

**MESSAGE N° 115**

16 décembre 2008

**du Conseil d'Etat au Grand Conseil  
accompagnant le projet de loi modifiant la loi sur  
la santé (révision partielle)**

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de loi modifiant la loi du 16 novembre 1999 sur la santé.

Le présent message est structuré selon le plan suivant:

1. Introduction
2. Commentaires des dispositions
3. Incidences
4. Conclusion

**1. INTRODUCTION**

La loi du 16 novembre 1999 sur la santé est l'une des premières lois de la nouvelle génération en matière de santé en Suisse. Elle a servi d'exemple, à plusieurs reprises, pour d'autres cantons. Dans les grandes lignes, elle a fait ses preuves et donné satisfaction dans la pratique. Néanmoins, les six années d'application ont démontré la nécessité de procéder à quelques adaptations. Cela concerne notamment le domaine de la planification sanitaire et plus précisément le fonctionnement des différentes commissions, où le présent projet répond à la motion 1005.07 Michel Buchmann/Christiane Feldmann concernant l'implication plus forte du Grand Conseil dans la Commission de planification sanitaire cantonale. Le présent projet précise également le rôle de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients et patientes (Commission de surveillance) ainsi que la procédure devant cette Commission. Il renforce la surveillance des personnes exerçant une méthode de médecine complémentaire ou de bien-être et d'esthétique. Enfin, le présent projet de loi donne suite au rapport N° 239 du Conseil d'Etat sur le postulat 252.04 Françoise Morel/André Ackermann concernant les installations de haute technicité, ainsi qu'à la motion 1054.08 Buchmann/Zadory concernant les pratiques interprofessionnelles en réseaux de soins dans l'intérêt des patients.

Cela étant, de nombreuses modifications ici proposées s'expliquent surtout par l'évolution du droit fédéral ces dernières années dans le domaine de la santé et de la formation professionnelle. Du fait des nouvelles règles et des nouvelles répartitions de compétences introduites par la législation fédérale, de nombreuses dispositions cantonales en la matière sont devenues soit caduques soit obsolètes. Il faut préciser que les lois fédérales déjà en vigueur sont appliquées dans les faits; il est cependant indispensable de modifier les dispositions cantonales qui n'ont plus de portée propre. Concrètement, sont touchés les domaines ci-après:

La loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd; RS 811.11) ne fixe pas seulement les conditions d'octroi de l'autorisation cantonale de pratiquer, mais règle également les devoirs professionnels ainsi que les mesures disciplinaires. Le présent projet de loi reprend ainsi les dispositions du droit fédéral en élargissant leur portée à l'ensemble des professionnels de la santé; en effet, on ne saurait prévoir pour les professions médicales (médecin, médecin dentiste, médecin vétérinaire, pharmacien-ne, chiropraticien-ne) réglementées au

niveau fédéral un régime distinct de celui qui s'appliquerait aux autres professions de la santé.

La loi fédérale sur les produits thérapeutiques (LPTh; RS 812.21) a mis un terme à la Convention intercantonale et à son organe d'exécution intercantonal, l'OICM, dont les tâches et compétences (élargies) ont été confiées au nouvel Institut suisse des produits thérapeutiques «Swissmedic». Le contrôle du marché des produits thérapeutiques étant ainsi principalement du ressort de la Confédération, il s'agit toutefois de régler les quelques domaines relevant encore de la compétence du canton. Cela concerne notamment le contrôle du commerce de détail dans les pharmacies et les drogueries, y inclus la vente par correspondance, la prescription et la remise de médicaments, ainsi que la fabrication en petite quantité.

L'entrée en vigueur de la loi fédérale sur la transplantation, celle sur la procréation médicalement assistée et celle sur la stérilisation impliquent également l'abrogation des dispositions cantonales y relatives, désormais limitées à fixer les mesures d'exécution prévues par le droit fédéral.

*Résultats de la procédure de consultation*

Lors de la procédure de consultation qui s'est déroulée du 29 avril jusqu'au 25 juillet 2008, les principaux sujets suscitant des remarques ont été la réorganisation des commissions ayant des compétences en matière de planification dans le domaine sanitaire et, dans une moindre mesure, l'introduction de la clause de besoin pour les installations de haute technicité. Ces remarques seront traitées en détail dans le commentaire des dispositions. Le toilettage de la loi et les adaptations à la législation fédérale n'ont provoqué que peu de réactions; toutefois, de nombreuses propositions pertinentes ont permis d'améliorer le projet.

**2. COMMENTAIRES DES DISPOSITIONS***Art. 1 al. 3 let. f*

Il s'agit d'une précision rédactionnelle en lien avec la LPTh (cf. également ad art. 109).

*Art. 3 al. 2*

Cette modification fait suite à la prise en considération, le 7 novembre 2008, de la motion 1054.08 Buchmann/Zadory concernant les pratiques interprofessionnelles en réseaux de soins dans l'intérêt des patients.

*Art. 7 al. 4*

Cet article est complété par la mention du ou de la vétérinaire cantonal-e qui doit également être à disposition de la Direction compétente en matière de santé (ci-après: la Direction) pour l'exécution des tâches du domaine de la santé publique, notamment en cas de zoonose. Cette disposition n'établit aucun lien de subordination administrative au sens de la loi sur l'organisation du Conseil d'Etat et de l'administration (LOCEA).

*Art. 8*

L'actuel article 8 ne distingue pas clairement entre la délégation de tâches d'exécution proprement dite et les mandats de prestations octroyés à des organismes externes dans le but de soutenir une activité qui relève d'un

intérêt général de santé publique. En effet, la délégation de tâches d'exécution ne prend normalement pas la forme de mandat de prestations, mais plutôt la forme de convention ou de règlement intercantonal, (par ex. la participation du canton de Fribourg à l'Inspectorat de Suisse Occidentale des Produits thérapeutiques (ISOPTh) ou au Comité Intercantonal d'éthique de la recherche Fribourg-Neuchâtel-Jura, la délégation de compétences à la CDS dans le domaine de la formation professionnelle concernant notamment les ostéopathes).

S'agissant par contre des conditions liées à la subvention d'une activité relevant d'un intérêt public, en règle générale octroyée sur la base d'un mandat de prestation, elles sont fixées par la législation spécifique en matière de subventions, ce qui permet de simplifier l'**article 8** qui se limite alors à régler la délégation de tâches d'exécution proprement dite.

#### **Art. 12 al. 1**

Ces modifications tiennent compte, d'un côté, du fait que la dénomination de «Laboratoire cantonal» disparaîtra à moyen terme, suite à la fusion du Laboratoire cantonal et le Service vétérinaire au 1<sup>er</sup> juillet 2008. De l'autre côté, l'application de la législation fédérale sur les produits chimiques (qui n'utilise par ailleurs plus le terme «toxiques») pourrait être confiée à un organe cantonal autre que le chimiste cantonal.

