
Le droit à la santé, une perspective de droit comparé

Suisse



ÉTUDE

EPRS | Service de recherche du Parlement européen

Unité Bibliothèque de droit comparé

PE 729.419 – Mai 2022

FR

LE DROIT À LA SANTÉ, UNE PERSPECTIVE DE DROIT COMPARÉ

Suisse

ÉTUDE

Mai 2022

Résumé

Ce document s'intègre dans une série d'études qui, avec une perspective de droit comparé, visent à faire une présentation du droit à la santé dans différents ordres juridiques. Après avoir expliqué la réglementation et la jurisprudence d'application, le contenu, les limites et la possible évolution de ce droit sont examinés.

La présente étude a pour objet le cas de la Suisse. Elle présente les tensions idéologiques qui peuvent naître de la rencontre de l'impératif de santé publique d'une part et d'une conception résolument libérale de l'État, qui érige la responsabilité individuelle en valeur cardinale, et l'obstacle qu'elles représentent pour l'émergence et la consécration législative d'un droit à la santé. L'abondante jurisprudence rendue par les tribunaux suisses, dont la portée est parfois très politique, offre toutefois quelques pistes solides pour envisager une telle perspective.

AUTEUR

Ce document a été rédigé par **Profs. Anne-Sylvie DUPONT, Sabrina BURGAT, Sandra HOTZ et Mélanie LÉVY**, professeures à l'Université de Neuchâtel, à la demande de l'Unité « Bibliothèque de droit comparé », Direction générale des services de recherche parlementaire (DG EPRS), Secrétariat général du Parlement européen.

Les auteures remercient Aude GUILLOT, MLaw, cand Dr iur, Danilo MELI et Gillian GAY, BLaw, pour leur soutien aux recherches et à la mise au point du manuscrit.

EDITEUR

Prof. Dr Ignacio DíEZ PARRA, chef de l'Unité « Bibliothèque de droit comparé »

Pour contacter l'Unité, veuillez écrire à l'adresse :

EPRS-ComparativeLaw@europarl.europa.eu

VERSIONS LINGUISTIQUES

Original : FR

Ce document est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
<http://www.europarl.europa.eu/thinktank>

CLAUDE DE NON-RESPONSABILITÉ

Les auteures du présent document sont les seules responsables de son contenu ; les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement la position du Parlement européen.

Ce document a été préparé à l'attention des députés et du personnel du parlement européen pour les aider dans leur travail parlementaire.

Reproduction et traduction autorisées, sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source, information préalable de l'Unité responsable et transmission d'un exemplaire à celle-ci à l'adresse indiquée ci-dessus.

Manuscrit achevé en avril 2022

Bruxelles © Union européenne, 2022.

Crédits photo : © polack / Adobe Stock

PE 729.419

Imprimé	ISBN: 978-92-846-9451-8	DOI:10.2861/227903	QA-07-22-320-FR-C
PDF	ISBN: 978-92-846-9452-5	DOI:10.2861/163914	QA-07-22-320-FR-N

Table des matières

I. Introduction	1
I.1. Les dangers historiques contre la santé en Suisse et l'impact de la pandémie du COVID-19	1
I.1.1. Les dangers historiques contre la santé	1
I.1.2. L'impact de la pandémie du COVID-19.....	2
I.2. Le fédéralisme suisse : un bref historique	4
II. Droit international, dispositions constitutionnelles et infraconstitutionnelles suisses	9
II.1. Fondements internationaux du droit à la santé et leur intégration au droit suisse.....	9
II.1.1. Les textes de l'OMS	10
II.1.2. Les textes adoptés sous l'égide des Nations Unies.....	10
II.1.3. Les textes de l'OIT.....	14
II.1.4. Les textes du Conseil de l'Europe	14
II.2. Droit constitutionnel fédéral suisse	15
II.2.1. La santé comme but social.....	17
II.2.2. L'accès aux soins	18
II.2.3. Protection de la santé publique	22
II.3. Les Constitutions cantonales.....	25
II.4. Les dispositions infraconstitutionnelles fédérales.....	25
II.4.1. Accès aux soins.....	25
II.4.1.1 L'assurance-maladie (AMal)	26
II.4.1.2 L'assurance-accidents (AA)	28
II.4.1.3 L'assurance-invalidité	28
II.4.1.4 Les prestations complémentaires (PC).....	29
II.4.1.5 L'assurance militaire.....	29
II.4.2. Santé publique	29
II.4.2.1 Textes pérennes	29
II.4.2.2 Rôle important de la soft law	32
II.4.3. Réglementation générale	33
II.4.3.1 Droit civil (art. 122 Cst.)	33
II.4.3.2 Droit pénal (art. 123 Cst. féd.).....	35
II.4.3.3 La protection de la santé des travailleuses et des travailleurs en particulier.....	35
II.4.3.3.1 Droit privé.....	35
II.4.3.3.2 Droit public	36
II.4.3.3.2.a) La loi sur le travail	36
II.4.3.3.2.b) La loi sur l'assurance-accidents.....	39
II.4.4. Autorégulation	41
II.5. Les dispositions infraconstitutionnelles cantonales	44
III. La jurisprudence la plus pertinente en la matière	46
III.1. Généralités	46
III.2. Jurisprudence concernant les droits fondamentaux.....	47
III.2.1. Absence de droit individuel et justiciable à la santé en général.....	47
III.2.2. Droit individuel et justiciable aux soins essentiels en cas de situations de détresse.....	47
III.2.3. Protection du droit à la santé par le biais d'autres droits fondamentaux	48

