêt du défunt à la sauvegarde du secret médical, ni à l'intérêt prépondérant de tiers, selon l'alinéa 1. Dans le projet de loi, le médecin chargé de recueillir les données médicales nécessaires à l'information des proches n'est plus désigné directement par ces derniers comme le prévoyait l'avant-projet, mais par la commission de levée du secret professionnel sur proposition des proches. Les médecins concernés doivent saisir l'autorité compétente chargée de statuer sur les demandes de levée du secret professionnel.

Les proches sont les personnes visées à l'article 378 du Code civil, déjà mentionnés à l'article 25 alinéa 2.

**Art. 33** Sort des dossiers en cas de cessation d'activité (art. 30 LS 2008)

L'alinéa 1 n'est pas modifié.

Le professionnel de la santé qui cesse son activité doit en informer ses patients et leur remettre gratuitement leur dossier médical, ou le transmettre aux professionnels de la santé que les patients lui ont désignés. Sans instruction du patient, l'article 30 alinéa 2 s'applique, c'est-à-dire que le professionnel de la santé est tenu de conserver le dossier du patient tant qu'il présente un intérêt pour la santé du patient et au minimum dix ans.

En cas de décès, les dossiers médicaux sont placés sous la responsabilité du Service de la santé publique, et non plus de la commission consultative de surveillance des professions de la santé. Celui-ci est chargé – et c'est la nouveauté de l'alinéa 3 – de les transmettre aux patients, dans la mesure du possible. A défaut, les dossiers sont détruits 10 ans après la dernière consultation, à moins qu'une législation particulière ne prévoie un délai plus long, ainsi un délai de 50 ans pour les maladies professionnelles.

**Art. 34** Secret professionnel (art. 31 LS 2008)

Le titre de la disposition est modifié pour correspondre à la terminologie usuelle. L'article consacre le devoir de confidentialité auxquels sont tenus tous les professionnels de la santé et qui est prévu dans de nombreuses dispositions légales, l'article 321 du Code pénal, la Loi sur l'exercice des professions médicales ou encore la législation sur la protection des données, notamment.

L'alinéa 3 de l'article 31 de la loi actuelle – qui permet aujourd'hui à un professionnel de la santé, s'il existe de « justes motifs », de fournir des informations au représentant légal d'un mineur ou d'une personne sous tutelle capable de discernement – est abrogé, dans la mesure où il ne paraît pas conforme au droit fédéral.

**Art. 35** Principes de levée du secret professionnel (art. 32 LS 2008)

L'article est modifié de manière à faire ressortir sans ambiguïté que le mécanisme de levée du secret professionnel est régi dans le Code pénal par un système de « cascade » : le professionnel de la santé tenu au secret professionnel doit d'abord s'adresser au patient pour obtenir la levée du secret. Ce n'est que si le patient est décédé, introuvable, incapable de discernement sans représentant ou encore s'il refuse de délier le professionnel de la santé que ce dernier peut s'adresser à l'autorité compétente prévue par l'article 36.

L'alinéa 2, nouveau, énonce une première exception au principe ; il autorise les professionnels de la santé à s'adresser directement à l'autorité compétente sans requérir l'avis des patients lorsque l'obtention du consentement des intéressés pose des difficultés disproportionnées. De telles situations peuvent par exemple survenir lors d'expertises ordonnées par les autorités sanitaires portant sur la qualité ou sur la nature des soins dispensés à un nombre important de patients. Elles sont exceptionnelles. C'est pourquoi le projet de loi précise que cette disposition ne peut s'appliquer que pour des raisons importantes de sécurité en santé publique. Les expertises en question sont ordonnées par le Conseil d'Etat et portent sur des soins dispensés par des institutions sanitaires.

L'alinéa 3 réserve ensuite les exceptions « classiques » au secret professionnel et renvoie aux situations où il s'efface, parce que des dispositions légales le prévoient – par exemple pour les maladies dites à déclaration obligatoire prévues par la législation fédérale sur les maladies transmissibles - ou parce qu'une situation urgente commande d'agir sans délai, de sorte qu'une levée du secret par l'autorité compétente n'est matériellement pas possible.

**Art. 36** Autorité compétente pour la levée du secret professionnel au sens du Code pénal suisse (art. 33 LS 2008)

La loi actuelle prévoit une commission de levée du secret professionnel désignée par le département dans chaque cas particulier, composée du médecin cantonal, d'un juriste et d'un professionnel de la santé extérieur au Service de la santé publique.

Cette configuration se révèle complexe à mettre en place à chaque fois que le département est saisi d'une demande de levée, d'autant que le nombre de demandes de ce genre a considérablement augmenté ces dernières années (en moyenne une demande par jour). Le projet de loi propose dès lors de confier l'examen des demandes de levée du secret professionnel au médecin cantonal ou à son adjoint, assisté d'un juriste. Cette simplification de la procédure devrait permettre de traiter plus efficacement et plus rapidement les demandes de levée du secret professionnel.

L'actuel alinéa 2 est intégré dans l'alinéa 1 et l'actuel alinéa 3 est supprimé, dans la mesure où l'exercice du droit d'être entendu est suffisamment défini par les dispositions de la Loi sur la procédure et la juridiction administratives. L'alinéa 2, repris de l'alinéa 4 actuel, ne connaît qu'une adaptation rédactionnelle.

**Art. 37** Obligation de renseigner et droit d'aviser (art. 34 LS 2008)

L'article 37 alinéa 1 précise dans quelles circonstances les professionnels de la santé sont tenus d'aviser les autorités pénales et sanitaires, en dépit du secret professionnel qui les lie et qui, en principe, les empêche de dévoiler des informations confidentielles, même à la police ou à la justice. Il s'agit des cas où ils constatent qu'une personne n'est pas décédée de mort naturelle, lorsqu'ils ont des motifs de le supposer ou lorsque l'identité du cadavre n'est pas connue. Cette disposition constitue la mise en œuvre dans le droit cantonal de l'article 253 du Code de procédure pénale suisse.

Tandis que l'alinéa 1 impose une obligation d'annonce à charge des professionnels de la santé, l'alinéa 2 prévoit plutôt dans certains cas un droit d'aviser – mais pas une obligation. Plusieurs cantons ont adopté des dispositions de même portée, notamment en Suisse romande. Ils peuvent, sans le consentement du patient, aviser les autorités pénales des cas où ils considèrent qu'une infraction contre la vie, l'intégrité corporelle ou l'intégrité sexuelle a été commise. Par rapport au texte mis en consultation, le cas d'infraction contre la santé publique a été retiré, les autres cas énoncés recouvrant l'ensemble des situations visées. La liste de ces infractions est exhaustive. Dans de telles circonstances, ni le consentement du patient ni, désormais, l'accord de l'autorité compétente pour la levée du secret professionnel ne sont requis.

Cette nouvelle marge de manœuvre laissée aux professionnels de la santé permet à la fois de tenir compte des intérêts de la collectivité, en particulier une bonne administration de la justice pénale, lorsque cela est nécessaire, tout en préservant l'intérêt des victimes, lorsque leur intérêt prépondérant commande plutôt que les faits puissent rester couverts par le secret professionnel.

**Art. 38** Levée du secret de fonction (art. 34a AP)

Cette disposition apporte une nuance au principe général présent à l'article 21 alinéa 5 de la Loi sur le personnel. Selon ce nouvel article, le chef du Service de la santé publique et le médecin cantonal sont tenus d'informer le ministère public lorsqu'ils constatent d'éventuelles infractions poursuivies d'office. Dans ce cas, ils sont dispensés de la levée du secret de fonction ; ils doivent cependant informer le Conseil d'Etat. En cas de doute, ils requièrent l'avis du département.



### **3.4 Sécurité des patients et qualité des soins (art. 39 à 42)**

#### **Art. 39** Buts (art. 40 LS 2008)

Les modifications apportées à l'article 39 sont avant tout rédactionnelles : l'expression « établissements et institutions sanitaires » est remplacée par « institutions sanitaires ». La nouvelle formulation invite cependant les institutions sanitaires non seulement à assurer mais aussi à développer la qualité des soins, ainsi qu'à promouvoir la sécurité des patients.

#### **Art. 40** Standards de sécurité et de qualité (art. 40a AP)

L'article 40 est nouveau dans ce chapitre 3.4 mais il correspond dans les faits à l'article 91bis de la loi actuelle. La nouvelle formulation fait généralement référence aux standards nationaux et internationaux en matière de sécurité des patients et de qualité des soins, tout en visant spécifiquement les qualifications des équipes médico-soignantes, les équipements, les pratiques cliniques ainsi que le nombre de cas par professionnel de la santé et par année.

L'exigence de transfert d'un patient dans une autre institution sanitaire en Suisse selon l'alinéa 2, lorsqu'une prise en charge respectant les standards ne peut pas être assurée, est désormais applicable à toutes les institutions sanitaires actives en Valais, et non aux seuls établissements hospitaliers selon l'article 91bis alinéa 2 de la loi actuelle.

*(Art. 41 LS 2008 Système de déclaration et de gestion des incidents, abrogé)*

L'article est abrogé ici mais partiellement repris à l'article 42.

#### **Art. 41** Commission consultative cantonale (art. 42 LS 2008)

L'alinéa 1 est adapté en raison du fait que la commission consultative cantonale est déjà en activité et pour tenir compte des éléments normatifs qui se trouvent déjà dans l'ordonnance du 3 septembre 2014 sur la qualité des soins et la sécurité des patients et qui sont dès lors superflus dans la loi.

En réponse aux commentaires formulés dans le cadre de la consultation, l'alinéa 1 du projet de loi a été précisé. La commission est chargée de proposer des stratégies – et non plus des concepts – pour l'évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de santé en général – et non plus des soins fournis par les institutions et les professionnels. La disposition spécifie également que la commission travaille en concertation avec les partenaires sanitaires.

Tandis que l'alinéa 2 n'est pas modifié, l'alinéa 3 est nouveau. La Commission extra-parlementaire mise sur pied dans le cadre de la révision de la Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) proposait de rendre publics les rapports des diverses commissions prévues par la loi sanitaire. Ainsi, le rapport annuel de la commission consultative sera rendu public.

**Art. 42** Rôle des institutions sanitaires et des professionnels de la santé (art. 42a AP)

L'article 42, nouveau, précise le rôle des institutions sanitaires et des professionnels de la santé dans le dispositif de qualité des soins et de sécurité des patients. Il retient comme principe, à l'alinéa 1, que ces objectifs relèvent de la responsabilité des prestataires de soins. Selon l'alinéa 3, chaque institution sanitaire doit mettre en place un système de qualité des soins comprenant une procédure de déclaration et de gestion des incidents, auquel tous les collaborateurs doivent se conformer, selon l'alinéa 4 ; il s'agit d'une reprise de l'actuel article 91ter alinéa 1. Ces exigences sont applicables à toutes les institutions selon l'article 70 et non aux seuls établissements hospitaliers.

Les prestataires de soins sont tenus de fournir les données demandées par la commission consultative cantonale, notamment en lien avec leur système de qualité des soins, conformément à l'alinéa 2.

En réponse aux remarques formulées lors de la consultation, les adaptations suivantes ont été apportées par rapport à l'avant-projet :

- l'alinéa 2 précise le cadre dans lequel ces données peuvent être demandées, à savoir, selon la proposition de la Société médicale du Valais, « dans un cadre spécifiquement prédéterminé et concret, de façon proportionnée, en respectant la protection des données et en en assurant la confidentialité ».
- la déclaration des incidents est obligatoire (alinéa 3), comme c'est le cas actuellement (art. 44 LS 2008) ;
- le principe de l'immunité disciplinaire du déclarant en cas d'incident mineur – principe inscrit à l'article 44, alinéa 3 de la loi actuelle – est réintroduit à l'alinéa 4 ;
- l'alinéa 5, qui reprenait le contenu de l'article 91quater lettre a de la loi actuelle, a également été clarifié : il demande désormais aux institutions sanitaires d'informer le public sur leur système qualité et leurs indicateurs.

*(Art. 43 LS 2008 Définition des incidents médico-hospitaliers ; art. 44 LS 2008 Déclaration des incidents, art. 45 LS 2008 Traitements des incidents ; art. 46 LS 2008 Levée du secret professionnel et du secret de fonction ; art. 47 LS 2008 Banques de données et art. 48 LS 2008 Extension du système, abrogés)*

Ces dispositions sont abrogées ici, dans la mesure où leur teneur est reprise ailleurs dans le projet de loi ou réglée dans l'ordonnance et des directives. La définition des incidents (article 43 LS 2008) est intégrée aux dispositions relatives au devoir d'information. La déclaration et le traitement des incidents (articles 44 et 45 LS 2008) sont régis par voie d'ordonnance. Il importe de rappeler à ce propos que le rôle de la commission consultative cantonale pour la sécurité des patients et la qualité des soins (CSPQS) n'est pas de traiter les plaintes, cette tâche relevant de la commission cantonale de surveillance des professionnels de la santé (CSPS). Les dispositions relatives à la levée du secret professionnel et du secret de fonction (article 46 LS 2008) sont réglées de manière générale aux articles 34 et 35 du projet de loi. La tenue d'une banque de données par la CSPQS (article 47 LS 2008) n'est pas nécessaire : il appartient à chaque institution sanitaire de tenir sa propre banque de données sur les incidents. Finalement, la disposition spécifique étendant le système de déclaration et de gestion des incidents aux professionnels de la santé dispensant des soins ambulatoires n'est plus nécessaire, puisque les structures de soins ambulatoires (selon le degré de complexité) font partie des institutions sanitaires (cf. article 70 du projet de loi) et sont donc soumises à l'obligation de disposer d'un tel système (cf. article 42 du projet de loi). Seuls les professionnels de la santé autorisés à exercer sous leur propre responsabilité professionnelle et qui ne pratiquent pas dans une institution sanitaire ne seraient pas obligatoirement tenus de disposer d'un tel système.

#### **4 Professionnels soumis à la présente loi (art. 43 à 68)**

##### **4.1 Dispositions générales (art. 43 à 46)**

L'énoncé du chapitre 4.1 est adapté pour correspondre à la systématique retenue dans les chapitres précédents de la loi.

##### **Art. 43 Professions soumises à la présente loi (art. 61 LS 2008)**

L'article 43 propose une nouvelle désignation des professions soumises à la loi sanitaire, désignation qui reflète l'évolution du droit fédéral en matière d'exercice des professions de la santé. L'objectif est notamment d'étendre le cercle des professions, de manière à permettre aux autorités sanitaires d'exercer leurs compétences lorsque la protection de la santé publique le commande. Ces catégories ne sont néanmoins pas soumises aux mêmes exigences ; les articles 44 et suivants précisent ainsi les devoirs et obligations liés à chaque catégorie de professionnels.

La lettre a) de l'alinéa 1 vise les professions concernées par la Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd), soit les professions de médecin, de dentiste, de chiropraticien et de pharmacien. La loi fédérale englobe aussi la profession de vétérinaire, dont les modalités d'exercice sont prévues par une autre loi cantonale, la loi vétérinaire.

La lettre b) a trait aux professions objets de la Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan), soit les professions d'infirmier, de physiothérapeute, d'ergothérapeute, de sage-femme, de diététicien, d'optométriste et d'ostéopathe ; cette loi a été adoptée en septembre 2016 et devrait entrer en vigueur prochainement. La lettre b) concerne aussi les professionnels de la santé soumis à la Loi fédérale sur les professions de la psychologie (LPsy). Seules les professions énoncées dans la LPSan ou la LPsy font partie de cette catégorie.

La lettre c) concerne les professions énoncées dans l'ordonnance actuelle, à l'exception des professions soumises à la LPSan et à la LPsy, soit les professions d'ambulancier, de droguiste, d'hygiéniste dentaire, de logopédiste-orthophoniste, d'opticien, de pédicure-podologue.

La lettre d) s'adresse aux employés des institutions sanitaires qui fournissent des soins, par exemple les assistants en soins et santé communautaire (ASSC) ou autres formations, par exemple aides en soins et accompagnement (ASA), assistants socio-éducatifs (ASE), auxiliaires de santé (Croix-Rouge), etc.