#### **Art. 15**

Actuellement, la planification sanitaire comprend notamment la planification dans le domaine hospitalier, dans le domaine des soins en santé mentale, de l'aide et des soins à domicile, des établissements médico-sociaux et de la promotion de la santé et de la prévention (cf. ad article 20 al. 2). Pour les deux derniers volets, des commissions spécifiques ont été instituées, à savoir la Commission de promotion de la santé et de prévention ainsi que la Commission consultative en matière d'EMS (cf. art. 8 de la loi sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées; LEMS), tandis que les autres domaines de planification sont du ressort exclusif de la Commission de planification sanitaire dont l'attention a toutefois été particulièrement retenue, durant ces dernières années, par la planification hospitalière. La Commission de planification sanitaire exerce toutefois un rôle central et de coordination, ses rapports avec les commissions spécifiques devant être clarifiés.

L'**alinéa 1** précise que la Commission de planification sanitaire est un organe consultatif du Conseil d'Etat. En tant que tel, elle ne devrait pas seulement s'occuper de l'un ou l'autre des différents volets partiels de la planification sanitaire, mais surtout veiller à la mise en place, à terme, d'une véritable planification d'ensemble englobant toutes les domaines concernés. Par conséquent, le rôle de la Commission consultative en matière d'EMS est modifié dans le sens qu'elle n'émet plus un préavis sur la planification des EMS, tâche qui incombera à la seule Commission de planification sanitaire (**art. 138b**), avec laquelle elle collabore. La Commission consultative en matière d'EMS doit toutefois être gardée en tant qu'organe consultatif, du moins en l'état, en attendant le concept de prise en charge des personnes âgées qui sera la base d'une nouvelle loi sur les personnes âgées qui se substituera à la LEMS. En effet, la planification dans ce domaine n'est pas comparable à la planification des autres secteurs de la santé, puisqu'elle concerne l'en-

semble d'une couche de la population sous l'angle aussi bien sanitaire que social. Il est donc utile que le Conseil d'Etat et la Direction continuent de pouvoir compter sur les conseils des spécialistes réunis dans cette commission. S'agissant de la Commission de promotion de la santé et de la prévention, elle doit être maintenue dans sa forme actuelle qui a donné satisfaction. Il s'agit là d'un domaine très spécifique et transversal, et les tâches de cette commission sont d'ordre technique et opérationnel. C'est ainsi cette commission qui a accompagné l'élaboration du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention et accompagne actuellement l'élaboration du plan d'action qui en découle. Il convient de le préciser dans la loi (**art. 16 al. 1 et 2**). La Commission de promotion de la santé et de prévention reste donc compétente en matière de planification de promotion de la santé et de prévention et est l'organe consultatif de référence pour le Conseil d'Etat dans ce domaine spécifique. Toutefois, la Commission de planification sanitaire veille à l'intégration de ce volet dans l'ensemble de la planification sanitaire. A cet effet, les deux commissions collaborent étroitement.

Quant à la description des tâches de la Commission de planification sanitaire, l'actuelle teneur de l'**article 15 al. 2** semble dire que la planification est élaborée par la Commission elle-même, ce qui n'est manifestement pas possible. L'avant-projet mis en consultation précisait donc le rôle de la Commission dans le sens qu'elle était considérée comme un vrai organe de préavis du Conseil d'Etat, avec pour conséquence que le Conseiller d'Etat ou la Conseillère d'Etat en charge de la santé publique n'en faisait plus d'office partie. Faisant suite à la motion 1005.07 Buchmann/Feldmann acceptée par le Grand Conseil le 12 octobre 2007, dont le but était de renforcer l'implication du Grand Conseil en matière de planification sanitaire, l'avant-projet mis en consultation proposait au surplus des modifications des **alinéas 3 et 4** de l'article 15. Ainsi, le ou la chef-fe du Service de la santé publique et le ou la médecin cantonal-e ne devaient plus y participer qu'avec voix consultative, et un membre de la Commission devait être nommé par les 10 membres de la Commission nommés par le Grand Conseil, respectivement par le Conseil d'Etat. Au surplus, la Commission devait élire elle-même le ou la président-e, et la durée des mandats devait correspondre à celle d'une période législative. Lors de la consultation, cette nouvelle conception de la Commission n'a pas entièrement convaincu des nombreux organismes consultés. Par conséquent, le présent projet propose de redéfinir le rôle de la Commission de planification sanitaire en précisant qu'elle participe activement à l'élaboration de la planification sanitaire (al. 2). S'agissant de sa composition (al. 3), le nouveau statut du ou de la chef-fe du Service de la santé publique et du ou de la médecin cantonal-e paraît adéquat. Par contre, le présent projet s'écarte du mode de nomination proposé par la motion Buchmann/Feldmann, en conférant au Conseil d'Etat la compétence de nommer 6 membres en complément aux cinq membres nommés par le Grand Conseil. C'est de cette manière que le Conseil d'Etat pourra assurer une représentation équitable du secteur privé dans la Commission. Au surplus, dans la mesure où le Conseiller d'Etat ou la Conseillère d'Etat en charge de la santé publique doit être d'office membre de la Commission, comme cela a été impérativement demandé par un nombre important d'organismes consultés, il ou elle doit également en assurer d'office la présidence. En effet, l'on voit mal comment une véritable participation

à l'élaboration de la planification sanitaire pourrait être réalisée si la coordination des travaux n'est pas assurée par la même personne. Par ailleurs, il y a lieu de relever que les commissions de planification existantes dans les cantons voisins et organisées de manière similaire sont présidées par les chefs des directions ou départements homologues (BE, NE, VD), respectivement par le ou la chef-fe du service de la santé publique (VS). A mentionner enfin que la durée des mandats est de 4 ans, en application de la règle générale prévue par l'article 2 de la loi réglant la durée des fonctions publiques accessoires. Le présent projet ne retient donc pas la durée d'une période législative de 5 ans proposée par la motion Buchmann/Feldmann, période inhabituelle pour une commission de l'Etat et dont le choix n'a pas été justifié par les motionnaires, ni discuté lors de la prise en considération.

#### **Art. 16 al. 1 et 2**

Cf. commentaire ad article 15 al. 1 ci-dessus.

#### **Art. 17**

Cet article apporte des précisions concernant le rôle et l'organisation de la Commission de surveillance. Elles font suite aux expériences faites par la Commission de surveillance lors des premières années de son fonctionnement (cf. également ad articles 127a à 127i).

#### **Art. 20 al. 2, 2<sup>e</sup> phr., et al. 3**

Le terme de «plan médico-hospitalier» n'est plus utilisé. Il est remplacé par la planification dans le domaine hospitalier et pré-hospitalier. Au surplus, cette disposition est complétée par la planification dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, ainsi que dans celui des EMS prévue par l'article 4 LEMS (cf. également ad art. 15 et 138b). Quant à l'**alinéa 3**, il s'agit d'une précision rédactionnelle. Le renvoi ne concerne pas seulement des dispositions légales au sens formel (loi), mais également au sens matériel (ordonnances, plans, etc.).