III.2.3.1	Accès à la PMA	49
III.2.3.2	Libre choix du médecin ; avortement.....	50
III.2.3.3	Soins médicaux des personnes en détention	51
III.2.3.4	Grève de la faim	51
III.2.3.5	Liberté de fumer ?	51
III.2.3.6	Refus de transfusion sanguine.....	52
III.2.3.7	Sport de haut niveau	52
III.3.	Accès aux soins et financement.....	53
III.3.1.	Introduction	53
III.3.2.	Principe de l'économicité.....	53
III.3.2.1	Myozyme.....	53
III.3.2.2	Syndrome d'Ondine.....	54
III.3.2.3	Scenesse.....	55
III.3.3.	Egalité de traitement « à rebours »	56
III.3.4.	Absence de limite absolue à la prise en charge d'un traitement EAE.....	57
III.3.5.	Dépendance : soins à domicile ou séjour en établissement spécialisé.....	57
III.3.6.	Autres	58
III.3.6.1	Droit à des moyens auxiliaires	58
III.3.6.2	Droit à l'aménagement d'un second appartement.....	58
III.4.	Santé publique.....	59
III.4.1.	Introduction	59
III.4.2.	Lutte contre les maladies non transmissibles	59
III.4.3.	Lutte contre les maladies transmissibles.....	60
III.4.3.1	Vaccination obligatoire contre la diphtérie	60
III.4.3.2	Expulsion temporaire de l'école d'une élève qui n'a pas été vaccinée contre la rougeole.....	60
III.4.3.3	Décision concernant la vaccination en cas de désaccord entre les parents.....	61
III.5.	Urgence sanitaire (pandémie Covid-19)	61
III.5.1.	Introduction	61
III.5.2.	Port du masque	62
III.5.2.1	Port du masque obligatoire en supermarché	62
III.5.2.2	Port du masque obligatoire à l'école	62
III.5.3.	Restriction de la liberté de manifester.....	62
III.5.4.	Vaccination.....	63
IV.	La notion de droit à la santé et ses limites (actuelles et prévisibles à l'avenir)	65
IV.1.	Notion et nature du droit à la santé.....	65
IV.1.1.	Notion de santé en droit suisse	65
IV.1.2.	Notion de droit à la santé.....	67
IV.1.3.	Nature individuelle ou collective du droit à la santé.....	69
IV.2.	Relations avec les autres garanties fondamentales	70
IV.2.1.	Points de contact entre la santé comme intérêt public et les libertés fondamentales.....	71
IV.2.1.1	Droit à la vie	71
IV.2.1.2	Droit à la liberté personnelle et à l'intégrité physique et psychique.....	71
IV.2.1.3	Liberté de circulation en particulier	72
IV.2.1.4	Droit au respect de la vie privée	73
IV.2.1.5	Droit à la liberté de commerce et d'industrie	73
IV.2.2.	Arbitrage entre intérêt public et libertés fondamentales.....	74
IV.2.3.	Synthèse	75

IV.3. Obstacles à la consécration du droit à la santé en droit positif.....	75
V. Conclusions.....	77
V.1. État des lieux.....	77
V.2. Futurs défis	78