Quant à la lettre e), elle vise les indépendants qui fournissent des soins, par exemple les cabinets d'esthétique, ainsi que les personnes exerçant de la médecine complémentaire ou des pratiques alternatives.

Enfin, la lettre f) soumet aussi à la loi les responsables et employés des institutions sanitaires qui ont un impact sur la prise en charge des patients ou des résidents. Comme demandé lors de la procédure de consultation, les responsables et employés des structures ambulatoires qui ont un impact sur la prise en charge sont également soumis à la présente loi. Les directeurs de structures ambulatoires qui ne seraient pas professionnels de la santé sont ainsi pris en compte.

Selon l'alinéa 2, au sens de la loi, on entend par professions ou professionnels de la santé les professions ou professionnels relevant des lettres a), b), c) et d) de l'alinéa 1. Ceux-ci sont soumis à un certain nombre d'exigences, en particulier celles qui découlent du régime d'autorisation prévu aux articles 47 et suivants, conditions qui ne sont pas applicables aux catégories prévues aux lettres e) et f). En revanche, selon l'alinéa 3, les dispositions relatives aux droits et devoirs des patients et celles qui touchent les droits et devoirs des professionnels s'appliquent à toutes les catégories énoncées à l'article 43, soit également les catégories visées aux lettres e) et f). En cas de violation de la loi ou de comportement professionnel inapproprié, ces professionnels sont eux aussi soumis aux dispositions de la loi prévoyant des mesures disciplinaires.

**Art. 44 Médecines complémentaires et pratiques alternatives (art. 62 LS 2008)**

L'article relatif aux médecines complémentaires et aux pratiques alternatives est considérablement reformulé, afin de définir, de manière plus précise et plus claire que la loi actuelle, dans quelles circonstances de telles méthodes peuvent être pratiquées ; elles connaissent depuis plusieurs années un développement notable, qui justifie leur encadrement plus strict, dans la mesure où la protection de la santé publique est en jeu.

En particulier, l'alinéa 1 exclut toute pratique en cas de danger pour les patients ou de risque de confusion avec des soins qui relèvent des compétences des professions médicales ou de la santé. L'alinéa 2, quant à lui, interdit notamment de traiter des personnes atteintes de maladies transmissibles lors de la phase contagieuse (lettre a), de procéder à des actes réservés aux professions médicales, par exemple des prises de sang ou des injections (lettre c) ou encore de vendre, d'administrer ou de remettre des médicaments ou de prescrire des médicaments soumis à ordonnance (lettre d).

L'actuel alinéa 2 relatif à la publicité est abrogé, dans la mesure où la lettre f de ce même article et l'article 65 du projet de loi contiennent déjà les dispositions nécessaires.

**Art. 45 Conditions (art. 62a AP)**

Toujours afin de renforcer la protection de la santé publique, le Conseil d'Etat peut désormais, conformément à cette nouvelle disposition, soumettre à conditions voire interdire des médecines complémentaires et des pratiques alternatives ou toute pratique présentant un danger pour la santé publique, comme le tatouage ou le piercing. Le cas échéant, le département peut édicter les directives y relatives. L'objectif de cette disposition n'est pas d'instaurer un contrôle permanent, mais de pouvoir intervenir en cas de problème avéré.

Selon l'alinéa 2, le département peut procéder aux contrôles nécessaires afin de s'assurer du respect des exigences de la loi.

**Art. 46 Devoir d'annonce (art. 63 LS 2008)**

L'alinéa 1 de cette disposition concerne les personnes pouvant exercer une profession médicale ou une autre profession de la santé en Suisse sans autorisation, pendant 90 jours par année, sur la base d'un traité international, essentiellement en application des règles sur la libre circulation des personnes découlant des Accords bilatéraux conclus entre la Suisse et l'Union européenne. Si le droit international les dispense d'une autorisation, il maintient cependant pour elles un devoir d'annonce préalable auprès des autorités sanitaires. La disposition contient dès lors une modification avant tout rédactionnelle, destinée à préciser clairement les modalités de cette annonce auprès du Service de la santé publique.

De la même manière que les ressortissants étrangers exerçant dans un pays de l'Union peuvent venir pratiquer en Valais sans autorisation pendant 90 jours, les titulaires d'une autorisation délivrée par un autre canton suisse peuvent, eux aussi,

venir pratiquer en Valais sans autorisation, mais après avoir accompli certaines formalités, en particulier une annonce préalable auprès du Service de la santé publique. Il s'agit des personnes exerçant l'une des professions visées à l'article 43 alinéa 1 lettre a, lettre b et lettre c.

L'alinéa 3 n'est pas modifié.

#### **4.2 Autorisation de pratiquer (art. 47 à 55)**

##### **Art. 47 Régime d'autorisation pour les professions médicales (art. 64 LS 2008)**

L'article 47 alinéa 1 est un rappel du principe selon lequel une autorisation d'exercice est nécessaire pour quiconque entend pratiquer l'une des professions médicales dont la liste est énoncée dans la Loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd). La notion d'exercice indépendant ou dépendant n'est pas conservée, dans la mesure où elle n'a pas de portée, l'exercice dépendant étant également soumis à autorisation.

Cependant, selon les alinéas 2 et 3, un régime particulier peut être mis en place pour les personnes pratiquant une profession médicale au sein d'une institution autorisée. Les catégories d'autorisations et l'autorité compétente pour chacune des catégories seront définies par voie d'ordonnance du Conseil d'Etat. En outre, le canton pourra déléguer aux institutions sanitaires des compétences en matière d'autorisation pour les professions médicales, une pratique déjà mise en place aujourd'hui, en particulier pour les médecins en formation postgrade.

Suite à la procédure de consultation, un alinéa 4 est ajouté. Il prévoit d'autoriser la pratique de la télémédecine à partir du territoire cantonal. Les institutions mettant à disposition des patients des moyens de télémédecine dans le canton sont également soumises à autorisation en vertu de l'article 71.

##### **Art. 48 Professions médicales : formation postgrade (art. 64a AP)**

Cet article concerne les modalités d'autorisation liée à une formation postgrade. Il s'agit d'une disposition qui crée un régime d'autorisation particulier pour les personnes exerçant une profession médicale qui poursuivent une formation postgrade. Selon l'alinéa 1, une autorisation est requise, dont la durée est limitée dans le temps, en fonction de la durée de la spécialisation choisie.

Un tel professionnel en formation doit nécessairement exercer sous la responsabilité et la surveillance d'un autre professionnel pratiquant la même profession, selon l'alinéa 2. Ce professionnel « responsable » doit être en mesure d'assurer cette responsabilité et la surveillance qui s'impose ; le département peut, le cas échéant, limiter le nombre de professionnels en formation sous la responsabilité du même professionnel (alinéa 4). En principe, un médecin en formation postgrade est déjà titulaire du diplôme fédéral ou d'un diplôme jugé équivalent ; cependant, des exceptions sont possibles. Dans un tel cas, l'autorisation du département est exigée avant l'engagement (alinéa 3).

Suite à la procédure de consultation, l'alinéa 5 a été reformulé en reprenant les dispositions de l'article 36 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd). Ainsi, le département peut autoriser des médecins titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu de traité de reconnaissance réciproque à exercer leur profession à titre indépendant si leur diplôme ou leur titre postgrade est équivalent à un diplôme ou à un titre postgrade fédéral. Cette disposition concerne par exemple des médecins ayant suivi leur formation aux Etats-Unis et pratiqué plusieurs années mais ne pouvant pas obtenir de reconnaissance de diplôme, aucun accord de reconnaissance réciproque n'existant avec les Etats-Unis. Le département s'assure alors des qualifications du médecin. Il peut consulter les milieux intéressés, notamment les associations professionnelles et les communes. De tels engagements peuvent être justifiés pour des motifs de santé publique, par exemple en cas de pénurie dans une région ou dans une spécialité, ou encore en raison de compétences spécifiques.

**Art. 49** Régime d'autorisation pour les professions de la santé régies par le droit fédéral et pour les autres professions de la santé (art. 65 LS 2008)

L'article 49 instaure un régime d'autorisation selon lequel toute personne qui souhaite exercer l'une des professions visées par la disposition sous sa propre responsabilité doit disposer d'une autorisation, délivrée par le Service de la santé publique et non plus par le département (alinéa 1). A contrario, l'exercice d'une profession de la santé régie par le droit fédéral ou d'une autre profession de la santé, sous la surveillance et la responsabilité d'un professionnel de la santé autorisé ou dans le cadre d'une institution sanitaire, ne nécessite pas d'autorisation.

Comme le prévoit déjà la loi actuelle, le professionnel de la santé autorisé ou l'institution sanitaire autorisée qui engage un professionnel de la santé doit s'assurer que ce dernier remplit les conditions fixées dans la loi sur la santé. Le Service de la santé publique peut, pour certaines professions, exiger la liste actualisée des professionnels employés ; en revanche, un registre de tous ces professionnels apparaît superflu et serait, dans les faits, impossible à établir et à tenir à jour.

Il convient de rappeler que le fait de soumettre l'exercice d'une profession de santé à autorisation répond à l'existence d'un risque de santé publique liée à cet exercice, et non pas à une « reconnaissance professionnelle » comme cela est souvent compris à tort. Et c'est ce risque qui impose à l'autorité, d'une part de poser des exigences à son exercice, et d'autre part de contrôler que ces conditions soient bien respectées. Si l'on préfère voir les choses ainsi, le régime de l'autorisation, son contrôle, et cas échéant l'obligation de formation continue exigés pour l'exercice d'une profession de santé, constituent une atteinte grave à la liberté économique (article 27 alinéa 1 de la Constitution.). Cette atteinte doit donc être limitée à ce qui est nécessaire pour garantir le but premier de la loi, qui est la protection de la santé.

En Valais, la liste des « autres professions de la santé au sens de la LS » soumises à autorisation figure à l'article 1 lettre b de l'Ordonnance sur l'exercice des professions de la santé et leur surveillance (RS/VS 811.100) : ambulancier, diététicienne, droguiste, ergothérapeute, hygiéniste dentaire, infirmière, logopédiste-orthophoniste, opticien, optométriste, ostéopathe, pédicure-podologue,

physiothérapeute, psychologue-psychothérapeute, sage-femme. Ces professions présentent en général un risque sanitaire, et on peut les rapprocher des sept professions de la nouvelle loi fédérale sur les professions de la santé, du 30 septembre 2016 (pas encore en vigueur), qui, pour des motifs de santé publique, définit des exigences uniformes à l'échelle nationale pour la formation et l'exercice des professions suivantes : infirmier, physiothérapeute, ergothérapeute, sage-femme, diététicien, optométriste, ostéopathes.

**Art. 50** Conditions d'octroi de l'autorisation pour les professions médicales (art. 66 LS 2008)

Pour l'exercice d'une profession médicale, les conditions de délivrance de l'autorisation sont exhaustivement énoncées dans le droit fédéral, plus spécifiquement dans la Loi sur les professions médicales (LPMéd), sous réserve des conditions cantonales spécifiques pour les professionnels visés à l'article 48, soit les personnes qui exercent une profession médicale en poursuivant une formation postgrade.

**Art. 51** Conditions d'octroi de l'autorisation pour les professions de la santé régies par le droit fédéral et pour les autres professions de la santé (art. 67 LS 2008)

Selon l'alinéa 1, les conditions fixées pour obtenir une autorisation d'exercer une profession de la santé soumise au droit fédéral - soit les professions d'infirmier, de physiothérapeute, d'ergothérapeute, de sage-femme, de diététicien, d'optométriste et d'ostéopathe - sont celles qui sont prévues par le droit fédéral.

Pour les autres professions de la santé, les conditions d'un exercice « sous sa propre responsabilité professionnelle » sont énoncées aux lettres a) à f). Seule la lettre f) est nouvelle : le professionnel doit disposer des connaissances nécessaires dans une langue officielle du canton. La formulation de cette exigence est reprise du droit fédéral, qui la retient aussi pour l'exercice d'une profession médicale (à l'article 36 de la Loi sur les professions médicales).

La reconnaissance des diplômes et titres étrangers qui ne relèvent pas d'une autorité fédérale relève du Service de la santé publique ; le préavis de la Commission de surveillance n'est plus systématiquement requis (alinéa 2). Pour le surplus, les conditions détaillées sont définies dans une ordonnance du Conseil d'Etat.



**Art. 52** Contrôle des conditions de l'autorisation à partir de 70 ans (art. 68 LS 2008)

L'article 52, sous un nouveau titre, est destiné à préciser à quelles conditions le titulaire d'une autorisation de pratiquer peut poursuivre ses activités au-delà de 70 ans. Selon l'alinéa 1, partiellement nouveau, les conditions d'octroi doivent être contrôlées tous les deux ans, en particulier au moyen d'un certificat médical établi par un médecin conseil indépendant désigné par le département. A partir de 80 ans, ce contrôle doit être annuel.

L'alinéa 2, inchangé, prévoit la possibilité, pour le département, d'exiger une expertise médicale afin de déterminer l'aptitude physique ou psychique à l'exercice de la profession, lorsque ces points doivent être investigués de manière plus approfondie qu'au moyen d'un certificat médical.

Selon l'alinéa 3, une activité médicale dite résiduelle, en faveur des proches, peut encore être acceptée, si les conditions particulières fixées par le département sont satisfaites. Dans les faits, il s'agit souvent dans de tels cas de la délivrance d'ordonnances destinées à obtenir des médicaments ; les proches sont, ici, le conjoint, le partenaire enregistré ou la personne menant de fait une vie de couple avec le titulaire de l'autorisation, ainsi que ses parents, enfants, frères et sœurs, et petits-enfants.

**(Art. 69 LS 2008 Remplacement, abrogé)**

Le remplacement temporaire d'une personne autorisée à pratiquer une profession de la santé ne justifie pas une disposition particulière : selon les circonstances, un tel remplacement est évidemment légitime et possible, à la condition que le professionnel de la santé remplaçant remplisse les conditions d'exercice de la même profession.

La disposition peut être abrogée.

**Art. 53** Cessation d'activité (art. 70 LS 2008)

La cessation d'activité d'un professionnel autorisé à pratiquer sur le territoire cantonal doit être annoncée sans délai au Service de la santé publique ; selon l'alinéa 2, nouveau, la caducité de l'autorisation, après la cessation de l'activité, a été portée à douze mois et non plus six suite aux remarques formulées lors de la procédure de consultation.

Cependant, une éventuelle reprise d'activité peut être soumise à une procédure d'autorisation simplifiée, conformément à l'alinéa 3, nouveau également, mais qui reprend partiellement la substance de l'actuel alinéa 2.

Comme à l'article 52 alinéa 3, une activité médicale dite résiduelle, en faveur des proches, peut cependant encore être exercée, si les conditions particulières fixées par le département sont satisfaites. Il s'agit à nouveau souvent, dans de tels cas, de la délivrance d'ordonnances en vue d'obtenir des médicaments ; les proches sont, ici, le conjoint, le partenaire enregistré ou la personne menant de fait une vie de

couple avec le titulaire de l'autorisation, ainsi que ses enfants, parents, frères et sœurs, grands-parents et petits-enfants.

**Art. 54** Retrait ou limitation de l'autorisation (art. 71 LS 2008)

Toute autorisation d'exercice d'une profession de la santé peut être retirée ou limitée si les conditions énoncées pour sa délivrance ne sont plus réunies, conformément à l'alinéa 1 ; il s'agit ici en quelque sorte des retraits dits « de sécurité » mais non des retraits prononcés à titre de sanction, en application de l'article 146 du présent projet. L'alinéa 2, nouveau, prévoit quant à lui que l'autorisation devient caduque si le professionnel qui l'a obtenue n'exerce pas dans un délai de 12 mois après sa délivrance. Il faut conclure, dans ce cas-là, qu'il y a renoncé de lui-même.

Dans la loi actuelle, cette mesure nécessite dans tous les cas le préavis de la Commission de surveillance des professions de la santé. Cette procédure relativement complexe est de nature à ralentir le traitement et le règlement du dossier et ne se justifie pas de manière systématique. Le projet de loi propose en conséquence, plus simplement, que le département puisse demander le préavis de la Commission consultative de surveillance des professions de la santé lorsque les circonstances du cas commandent que ce préavis soit requis (alinéa 5) ; le cas échéant, le département peut prendre des mesures provisionnelles (alinéa 4, inchangé).