#### **Art. 20a (Installations de haute technicité)**

Faisant suite au rapport N° 239 du Conseil d'Etat sur le postulat 252.04 Françoise Morel/André Ackermann concernant les installations de haute technicité, cet article autorise le Conseil d'Etat à soumettre à restriction la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe. Les buts d'une telle mesure consistent, dans le respect du principe de la proportionnalité, à sauvegarder un intérêt public prépondérant et à assurer la maîtrise des coûts de la santé. Lors de la procédure de consultation, une majorité solide des organismes a été favorable à l'introduction de cette nouvelle compétence. A relever toutefois qu'une initiative parlementaire (07.443) visant à soumettre à autorisation la mise en service d'équipements médico-techniques particulièrement coûteux dans le cadre de la législation fédérale sur l'assurance-maladie a été déposée au Conseil national le 22 juin 2007. Dans la mesure où une réglementation en la matière au niveau fédéral aboutira, la nécessité de mettre en application l'article 20a devrait alors être examinée.

#### **Art. 23 al. 2**

Précision rédactionnelle. Le renvoi ne concerne pas seulement des dispositions légales au sens formel (loi), mais également au sens matériel (ordonnances, plans, etc.).

#### **Art. 34 al. 1**

L'**article 34** est modifié afin d'introduire la notion de «addictions», qui englobe une problématique plus large que celle de «toxicomanie» (p. ex. les addictions au jeu, à la nourriture, etc.).

#### **Art. 36**

L'**article 36** est simplifié par l'introduction de la notion moderne de «santé et sécurité au travail».

#### **Art. 43**

Le regroupement des dispositions concernant la procédure devant la Commission de surveillance dans le chapitre 9 (cf. ad articles 127a à 127i) permet de simplifier cet article.

#### **Art. 53 al. 3**

L'article 5 al. 2 LOCEA permettant, de manière générale, au Conseil d'Etat d'édicter des dispositions d'exécution, il est inutile de le rappeler dans la présente loi. Il faut par ailleurs relever que le Conseil d'Etat n'a pas fait usage, en l'état, de la compétence que lui réserve l'article 53 al. 3 dans le domaine des mesures de contrainte, celles-ci devant de toute manière être prises en fonction des circonstances des cas individuels.

#### **Art. 54 al. 2 et 3**

L'information immédiate de la Commission de surveillance de toute mesure de contrainte prise dans les institutions de santé étant impossible à réaliser et inefficace pour des fins de surveillance, l'**alinéa 2** est abrogé, sur proposition de la Commission de surveillance. Par contre, en cas de recours contre une mesure de contrainte, la Commission continue à vérifier sur place, si la mesure de contrainte a bien été établie selon les règles, notamment sur la base du protocole visé à l'**alinéa 1**. Pour des raisons de systématique, l'**alinéa 3** est abrogé et intégré dans le chapitre 9 (cf. ad article 127h).

#### **Art. 57 al. 3, dernière phrase**

L'article 5 al. 2 LOCEA permettant, de manière générale, au Conseil d'Etat de déléguer à la Direction la compétence d'édicter des dispositions d'exécution sur des points secondaires ou de nature essentiellement technique, il est inutile de le rappeler dans la présente loi.

#### **Art. 61 à 65**

Le prélèvement et la transplantation d'organes ou de tissus étant réglés par le droit fédéral, les dispositions cantonales se limitent à fixer les mesures d'exécution. Le Conseil d'Etat désignera notamment l'autorité indépendante chargée d'autoriser les prélèvements, à titre exceptionnel, des tissus ou des cellules qui se régénèrent sur des personnes mineures ou incapables de discernement, conformément à l'article 13 al. 4 de la loi fédérale sur la transplantation.

#### **Art. 71**

L'**article 71** est adapté à la modification du droit fédéral en matière d'interruption de grossesse («régime du délai»), en vigueur depuis l'an 2002. Par ailleurs, les dispositions cantonales d'application sont fixées dans l'ordonnance du 24 septembre 2002 concernant la pro-

cédure à suivre en matière d'interruption non punissable de grossesse.

#### **Art. 71a**

La procréation médicalement assistée étant réglée par le droit fédéral, les dispositions cantonales se limitent à fixer les mesures d'exécution. Le droit fédéral soumet notamment à autorisation cantonale toute pratique de procréation médicalement assistée, la conservation des gamètes ou des ovules imprégnés ainsi que la cession de sperme provenant de don. En l'état, aucune activité dans ce domaine ne s'est développée dans le canton de Fribourg.

#### **Art. 71b**

L'analyse génétique humaine étant réglée par le droit fédéral, les dispositions cantonales se limitent à fixer les mesures d'exécution. Il s'agit notamment de créer des services chargés de dispenser des informations et conseils indépendants en matière d'analyse prénatale, cette tâche pouvant également être confiée aux centres de consultation reconnus en matière de grossesse, conformément à l'article 17 de la loi fédérale sur l'analyse génétique humaine. Le Conseil d'Etat prévoit d'attribuer cette tâche au Service de planning familial et d'information sexuelle.

#### **Art. 72**

La stérilisation étant réglée de manière exhaustive par le droit fédéral, aucune mesure d'exécution ne doit être fixée par les cantons.

#### **Art. 75**

Il s'agit de précisions rédactionnelles qui n'appellent pas de commentaires.

#### **Art. 76**

Si les médecines complémentaires (terme remplaçant celui de «pratiques alternatives») continuent de ne pas être soumises à autorisation formelle, il convient de préciser que les personnes qui les exercent doivent respecter les principes de la loi en matière de droits des patients (notamment relatifs au droit d'être informé et au consentement libre et éclairé) et certaines obligations professionnelles. Au surplus, la surveillance de ces activités est renforcée par l'assujettissement des personnes qui les exercent au droit disciplinaire (cf. art. 124a ss.).

#### **Art. 77**

Pour des raisons de systématique, l'actuelle teneur de l'article 77 est intégrée dans l'article 79, avec des précisions liées à la LPMéd. Le présent projet de l'article 77 introduit une base légale spécifique pour les soins fournis aux animaux. L'alinéa 1 précise que les dispositions concernant les droits et devoirs professionnels des médecins vétérinaires s'appliquent par analogie aux soins fournis aux animaux. Si les soins fournis aux animaux par des personnes qui ne sont pas médecins vétérinaires continuent de ne pas être soumis à autorisation formelle, il convient toutefois de poser un cadre légal pour l'exercice de telles professions (alinéa 2). En outre, l'alinéa 3 introduit la compétence du Conseil d'Etat d'interdire de telles pratiques ou de les soumettre à conditions, par exemple à une obligation d'annoncer.

#### **Art. 78**

Pour des raisons de systématique, cette disposition réglant le port de titres est précisée et intégrée dans l'alinéa 2 de l'article 91 qui traite de la publicité.