Liste des encadrés

ENCADRÉ 1	4
Art. 3 Cst. féd.....	4
ENCADRÉ 2	4
Art. 44 Cst. féd.....	4
ENCADRÉ 3	5
Art. 118 Cst. féd	5
ENCADRÉ 4	5
Art. 117 Cst. féd	5
ENCADRÉ 5	6
Art. 117a Cst. féd	6
Art. 118a Cst. féd	6
Art. 118b Cst. féd.....	6
Art. 119 Cst. féd	6
Art. 119a Cst. féd.....	7
ENCADRÉ 6	10
Extrait du Préambule de la Constitution de l'OMS.....	10
ENCADRÉ 7	10
Art. 25§1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme	10
ENCADRÉ 8	11
Art. 2§1 du PIDESC	11
Art. 12 du PIDESC.....	11
ENCADRÉ 9	13
Art. 6 PIDCP	13
Art. 7 PIDCP	13
ENCADRÉ 10	13
ATF 120 la 1, c. 5.....	13
ENCADRÉ 11	16
Art. 10 Cst. féd.....	16
Art. 35 Cst. féd.....	16
ENCADRÉ 12	17
Art. 5a Cst. féd.....	17
Art. 6 Cst. féd.	17
Art. 41 Cst. féd.....	17
ENCADRÉ 13	18
Art. 7 Cst. féd.	18
Art. 12 Cst. féd.....	18
Art. 36 Cst. féd.....	18
ENCADRÉ 14	19
Art. 8 Cst. féd.	19
ENCADRÉ 15	20
Art. 117a Cst. féd.....	20
ENCADRÉ 16	21
Art. 112 Cst. féd.	21
Art. 112a Cst. féd.....	22
ENCADRÉ 17	22
Art. 46 Cst. féd.....	22

ENCADRÉ 18	23
Art. 118 Cst. féd.	23
ENCADRÉ 19	23
ATF 133 I 110, c. 4.2.....	23
ENCADRÉ 20	24
Art. 120 Cst. féd.	24
ENCADRÉ 21	24
Art. 120 Cst. féd.	24
ENCADRÉ 22	25
Art. 13 Constitution du canton de Neuchâtel	25
ENCADRÉ 23	26
Art. 1a LAMal	26
Art. 3 LAMal.....	26
ENCADRÉ 23	46
Art. 190 Cst. féd.	46
ENCADRÉ 24	48
Art. 7 Cst. féd.	48
Art. 10 Cst. féd.....	48
Art. 13 Cst. féd.....	48
Art. 31 Cst. féd.....	49
ENCADRÉ 25	49
Art. 28 CC.....	49

Liste des abréviations

AI	Assurance-invalidité
all.	allemand
AMM	Association médicale mondiale
ang.	anglais
AOS	Assurance obligatoire des soins
art.	article(s)
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BELEX	Recueil des lois bernoises
BLV	Base législative vaudoise
BO CN/CE	Bulletin officiel du Conseil national/du Conseil des États
BSK	<i>Basler Kommentar</i> (Commentaire bâlois)
Bull.	bulletin
c.	considérant(s)
CC	Code civil suisse du 10 décembre 1907 (RS 210)
CCLAT	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
CDC	Conférence des gouvernements cantonaux
CDS	Conférence des ministres cantonaux de la santé publique
CEDH	Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950
cf.	confer (lat.)
CFQ	Commission fédérale extraparlamentaire pour la qualité
CFST	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail
CFV	Commission fédérale pour les vaccinations
CGAS	Communauté genevoise d'action syndicale
chap.	chapitre(s)
CHSS	Plateforme journalistique de l'Office fédérale des assurances
CIM	Classification internationale des maladies
cit.	cité.e(s)
CO	Loi complétant le Code civil suisse (Livre cinquième : Droit des obligations) du 30 mars 1911 (RS 220)

CODESC	Comité des droits économiques sociaux et culturels
CourEDH	Cour européenne des droits de l'homme
cp.	compris
CP	Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (RS 311.0)
CR	Commentaire romand
Cst.	Constitution
Cst. féd.	Constitution fédérale
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DSM	Classification des troubles mentaux
DUDH	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948
éd.	édition / éditeur
éds	éditeurs
ég.	également
EMS	établissement médico-social
EPRS	Service de recherche du Parlement européen
et al.	<i>et alii</i>
etc.	<i>et cetera</i>
FF	Feuille fédérale
FMH	Fédération des médecins suisses
ibid.	<i>ibidem</i>
id.	<i>idem</i>
i.e.	<i>id est</i>
JdT	Journal des tribunaux
JP	jurisprudence
LAGH	Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine du 8 octobre 2004 (RS 810.12)
LAA	Loi sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (RS 832.20)
LAI	Loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (RS 831.20)
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (RS 833.1)
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents du 13 juin 1911 (RS 832.10) (plus en vigueur)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (RS 832.10)
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (RS 831.10)
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (RS 221.229.1)