**Art. 55** Devoir d'annonce et registre des autorisations (art. 72 LS 2008)

Cette disposition traite d'abord du devoir d'annonce à charge des titulaires d'une autorisation de pratique d'informer par écrit le Service de la santé publique de tout fait pouvant entraîner une modification de leur autorisation. Sont notamment visés les changements d'état civil, d'adresse, de taux d'activité ou de l'état de santé qui pourraient affecter la pratique professionnelle (alinéa 1). Le cas échéant, le Service de la santé publique peut exiger les informations ou documents pertinents (alinéa 3, nouveau).

Cette obligation, nouvelle, est nécessaire afin de pouvoir tenir efficacement le registre des professions soumises à autorisation (alinéa 2). Certaines des données contenues dans le registre sont publiques et peuvent être communiquées, qu'elles soient directement accessibles en ligne ou qu'elles soient transmises sur demande. Les détails de mise en œuvre sont prévus, pour les professions médicales, par la législation fédérale relative à l'exercice des professions médicales, notamment l'article 53 alinéa 2 de la LPMéd ; le projet de loi étend ces modalités à toutes les professions soumises à autorisation, par analogie (alinéa 4). A noter que la publication d'une sanction disciplinaire infligée à une personne exerçant une profession médicale, même dans un souci d'information du public, a récemment été jugée contraire au droit fédéral (ATF 143 I 352).

### **4.3 Droits et devoirs professionnels (art. 56 à 66)**

#### **Art. 56 Professions de la santé (art. 73 LS 2008)**

L'alinéa 1 est modifié de manière à supprimer la distinction entre exercice indépendant ou dépendant, qui n'a pas de portée dans la mesure où tant l'exercice indépendant que l'exercice dépendant sont soumis à autorisation.

L'alinéa 2 est nouveau et impose aux personnes exerçant une profession de la santé le devoir de transmettre gratuitement au département les données statistiques nécessaires à l'application de la loi sur la santé. Par rapport à l'avant-projet de loi, la disposition spécifie que ces données ne peuvent être demandées que, selon les termes proposés par la Société médicale du Valais, « dans un cadre spécifiquement prédéterminé et concret, de façon proportionnée et en respectant la protection des données ». Les détails sont réglés par le Conseil d'Etat dans une ordonnance. Quant au département, il peut édicter, selon l'alinéa 3, des directives particulières précisant les devoirs professionnels de certaines professions de la santé.

#### **Art. 57 Interprofessionnalité (art. 73a AP)**

Afin de combattre la pénurie de personnel médical et soignant qualifié, le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de mettre en œuvre le programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017 – 2020 », tant dans le domaine de la formation que dans le domaine de l'exercice professionnel.

Par « interprofessionnalité », il faut comprendre, selon l'OFSP, que des spécialistes issus de différentes disciplines et professions de la santé collaborent de façon étroitement coordonnée. Selon plusieurs études, la promotion de l'interprofessionnalité augmente la qualité des soins et favorise l'utilisation efficace des ressources. Elle permet aussi d'accroître la satisfaction du personnel et d'éviter des départs anticipés.

Le programme de l'OFSP a démarré en février 2017. Il porte pour le moment uniquement sur des projets de recherche, visant à déterminer notamment quels pourraient être les bénéfices (« Potentiels ») de l'interprofessionnalité dans la formation et dans l'exercice professionnel et quelles évolutions devraient être mises en place pour les atteindre.

En raison des inconnues qui entourent encore le programme et son futur impact sur l'exercice des professions de la santé – le domaine de la formation ne relevant pas des compétences du département en charge de la santé –, la portée de cette disposition du projet de loi reste modeste. Elle pourrait toutefois être revue et précisée en cours de processus législatif, si de nouveaux développements ou des modifications du droit fédéral le rendaient nécessaire.

**Art. 58** Protection des titres (art. 74 LS 2008)

Suite à la consultation, la référence à la législation fédérale a été ajoutée.

**Art. 59** Locaux et équipements professionnels (art. 75 LS 2008)

Cet article a pour but d'éviter que des patients ne soient pris en charge dans des lieux inappropriés ; cette disposition a fait l'objet de jurisprudences, favorables aux autorités sanitaires, jusqu'au Tribunal fédéral, ce qui démontre son utilité. Suite à la consultation, il a été ajouté que le professionnel de la santé doit disposer d'un local professionnel approprié dans le canton, ce qui ne l'empêche pas de pouvoir pratiquer, en cas de besoin, sur le lieu de vie ou de travail du patient.

La disposition est complétée par l'alinéa 2 à propos des impératifs d'hygiène, applicables non seulement aux locaux utilisés par le professionnel de la santé, mais également aux instruments et aux équipements, ce qui justifie le nouveau titre de l'article.

La modification de l'alinéa 3 est essentiellement rédactionnelle.

**Art. 60** Compétences (art. 76 LS 2008)

Une personne qui pratique une profession soumise à la présente loi doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un professionnel de la santé, (alinéa 2, nouveau). Si nécessaire, elle doit s'adjoindre le concours d'un autre professionnel compétent, ou lui adresser le patient (alinéa 5). Plus généralement, elle ne peut fournir que les prestations pour lesquelles elle a été dûment formée et possède l'expérience nécessaire, selon l'alinéa 1. Si elle entend déléguer des soins à un professionnel, elle doit s'assurer que ce dernier possède la formation, les compétences requises et, le cas échéant, l'autorisation pour fournir ces soins, selon l'alinéa 3.

L'alinéa 4 est modifié en raison de l'adoption de nouvelles normes en matière de formation continue dans le droit fédéral, en particulier les articles 34 et suivants de la Loi fédérale sur les professions médicales et l'article 27 de la Loi sur les professions de la psychologie. La disposition renvoie expressément à ces normes, ainsi qu'aux règles que les associations professionnelles ont mises en place en la matière pour se conformer au droit fédéral.

**Art. 61** Compéragé – collusion (art. 77 LS 2008)

La disposition interdit tout accord, notamment financier, de nature à porter préjudice aux intérêts du patient ; son titre a été modifié pour plus de clarté, la portée de la notion de « compéragé » n'étant pas toujours bien comprise.

Elle connaît une modification rédactionnelle mineure (« Tout accord entre professionnels ... » au lieu de « Tout accord entre professionnels de la santé ... »), qui permet d'englober dans son champ d'application toutes les professions visées à l'article 43 du projet de loi.

**Art. 62** Obligation de participer au service de garde (art. 78 LS 2008)

L'alinéa 1 rappelle l'obligation de participation au service de garde, imposée à tous les professionnels de la santé. Par rapport à la loi actuelle, il précise que les services de garde doivent être assurés sur tout le territoire du canton. Suite à la procédure de consultation, cet alinéa stipule également que le Conseil d'Etat désigne les professions de la santé ou, au sein de ces dernières, les catégories de professionnels de la santé qui sont tenus d'assurer la garde. Cette disposition figure à l'alinéa 2 de la loi actuelle, mais n'avait pas été reprise dans l'avant-projet mis en consultation. Quant à l'alinéa 1ter de l'avant-projet de loi, il est déplacé à l'article 63 alinéa 1, nouvellement intitulé *Exemption du service de garde*.

L'alinéa 2 est nouveau également et prévoit expressément que le Conseil d'Etat peut déléguer l'organisation du service de garde aux associations professionnelles concernées, en particulier l'association des médecins, soit la Société médicale du Valais (SMVS) ; une telle délégation découle déjà implicitement de la loi actuelle. Le Conseil d'Etat entend cependant garder une certaine maîtrise des services de garde, éléments importants dans le dispositif de santé publique du canton : si les modalités mises en place se révèlent insuffisantes pour répondre aux besoins de la population, il pourra intervenir, selon l'alinéa 3.

De plus, l'association des médecins est chargée de garantir que les décisions de placements à des fins d'assistance puissent être prises en tout temps en cas de nécessité et que les constats de décès puissent être délivrés, sur tout le territoire cantonal.

**Art. 63** Exemption du service de garde (art. 78a AP)

Suite à la procédure de consultation, cet article a été reformulé et s'intitule désormais *Exemption du service de garde*. Il reprend à l'alinéa 1 la possibilité pour le professionnel de la santé d'être dispensé de la garde pour de justes motifs, possibilité qui figurait à l'alinéa 1ter du précédent article de l'avant-projet de loi.

L'alinéa 2 spécifie que les associations professionnelles sont responsables de définir les critères et exigences nécessaires pour accomplir la garde mais aussi les modalités d'exemption. Le règlement y relatif est soumis pour approbation au Conseil d'Etat.

Vu la ferme opposition de la Société médicale du Valais lors de la consultation, les dispositions visant l'introduction d'une base légale permettant la perception par les associations professionnelles d'une contribution de remplacement n'ont pas été retenues.

**Art. 64** Commission de coordination pour le service de garde (art. 79 LS 2008)

Ni la composition ni les fonctions de la Commission de coordination ne sont touchées. L'alinéa 1 est simplement modifié afin d'adapter le texte à la nouvelle dénomination de la « centrale d'appels sanitaires d'urgence », aujourd'hui exploitée sous forme d'établissement autonome de droit public et dénommée « Organisation cantonale valaisanne des secours (OCVS) » ; quant au « Réseau Santé Valais », il est remplacé par « les hôpitaux assurant un service d'urgences ».

Les alinéas 2 et 3 ne sont pas modifiés.

L'alinéa 4 ne comporte qu'une modification mineure, qui permet au Conseil d'Etat de subventionner le service de garde ou d'autres dispositifs de cette nature dans le cadre de ses compétences financières et budgétaires, sans passer par une ordonnance.

**Art. 65** Publicité pour les professionnels soumis à la présente loi (art. 80 LS 2008)

L'alinéa 1 est simplement adapté afin d'englober dans le champ d'application de la disposition tous les professionnels soumis à la loi selon l'article 43 et non seulement les professionnels de la santé.

L'alinéa 2 n'est pas modifié. L'alinéa 3 est complété de façon à ce que la publicité n'induisse pas en erreur sur la nature des prestations fournies.

**Art. 66** Assurance responsabilité civile (art. 81 LS 2008)

La modification de la disposition permet d'étendre l'obligation de couverture par une assurance responsabilité civile professionnelle appropriée à tous les professionnels de la santé, partant également aux professionnels de la santé non soumis à autorisation de pratique.

**4.4 Surveillance (art. 67 et 68)**

**Art. 67** Autorités compétentes (art. 82 LS 2008)

Le département reste l'autorité compétente en matière de surveillance des professions de la santé. Cependant, en raison de l'accroissement du nombre de dossiers, il est proposé d'adapter la procédure en attribuant l'instruction du dossier au département et non plus à la commission de surveillance des professions de la santé. Cette dernière conserve par contre son rôle de préavis sur les décisions.

Actuellement, la commission est composée d'une trentaine de professionnels de la santé et présidée par un juriste assisté de deux greffiers-juristes. Elle instruit les plaintes et rend un préavis de sanction à l'attention du département. Le nombre de dossiers à traiter est en forte augmentation depuis plusieurs années (+111% depuis 2015, avec une moyenne annuelle de 80 procédures environ). En outre les professionnels de la santé visés par des plaintes ou des dénonciations sont de plus en plus souvent représentés par des mandataires professionnels. Il devient difficile à la commission de surveillance des professions de la santé, avec son appareil

administratif restreint, conçu pour une époque où les plaintes étaient peu nombreuses et le règlement des différends relativement consensuels, de conduire adéquatement une telle masse de procédures. Ces dernières sont souvent complexes et leur aboutissement est régulièrement frappé de recours. Dans la mesure où le nombre des différends ne va pas aller en diminuant, ni les procédures dans le sens d'une simplification, il semble judicieux de profiter de l'actuelle révision de la loi sur la santé pour repenser la systématique d'une surveillance adaptée au présent, et surtout au futur, même si cette modification intervient après la mise en consultation de l'avant-projet de loi.

Ainsi l'instruction des plaintes ne devrait plus être confiée à la commission, mais au Service de la santé publique, sur délégation du département, puisque ce dernier est non seulement l'autorité de surveillance des professions de la santé – et à ce titre autorité de sanction – mais encore qu'il est seul compétent pour les mesures provisionnelles. Concrètement, c'est le Service de la santé publique, avec son appareil juridique et administratif, qui procéderait à l'instruction systématique des plaintes. Cette procédure permet en outre de respecter la garantie du juge naturel, l'autorité d'instruction étant différente de l'autorité qui prononce la sanction. De son côté, la commission, lors de réunions par hypothèse trimestrielles, prendrait connaissance des dossiers et des propositions de sanctions. Puis elle rendrait un préavis sur la question de savoir si, selon son appréciation de professionnels de la santé, la décision proposée est adéquate, respectivement si la mesure de la sanction est appropriée pour maintenir l'ordre dans la profession concernée et en assurer le bon fonctionnement. La commission ferait évidemment part à cette occasion de ses remarques et de ses éventuelles contre-propositions.

La nouvelle organisation proposée présenterait plusieurs avantages : elle assurerait un meilleur suivi des dossiers, garantirait le respect des règles de procédure et permettrait une meilleure coordination des deux types de procédures (mesures provisionnelles et sanctions disciplinaires). Elle clarifierait en outre les compétences de la commission par rapport à celles de l'Office de l'Ombudsman de la santé et des affaires sociales, puisque la commission consultative de surveillance de professions de la santé n'instruirait plus les dossiers. Finalement, l'organisation proposée conserverait l'essence de la commission composée de spécialistes de la santé, qui se prononceraient dorénavant uniquement sur des questions médicales.

S'agissant des conséquences opérationnelles, la nouvelle organisation entraînerait la création d'un poste de juriste à 60% au Service de la santé publique. Celle-ci serait toutefois intégralement compensée par la diminution de l'ordre de 80% (estimation du temps consacré à l'instruction des dossiers et la rédaction des préavis) des tâches de la présidence de la commission et par la suppression des greffiers-juristes.

Le nom de la commission est complété par l'ajout de l'adjectif « consultative » pour plus de clarté envers le grand public.

L'actuel alinéa 3 est logiquement abrogé, toutes les décisions étant rendues par le département.

Le nouvel alinéa 3 est une nouveauté, en lien avec la levée du secret professionnel. Lorsqu'un patient adresse au département une plainte dirigée contre un professionnel, le professionnel visé par la plainte est automatiquement délié du secret professionnel à son égard et, le cas échéant, du secret de fonction, dans les limites des données nécessaires à l'instruction de la plainte. Il peut ainsi d'emblée faire valoir ses arguments de faits, sans devoir préalablement se faire délier de son devoir de confidentialité. Un tel mécanisme légal est admissible selon l'article 321 du Code pénal suisse, qui réserve en effet les dispositions légales cantonales prévoyant une obligation de témoigner ou de renseigner une autorité.

**Art. 68** Commission consultative de surveillance des professions de la santé (art. 83 LS 2008)

L'ensemble de l'article est adapté selon la modification de procédure décrite à l'article 67.

De plus, l'alinéa 1 précise que la commission est composée de représentants des différentes professions de la santé.

L'alinéa 2 contient une modification purement rédactionnelle (« professionnels » à la place de « membre d'une profession de la santé »), le projet de loi confiant désormais au département la surveillance non seulement des professionnels de la santé mais aussi des autres professionnels soumis à la loi. En outre, la lettre c a été abrogée : les conflits entre professionnels de la santé relèvent des tribunaux civils ou des instances mises en place par les associations professionnelles, mais pas du département en charge de la santé.

La modification de l'alinéa 3 reflète les modifications opérées aux articles 50, 52, 54 et 66. Seule subsiste la dernière phrase, qui permet au département, de manière générale, de consulter la commission pour toute question liée aux professionnels soumis à la présente loi.



## **5 Institutions sanitaires (art. 69 à 94)**

### **5.1 Dispositions générales (art. 69 et 70)**

Les énoncés des chapitres 5 et 5.1 sont adaptés pour correspondre à la systématique retenue dans les chapitres précédents de la loi.