#### **Art. 79 à 82 (Régime d'autorisation)**

Afin de les harmoniser avec la LPMéd, les dispositions relatives au régime d'autorisation doivent entièrement être revues. Il s'agit notamment d'harmoniser la notion de «pratique à titre indépendant» avec le droit fédéral (art. 79). En effet, les autorités fédérales définissent la pratique d'une activité indépendante à l'aune des critères économiques, prévalant en droit fiscal et en droit des assurances sociales («activité à son propre compte»). Par contre, bon nombre de cantons, y compris le canton de Fribourg, partent d'une définition liée à l'autonomie et à la responsabilité professionnelle envers les patients, ce qui englobe un cercle de personnes nettement plus large, qui sont employées et salariées; ainsi par exemple les médecins-cadres travaillant dans des hôpitaux, les pharmaciens responsables employés par des chaînes de pharmacies, les médecins dentistes employés par un centre dentaire ou encore, de manière générale tout ou toute professionnel-le qui a choisi d'exploiter son cabinet ou son officine sous la forme de personne morale, étant formellement l'employé-e de celle-ci. Toutes ces catégories de professionnels ne tombent pas sous le coup de la LPMéd. Afin de garantir qu'elles restent sous la surveillance de l'Etat, il est indispensable de préciser, dans le droit cantonal, que leur activité continue d'être soumise à autorisation (al. 1 let. b). Bien entendu, l'octroi de l'autorisation de pratiquer à titre dépendant, mais de manière professionnellement responsable, est lié aux mêmes conditions que celles prévues pour l'autorisation de pratiquer à son propre compte.

Les alinéas 2 et 3 traitent d'une autre forme de pratique d'une profession de la santé, à savoir la pratique sous la surveillance et la responsabilité d'un ou d'une professionnel-le autorisé-e en vertu de l'alinéa 1. Comme c'est le cas actuellement, la loi distingue entre les professions médicales universitaires (chiropraticien-ne, médecin, médecin dentiste, médecin vétérinaire, pharmacien-ne) et les autres professions de la santé. Ainsi, la pratique d'une profession médicale universitaire sous la surveillance et la responsabilité professionnelle d'un confrère ou d'une consœur reste soumise à autorisation formelle (al. 2). L'octroi de cette autorisation continuera toutefois d'être soumis à une procédure simplifiée, introduite sur demande du ou de la professionnel-le responsable, respectivement par l'employeur. Quant à la surveillance, son intensité doit être adaptée aux circonstances générales de l'activité et aux connaissances et expérience de la personne surveillée. Ainsi par exemple, un médecin assistant chevronné de troisième ou quatrième année, entouré par une équipe pluridisciplinaire dans un hôpital, aura besoin d'une surveillance beaucoup moins étroite de la part de la médecin-cheffe responsable de sa formation que par exemple la pharmacienne assistante fraîchement diplômée travaillant au sein d'une officine sous la surveillance – permanente cette fois – du pharmacien responsable.

Par contre, la pratique d'une profession de la santé autre que médicale, sous la surveillance et la responsabilité d'un ou d'une professionnel-le autorisé-e en vertu de l'alinéa 1, reste exempte d'autorisation formelle (al. 3). S'agissant de la surveillance, elle doit en principe être effectuée par un ou une professionnel-le de la santé prati-

quant la même profession; à la différence des professions médicales universitaires, elle peut toutefois exceptionnellement incomber à un ou une autre professionnel-le exerçant dans la même branche, par exemple à un ou une médecin dentiste surveillant un ou une hygiéniste dentaire.

L'**alinéa 4** reprend l'article 77 al. 2 et 3 de la loi actuelle.

A relever encore que la Direction pourra dispenser certains professionnels de la santé de demander une autorisation de pratique formelle si l'institution de santé où ils travaillent fait déjà l'objet d'une surveillance accrue de l'Etat, notamment par le biais d'une autorisation d'exploitation et/ou d'un mandat de prestations (**al. 5**). On citera par exemple les ambulanciers et ambulancières exerçant leur profession de manière professionnellement responsable au sein d'un service d'ambulance, qui, lui, doit être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter octroyée par ailleurs sur la base d'une procédure de reconnaissance par l'Interassociation de sauvetage (IAS) incluant l'examen de la qualification professionnelle des personnes engagées.

L'**article 80** concernant les conditions et la procédure d'autorisation est adapté aux dispositions correspondantes de la LPMéd (**al. 1**). A relever que l'exigence d'une pratique professionnelle suffisante (**al. 1 let. b**) est définie par le Conseil d'Etat pour chaque profession, dans les limites du droit fédéral, ce qui est déjà le cas actuellement. L'**alinéa 2** donne la compétence au Conseil d'Etat de définir les conditions concernant l'obligation de s'annoncer incombant aux professionnels de la santé établis dans un autre canton ou dans un pays étranger qui ont le droit de pratiquer, sans autorisation, leur profession dans le canton de Fribourg pendant une période limitée (prestataires de service). Actuellement, cette durée est limitée à 90 jours par année; elle pourrait toutefois être modifiée si la Confédération reprend la nouvelle directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (directive 2005/36/CE) dans l'annexe III de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes, dont l'article 7 permet à l'autorité compétente de définir ce délai au cas par cas. L'**alinéa 3** pose la base légale formelle pour le registre des professionnels de la santé existant déjà dans les faits. Ce registre est public dans le sens que tout un chacun pourra se renseigner auprès du Service de la santé publique si tel-le professionnel-le est au bénéfice d'une autorisation de pratique valable. En revanche, étant donné que le Service n'est pas toujours informé des changements de la situation des professionnels de la santé (changement de noms, d'adresse, etc.), il n'est ni utile ni judicieux, dans un premier temps, de publier en forme de liste les noms et adresses de l'ensemble des personnes enregistrées. A moyen terme, en parallèle avec la mise sur pied du registre fédéral des professions médicales universitaires, il sera toutefois envisageable de publier certaines données contenues dans le registre de manière adéquate, notamment sur internet. Pour mémoire, cette manière de faire a déjà été esquissée dans la réponse du Conseil d'Etat à la motion 057.04 Michel Buchmann/Jean-Denis Geinoz concernant la transparence dans le domaine des autorisations de pratique professionnelles, motion qui a été retirée par ses auteurs le 2 février 2005.

Quant à l'**article 81**, l'actuelle teneur de son alinéa 1 est intégrée dans l'article 80 al. 3 concernant le registre des professionnels de la santé, tandis que l'alinéa 2 est supprimé du fait qu'il est contraire à la LPMéd. Dorénavant,

cet article règlera les principes applicables à l'instruction des demandes d'autorisation de pratique; il reprend l'article 6 du règlement du 21 novembre 2000 concernant les fournisseurs de soins et la Commission de surveillance (ci-après: le règlement) afin de donner à ces principes une base légale au sens formel. Concrètement, il peut s'avérer nécessaire de disposer des renseignements complémentaires pour approfondir l'examen du dossier de demande présenté, en particulier l'examen d'une moralité attestant que le ou la professionnel-le est bien digne de confiance (art. 80 al. 1 let. c). Le Service pourra également être amené à vérifier, en cas de doute, l'authenticité d'un document fourni auprès de l'autorité ou de l'organe qui l'a établi.