#### **Art. 69** Objet et définition (art. 84 LS 2008)

La disposition ne subit qu'une modification de nature purement rédactionnelle (l'expression « institutions sanitaires » remplace celle de « établissements et institutions sanitaires »).

#### **Art. 70** Catégories (art. 85 LS 2008)

Les modifications apportées à l'article 70 sont essentiellement rédactionnelles ; les adaptations reprennent les formulations des diverses catégories et désignations utilisées dans la LAMal.

Les institutions sanitaires soumises à la présente loi se répartissent ainsi dans les diverses catégories suivantes, quelle que soit la forme juridique retenue pour leur organisation :

- a) hôpitaux;
- b) établissements médico-sociaux;
- c) organisations de soins et d'aide à domicile;
- d) structures de soins de jour et de nuit;
- e) structures de soins ambulatoires selon le degré de complexité de prise en charge ou organisationnelle, notamment les centres de chirurgie de jour;
- f) instituts médico-techniques, notamment : laboratoire, pharmacie, radiologie, imagerie médicale, centre de transfusion;
- g) autres établissements, institutions ou organisations sanitaires mentionnés dans la législation fédérale;
- h) les institutions mettant à disposition des patients des moyens de télémédecine dans le canton.

La catégorie a) des « hôpitaux » englobe tous les types d'établissements hospitaliers ou cliniques, de droit public ou privé. Les structures de soins de jour de la catégorie d) sont des foyers de jour où des soins sont fournis.

Par rapport à l'avant-projet de loi mis en consultation, la lettre e) a été reformulée de manière à ne retenir dans le champ des institutions sanitaires uniquement les structures de soins ambulatoires offrant des prestations complexes ou dont

l'organisation est complexe. Ainsi, les cabinets et les cabinets de groupe ne sont pas considérés comme des institutions sanitaires. Par cabinet de groupe, on entend le regroupement, dans des locaux communs, de plusieurs professionnels de la santé, lesquels exercent chacun sous leur propre responsabilité. Tous les professionnels de la santé qui pratiquent dans un cabinet de groupe doivent être au bénéfice de leur propre autorisation de pratique.

Pour ce qui concerne la lettre g), celle des « autres établissements, institutions ou organisations sanitaires mentionnés dans la législation fédérale », il s'agit en particulier des établissements mentionnés à l'article 35 LAMal, soit les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques, les établissements de cure balnéaire et les entreprises de sauvetage ; il s'agit en outre de ceux qui sont mentionnés aux articles 39 et 41 LAMal, soit les maisons de naissance et enfin, des autres organisations mentionnées dans l'OAMal, à savoir les organisations d'ergothérapie (article 52), de physiothérapie (article 52a) et de diététique (article 52b).

La lettre h) a été ajoutée suite à la consultation afin de tenir compte des institutions travaillant avec la télémédecine.

Le Conseil d'Etat peut définir d'autres catégories d'établissements ou institutions sanitaires.

## **5.2 Autorisation d'exploiter (art. 71 à 75)**

### **Art. 71 Régime d'autorisation d'exploiter (art. 86 LS 2008)**

L'article 69 donne une définition générale des institutions sanitaires soumises à la présente loi, selon des critères fondés en particulier sur la nature de leurs activités ; l'article 70 répartit ces institutions dans diverses catégories, sous lettres a) à h). Les institutions proposant à leurs patients des moyens de télémédecine sont intégrés comme nouvelle catégorie à la lettre h). Le présent article 71, lui, détermine lesquelles de ces catégories sont soumises à autorisation, tandis que l'article 72 fixe les conditions auxquelles la délivrance d'une autorisation est subordonnée.

Selon l'alinéa 1, ce sont ainsi les catégories listées sous lettres a) à d) et sous lettre h), correspondant aux catégories a) à d) et h) de l'article 70, de même que certaines institutions sanitaires visées par les lettres e), f) et g) qui sont soumis à autorisation. Le Conseil d'Etat définit par voie d'ordonnance lesquelles, parmi les institutions sanitaires prévues aux lettres e), f) et g), le sont ; il peut aussi soumettre à autorisation certaines institutions spécialisées pour les soins qui y sont fournis. L'objectif poursuivi par le régime d'autorisation est la protection de la santé des patients et de la population, afin de garantir des soins appropriés et de qualité.

Les modalités pratiques d'autorisation sont réglées par voie d'ordonnance, selon l'alinéa 4. Selon l'alinéa 5, le département recense les institutions sanitaires autorisées, sur une liste publique.

**Art. 72** Conditions d'octroi de l'autorisation d'exploiter (art. 87 LS 2008)

L'alinéa 1 ne subit qu'une modification de nature purement rédactionnelle (« institutions sanitaires » au lieu de « établissements et institutions sanitaires »), comme le titre (« autorisation d'exploiter » au lieu d'« autorisation »).

Les adaptations de l'alinéa 2 et de l'alinéa 3 reflètent la volonté de laisser au Conseil d'Etat la compétence de fixer des conditions supplémentaires et au département le soin de préciser les conditions détaillées pour la délivrance de l'autorisation.

**Art. 73** Durée de l'autorisation d'exploiter (art. 88 LS 2008)

L'adaptation proposée vise une simplification des procédures, souhaitable à la fois pour les autorités sanitaires et pour les institutions sanitaires. Selon l'alinéa 1, l'autorisation est délivrée pour 5 ans, comme dans la loi actuelle, mais elle est ensuite renouvelée tacitement à son expiration, à moins que les conditions requises pour sa délivrance ne soient plus réunies. Ce modèle est appliqué notamment dans le canton de Vaud et dans le canton de Genève.

Toutefois, lorsque les conditions de l'autorisation ont évolué, l'institution sanitaire doit annoncer au département les modifications qui sont survenues ; le département examine alors si l'autorisation peut être maintenue ou si des mesures complémentaires doivent être ordonnées.

**Art. 74** Retrait ou limitation de l'autorisation d'exploiter (art. 89 LS 2008)

L'alinéa 1 ne subit pas de modification substantielle mais sa formulation est clarifiée et les conditions d'un éventuel retrait ou d'une éventuelle limitation sont désormais énoncées dans des lettres, de a) à d). L'alinéa 2, nouveau, donne au département la compétence d'organiser le transfert de patients ou de résidents d'institutions sanitaires, lorsqu'un retrait d'autorisation ou une cessation d'activité rend un tel transfert nécessaire. Des cas de ce genre sont cependant rarissimes.

En vertu du nouvel alinéa 3, seul le retrait de l'autorisation d'exploiter est rendu public, c'est-à-dire qu'il fait l'objet d'une publication officielle. Les limitations, en revanche, peuvent être publiées mais n'appellent pas forcément une publication, par exemple les limitations dans la durée de validité d'une autorisation.

**Art. 75** Devoir d'information (art. 90 LS 2008)

L'alinéa 1 n'est pas modifié. L'alinéa 2 reprend les modalités d'annonce des dysfonctionnements importants survenus dans une institution sanitaire qui peuvent affecter la qualité de la prise en charge des patients ou leurs droits. Ces dysfonctionnements doivent faire l'objet d'une annonce sans délai, accompagnée des mesures correctrices mises en place pour les pallier. En revanche, le préavis de la Commission consultative de surveillance des professions de la santé ou de la Commission consultative cantonale pour la sécurité des patients et la qualité des soins n'est plus systématiquement requis.

L'alinéa 3, nouveau, laisse au département le soin d'évaluer le bien-fondé des mesures déjà prises et l'opportunité d'en prendre d'autres ; il peut aussi, par exemple, dénoncer les faits aux autorités judiciaires ou mettre en œuvre des expertises.

### **5.3 Relations entre les patients et les institutions sanitaires (art. 76 à 80)**

#### **Art. 76 Admission et information (art. 35 LS 2008)**

L'alinéa 1 comporte une précision supplémentaire en lien avec le droit à être admis dans une institution sanitaire pour y recevoir des soins : désormais, ce droit peut non seulement être limité si les soins requis par l'état de santé du patient ne correspondent pas à la mission, mais aussi si l'institution a atteint les limites de ses capacités, comme le prévoit la loi fédérale sur l'assurance-maladie (article 41a). Dans un tel cas, le patient est dirigé vers une autre institution qui sera en mesure de l'accueillir.

Les alinéas 3, 4 et 5 sont nouveaux dans le chapitre 5.3 mais sont en réalité déjà présents dans la loi actuelle sous une autre formulation, à l'article 91quater, dans un titre consacré aux « obligations des établissements et institutions sanitaires ». A noter que l'obligation de rendre publique la tarification des prestations ne s'applique pas aux cabinets médicaux, car ils ne sont pas assimilés à des institutions sanitaires au sens de la présente loi. Le déplacement de ces normes au sein du chapitre 5.3 dédié aux « relations entre patients et institutions » améliore la systématique de la loi et permet de généraliser ces modalités à toutes les institutions mentionnées à l'alinéa 3.

L'alinéa 3 est modifié par rapport à la version mise en consultation. L'obligation d'indiquer au patient le médecin qui a la responsabilité de son traitement n'intervient pas uniquement à l'admission, le médecin responsable pouvant changer en cours d'hospitalisation.

#### **Art. 77 Soutien spirituel et assistance sociale (art. 36 LS 2008)**

Pas de changement par rapport à l'actuel article 36.

#### **Art. 78 Liens avec l'extérieur (art. 37 LS 2008)**

La disposition ne connaît qu'un changement rédactionnel (« institution » au lieu d'« établissement et institution »), aux alinéas 1 et 3.

#### **Art. 79 Sortie d'une institution sanitaire (art. 38 LS 2008)**

Les alinéas 1 et 2 ne subissent que des changements de nature rédactionnelle : « institutions sanitaires » remplace « établissements et institutions sanitaires ».

La modification de l'alinéa 3 est également rédactionnelle : pour s'adapter à la terminologie du nouveau droit fédéral relatif à la protection de l'adulte, la notion de privation de liberté à des fins d'assistance est remplacée par celle de placement à des fins d'assistance.

#### **Art. 80 Renvoi d'un patient pour des raisons disciplinaires (art. 39 LS 2008)**

Avec la nouvelle formulation de l'alinéa 1, cette disposition permet le renvoi d'un patient pour des raisons disciplinaires de toute institution sanitaire et non seulement d'un « établissement hospitalier », comme le prévoit la loi actuelle. Pour le surplus, le changement dans la formulation du titre est destiné à préciser le contexte, uniquement « disciplinaire », dans lequel le renvoi d'un patient peut être envisagé. En revanche, contrairement à la loi actuelle, le renvoi est possible non seulement si le patient perturbe le fonctionnement du service, mais également si son représentant légal agit de la même manière. Suite à la consultation, la possibilité de renvoi lorsque le patient fait volontairement obstacle au bon déroulement de son traitement a été supprimée (alinéa 1 lettre a). Bien que cela n'a heureusement pas été le cas jusqu'à présent, cette disposition pourrait conduire à des renvois abusifs.

La liste des personnes compétentes pour prononcer une telle mesure n'est plus spécifiée, car elle n'est pas applicable à l'organisation de l'ensemble des institutions sanitaires soumises à la loi. Dans la loi actuelle, cette décision incombe au médecin-chef ou à son remplaçant dans un établissement hospitalier, à la direction – après consultation avec le médecin répondant – dans un établissement médico-social selon l'alinéa 2.

L'alinéa 3 est inchangé. L'alinéa 4, nouveau, prévoit que lors d'un renvoi pour raisons disciplinaires, l'institution, le patient ou ses représentants collaborent pour organiser une prise en charge adéquate. Demeurent réservées les situations d'urgence qui font l'objet d'une annonce par l'institution sanitaire concernée, sans délai, auprès du département et d'éventuelles autres autorités compétentes.

Pour tenir compte des remarques formulées lors de la consultation, un alinéa 5 a été ajouté qui précise que cette disposition s'applique également par analogie aux prestations des organisations de soins et d'aide à domicile.

#### **5.4 Surveillance (art. 81 et 82)**

Ce nouveau chapitre est introduit afin de correspondre à la systématique retenue dans les chapitres précédents de la loi en remplacement du chapitre 3 actuel.

#### **Art. 81 Surveillance et inspection (art. 91 LS 2008)**

Selon la modification proposée, c'est non seulement le département qui est habilité à procéder aux inspections nécessaires mais également le Service de la santé publique.

La disposition précise en outre que de telles inspections peuvent avoir lieu en tout temps.

*(Art. 91bis LS 2008 Standards de sécurité et de qualité, art. 91ter LS 2008 Assurance qualité et 91quater LS 2008 Information du public, abrogés)*

Ces dispositions sont abrogées ici, dans la mesure où leur teneur est reprise ailleurs dans le projet de loi, en particulier dans le chapitre 3.4 relatif à la sécurité des patients et à la qualité des soins (articles 39 et suivants) ou ailleurs dans la législation sanitaire cantonale, par exemple dans les dispositions de la Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS).

#### **Art. 82 Publicité (art. 92 LS 2008)**

L'adjectif « autorisés » est biffé dans cette disposition, dans la mesure où elle s'applique désormais à toutes les catégories d'institutions sanitaires et non seulement aux institutions autorisées.

#### **5.5 Equipements médico-techniques lourds (art. 83 à 94)**

Dans le domaine de la santé, les progrès technologiques ont permis le développement d'équipements de plus en plus sophistiqués qui élargissent sans cesse les possibilités diagnostiques et, dans une moindre mesure, thérapeutiques à disposition du corps médical. Ce processus est certes positif, mais le transfert des avancées technologiques dans la pratique quotidienne doit être contrôlé si la collectivité entend éviter un certain nombre d'effets indésirables qui peuvent apparaître en cas de suréquipement. Une offre trop importante d'équipements médico-techniques lourds peut générer des examens inutiles et potentiellement délétères pour les patients. Elle peut également conduire à une pénurie de personnel qualifié en raison de sa dispersion sur de nombreux sites et entraîner une augmentation des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. A l'inverse, un manque d'équipement dans une région donnée oblige les patients à de longs déplacements pour accéder à des prestations diagnostiques ou thérapeutiques, ce qui peut engendrer un risque de rationnement.

Inquiet de cette tendance et suite à l'acceptation par le Grand Conseil du postulat 2.0153 intitulé « Grands projets d'investissement : pour une répartition équilibrée des opportunités et des risques » lors de la session de septembre 2016, un projet de décret a été mis en consultation. Dans l'ensemble, la mesure proposée a reçu un accueil favorable ; elle est majoritairement considérée comme nécessaire (39 des 48 avis reçus sont favorables au principe de la régulation par le canton, 9 s'y opposent). Il est dès lors proposé de donner suite au postulat par l'introduction d'un dispositif de régulation dans la loi sur la santé. Dans un arrêt de principe du 16 décembre 2013 (ATF 140 I 218), le Tribunal fédéral a admis la conformité au droit supérieur (LAMal et liberté économique) d'une clause du besoin cantonale soumettant à autorisation l'acquisition d'équipements médicaux lourds dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public ou privé.

Les cantons de Vaud, Neuchâtel, Tessin, Jura et Fribourg disposent déjà d'une telle clause dans leur législation. Le canton du Tessin, qui a la plus longue expérience dans cette pratique, a réussi notamment à contenir l'augmentation exponentielle d'appareillages médico-techniques (il se situe désormais en dessous de la moyenne nationale). Récemment interrogés sur leur pratique, ces cantons relèvent le rôle

préventif, voire dissuasif, de cette clause sur la mise en service de nouveaux équipements. Ainsi, le canton de Vaud a enregistré 12 demandes depuis l'introduction de cette disposition en décembre 2015. Parmi ces 12 demandes, 5 ont été accordées ; 6 l'ont été sous conditions. La réglementation sur les équipements lourds constitue également un instrument de contrôle sur la diffusion des équipements et sur les qualifications du personnel ainsi que sur la qualité des services fournis. Elle permet d'éviter une offre pléthorique pouvant générer des examens inutiles et potentiellement néfastes pour les patients.

Par ailleurs, il est à noter qu'au niveau suisse, le nombre de CT-scan par million d'habitants se situe actuellement à 39.13, alors que celui du canton du Valais se situe à 46.86. De plus, l'année prochaine, avec une hausse moyenne de 3,6% contre 1,2% pour l'ensemble du pays, le Valais sera le canton le plus touché par la hausse des primes d'assurance-maladie.

S'agissant de l'expérience de l'Allemagne en la matière, on relèvera que le contexte est différent étant donné que ce pays a mis en place une régulation des équipements lourds durant les années 1980 au niveau national, alors qu'en Suisse les compétences sont à la fois fédérales et cantonales. En 1997, le législateur allemand a préféré viser une autogestion des acteurs (Selbstverwaltung der Akteure im Gesundheitswesen) et a abandonné cette mesure au profit d'une régulation par les tarifs.

Relevons encore que les effets de l'application d'une telle mesure prendront un certain temps avant de pouvoir être observés.

La majorité des réponses reçues dans le cadre de la procédure de consultation étaient favorables à une régulation des équipements médico-lourds (voir point 3 du message). Quelques adaptations ont été apportées sur la base de propositions formulées par certains milieux (cf. art. 85 et 88). Ainsi, le remplacement des appareils existants ne sera pas soumis à autorisation (art. 85). De plus, les critères à prendre en considération par commission cantonale d'évaluation sont précisés (art. 88).

#### **Art. 83** But et champ d'application (art. 92a AP)

L'article définit la portée du chapitre 5.5 et les prescriptions concernées. Le mécanisme de régulation proposé s'applique aux équipements médico-techniques installés dans des centres hospitaliers, dans des institutions ou des cabinets ambulatoires. Aucune distinction n'est faite entre le secteur public ou privé et l'hôpital intercantonal Vaud-Valais est également visé.

#### **Art. 84** Définition (art. 92b AP)

L'article définit la notion d'équipements lourds. Il est communément admis qu'un équipement dont le prix d'achat dépasse le million de francs devrait entrer dans cette catégorie.

Enfin, les hôpitaux et cliniques inscrits sur la liste du canton du Valais sont aujourd'hui déjà soumis au contrôle de l'Etat s'agissant de leurs investissements en principe consacrés à leurs missions stationnaires découlant de leur inscription sur la liste LAMal.

Les équipements dont les prestations ne sont pas facturées à l'assurance obligatoire des soins ne sont pas concernés, mais le fardeau de la preuve pour se soustraire à la régulation est à charge de l'exploitant.

#### **Art. 85** Autorité compétente et liste des équipements lourds (art. 92c AP)

L'avant-projet de loi contenait la liste non exhaustive des équipements lourds soumis à régulation. Le projet de loi ne mentionne plus les équipements en question et octroie la compétence au Conseil d'Etat d'établir cette liste par voie d'ordonnance.

La liste figurant dans l'avant-projet de loi correspondait à celle des autres cantons régulant les équipements lourds. Elle mentionnait les équipements suivants :

- IRM (imagerie à résonance magnétique nucléaire) ;
- CT-scan (scanner à rayons X) ;
- PET (Positron Emission Tomography), PET-scan et PET-IRM : appareil à tomographie. Il s'agit d'un procédé d'imagerie médicale dont le but est d'étudier l'activité d'un organe en injectant dans l'organisme un traceur (principalement utilisé en oncologie) ;
- SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) : appareil à tomographie utilisant l'émission de photons gamma par une molécule marquée par un isotope radioactif injecté dans l'organisme ;
- Lithotripteur : appareil permettant la pulvérisation et l'élimination par les voies naturelles de calculs par l'émission d'ondes de choc (utilisé notamment en urologie) ;
- Angiographie digitalisée (y compris salle de cathétérisme) : appareil d'imagerie et d'intervention sur les vaisseaux sanguins ;
- Appareils de radiothérapie d'un coût égal ou supérieur à un million de francs ;
- Appareils de chirurgie robotique d'un coût égal ou supérieur à un million de francs ;



- Salle de chirurgie ambulatoire d'un coût égal ou supérieur à un million de francs : infrastructures mobilières et immobilières pour la chirurgie.

En réponse aux remarques émises lors de la consultation, l'autorisation du Conseil d'Etat n'est nécessaire, selon les alinéas 1 et 2, que lors de la mise en service de l'équipement et non plus lors du remplacement d'un appareil existant. La lettre i) se réfère à la salle de chirurgie ambulatoire et non pas au centre de chirurgie ambulatoire comme le prévoyait l'avant-projet de loi. Le remplacement devra néanmoins être annoncé au Service de la santé publique afin de s'assurer qu'il s'agisse bien d'un remplacement et non d'une nouvelle acquisition et, d'autre part, de mettre à jour le registre des équipements autorisés.

Quant aux équipements lourds mobiles qui proviennent de l'extérieur du canton, ils requièrent également une autorisation.

Le Conseil d'Etat est chargé d'établir la liste des équipements lourds par voie d'ordonnance et de l'adapter périodiquement. Cette première liste devrait en principe contenir les mêmes équipements que ceux retenus par les autres cantons.

#### **Art. 86** Commission cantonale d'évaluation (art. 92d AP)

La création d'une commission composée de personnes représentant les différents milieux concernés et les instances politiques est proposée. Sa composition est conçue de telle manière qu'aucun secteur ou « groupe d'intérêts » ne détienne la majorité. Ses préavis devront être élaborés conformément à l'intérêt général et non à des intérêts individuels ou sectoriels.

Formellement, les membres de la commission seront nommés par le Conseil d'Etat. Le Conseil d'Etat précise toutefois qu'il se bornera en principe à reprendre les propositions de nomination des instances concernées, sans les remettre en cause. Les seuls représentants du Conseil d'Etat seront donc les deux membres désignés par ses soins.

A noter que, lors de la procédure de consultation, quelques partenaires ont émis le souhait que les prestataires sanitaires, les assureurs et le canton soient représentés de manière paritaire.

#### **Art. 87** Organisation de la commission (art. 92e AP)

Au vu de la mission et de la composition de la commission, il n'est pas possible d'appliquer les règles usuelles de récusation lors de conflits d'intérêts. Les membres peuvent donc prendre position sur des sujets qui les concernent mais devront annoncer de manière transparente leurs éventuels intérêts afin que les débats puissent avoir lieu en toute connaissance de cause.

**Art. 88** Mission et rôle de la commission (art. 92f AP)

La commission est un organe consultatif. Elle soutient le Conseil d'Etat, respectivement le département, dans sa mission de garantir une couverture sanitaire du territoire adéquate en matière d'équipements lourds. Elle analyse les demandes d'autorisation et établit un préavis à l'intention du Conseil d'Etat.

Un nouvel alinéa 3 a été intégré suite à la consultation. Il précise que la commission devra tenir compte des besoins et des études scientifiques existantes pour établir ses préavis. Elle devra également veiller à l'équité entre les secteurs publics et privés, ainsi qu'entre les régions du canton.

**Art. 89** Suivi de l'évolution de l'offre (art. 92g AP)

Le département est chargé, avec l'appui de la commission cantonale d'évaluation, de mettre en place un dispositif de suivi de l'évolution de l'offre et de l'évolution technologique afin de lutter contre une potentielle situation de pléthore d'équipements lourds ou de mettre en place des mesures incitatives pour éviter des situations de pénurie de tels équipements dans certaines régions.

**Art. 90** Dépôt de la demande (art. 92h AP)

L'exploitant qui désire acquérir et mettre en service un appareil inscrit sur la liste des équipements lourds doit déposer un dossier dans lequel il peut justifier le bien-fondé de sa demande. Le Service de la santé publique complète le dossier par les informations utiles en sa possession, comme par exemple les données statistiques et épidémiologiques, afin de permettre aux membres de la commission de statuer dans les meilleures conditions.

**Art. 91** Procédure d'autorisation (art. 92i AP)

Le Conseil d'Etat est habilité à rendre les décisions d'autorisation ou de refus de mise en service d'équipements lourds. Le requérant a la possibilité de faire recours contre ces décisions.

**Art. 92** Emoluments (Art. 92j AP)

Les prestations que l'Etat fournit, notamment la procédure d'autorisation, les inspections et les contrôles, peuvent faire l'objet d'un émolument, dont le montant est fixé par le Conseil d'Etat.

**Art. 93** Registre et devoir d'information (art. 92k AP)

Le département est chargé de tenir à jour et de publier la liste des équipements lourds autorisés. Les assureurs de l'assurance obligatoire des soins pourront se référer à cette liste pour rembourser les prestations fournies ou, le cas échéant, refuser de les rembourser.

#### **Art. 94** Contrôle et sanctions (art. 92I AP)

Il appartiendra au département, par le Service de la santé publique, de contrôler que les dispositions du chapitre 5.5 sur les équipements médico-techniques lourds sont bien respectées. Il pourra notamment effectuer des visites sur site, par exemple pour vérifier qu'un équipement dont l'autorisation aurait été refusée n'a effectivement pas été mis en exploitation.

Si un tel cas de figure devait se produire, la première conséquence serait que les prestations fournies grâce à cet équipement ne devraient pas être remboursées par l'assurance obligatoire des soins. Cela étant, des sanctions pourraient également être infligées, grâce au renvoi prévu par l'alinéa 2 aux dispositions du chapitre 9 de la loi relatif aux sanctions (articles 147 et suivants).

#### **6 Mesures médicale spéciales et recherche (art. 95 à 104)**

##### **Art. 95** Procréation médicalement assistée (art. 49 LS 2008)

Cette disposition ne connaît que des modifications de nature rédactionnelle, destinée notamment à en simplifier la lecture.

Les dispositions relatives aux diverses formes de procréation médicalement assistée se trouvent dans le droit fédéral, dans la Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA).

Les cantons sont cependant compétents selon le droit fédéral pour délivrer les autorisations de pratiquer ces activités (article 8 de la loi fédérale) ; ils sont également chargés de la surveillance (article 12 de la loi fédérale). La disposition du projet de loi sur la santé rappelle ces compétences cantonales et, pour le surplus, renvoie au droit fédéral.

##### **Art. 96** Analyse génétique humaine (art. 50 LS 2008)

L'analyse génétique humaine est une autre activité médicale qui fait l'objet d'une législation fédérale spécifique, la Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH).

Contrairement à ce qui est prévu pour la procréation médicalement assistée, les procédures d'autorisation et la surveillance des activités liées à l'analyse génétique humaine sont confiées par la loi fédérale à une autorité fédérale, à savoir l'Office fédéral de la santé publique.

Les cantons doivent cependant veiller à ce qu'il existe des services d'information et de conseil indépendants en matière d'analyse prénatale, dotés d'un personnel disposant des connaissances nécessaires en la matière (article 17 alinéa 1 de la loi fédérale). La disposition a été modifiée pour reprendre exactement cette formulation ; pour le surplus, elle renvoie au droit fédéral.

#### **Art. 97** Interruption de grossesse (art. 51 LS 2008)

L'alinéa 1 est simplifié, de manière à énoncer un simple renvoi au droit fédéral, plus spécifiquement aux articles 118, 119 et 120 du Code pénal suisse. Ces dispositions définissent dans quelles circonstances une interruption de grossesse est punissable (article 118) ou non punissable (article 119) et règlent exhaustivement et en détail les modalités de mise en œuvre (article 120). Il paraît dès lors aujourd'hui inutile d'édicter des directives spécifiques sur ces questions.

L'alinéa 2 de la loi actuelle, qui prévoit l'établissement d'une liste des cabinets de spécialistes et des hôpitaux ou cliniques pouvant pratiquer des interruptions de grossesse ou fournir des conseils aux femmes enceintes, paraît lui aussi dépassé. La quasi-totalité des autres cantons n'y a pas recours et, faute de critères précis, l'établissement d'une telle liste risquerait d'être arbitraire. Cet alinéa est par conséquent abrogé.

L'alinéa 3 de la loi actuelle, en revanche, qui prévoit les annonces anonymes au médecin cantonal à des fins statistiques, est maintenu sans modification et devient l'alinéa 2 du projet de loi. Ces statistiques sont transmises au Conseil de santé et d'éthique qui les analyse.

#### **Art. 98** Stérilisation de personnes (art. 51a AP)

La stérilisation des personnes fait l'objet d'une loi fédérale spécifique, la Loi sur les conditions et la procédure régissant la stérilisation de personnes (Loi sur la stérilisation), en vigueur depuis 2005.

Les conditions matérielles d'une stérilisation, en particulier de la stérilisation d'une personne sous curatelle de portée générale ou d'une personne durablement incapable de discernement, sont intégralement fixées dans le droit fédéral.

Le médecin qui a stérilisé une personne sous curatelle de portée générale ou durablement incapable de discernement l'annonce dans les trente jours au médecin cantonal. L'annonce ne doit pas contenir de données permettant d'identifier des personnes, selon les alinéas 2 et 3 et conformément au droit fédéral.

#### **Art. 99** Prélèvement et transplantation (art. 52 LS 2008)

Le titre de la disposition est modifié par souci de simplification, dans la mesure où l'alinéa 1, inchangé, décrit de manière précise la portée de l'article.

L'alinéa 2 est complété de façon à prévoir non seulement l'existence d'un coordinateur local, mais aussi l'organisation de programmes de perfectionnement professionnel ou de formation continue pour le personnel médical.

Quant à l'alinéa 3, il est adapté afin de correspondre aux exigences spécifiques du nouveau droit de la protection de l'adulte et de l'enfant. En substance, cet alinéa prévoit désormais expressément que l'autorité compétente pour autoriser le prélèvement ou l'implantation d'organes, de tissus ou de cellules dans l'organisme d'une personne mineure ou incapable de discernement est l'autorité de protection

de l'adulte et de l'enfant. Les procédures à suivre dans de tels cas sont définies dans le Code de procédure civile suisse et la décision de l'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant est sujette à recours au Tribunal cantonal.

L'alinéa 4, partiellement nouveau, est la mise en œuvre du postulat 2.0023 accepté par le Grand Conseil qui demande la création d'un registre cantonal des donneurs, à disposition des professionnels concernés dans les hôpitaux. La fréquence du don d'organes en Suisse est en effet basse, en comparaison internationale ; la création d'un tel registre pourrait contribuer à l'améliorer et ainsi à sauver des vies, en plus des campagnes d'information que l'Etat peut soutenir.

**(Art. 53 LS 2008 Utilisation d'échantillons biologiques, abrogé)**

Le législateur fédéral détient des compétences législatives exclusives en matière de recherche, de sorte que les règles cantonales en matière d'utilisation ou de réutilisation d'échantillons biologiques dans un tel contexte de recherche sont désormais sans objet.

**Art. 100 Recherche sur l'être humain (art. 54 LS 2008)**

L'article 100 est un simple renvoi à la législation fédérale ; le titre est modifié afin d'en reprendre la terminologie. Désormais, la recherche est réglée exhaustivement et en détail dans la Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH), adoptée en 2011 et en vigueur depuis janvier 2014. Les dispositions cantonales qui traitaient cette problématique sont par conséquent, pour l'essentiel, caduques.

Seules la délivrance des autorisations de recherche est encore dévolue aux cantons ; les projets doivent être exposés dans un protocole de recherche, soumis à une commission d'éthique. Ce point est traité à l'article 101.

**(Art. 55 LS 2008 Registres des recherches biomédicales sur les personnes, abrogé)**

Selon le droit fédéral, seuls les essais cliniques doivent être répertoriés, conformément à l'article 56 de la LRH, selon des modalités précisées aux articles 64 et suivants de l'ordonnance sur les essais cliniques (OClin). Par essai clinique, on entend tout projet de recherche sur des personnes dans lequel les participants sont affectés dès le départ à des interventions liées à la santé afin d'évaluer les effets de ces dernières sur la santé ou sur la structure et le fonctionnement du corps humain, selon l'article 3 lettre l de la LRH.

L'enregistrement peut avoir lieu dans un des registres reconnus par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou dans le registre de la bibliothèque médicale nationale américaine, ainsi que dans la banque de données complémentaire de la Confédération. Les cantons ne détiennent en conséquence plus aucune compétence dans le domaine de l'enregistrement, de sorte que la disposition peut être abrogée.

**Art. 101** Protocoles de recherche (art. 56 LS 2008)

L'alinéa 1 est précisé et complété, avec un renvoi général à la législation fédérale en matière de recherche. Comme à l'article 100, le titre est modifié afin d'en reprendre la terminologie. La compétence de désigner les commissions d'éthique de la recherche sur l'être humain est attribuée au département et non plus au Conseil d'Etat.