Enfin, la LPMéd ne permettant pas de limiter formellement la durée de validité de l'autorisation, l'**article 82** est reformulé pour le rendre compatible avec le droit fédéral (**al. 1**). Au surplus, la Direction pourra désigner des médecins-conseils chargés de mener l'examen d'aptitude (**al. 2**). Si la Direction fait usage de cette compétence, seuls les certificats médicaux des médecins-conseils permettront aux professionnels de la santé concernés de poursuivre leur activité au-delà de l'âge de 70 ans.

#### **Art. 85, 86a, 87**

Ces articles sont reformulés dans le but de les adapter au libellé des dispositions de la LPMéd relatives aux devoirs professionnels. A noter que l'**article 85** va plus loin que la disposition correspondante de la LPMéd et ne s'applique pas seulement aux accords illicites («compérage») entre professionnels de la santé, mais également à la collaboration professionnelle avec des tiers (p.ex. grossistes, laboratoires). A relever que les accords conclus avec les assurances sociales dans le cadre de la législation topique (modèles de *managed care*) ne sont pas concernés par cette disposition. S'agissant de l'obligation d'être couvert-e par une assurance responsabilité civile (**art. 86a**), conclue par le ou la professionnel-le ou par son employeur, elle ne fait plus partie des conditions d'autorisation, mais représente une obligation professionnelle. Cette nuance n'a toutefois pas d'incidence sur la pratique, étant donné que le Service de la santé publique peut à tout instant, même lors de la procédure de demande, contrôler si la personne concernée satisfait à cette obligation.

#### **Art. 90 al. 2**

Pour des raisons de systématique, cet alinéa est précisé et intégré dans l'alinéa 3 de l'article 90a.

#### **Art. 90a**

Cet article comble une lacune de la loi actuelle, en particulier l'**alinéa 2** qui permet aux professionnels de la santé d'informer les autorités de poursuite pénale sur certains cas de violence, afin que celles-ci puissent mener l'enquête pénale. Dans ces cas, ils ne sont donc plus obligés de se faire délier du secret professionnel par la personne concernée – qui peut être inconsciente ou non coopérante – ou par la Direction. La plupart des législations cantonales prévoient une telle dérogation au secret professionnel. L'expérience a montré que les professionnels de la santé n'y recourent qu'exceptionnellement et après mûre réflexion.

**Art. 91**

L'**alinéa 1** de cet article est reformulé dans le but de l'adapter au libellé de la disposition correspondante de la LPMéd, tandis que l'**alinéa 2** reprend l'actuel article 78, transféré pour des raisons de systématique, comme mentionné ci-dessus.

**Art. 92 al. 2 et 3**

La modification de l'**alinéa 2** crée une base légale explicite à la pratique administrative qui exige qu'en dehors d'un cabinet proprement dit, une profession de la santé doit au moins être pratiquée dans un local spécialement et exclusivement aménagé à cet effet. Par exemple, dans le cadre d'une collaboration entre un médecin pratiquant la médecine esthétique et un institut de beauté, qui n'est pas une institution de santé, la disposition des locaux doit être appropriée, dans le sens qu'ils doivent permettre aux patients de distinguer objectivement les actes médicaux des actes non médicaux. Elle doit en outre contribuer à garantir le respect des droits des patients et des patientes, notamment le droit au consentement éclairé ainsi que la confidentialité, y compris la sécurité des dossiers des patients et des patientes (cf. également arrêt 2P.246/2004 du Tribunal Fédéral du 6 janvier 2005). L'**alinéa 2** est en outre complété par une réserve concernant les situations thérapeutiques particulières, par exemple pour tenir compte des interventions ergothérapeutiques visant l'autonomie des patients dans la vie quotidienne, qui doivent se faire dans un cadre réel. Le nouvel **alinéa 3** reprend l'article 13 du règlement afin de donner à ces exigences une base légale au sens formel.

**Art. 94**

Ces modifications apportent des précisions rédactionnelles, afin d'adapter l'**article 94** à la pratique administrative développée en matière de remplacement et aux recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) à ce sujet. Ainsi par exemple, l'autorisation exceptionnelle de remplacement selon l'**alinéa 2** – dont le libellé actuel peut par ailleurs prêter à confusion – est octroyée aux assistants suivant une formation postgrade dans le cabinet médical ou l'officine en question.

**Art. 95**

Les **alinéas 1 à 3** de cet article regroupent essentiellement les dispositions de la loi et du règlement concernant le service de garde, l'**alinéa 1** limitant toutefois l'obligation légale d'organiser un tel service et d'y participer aux professions médicales universitaires, à savoir les professions de chiropraticien-ne, médecin, médecin dentiste, médecin vétérinaire et pharmacien-ne, ce qui, dans les faits, est déjà le cas actuellement. Les motifs justifiant une dispense de participer au service de garde ne sont pas énumérés de manière exhaustive; ainsi, une dispense pourrait également être envisagée en faveur d'un ou une professionnel-le de la santé qui déploie son activité principale dans un autre canton (p. ex. un médecin hautement spécialisé n'intervenant que ponctuellement dans le canton de Fribourg, une pharmacie située dans un autre canton pratiquant la vente par correspondance, etc.). L'**alinéa 1** précise en outre qu'une dispense peut être assortie d'une taxe compensatoire, indépendamment du motif de dispense. Le produit des taxes doit bien entendu servir à des fins liées à l'organisation des services de garde. Dans la mesure où les associations professionnelles reconnues

sont chargées d'organiser ces services de garde, il leur incombe également de fixer de manière adéquate les critères selon lesquels un ou une professionnel-le peut être (totalement ou partiellement) dispensé-e, ainsi que la taxe compensatoire. A noter enfin que le refus de participer aux services de garde ou de s'acquitter de la taxe compensatoire décidée par l'association professionnelle compétente est considéré comme violation d'une obligation professionnelle et peut faire l'objet d'une procédure disciplinaire (cf. articles 124ss.).

A relever que, conformément à l'article 98 al. 1 LSan, l'Etat peut au besoin participer au financement de la formation en médecine d'urgence des médecins de premier recours.