Les articles 45 et suivants de la LRH prévoient que les activités de recherche sont soumises à l'autorisation d'une commission d'éthique, instaurée dans chaque canton conformément à l'article 47 de la LRH. L'alinéa 1 de l'article 101 du projet de loi précise en particulier que la commission d'éthique de la recherche sur l'être humain compétente peut être cantonale ou extra-cantonale. Aujourd'hui déjà, dans le but de disposer des compétences requises, d'améliorer l'efficacité de cette commission et d'en partager les coûts de fonctionnement, les projets de recherches menées en Valais sont examinés par les commissions d'éthique du canton de Berne ou du canton de Vaud.

Les alinéas 2 à 5 peuvent être abrogés, ces éléments relevant désormais de la législation fédérale.

**Art. 102** Enseignement (art. 57 LS 2008)

Pas de changement par rapport à l'actuel article 57.

**Art. 103** Constatation de la mort (art. 58 LS 2008)

Les alinéas 1 et 3 ne connaissent pas de modification. En particulier, l'exigence du certificat de décès délivré par un médecin autorisé à pratiquer dans le canton demeure avant de pouvoir procéder à une inhumation ou à une incinération.

L'alinéa 2 actuel énonce que l'annonce aux autorités compétentes doit avoir lieu en cas de mort suspecte ou violente ou en cas de mort par maladie transmissible présentant un risque pour la santé publique. Le médecin légiste peut être consulté en cas de doute. Le texte précise cette disposition : une mort doit être qualifiée de « suspecte » lorsque les indices laissent présumer que le décès n'est pas dû à une cause naturelle, et notamment qu'une infraction a été commise, ou que l'identité du cadavre n'est pas connue. Cette formulation nouvelle correspond à la teneur de l'article 253 du Code de procédure pénale suisse, qui impose aux cantons, à son alinéa 4, l'obligation de désigner les membres du personnel médical tenus d'annoncer les cas de morts suspectes aux autorités pénales. Ces dernières vont ordonner l'inspection légale.

#### **Art. 104 Autopsie (art. 59 LS 2008)**

Les alinéas 1 et 2 ne connaissent pas de modification.

L'alinéa 3 est précisé en ce sens que les proches peuvent désormais obtenir et se faire expliquer le résultat de l'autopsie pour autant qu'un intérêt légitime puisse leur être reconnu – par exemple en cas de suspicion de maladie héréditaire, dont ils pourraient être également affectés -, sauf si le défunt s'y était opposé et sous réserve des dispositions relatives au secret professionnel.

La modification de l'alinéa 4 est purement rédactionnelle.

### **7 Promotion de la santé et prévention (art. 105 à 131)**

#### **7.1 Dispositions générales (art. 105 à 110)**

##### **Art. 105 Objet (art. 93 LS 2008)**

La promotion de la santé désigne l'ensemble des processus visant à donner aux individus et à la collectivité les moyens d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé et d'adopter des modes de vie sains. Elle a pour but de renforcer la maîtrise des individus et des communautés sur leur santé. La prévention primaire vise à prévenir l'apparition des maladies ou la survenue des accidents. Par exemple, les vaccinations pour prévenir les maladies infectieuses ou la pratique d'activité physique pour les maladies chroniques sont des mesures de prévention primaire. La prévention secondaire vise à diagnostiquer précocement les maladies, dans leur phase asymptomatique, afin de pouvoir les traiter le plus tôt possible. Elle se fait au moyen de dépistages (ou « screening »), par exemple celui du cancer du sein ou du cancer du côlon.

La promotion de la santé et la prévention sont des éléments importants de toute politique de santé publique. A des coûts relativement faibles, elles produisent des effets bénéfiques sur l'état de santé général de la population, jeunes et moins jeunes, toutes catégories confondues. Elles induisent ainsi une diminution de la fréquence des prises en charge et, partant, elles ont un impact positif sur les coûts de la santé. Plusieurs cantons ont d'ailleurs placé ces dispositions parmi les premiers chapitres de leur législation sanitaire, pour souligner leur importance dans le dispositif de santé publique. Les mesures de prévention structurelle (dénommée aussi environnementale) touchent l'environnement (social, économique, physique, législatif) et le plus souvent l'ensemble de la communauté. Ce sont par exemple les lois sur le tabac ou sur l'alcool et leur taxation, la sécurité routière, l'éducation à la santé dans le cadre scolaire ou le contrôle de l'alimentation. Elles sont à la base des stratégies de prévention populationnelle.

Les modifications apportées à ce titre de la loi sur la santé concernent avant tout des questions de formulation. L'alinéa 1 de l'article 105 n'a pas été modifié ; il souligne que cette politique repose à la fois sur la responsabilité individuelle et sur la solidarité collective. Les lettres a) à j) de l'alinéa 2, dans une nouvelle rédaction, sont ensuite reprises individuellement à partir du chapitre 7.2.

« L'éducation à la santé » devient ainsi « le développement des compétences individuelles en matière de santé » (article 105 alinéa 2 lettre a), la « médecine scolaire et la médecine dentaire scolaire » deviennent « la santé scolaire et les soins dentaires scolaires » (lettre d), la « santé mentale » devient la « santé psychique » (lettre e), « la prévention du tabagisme, de l'alcoolisme, des toxicomanies et autres addictions » devient « la prévention des addictions » (lettre f). Afin de se conformer aux nouveaux termes désormais utilisés au niveau national et international, la prévention concerne désormais les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles ainsi que les accidents (lettre h). La « médecine et l'hygiène du travail » devient la « promotion de la santé au travail » (lettre i), formulation plus englobante. En réponse aux remarques émises lors de la procédure de consultation, une lettre j) a été ajoutée pour prendre en compte le soutien aux proches aidants. Ceux-ci contribuent de manière active à la réalisation de la politique sanitaire notamment dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. A ce titre, ils doivent être soutenus afin de ne pas s'épuiser.

**Art. 106** Programmes de promotion de la santé et de prévention (art. 94 LS 2008)

« L'information et l'éducation de la population sur les problèmes de santé et les moyens pour les prévenir » a été reformulée en « l'information de la population sur les thèmes de santé, les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur sa propre santé et d'améliorer celle-ci » (alinéa 1 lettre a).

Les parents et les proches ont été ajoutés dans les groupes-cibles des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, plus spécifiquement pour ce qui concerne l'aide et le conseil (lettre d).

**Art. 107** Rôle de l'Etat (art. 95 LS 2008)

L'article 107 clarifie les rôles. Le Conseil d'Etat est chargé d'élaborer un concept global de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, alors que le département en charge de la santé est formellement désigné pour les tâches plus opérationnelles.

Selon l'article 121, le Conseil d'Etat peut déléguer par voie de convention l'exécution de ces tâches à des organismes publics ou privés.

**Art. 108** Commission cantonale pour la promotion de la santé (art. 96 LS 2008)

La nouvelle dénomination de cette commission (« Commission cantonale pour la promotion de la santé » au lieu de « Commission de promotion de la santé ») vise à éviter la confusion avec Promotion Santé Valais, un acteur important de la promotion de la santé et de la prévention en Valais, avec qui l'Etat collabore étroitement pour de nombreux projets.



La Commission de lutte contre les toxicomanies est intégrée dans cette Commission cantonale et l'alinéa 2 de la disposition reflète cette nouvelle organisation. En conséquence, l'article 131 de la loi actuelle, qui la créait et en fixait la composition et les tâches, est abrogé.

**Art. 109** Financement (art. 97 LS 2008)

L'alinéa 2 de l'actuel article 97, qui concerne le financement de projets-pilotes de formation postgrade de médecins, est abrogé, dans la mesure où il figure maintenant à l'article 4 alinéa 5 du projet de loi.

L'alinéa 3 relatif aux moyens financiers nécessaires est également abrogé ; ce sont désormais la disposition générale de l'article 5 alinéas 2 et 3 de cet article qui sont applicables.

Quant à l'actuel alinéa 4, consacré spécifiquement aux dépenses liées à la prise en charge ambulatoire des addictions, il est transféré à l'article 116, relatif à la prévention des addictions.

**Art. 110** Fonds pour la promotion cantonale de la santé (art. 98 LS 2008)

Seule la désignation du Fonds – « Fonds pour la promotion cantonale de la santé » au lieu de « Fonds cantonal pour la promotion de la santé et la prévention des maladies ») - est modifiée.

En revanche, il n'y a pas de changement de contenu par rapport à l'actuel article 98. Ce fonds est alimenté par un droit spécial perçu sur les actes et divers autres documents officiels délivrés par les autorités administratives et judiciaires, selon un arrêté du Conseil d'Etat qui en fixe le barème.

**7.2 Dispositions spécifiques (art. 111 à 121)**

**Art. 111** Développement des compétences individuelles en matière de santé (art. 99 LS 2008)

Le développement des compétences individuelles en matière de santé est un des éléments-clé de la politique de promotion de la santé. L'action de l'Etat ne vise pas à se substituer à celle des individus ; elle consiste plutôt à leur donner les moyens d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé et d'adopter des modes de vie sains.

**Art. 112** Protection parentale et infantile (art. 100 LS 2008)

L'alinéa 2 est complété de manière à garantir l'accès gratuit aux prestations de protection parentale et infantile dispensées par les CMS dans le cadre de leur mandat, conformément à la motion 2.0188 adoptée par le Grand Conseil le 8 mars 2018.

L'alinéa 3 est ajouté à la disposition afin de faire le lien avec les dispositions fédérales et cantonales en matière de protection de la jeunesse, qui prévoient également des mesures en matière de prévention des situations mettant en danger les enfants et les jeunes, ainsi que la promotion de comportements responsables pour la santé.

**Art. 113** Mesures visant à éviter l'abandon de nouveau-nés (art. 100a AP)

Cette disposition prévoit une série de mesures, anonymes ou non, destinées à éviter l'abandon de nouveau-nés et à venir en aide aux mères en détresse, pendant la grossesse, lors de l'accouchement ou après la naissance.

Découlant de la décision du Conseil d'Etat de 2014 faisant suite à la motion 1.232 du Grand Conseil concernant la création d'une « boîte à bébés » à l'Hôpital du Valais, l'article 113 lettre e) est une disposition nouvelle qui ancre cette mesure dans la loi.

Huit cantons suisses ont créé une telle « boîte » ; pour l'heure, le Valais est le seul canton de Suisse romande à en disposer, depuis l'automne 2016. Un équipement de cette nature ne peut être conçu que comme une mesure ultime. De son côté, le Conseil fédéral est favorable aux boîtes à bébé, en considérant que même si elles ne sont pas réglées par le droit fédéral, la vie de l'enfant est à considérer comme primordiale par rapport à d'autres considérations (BO 2014 E 305 ; BO 2013 E 1144).

Principale mesure anonyme d'aide à la naissance, l'accouchement confidentiel est pratiqué par plusieurs hôpitaux de Suisse (p. ex. l'Inselspital de Berne, l'Hôpital cantonal de Bâle). Ces derniers proposent ainsi la possibilité d'avoir un accouchement confidentiel en permettant aux futures mères de bénéficier d'un encadrement médical adéquat tout en restant anonymes. L'anonymat ne dure cependant que pendant la période durant laquelle la mère est soignée à l'hôpital. En effet, selon le droit suisse, en cas d'accouchement confidentiel, le Registre de l'état civil est obligatoirement averti par l'hôpital (articles 34 lettre a et 91 de l'Ordonnance fédérale sur l'état civil, OEC ; RS 211.112.2), avec la mention « accouchement confidentiel ». Si la mère a déjà décidé de donner son enfant à l'adoption, le cas est signalé à l'APEA (article 265b du Code civil suisse).

En Valais, l'Hôpital du Valais possède déjà, comme suite à la motion 1.232 du Grand Conseil, un concept d'accouchement confidentiel. La confidentialité est respectée et la vraie identité reste connue de la seule direction. La prestation médicale est facturée à l'assurance-maladie de la mère, comme pour toute autre naissance, avec la mention « confidentiel ». De son côté, le Service de la jeunesse est informé avant la naissance par la direction de l'Hôpital du Valais pour préparer le moment de la mise en adoption de l'enfant, car lors d'un accouchement confidentiel, la mère ne désire en principe pas garder l'enfant. Selon une convention romande, l'enfant né lors d'un accouchement confidentiel en Valais est, au terme des délais légaux, placé en adoption dans un autre canton romand.

On peut encore préciser que l'accouchement confidentiel « suisse » se distingue de l'accouchement confidentiel « allemand », ce dernier permettant à la mère de garder son identité cachée jusqu'aux 16 ans de son enfant. L'accouchement confidentiel se distingue encore de l'accouchement anonyme (« accouchement sous X »), qui n'est pas réglé par la loi mais qui se produit parfois lorsque la mère refuse de donner son nom et quitte l'hôpital aussitôt après l'accouchement. Dans de tels cas, l'hôpital annonce l'enfant à l'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), pour nomination d'un tuteur ou d'un curateur pour essayer de retrouver les parents et pour placer l'enfant à l'adoption (articles 308 alinéa 2 et 327a du Code civil).

**Art. 114 Santé sexuelle et reproductive (art. 101 LS 2008)**

La politique de santé publique en matière de santé sexuelle et reproductive est partiellement dictée par le droit fédéral, plus spécifiquement par la Loi fédérale du 9 octobre 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse et son ordonnance.

L'Etat entend cependant mener une politique plus vaste et coordonnée avec d'autres objets connexes comme l'éducation à la santé, la protection parentale et infantile, la santé scolaire, la prévention des maladies transmissibles et l'interruption de grossesse non punissable. Suite à la consultation, l'alinéa 2 est maintenu dans le projet de loi. Le Conseil d'Etat continuera donc de définir les lignes directrices de l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.

**Art. 115 Santé scolaire et soins dentaires scolaires (art. 102 LS 2008)**

La santé scolaire ne concerne pas seulement les médecins scolaires, mais également les infirmières en santé scolaire qui interviennent à plusieurs reprises durant la scolarité obligatoire. Les missions de la santé scolaire concernent la protection contre les maladies et la maltraitance, la prévention par le dépistage et le repérage des situations à risque, ainsi que la promotion de la santé.

De la même manière, les soins dentaires scolaires concernent l'hygiène dentaire auprès de la jeunesse et la lutte contre les caries et les malformations dentaires. Ils concernent donc également des hygiénistes dentaires et non seulement des médecins-dentistes.

**Art. 116 Santé psychique (art. 103 LS 2008)**

Le titre et l'alinéa 1 lettre a sont simplement modifiés afin de substituer la notion de « santé psychique » à celle de « santé mentale ». Ces deux notions sont souvent utilisées indifféremment, mais le terme « santé psychique » est désormais privilégié au niveau national, raison pour laquelle la formulation de cet article a été revue sur ce point.

L'alinéa 2 est abrogé dans la mesure où son contenu est repris à l'article 121 du projet de loi, disposition qui traite globalement des modalités de mise en œuvre de la politique de promotion de la santé et de prévention.

**Art. 117** Prévention des addictions (art. 104 LS 2008)

Les substances psychoactives comme le tabac, l'alcool, les drogues légales et illégales ne sont pas les seuls facteurs d'addictions. Le jeu, par exemple, peut également induire des dépendances ou des addictions dénommées « comportementales ». En réponse aux commentaires formulés lors de la procédure de consultation, l'addiction aux jeux excessifs a été ajoutée dans le projet de loi à l'alinéa 1. Les modifications de cet article visent ainsi à inclure l'ensemble des facteurs pouvant occasionner des formes de dépendance délétères.

L'alinéa 2 actuel est supprimé car il est repris à l'article 121.

Le nouvel alinéa 2 correspond à l'alinéa 4 de l'article 97 actuel introduit suite aux mesures d'économie ETS décidées par le Grand Conseil en novembre 2016. Il est donc repris ici. A noter que la prise en charge résidentielle est financée selon les dispositions de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, dont la mise en œuvre relève des compétences du Service de l'action sociale.

**Art. 118** Prévention des maladies transmissibles et infectieuses (art. 105 LS 2008)

Cet article n'est pas modifié, hormis la suppression de l'alinéa 3 repris à l'article 121.

Il faut rappeler dans ce contexte le rôle spécifique des écoles de la scolarité obligatoire et des structures prenant en charge des enfants et adolescents, des institutions du domaine de la santé, comme les hôpitaux, les foyers et les cabinets médicaux, des établissements de privation de liberté et des centres d'hébergement collectif cantonaux pour requérants d'asile, conformément au droit fédéral (articles 29 et suivants de l'Ordonnance sur les épidémies).

**Art. 119** Prévention des maladies non transmissibles et prévention des accidents (art. 106 LS 2008)

Le terme « maladies en progression significative » est remplacé par celui de « maladies non transmissibles ». Ce changement est également lié à la nouvelle catégorisation au niveau national entre maladies transmissibles et maladies non transmissibles.

La prévention des accidents est intégrée à l'article 119, ce qui permet l'abrogation de l'article 107 de la loi actuelle.

**(Art. 107 LS 2008 Prévention des accidents, abrogé)**

Cet article est abrogé. Les dispositions y relatives sont intégrées à l'article 119.

**Art. 120** Promotion de la santé au travail (art. 108 LS 2008)

La médecine et l'hygiène du travail ne sont plus les seuls aspects de la santé au travail concernés par des mesures de santé publique. La modification de la formulation de cet article vise à cibler spécifiquement la promotion de la santé au travail. D'autres législations prévoient également des dispositions dans ce domaine, en particulier la législation sur le travail.

**Art. 121** Modalités de mise en œuvre (art. 108a AP)

Cette disposition nouvelle, applicable à tous les objets de la politique de santé publique en matière de promotion de la santé et de prévention, autorise le Conseil d'Etat à fixer par voie d'ordonnance les modalités pratiques de mise en œuvre.

Selon l'article 121 alinéa 2, le Conseil d'Etat peut également déléguer par voie de convention l'exécution des tâches de promotion de la santé et de prévention à des organismes publics ou privés.

**7.3 Lutte contre les maladies transmissibles (art. 122 à 126)**

**Art. 122** Autorités (art. 125 LS 2008)

Cette disposition ne subit pas de modification substantielle : le département de la santé, par l'intermédiaire du Service de la santé publique et du médecin cantonal, est l'autorité chargée de la lutte contre les maladies transmissibles. Cette mission de santé publique fait l'objet d'une législation fédérale spécifique et bien connue, qui prévoit l'existence dans chaque canton d'un médecin cantonal et qui fixe ses tâches et ses compétences dans ce domaine, notamment la coordination de l'action entre la Confédération, le canton du Valais et ses communes.

Les modifications apportées à l'alinéa 2 lettre b et à l'alinéa 3 sont purement rédactionnelles (« établissement sanitaire » est remplacé dans le texte par « institution sanitaire »).

**Art. 123** Commission de coordination (art. 126 LS 2008)

Si la coordination entre les autorités fédérales, cantonales et communales en matière de lutte contre les maladies transmissibles est du ressort du médecin cantonal, la coordination entre les activités de médecine humaine, de médecine vétérinaire et de contrôle des denrées alimentaires est assurée par une Commission de coordination nommée par le Conseil d'Etat, selon l'alinéa 1.

Cet article n'est pas modifié.

**Art. 124** Couverture des frais (art. 127 LS 2008)

Pas de changement par rapport à l'article actuel.

#### **Art. 125** Obligation de déclarer des maladies (art. 128 LS 2008)

L'obligation d'annonce des maladies dites « à déclaration obligatoire » découle de la législation fédérale en matière de lutte contre les maladies transmissibles de l'homme, plus spécifiquement des articles 11 et suivants de la Loi fédérale sur les épidémies (LEp).

L'article 125 est modifié de manière à correspondre à la nouvelle teneur du droit fédéral, qui prévoit désormais que certaines maladies transmissibles doivent être déclarées non seulement au médecin cantonal mais également à l'Office fédéral de la santé publique, selon l'article 12 de la Loi fédérale. La liste des « observations » soumises à l'obligation de déclaration et les modalités de déclaration sont précisées dans l'Ordonnance fédérale sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme.

#### **Art. 126** Cimetières, inhumation, incinération et exhumation (art. 129 LS 2008)

Cette disposition est modifiée de manière à distinguer encore plus clairement les compétences respectives des autorités communales et des autorités sanitaires cantonales.

L'alinéa 1 exprime sans équivoque que les cimetières et autres lieux de sépulture sont soumis à l'autorité, à la police et à la surveillance des autorités communales.

L'alinéa 2 forme la base légale qui va permettre au Conseil d'Etat d'édicter une ordonnance relative aux conditions d'inhumation, d'incinération, de transport des cadavres ainsi qu'aux interventions pratiquées sur eux, uniquement toutefois dans une perspective de santé publique, en particulier afin d'éviter la propagation de maladies transmissibles, conformément aux exigences du droit fédéral dans ce domaine.

Dans ce contexte, l'alinéa 3 vise à instaurer une forme de surveillance des entreprises de pompes funèbres, à nouveau dans une perspective de santé publique. En cas de violation des règles de la loi sanitaire, ces entreprises sont soumises aux dispositions de la loi de santé prévoyant des sanctions disciplinaires.

L'alinéa 4 est inchangé : le dépôt ou la dispersion de cendres d'êtres humains à des fins commerciales reste interdit en Valais.

#### **7.4 Fumée passive (art. 127 à 131)**

##### **Art. 127** Principes généraux (art. 109 LS 2008)

En matière de fumée passive, le droit sanitaire valaisan complète ou étend le droit fédéral, qui contient également des règles interdisant ou limitant la fumée dans les lieux publics et sur les lieux de travail. Suite aux résultats de la consultation, nous proposons d'interdire également la consommation de tabac chauffé, de cannabis légal ainsi que le vapotage avec ou sans nicotine, en raison de l'incertitude actuelle quant à la nocivité de ces produits. Il est nécessaire de traiter ces produits de manière analogue aux produits du tabac classiques en suivant un principe de

précaution au vu de l'état actuel des connaissances dans ce domaine. Cette modification reprend par ailleurs les recommandations communes de la commission romande des médecins cantonaux et de la commission de promotion de la santé des cantons latins.

Contrairement à l'avant-projet mis en consultation, le Conseil d'Etat n'a pas retenu l'interdiction dans les espaces qui servent de lieu de travail à plusieurs personnes (art. 109 al. 1 let. g de l'avant-projet de loi), qui correspondait à la formulation de la Loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif.

Le Conseil d'Etat a maintenu l'alinéa 2 dans sa version actuelle. Il renonce ainsi à interdire le service de nourriture, de boissons ou d'autres prestations est interdit dans les espaces fermés et ventilés pour les fumeurs (« fumoirs »). La disposition actuelle laisse ouverte la possibilité de service, ce qui est d'ailleurs prévu dans l'ordonnance actuelle sur la protection de la population contre la fumée passive et l'interdiction de la publicité pour le tabac. Il est donc renoncé à interdire strictement tout service dans les fumoirs, y compris par un patron travaillant à titre indépendant.

#### **Art. 128 Exceptions (art. 110 LS 2008)**

L'article 128, relatif aux exceptions prévues à l'interdiction de fumer, n'est pas modifié.

Il énonce les exceptions aux principes généraux de l'interdiction de la fumée passive, en particulier les chambres d'établissements médico-sociaux, les chambres d'hôtel et les chambres des lieux d'hébergement et les cellules des prisons (lettres a à c).

#### **Art. 129 Publicité pour le tabac (art. 111 LS 2008)**

L'article 129 du projet de loi, qui interdit la publicité pour le tabac sur le domaine public et les lieux publics notamment, est modifié suite à la consultation afin d'y introduire également l'interdiction de la publicité pour le cannabis légal et la cigarette électronique avec ou sans nicotine, ainsi que les objets qui forment une unité fonctionnelle avec un produit du tabac. Les produits du tabac chauffé sont inclus dans les produits du tabac. Ces modifications sont nécessaires afin de traiter tous ces produits de manière analogue et d'éviter ainsi qu'ils ne servent de porte d'entrée à la consommation de tabac. Elles reprennent par ailleurs les recommandations communes de la commission romande des médecins cantonaux et de la commission de promotion de la santé des cantons latins.

La notion d'objets qui forment une unité fonctionnelle avec un produit du tabac concerne les objets qui sont joints aux produits du tabac afin que ceux-ci puissent être consommés, par exemple la pipe, la pipe à eau, le porte-cigarettes, le papier à rouler ou les filtres à cigarettes. Ce n'est en revanche pas le cas des briquets ou des allumettes.

Une interdiction de cette nature, découlant du droit cantonal, a été jugée conforme au droit fédéral par le Tribunal fédéral (ATF 128 I 295).

Un alinéa 2 est ajouté à cet article en réponse aux remarques formulées lors de la consultation. Il concerne l'interdiction de la publicité pour le tabac, la cigarette électronique avec ou sans nicotine et le cannabis légal lorsqu'elle atteint les mineurs. Il s'agit d'interdire également la publicité dans les lieux privés accessibles au public, en particulier dans les établissements d'hôtellerie et de restauration et dans les points de vente.

#### **Art. 130** Sanctions (art. 112 LS 2008)

L'article 130 a été légèrement remanié sur deux points. D'une part, il prévoit maintenant que le Conseil d'Etat fixe par voie d'arrêté le montant des amendes infligées en cas de non-respect, par catégorie d'infraction. D'autre part, la disposition permet aux polices municipales de rendre un prononcé administratif sommairement motivé dans les « cas clairs » ; dans les autres cas, la procédure pénale administrative usuelle est suivie.

Outre les sanctions, le département peut ordonner ou prendre toute mesure utile pour faire cesser un état de fait contraire au droit, selon l'alinéa 4.

#### **Art. 131** Modalités d'application (art. 113 LS 2008)

L'article 131 relatif aux sanctions est adapté de façon à permettre aux polices de proximité, c'est-à-dire aux polices communales, de procéder aux contrôles que nécessite le respect de l'interdiction de la fumée passive, en particulier dans les établissements publics. Les polices municipales effectuent à l'heure actuelle déjà des contrôles de l'interdiction de fumer dans les établissements publics, mais les sanctions sont prononcées par le département en charge de la santé. A titre subsidiaire, les autorités cantonales, soit la police cantonale, les autorités chargées de la sécurité alimentaire ou de la protection des travailleurs, peuvent également être amenées à intervenir dans ce contexte.

L'alinéa 2 correspond au contenu actuel de l'article qui confère au Conseil d'Etat les compétences de régler les modalités d'application, notamment les aspects techniques de la mise en œuvre du chapitre 7.4 et des exceptions.

### **7.5 Registres de santé publique (art. 132)**

#### **Art. 132** Registres de santé publique (art. 106a AP)

Cette disposition nouvelle contient les éléments nécessaires pour mettre en œuvre au niveau cantonal les dispositions de la Loi fédérale du 18 mars 2016 pour l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO), partiellement entrée en vigueur en juin 2018 et qui entrera totalement en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020. En Valais, le registre des tumeurs, rattaché à l'Observatoire valaisan de la santé, collecte et traite les données relatives aux diverses formes de cancer depuis de nombreuses années. Les dispositions sanitaires cantonales en matière de protection de données correspondent aux exigences fédérales et cantonales en la matière, notamment en termes de droit d'information, de droit d'accès et de droit d'opposition reconnus aux patients lors du traitement de données personnelles. Le droit fédéral est cependant actuellement en train d'être révisé, notamment pour



s'adapter aux récents développements du droit communautaire. En cas de nécessité, le projet de loi pourrait être légèrement remanié pour tenir compte des modifications fédérales. Cependant, ces modifications trouveront vraisemblablement leur place dans la législation cantonale sur la protection des données, et non dans la législation sanitaire.

L'alinéa 2 permet en particulier au registre des tumeurs de communiquer aux programmes de dépistage précoce les données nécessaires à l'assurance qualité conformément à la loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques.

Sur la base de l'alinéa 3, d'autres registres de santé publique pourraient être créés, par exemple un registre cantonal du diabète, aujourd'hui en projet. D'autres registres sont encore à l'étude. Suite à la procédure de consultation, la référence au registre du diabète a été explicitement ajoutée dans le projet de loi. Il a également été ajouté que, pour ces registres, les dispositions de la législation fédérale relative à l'enregistrement des maladies oncologiques s'appliquent par analogie.

Un nouvel alinéa 4, introduit suite à la consultation, rappelle que les principes fondamentaux du consentement et de la protection des données sont garantis par ces registres, à savoir que le patient doit consentir à l'enregistrement de ses données dans un tel registre, mais aussi qu'il peut accéder à ses données, les modifier et les annuler. Il précise aussi que le principe de la proportionnalité doit être respecté pour décider de la création d'un registre.

L'alinéa 5 prévoit l'accès à la plateforme informatique cantonale du registre des habitants, afin de permettre le contrôle prévu dans le cadre de la loi fédérale, selon une formulation déjà utilisée dans la loi d'application de la loi fédérale sur la poursuite pour dette et faillite. Les données traitées dans le cadre de registres de santé publique correspondent à des données sensibles, de sorte que ces registres doivent être prévus clairement dans une loi au sens formel.

L'alinéa 6 autorise notamment l'échange d'information entre le registre valaisan des maladies oncologiques et les autres programmes de dépistage des autres cantons, échange qui doit être expressément prévu dans une base légale cantonale, selon le droit fédéral. Par rapport à l'avant-projet mis en consultation, la référence au numéro AVS a été supprimée.

L'article 132 dans sa nouvelle formulation a été soumis à l'appréciation du préposé cantonal à la protection des données et à la transparence.

## **8 Médicaments et dispositifs médicaux (art. 133 à 146)**

### **Art. 133** Objet (art. 114 LS 2008)

Les modifications apportées à cette disposition et à l'intitulé du chapitre 8 sont essentiellement rédactionnelles. Selon la terminologie de la législation fédérale, l'expression « produits thérapeutiques » recouvre à la fois les médicaments et les dispositifs médicaux. A la formulation actuelle de la loi sanitaire – « produits thérapeutiques et dispositifs médicaux » –, redondante, le projet de loi préfère « médicaments et dispositifs médicaux ». Cette nouvelle formulation de l'objet du chapitre 8 se retrouve dans plusieurs autres dispositions, notamment déjà à l'alinéa 3 de cet article. L'alinéa 1 énonce en outre une nouvelle tâche assumée par le département, celle du contrôle ultérieur des dispositifs médicaux, après leur mise sur le marché, en exécution de l'article 24 de l'Ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux.

L'alinéa 2 est inchangé.

### **Art. 134** Autorisation de fabrication (art. 115 LS 2008)

La modification apportée à cette disposition est uniquement rédactionnelle : l'expression « produits thérapeutiques et dispositifs médicaux » est remplacée par « médicaments et dispositifs médicaux ».

L'alinéa 2 est inchangé.

### **Art. 135** Autorisation de mise sur le marché (art. 116 LS 2008)

La modification apportée à cette disposition est avant tout rédactionnelle : l'expression entre parenthèses « spécialités de comptoir » de l'alinéa 2, pour désigner des médicaments produits selon une formule propre à une officine privée ou une officine d'hôpital, est supprimée. Le département peut en effet être amené à délivrer une autorisation de ce type dans d'autres hypothèses que celle des « spécialités de comptoir ».

Les alinéas 1, 3 et 4 sont inchangés.

### **Art. 136** Prescription et administration de médicaments (art. 117 LS 2008)

L'alinéa 1 est modifié de manière à remplacer la liste précise des professions autorisées à prescrire des médicaments soumis à ordonnance contenue dans la loi cantonale actuelle par une référence à la liste prévue par la législation fédérale.

Pour donner la possibilité à d'autres professions de la santé de pouvoir prescrire certains médicaments, un alinéa 2 a été ajouté au projet de la loi, comme demandé lors de la procédure de consultation. Il s'agit par exemple d'autoriser les sages-femmes à prescrire certains médicaments comme des antidouleurs ou anti-inflammatoires. Le département est chargé d'établir la liste des médicaments pouvant être prescrits par quelles catégories de professionnels et à quelles conditions.

L'alinéa 3 prévoit désormais que les ordonnances sont exécutées sous la responsabilité d'un pharmacien dans une officine et non plus nécessairement par un pharmacien.