**Art. 99 al. 2 let. g à l; al. 3**

L'**alinéa 2 let. g** est modifié afin d'introduire la notion plus large d'institution de lutte contre les *addictions*, qui englobe une problématique plus large que la notion de toxicomanie (p. ex. les addictions au jeu, à la nourriture, etc.). Pour des raisons formelles, la liste des institutions de santé soumises à autorisation d'exploiter est complétée par trois catégories d'institutions actuellement contenues dans le règlement (**al. 2, let. i, j et k**), même s'il faut dire qu'en l'état, aucun service social spécialisé offrant des prestations à caractère résidentiel (**lettre j**) ou établissement de cure balnéaire (**lettre k**) n'existe dans le canton. Enfin, la nouvelle **lettre l** mentionne expressément les maisons de naissance, qui sont par ailleurs déjà soumises à autorisation dans la pratique administrative. S'agissant de l'**alinéa 3**, les précisions apportées par les articles 100a al. 1 et 110 al. 4 rendent cette disposition inutile; elle peut donc être abrogée.

**Art. 100 al. 2 let. b et f**

Ces dernières années, on a pu observer une certaine tendance montrant que des soins ambulatoires ne sont plus offerts seulement dans le cadre classique des cabinets de professionnels indépendants, mais ils le sont également dans des centres médicaux ou dentaires, souvent exploités en la forme de personne morale par des personnes qui ne sont pas nécessairement identiques aux professionnels de la santé qui y travaillent (cf. également ci-dessus ad art. 110a al. 1). Une telle organisation est tout à fait acceptable sous l'angle de la liberté économique garantie par la Constitution. L'**article 100 al. 2 let. b** précise toutefois que les professionnels de la santé travaillant au sein d'une institution de santé doivent pouvoir exercer leur profession en toute indépendance, selon leur conscience et leur responsabilité professionnelle, dans le seul intérêt du patient. La **lettre f** reprend une disposition du règlement (article 79 al. 2 let. f) concernant l'exigence faite aux institutions de santé de disposer d'un système d'assurance de qualité adéquat, ce qui mérite d'être expressément mentionné au niveau de la loi. Par système d'assurance de qualité, on entend l'ensemble des mesures prises pour que les prestations effectuées ou produits fabriqués soient de qualité (personnel formé, matériel et équipement adéquats, processus documentés, etc.).

**Art. 100 al. 4**

L'article 5 al. 2 LOCEA permettant, de manière générale, au Conseil d'Etat d'édicter des dispositions d'exécution des lois et de déléguer à la Direction la compétence d'édicter des dispositions d'exécution sur des points se-

condaires ou de nature essentiellement technique, il est inutile de le répéter dans la présente loi.

#### Art. 100a

L'article 100a al. 1 crée une base légale explicite à la pratique administrative développée par rapport aux cabinets de groupe et autres centres médicaux exploités en la forme de personne morale. Du fait que, dans ces cas, le contrat relatif aux soins est passé entre le ou la patient-e et la société et non pas entre le ou la patient-e et le ou la professionnel-le de la santé traitant, il paraît justifié, en règle générale, que l'exploitation d'une telle structure soit soumise à autorisation. L'autorisation sert alors principalement à désigner un ou une professionnel-le de la santé responsable de l'exploitation en tant qu'interlocuteur pour les patients, afin de garantir la transparence propre à assurer la protection des droits des patients, notamment en matière de responsabilité civile professionnelle, de libre choix du médecin et d'accès au dossier. Ce responsable est également l'interlocuteur pour les autorités de surveillance. Dans cette perspective, une exception à l'obligation d'autorisation devrait toutefois être admise dans la mesure où les professionnels concernés sont les uniques propriétaires, voire les administrateurs ou administratrices de la société qu'ils exploitent et que leurs noms apparaissent dans celui de la société.

S'agissant de l'alinéa 2, il est repris du règlement (art. 76 al. 2) pour donner une base légale au sens formel à la compétence de la Direction de dispenser certaines institutions de santé de demander une autorisation d'exploitation, pour autant que celles-ci fassent déjà l'objet d'une surveillance accrue de l'Etat, notamment par le biais d'un mandat de prestations. On citera par exemple l'hôpital fribourgeois, le Réseau fribourgeois de santé mentale ou encore l'Hôpital intercantonal de la Broye.

#### Art. 107 al. 1

Précision rédactionnelle. Le renvoi ne concerne pas seulement des dispositions légales au sens formel (loi), mais également au sens matériel (ordonnances, etc.).

#### Art. 109 à 117 (Produits thérapeutiques)

Afin de les harmoniser avec la LPTh, les dispositions cantonales relatives aux produits thérapeutiques font l'objet d'une refonte quasi complète.

L'exploitation d'une pharmacie ou d'une droguerie reste soumise à autorisation d'exploitation (art. 110), qui a valeur d'autorisation de commerce de détail au sens de l'article 30 LPTh. L'alinéa 2 précise les conditions liées à l'octroi de l'autorisation. A relever notamment que la ou les personnes responsables d'une pharmacie ou d'une droguerie dont elles ne sont pas propriétaire doivent pouvoir exercer leur profession en toute indépendance, selon leur conscience et leur responsabilité professionnelle, dans le seul intérêt du patient et de la patiente (let. b; cf. également ad art. 100 al. 3 let. b). Quant aux installations (let. c), elles devraient au moins permettre la fabrication des préparations magistrales de base. Elles devraient également comporter des moyens informatiques sûrs, qui empêchent la falsification des données et protègent ces dernières (dossiers des patients et patientes, transmission sécurisée des données). L'alinéa 3 déroge à l'article 94 concernant les remplacements dans la mesure où il permet au pharmacien ou à la pharmacienne responsable, respectivement au ou à la droguiste responsa-

ble, de veiller lui-même ou elle-même à ce qu'un ou une professionnel-le autorisé-e à pratiquer soit présent-e pendant le temps d'ouverture de l'officine. Cette personne doit toutefois faire partie du personnel fixe de l'officine, qui connaît la clientèle et les processus internes de cette dernière. Par contre, le remplacement par une personne extérieure à l'officine est soumis à autorisation formelle, conformément à l'article 94. (A noter par ailleurs que, s'agissant des pharmacies, la qualification des personnes responsables et l'organisation de la présence doit également satisfaire aux exigences du droit fédéral en matière d'assurance-maladie.) Pour le surplus, l'alinéa 4 renvoie aux dispositions concernant les institutions de santé, par exemple à celles régissant la publicité (art. 106 en liaison avec l'art. 91) et surtout les mesures administratives et disciplinaires (chapitre 9).

L'article 111 fait référence aux articles 5 al. 2 let. a et 9 al. 2 let. a à c<sup>bis</sup> LPTh. Il n'appelle pas de remarques particulières.

Seuls domaines relativement importants restés dans la compétence des cantons, dans un cadre toutefois fixé par la LPTh (art. 24 et 25 LPTh), la remise et la prescription de médicaments sont réglées par les articles 112 et 113. A souligner d'emblée que la réglementation cantonale de la propharmacie (remise de médicaments par des médecins) reste inchangée (art. 112 al. 2 et al. 4 let a), tandis que celle sur la remise de médicaments par les vétérinaires renvoie à l'ordonnance fédérale du 18 août 2004 sur les médicaments vétérinaires (OMédV; RS 812.212.27) (al. 3); il appartiendra au Conseil d'Etat de fixer, par voie d'ordonnance, si l'autorisation de pratiquer la profession de vétérinaire a valeur d'autorisation de commerce de détail au sens de la législation fédérale ou s'il convient, de manière générale ou dans certains cas (p. ex. cliniques vétérinaires), de séparer les deux autorisations. Est également maintenue la possibilité pour les institutions de santé, notamment les EMS, d'exploiter une pharmacie d'institution (al. 4 let b); par ailleurs, l'autorisation d'exploiter une pharmacie d'institution peut également être octroyée à un établissement qui ne fait pas partie des institutions de santé, par exemple les établissements pénitentiaires. L'alinéa 4 let. c apporte une base légale au sens formel permettant aux conseillers et conseillères du service de planning familial de remettre la contraception d'urgence («pilule du lendemain»); cette disposition fait référence à l'article 25c de l'ordonnance fédérale sur les médicaments (OMéd; RS 812.212.21). Quant à l'alinéa 4 let. d relatif à la remise de médicaments non soumis à ordonnance par d'autres personnes dûment formées, il est par exemple applicable aux commerces zoologiques ou apicoles (cf. art. 9 OMédV). Le vétérinaire cantonal n'étant pas subordonné à la Direction, l'alinéa 5 apporte une base légale permettant à la Direction de lui déléguer la compétence d'octroyer les autorisations dans le domaine de la remise de médicaments vétérinaires, en dérogation de l'article 66 al. 2 LOCEA. L'article 113 apporte des précisions par rapport à la prescription et l'administration de médicaments, activités qui ne doivent pas être confondues avec la remise. Ainsi donc, bien que les infirmiers ou infirmières, les sages-femmes, les hygiénistes dentaires et les ambulanciers ou ambulancières puissent administrer directement certains médicaments soumis à ordonnance (al. 4, qui fait référence à l'article 27a OMéd), ils ou elles n'ont pas le droit de les prescrire ni de les remettre à leurs patients et patientes. Quant à l'alinéa 5, il comble une lacune du droit fédéral et cantonal en attribuant à la Direction la compétence de permettre

l'utilisation professionnelle de médicaments non soumis à ordonnance, par exemple l'utilisation de produits désinfectants de la liste D dans les cabinets de podologie ou dans les instituts de pédicure esthétique.

L'**article 114** fait référence à l'article 27 al. 4 LPTh. Il n'appelle pas de remarques particulières.

L'**article 115** fait référence à l'article 20 al. 2 LPTh en liaison avec l'article 36 al. 4 de l'ordonnance fédérale sur les autorisations dans le domaine des médicaments (OAMéd; RS 812.212.1). En effet, le droit fédéral permet aux personnes exerçant une profession médicale universitaire d'importer des médicaments prêts à l'emploi non autorisés sous certaines conditions, dont la tenue d'un registre ad hoc.

L'**article 116** fait référence à l'art. 34 al. 4 LPTh et l'**article 117** aux articles 30 al. 2, 34 al. 4, 58 al. 5, 60 al. 3, 4 et 5 LPTh. Ils n'appellent pas de remarques particulières.

#### Art. 121

L'**alinéa 1** est complété par la mention de conseils de santé. Il s'agit là d'une autre catégorie de prestations qui, pour autant qu'elles soient prodiguées à des personnes présumées en bonne santé, ne sont pas réservées aux professionnels de la santé, mais qui peuvent néanmoins avoir un impact sur la santé. Sont par exemple visés les conseils psychologiques ou diététiques.

S'agissant de l'**alinéa 2**, il peut être supprimé, l'article 5 al. 2 LOCEA permettant, de manière générale, au Conseil d'Etat de déléguer à la Direction la compétence d'édicter des dispositions d'exécution sur des points secondaires ou de nature essentiellement technique.

#### Art. 124 à 127i (Surveillance)

Pour des raisons de systématique, l'**article 124 al. 1 let. e** reprend les dispositions de l'article 126 al. 1 let. a et al. 3, ainsi que de l'article 127 al. 1 let. a et al. 2, en les transférant du contexte des mesures disciplinaires à celui des mesures administratives. En effet, le retrait d'une autorisation de pratiquer pour des raisons de santé, par exemple, ne saurait se faire sous l'aspect quelque peu dénigrant d'une mesure disciplinaire. Un retrait pour ce motif constitue une mesure objective prise dans l'intérêt de la protection de la population, voire de la personne concernée. Par ailleurs, l'**alinéa 3** de l'article 124 est modifié pour créer une base légale claire permettant la publication des mesures administratives.

L'**article 125** est adapté à l'article 43 LPMéd; les **articles 126 et 127** sont modifiés en conséquence. A relever en particulier le fait que le catalogue des mesures disciplinaires est complété par l'amende, dont la limite est fixée à 20 000 francs au plus pour ce qui concerne les professionnels de la santé, conformément à l'article 43 al. 1 let. c LPMéd. Au surplus, l'autorité compétente pourra décider de publier une mesure disciplinaire (**art. 125 al. 6**). Cela renforcera considérablement l'effet dissuasif du catalogue des mesures disciplinaires, même si l'autorité de surveillance utilisera cette mesure avec une certaine réserve. Autre nouveauté, des mesures disciplinaires peuvent également être prononcées à l'encontre de personnes ou d'institutions qui ne font pas partie des professions ou institutions de la santé et qui recourent aux médecines complémentaires (cf. article 76 al. 2).

Les nouveaux **articles 127a à 127i** regroupent essentiellement les dispositions concernant la procédure en matière

de surveillance, actuellement réparties entre différents articles de la loi et du règlement. Quelques nouveautés et précisions sont en outre introduites par rapport au régime actuel. Ainsi, l'**article 127a al. 4** précise expressément que le contentieux lié aux honoraires ou à l'application des tarifs ainsi que l'examen d'une faute professionnelle impliquant la responsabilité civile professionnelle ne sont pas du ressort des autorités de surveillance, conformément à la pratique établie par la Commission de surveillance. L'**article 127b** concernant la prescription s'inspire de l'article 46 LPMéd, tandis que l'**article 127c** reprend l'article 96 du règlement en le simplifiant. L'**article 127d** sanctionne une autre pratique développée par la Commission de surveillance concernant l'intervention du médiateur ou de la médiatrice. Véritable nouveauté, l'**article 127g** introduit la compétence de la Commission de surveillance, jusque-là uniquement organe de préavis, de prononcer elle-même certaines mesures disciplinaires, ce qui renforce la position de la Commission tout en allégeant la procédure actuelle.

Enfin, en regroupant l'actuel article 54 al. 3 de la loi et les articles 95 al. 3 et 98 du règlement, l'**article 127h** traite de la procédure dans un autre domaine de compétence de la Commission de surveillance, à savoir les mesures de contrainte.

#### Art. 128 al. 1 let. l et m

Le volet pénal en matière de produits thérapeutiques étant réglé par le chapitre 8 de la LPTh, l'**article 128 al. 1 let. l** peut être supprimé.