L'alinéa 4, nouveau, énonce les points qui doivent faire l'objet d'un contrôle avant l'exécution d'une ordonnance, originale ou électronique authentifiée ; elle doit en particulier contenir le nom et l'adresse du professionnel de la santé qui l'a rédigée, la désignation précise du médicament, de sa forme galénique et de sa posologie. En complément à l'alinéa 4, l'alinéa 5, également nouveau, permet en outre au pharmacien de vérifier l'identité du patient auquel il remet les substances soumises à contrôle, toujours dans un souci de protection de la santé publique.

L'alinéa 6 correspond à l'alinéa 3 de la loi actuelle. Il est revu de manière, d'abord, à supprimer la référence à un usage inadéquat de dispositifs médicaux, qui n'a guère de sens ; le nouveau texte précise, ensuite, que la contribution des professionnels de la santé dans la lutte contre l'usage inadéquat des médicaments doit porter en particulier sur la résistance aux antibiotiques. Cette résistance constitue un des défis de santé publique actuels ; elle a atteint une ampleur telle qu'une stratégie nationale de lutte contre la résistance aux antibiotiques a été élaborée par la Confédération et les cantons et est en place depuis 2014.

#### **Art. 137 Remise de médicaments (art. 118 LS 2008)**

L'alinéa 1 est inchangé.

L'alinéa 2 contient une nouvelle indication en lien avec la remise en urgence de médicaments non plus par les seuls médecins et médecins-dentistes, mais par les professionnels que le droit fédéral autorise à prescrire des médicaments. La disposition précise qu'une telle remise, pour l'instauration immédiate d'un traitement, est certes autorisée dans une situation d'urgence, mais dans des quantités appropriées. En cas de soupçon de violation de cet alinéa, l'alinéa 3 constitue la base légale qui permet au pharmacien cantonal d'accéder aux documents utiles, notamment aux factures des fournisseurs et à celles qui sont adressées aux assureurs.

La modification de l'alinéa 4 (al. 3 LS 2008) est purement formelle : la mention des médecins est remplacée par un renvoi aux professionnels prévus par le droit fédéral.

#### **Art. 138 Fausses ordonnances (art. 118a AP)**

L'article 138 est une nouveauté ; il s'agit d'une mesure de santé publique, parmi d'autres envisageables, par exemple découlant du droit pénal, destinée à lutter contre l'utilisation d'ordonnances falsifiées contenant la prescription d'un médicament soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes. Le pharmacien cantonal doit être avisé, selon l'alinéa 1 ; il peut, après vérification, communiquer aux pharmaciens ou aux médecins du canton l'identité, l'adresse et la date de naissance du patient figurant sur une ordonnance falsifiée, de même que les médicaments prescrits. Lorsqu'il existe de fortes suspicions que la personne utilise des ordonnances falsifiées en dehors du canton, le pharmacien

cantonal peut aussi transmettre ces informations aux autorités compétentes d'autres cantons, selon l'alinéa 4.

Les destinataires de l'avis ne peuvent l'utiliser que dans le but d'empêcher l'utilisation d'ordonnances falsifiées.

**Art. 139** Abus de médicaments psychotropes et stimulants (art. 118b AP)

Cette disposition est également nouvelle. Elle prévoit qu'avec le consentement du patient, le médecin traitant peut requérir l'aide des autorités de santé pour limiter l'accès de l'intéressé aux médicaments psychotropes et stimulants, en cas d'abus manifeste dangereux pour le patient. Si l'abus est dangereux pour autrui, le consentement du patient n'est pas nécessaire, selon l'alinéa 2.

Les mesures de cette nature s'inscrivent en complément des mesures de prévention déjà prévues par le droit fédéral pour lutter contre les troubles liés à l'addiction, notamment chez les enfants et les jeunes.

**Art. 140** Vente par correspondance (art. 119 LS 2008)

Pas de changement par rapport à l'actuel article 119.

**Art. 141** Autorisation de commerce de détail (art. 120 LS 2008)

La disposition actuelle soumet à autorisation le commerce de détail non seulement des médicaments mais aussi des dispositifs médicaux, ce que le droit fédéral n'exige pas. Le projet de loi contient la modification appropriée.

Les alinéas 2 et 3 sont inchangés.

**Art. 142** Publicité (art. 121 LS 2008)

Pas de changement par rapport à l'actuel article 121.

Le Conseil fédéral peut, pour protéger la santé et empêcher la tromperie, restreindre ou interdire la publicité pour certains dispositifs médicaux et édicter des prescriptions concernant la publicité transfrontière selon l'article 51 de la Loi fédérale sur les produits thérapeutiques (LPT<sub>h</sub>).

**Art. 143** Stockage du sang et des produits sanguins (art. 122 LS 2008)

Selon cette disposition, le stockage du sang et de produits sanguins est soumis à autorisation du département. Cette disposition n'est pas modifiée par rapport à l'actuel article 122.

Même si une seule institution sanitaire a demandé une telle autorisation en Valais, une surveillance de la gestion des stocks de sang et de produits sanguins – par le biais de l'autorisation initiale puis par les contrôles périodiques - est importante, dans une optique de protection de la santé publique. Le centre de transfusion sanguine de la Croix-Rouge est autorisé par Swissmedic ; quant au laboratoire de

l'Institut central des hôpitaux, il est autorisé par le département, en application de cette disposition.

**Art. 144** Surveillance et inspection (art. 123 LS 2008)

Pas de changement par rapport à l'actuel article 123.

**Art. 145** Séquestre, destruction et autres mesures administratives (art. 124 LS 2008)

Pas de changement par rapport à l'actuel article 124.

**Art. 146** Stupéfiants (art. 124a AP)

Cette disposition correspond à une reprise de l'actuel article 130.

La seule modification de l'alinéa 1 est purement rédactionnelle, dans le but d'adapter le texte à la formulation actuelle de la Loi fédérale sur les stupéfiants : le terme « dispensation » est remplacé par « remise ».

***(Titre dixième Lutte contre les toxicomanies LS 2008 et ses Art. 130 Autorités ; art. 131 Commission de lutte contre les toxicomanies et art. 132 Délégation de compétences, abrogés)***

Ce titre et toutes ses dispositions peuvent être abrogés, dans la mesure où elles sont reprises dans le chapitre 7 relatif à la promotion de la santé et à la prévention, voire dans la Loi sur l'intégration des personnes handicapées. Quant aux activités de la Commission de lutte contre les toxicomanies, elles sont reprises par la Commission pour la promotion cantonale de la santé, prévue à l'article 108.

## **9 Sanctions et procédure (art. 147 à 152)**

**Art. 147** Mesures disciplinaires : professionnels (art. 133 LS 2008)

L'article 147 vise « les professionnels soumis à la présente loi au sens de l'article 43 » et non plus seulement les professionnels de la santé et les responsables des institutions sanitaires.

Les mesures disciplinaires qui peuvent être prononcées sont « classiques » et découlent avant tout de la Loi fédérale sur l'exercice des professions médicales et de ses sanctions, en particulier le montant maximum de l'amende à l'alinéa 1 lettre c) ou la durée de l'interdiction provisoire de pratiquer de la lettre d). La lettre f) est abrogée, dans la mesure où la limitation ou le retrait temporaire ou définitif d'une autorisation d'exploiter est déjà énoncée à l'article 74.

L'alinéa 4 est déplacé à l'article 1494 alinéa 3 et l'alinéa 5 est abrogé, le rôle et les missions de la Commission consultative de surveillance des professions de la santé étant décrits aux articles 67 alinéa 2 et 68.

**Art. 148 Mesures disciplinaires : institutions sanitaires (art. 133a AP)**

L'article 148 est une disposition nouvelle, qui s'inspire de l'article 102 alinéas 1 et 2 du Code pénal. Elle permet de sanctionner une institution en raison de son organisation défaillante dans l'hypothèse où une violation des règles de l'art ou une violation du droit sanitaire ne pourrait être imputée à aucune personne physique déterminée active au sein de l'institution. Une telle disposition est nécessaire par exemple pour les cabinets dentaires qui sont propriété d'une société et non pas des dentistes qui y exercent.

En outre, selon l'alinéa 2, l'institution sanitaire peut aussi être sanctionnée, indépendamment de la punissabilité des personnes physiques, s'il doit lui être reproché de ne pas avoir pris toutes les mesures d'organisation raisonnables et nécessaires pour empêcher l'infraction. Les mesures disciplinaires sont l'avertissement et l'amende jusqu'à 100'000 francs, selon l'alinéa 3.

**Art. 149 Autres mesures administratives (art. 134 LS 2008)**

Les alinéas 1 et 2 sont inchangés.

La disposition est complétée par un alinéa 3, précédemment contenu à l'article 133 alinéa 4 de la loi actuelle, qui prévoit des mesures « positives ». Ainsi, l'autorité compétente peut non seulement « faire cesser un état de fait contraire au droit », notamment fermer des locaux, séquestrer ou confisquer des objets ; elle peut aussi ordonner en tout temps le suivi d'une formation complémentaire ou encore ordonner que des aménagements soient réalisés, pour une mise en conformité avec les conditions de pratique ou d'exploitation exigées par la loi.

**Art. 150 Procédure (art. 135 LS 2008)**

L'alinéa 1, inchangé, soumet les procédures menées par les autorités sanitaires dans le cadre de la loi sanitaire et d'éventuels recours aux règles énoncées dans la loi sur la procédure et la juridiction administrative (LPJA).

Cependant, à titre exceptionnel, en première instance, dans les « cas clairs » c'est-à-dire lorsque les faits sont clairement établis, il est possible, par économie de procédure, de renoncer à l'audition préalable du contrevenant, selon l'alinéa 2. Ce dernier peut toutefois former réclamation selon les dispositions de la LPJA, de manière à pouvoir exercer son droit d'être entendu.

Quant à l'alinéa 3, nouveau, il contraint les membres de l'autorité de surveillance ayant, dans l'exercice de leurs fonctions, connaissance d'un crime ou d'un délit poursuivi d'office, notamment d'une infraction contre la vie, l'intégrité corporelle ou l'intégrité sexuelle, d'en aviser l'autorité pénale, sans être déliés du secret de fonction, et le Conseil d'Etat. Cet alinéa est nécessaire car il ne recoupe pas entièrement le contenu de l'article 21 al. 5 de la Loi sur le personnel de l'Etat du Valais, qui permet aux « employés » de l'Etat – mais ne les contraint pas - d'aviser l'autorité de poursuite pénale de toute infraction poursuivie d'office.

**Art. 151** Assistance administrative (art. 135a AP)

Cette disposition est une reprise quasi textuelle de l'article 42 de la Loi fédérale sur les professions médicales. Sa présence dans le projet de loi cantonale poursuit essentiellement un but didactique, afin d'améliorer encore la collaboration entre les autorités judiciaires, l'administration en général et les autorités sanitaires.

**Art. 152** Sanctions pénales (art. 136 LS 2008)

Pas de modification par rapport à l'actuel article 136.

**(Art. 137 LS 2008 Compétences et procédure, abrogé)**

L'alinéa 1 n'est plus nécessaire car le département est désormais compétent pour prononcer des sanctions disciplinaires à l'encontre de tous les professionnels soumis à la loi. Quant au contenu de l'alinéa 2, il est réglé par le code de procédure pénale.

**T1 Dispositions transitoires (art. 153 à 155)**

**Art. T1-1** Directives (art. 138 LS 2008)

Une base légale est nécessaire pour permettre au département d'édicter des directives utiles à l'application de la présente loi ; le département peut à son tour déléguer la tâche d'édicter certaines directives au Service de la santé publique ou à d'autres services qui lui sont rattachés.

**Art. T1-2** Commission consultative de surveillance des professions de la santé

En lien avec la modification de procédure introduite à l'article 67, une nouvelle disposition transitoire est introduite. A l'entrée en vigueur de la loi, la commission continuera à traiter les instructions en cours jusqu'à la fin de la période administrative pour laquelle ses membres sont nommés. Le Service de la santé publique instruira les nouveaux dossiers à partir de l'entrée en vigueur de la loi.

**Art. T1-3** Equipements médico-techniques lourds (art. 138a AP)

Les équipements médico-techniques lourds en service au moment de l'entrée en vigueur de la loi ne sont pas soumis à régulation.

Cependant, si un exploitant d'équipement lourd omettait d'annoncer un équipement dans le délai imparti à l'alinéa 2 du présent article, il devrait alors se soumettre à la procédure mise en place par la loi, à moins qu'il puisse faire valoir de justes motifs pour expliquer son retard.

## 5. CONCLUSION

Le projet de loi est un texte adapté à une politique de santé équitable, raisonnable et moderne, harmonisée avec le droit fédéral et les législations sanitaires des autres cantons.

Il s'agit d'un texte équilibré, qui s'efforce tout à la fois de respecter l'autonomie des patients et leur dignité, de permettre un exercice rationnel des professions de la santé et une exploitation économique et efficace des institutions sanitaires, tout en tenant compte des contraintes financières auxquelles est soumise toute société contemporaine.

Les modifications apportées n'ont pas d'incidences financières supplémentaires par rapport à la loi actuelle. Elles n'engendrent pas de création de poste supplémentaire au sein de l'administration cantonale, hormis le poste de juriste à 60% au Service de la santé publique en lien avec la nouvelle procédure prévue en matière de surveillance des professionnels de la santé (art. 67 et 68). Le financement de ce poste sera toutefois intégralement compensé par la diminution des tâches de la présidence de la commission consultative de surveillance des professions de la santé et par la suppression de ses greffiers-juristes.

Nous espérons que ce projet de modification de loi emportera aussi votre adhésion.

Nous vous prions d'agréer l'assurance de notre haute considération et vous recommandons, Madame la Présidente, Mesdames et Messieurs les Députés, avec nous, à la protection divine.

Sion, le 21 novembre 2018

La présidente du Conseil d'Etat: **Esther Waeber-Kalbermatten**

Le chancelier d'Etat: **Philipp Spörri**



## Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Les grandes lignes du projet.....	2
2.1 L'exercice des professions de la santé.....	2
2.2 L'exploitation des institutions sanitaires.....	2
2.3 Autres adaptations.....	3
3. Résultats de la procédure de consultation.....	4
4. Commentaire article par article.....	8
1 Principes généraux (art. premier à art. 5).....	8
2 Organisation des autorités de la santé (art. 6 à 15).....	11
3 Patients (art. 16 à 42).....	16
3.1 Dispositions générales (art. 16 à 22).....	16
3.2 Choix éclairé des soins (art. 23 à 29).....	17
3.3 Protection des données du patient (art. 30 à 38).....	21
3.4 Sécurité des patients et qualité des soins (art. 39 à 42).....	25
4 Professionnels soumis à la présente loi (art. 43 à 68).....	27
4.1 Dispositions générales (art. 43 à 46).....	27
4.2 Autorisation de pratiquer (art. 47 à 55).....	30
4.3 Droits et devoirs professionnels (art. 56 à 66).....	35
4.4 Surveillance (art. 67 et 68).....	38
5 Institutions sanitaires (art. 69 à 94).....	41
5.1 Dispositions générales (art. 69 et 70).....	41
5.2 Autorisation d'exploiter (art. 71 à 75).....	42
5.3 Relations entre les patients et les institutions sanitaires (art. 76 à 80).....	44
5.4 Surveillance (art. 81 et 82).....	45
5.5 Equipements médico-techniques lourds (art. 83 à 94).....	46
6 Mesures médicale spéciales et recherche (art. 95 à 104).....	51
7 Promotion de la santé et prévention (art. 105 à 131).....	55
7.1 Dispositions générales (art. 105 à 110).....	55

7.2 Dispositions spécifiques (art. 111 à 121) .....	57
7.3 Lutte contre les maladies transmissibles (art. 122 à 126) .....	61
7.4 Fumée passive (art. 127 à 131) .....	62
7.5 Registres de santé publique (art. 132) .....	64
8 Médicaments et dispositifs médicaux (art. 133 à 146) .....	66
9 Sanctions et procédure (art. 147 à 152) .....	69
T1 Dispositions transitoires (art. 153 à 155) .....	71
5. CONCLUSION .....	72