La **lettre m** est complétée de manière à s'appliquer également aux personnes qui exercent une méthode de médecine complémentaire de manière dangereuse pour la santé.

#### Art. 129

Pour des raisons de systématique, l'actuelle teneur de l'**article 129** est intégrée à l'article 127i. Dorénavant, l'article 129 fonde la base légale spécifique permettant le traitement et l'échange de données personnelles concernant les personnes et institutions soumises à la présente loi, dans le but d'une surveillance coordonnée et efficace au-delà de la frontière cantonale. Cet échange ne doit pas se limiter à d'autres autorités, mais également comprendre des organes privés, pour autant bien entendu qu'une tâche d'intérêt public leur ait été confiée (par ex. les assureurs-maladie). A relever que cet échange d'information devra se faire dans le respect des dispositions spécifiques de la législation sur la protection de données. Ainsi, le Service devra s'assurer des bases légales régissant les demandes des autorités et organes requérants. S'agissant en particulier de la transmission de données à des autorités et organes étrangers, elle ne pourra se faire que dans la mesure où les Etats concernés garantissent un niveau de protection adéquat.

#### 129a

L'**article 129a** constitue la base légale spécifique permettant aux autorités chargées de l'application de la loi de percevoir des émoluments, actuellement fixés de manière non exhaustive par le tarif du 9 janvier 1968 des émoluments administratifs. Ainsi par exemple, le Service pourra demander un émolument pour les démarches administratives nécessaires à la mise à jour du registre des professions de la santé en cas d'inobservation de l'obli-

gation d'information prévue à l'article 80 al. 3. L'émolument pourra également tenir compte des frais occasionnés par des mandats externes donnés dans le cadre de l'instruction d'un dossier.

### Dispositions modifiant d'autres lois

#### Art. 2

Il s'agit d'une précision rédactionnelle suite au remplacement de la Commission pour la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies par la Commission de promotion de la santé et de prévention.

#### Art. 3

Cf. commentaire ad article 15.

#### Entrée en vigueur (art. 4)

L'entrée en vigueur de la présente révision devra être coordonnée avec celle des modifications de la réglementation d'exécution qu'elle implique.

### 3. INCIDENCES

Le présent projet de loi n'engendre pas de conséquences financières. Toutefois, la planification des installations de haute technicité (art. 22a) pourra induire des coûts supplémentaires liés à une charge administrative non négligeable.

Il ne modifie pas la répartition des compétences entre l'Etat et les communes.

Il est conforme à la Constitution cantonale, au droit fédéral et au droit européen.

Soumis au référendum législatif, il n'est pas soumis au référendum financier.

### 4. CONCLUSION

En conclusion, le Conseil d'Etat invite le Grand Conseil à accepter le projet de loi.

16. Dezember 2008

**BOTSCHAFT Nr. 115  
des Staatsrats an den Grossen Rat  
zum Gesetzesentwurf zur Änderung  
des Gesundheitsgesetzes (Teilrevision)**

Wir unterbreiten Ihnen hiermit einen Gesetzesentwurf zur Änderung des Gesundheitsgesetzes vom 16. November 1999.

Diese Botschaft gliedert sich wie folgt:

1. Einführung
2. Erläuterung der Bestimmungen
3. Auswirkungen
4. Antrag

### 1. EINFÜHRUNG

Das Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 ist eines der ersten modernen Gesundheitsgesetze in der Schweiz und diente wiederholt als Beispiel für andere Kantone. Im Grossen und Ganzen hat es sich in der Praxis bewährt, auch wenn in den sechs Jahren seiner Anwendung deutlich geworden ist, dass einige Anpassungen erforderlich sind. Dies betrifft etwa den Bereich der Gesundheitsplanung, insbesondere die Arbeitsweise der verschiedenen Kommissionen; hier gibt der Entwurf der Motion 1005.07 Michel Buchmann/Christiane Feldmann Folge, die einen stärkeren Einbezug des Grossen Rates in die Kommission für Gesundheitsplanung verlangt. Der Entwurf präzisiert sodann die Rolle der Kommission für die Aufsicht über die Berufe des Gesundheitswesens und die Wahrung der Patientenrechte (die Aufsichtskommission) sowie das Verfahren vor dieser Kommission. Er verstärkt die Aufsicht über Personen, die eine Methode der Komplementärmedizin oder Tätigkeiten im Dienste des Wohlbefindens und der Schönheitspflege praktizieren. Schliesslich leistet er auch dem Bericht Nr. 239 Folge, den der Staatsrat als Antwort auf das Postulat 252.04 Françoise Morel/André Ackermann über hoch technisierte Installationen vorgelegt hat, sowie der Motion 1054.08 Buchmann/Zadory über die berufsübergreifende Zusammenarbeit in Netzwerken, im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Zahlreiche hier vorgeschlagene Änderungen erklären sich aber vor allem durch die Entwicklung des Bundesrechts, die in den letzten Jahren im Gesundheits- und Berufsbildungsbereich stattgefunden hat. Infolge der neuen Vorschriften und Zuständigkeitsverteilungen in der Bundesgesetzgebung sind zahlreiche kantonale Bestimmungen in dem Bereich veraltet bzw. hinfällig geworden. Schon heute kommen in der Praxis die geltenden Vorschriften des Bundes zur Anwendung; man kommt aber nicht umhin, die bedeutungslos gewordenen kantonalen Bestimmungen zu ändern. Konkret geht es um die folgenden Bereiche:

Das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG; SR 811.11) beschränkt sich nicht darauf, die Voraussetzungen für die Erteilung der kantonalen Berufsausübungsbewilligung festzusetzen, sondern regelt auch die Berufspflichten sowie die Disziplinar massnahmen. Der Entwurf übernimmt daher die Bestimmungen des Bundesrechts und dehnt ihre Anwendung auf alle Gesundheitsfachpersonen aus. Effektiv geht es nicht an, dass für die auf Bundesebene reglementierten Medizinalberufe (Arzt-, Zahnarzt-, Tierarzt-, Apotheker-, Chiropraktorenberuf) eine andere Regelung gilt als für die übrigen Gesundheitsberufe.

Das Bundesgesetz über die Heilmittel (HMG; SR 812.21) hat der Interkantonalen Vereinbarung und ihrem interkantonalen Vollzugsorgan, der IKS, ein Ende gesetzt; deren Aufgaben und (erweiterte) Kompetenzen gingen an das neue Schweizerische Heilmittelinstitut «Swissmedic» über. Die Überwachung des Heilmittelmarkts ist damit hauptsächlich Sache des Bundes, zu regeln bleiben immerhin die wenigen Bereiche, für die der Kanton noch zuständig ist. Dies betrifft namentlich die Überwachung des Detailhandels in den Apotheken und Drogerien, einschliesslich des Versandhandels, die Verschreibung und die Abgabe von Medikamenten sowie die Herstellung kleiner Mengen.