LDAI	Loi fédérale sur les denrées alimentaires et les objets usuels du 20 juin 2014 (RS 817.0)
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient du 19 juin 2015 (RS 816.1)
LEMO	Loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques du 18 mars 2016 (RS 818.33)
LEp	Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme du 28 septembre 2012 (Loi sur les épidémies ; RS 818.101)
let.	lettre
LFLP	Loi fédérale sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 17 décembre 1993 (Loi sur le libre passage ; RS 831.42)
LFRP	Loi fédérale sur la responsabilité du fait des produits du 18 juin 1993 (RS 221.112.944)
LOGA	Loi sur l'organisation du gouvernement et de l'administration du 21 mars 1997 (RS 172.010)
LParl	Loi sur l'Assemblée fédérale du 13 décembre 2002 (Loi sur le Parlement ; RS 171.10)
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006 (Loi sur les prestations complémentaires ; RS 831.30)
LPD	Loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992 (RS 235.1)
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (RS 830.1)
LPMA	Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée du 18 décembre 1998 (RS 810.11)
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (Loi sur les professions médicales ; RS 811.11)
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (RS 831.40)
LPSan	Loi fédérale sur les professions de la santé du 30 septembre 2016 (RS 811.21)
LPSy	Loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie du 18 mars 2011 (Loi sur les professions de la psychologie ; RS 935.81)
LPTab	Loi fédérale sur les produits du tabac et les cigarettes électroniques (Loi sur les produits du tabac, LPTab), adoptée par le Parlement octobre 2021
LPTh	Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux du 15 décembre 2000 (Loi sur les produits thérapeutiques ; RS 812.21)
LRCS	Loi fédérale relative à la recherche sur les cellules souches embryonnaires du 19 décembre 2003 (Loi relative à la recherche sur les cellules souches ; RS 810.31)
LRFP	Loi fédérale sur la responsabilité du fait des produits du 18 juin 1993 (RS

	221.112.944)
LRH	Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain du 30 septembre 2011 (Loi relative à la recherche sur l'être humain ; RS 810.30)
LS	Liste des spécialités
LTF	Loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (RS 173.110)
LTr	Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce du 13 mars 1964 (Loi sur le travail ; RS 822.11)
MCV	maladies cardiovasculaires
mio.	millions
MNT	maladies non transmissibles
MSST	médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité au travail
n°/N	numéro(s)
nbp.	note de bas de page
not.	notamment
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (RS 832.102)
OAMéd	Ordonnance sur les autorisations dans le domaine des médicaments du 14 novembre 2018 (RS 812.212.1)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OChim	Ordonnance sur la protection contre les substances et les préparations dangereuses du 5 juin 2015 (Ordonnance sur les produits chimiques ; RS 813.11)
ODD	Objectif de développement durable
OEMéd	Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur les exigences relatives à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments du 9 novembre 2001 (Ordonnance sur les exigences relatives aux médicaments ; RS 812.212.22)
OE_p	Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme du 29 avril 2015 (Ordonnance sur les épidémies ; RS 818.101.1)
off.	officiel
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OIC-DFI	Ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales du 3 novembre 2021 (831.232.211)
OICM	Office intercantonal de contrôle des médicaments
OIT	Organisation Internationale du Travail
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (RS 832.202)

OLT	Ordonnance relative à la loi sur le travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPA	Ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles (RS 832.30)
OPAS	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31)
OPBio	Ordonnance concernant la mise sur le marché et l'utilisation des produits biocides du 18 mai 2005 (Ordonnance sur les produits biocides ; RS 813.12)
OPPh	Ordonnance sur la mise en circulation des produits phytosanitaires du 12 mai 2010 (Ordonnance les produits phytosanitaires ; RS 916.161)
op. cit	<i>opus citatum</i> (ouvrage déjà cité)
OR	Recueil systématique du canton de Zurich
PC	Prestations complémentaires
p.	page
pp.	pages
p.ex.	par exemple
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966 ou Pacte ONU II (RS 0.103.2)
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966 ou Pacte ONU I (RS 0.103.1)
PJA	<i>Aktuelle juristische Praxis</i> (all.), Pratique juridique Actuelle
PMA	Procréation médicalement assistée
RDAF	Revue de droit administratif et fiscal
réf.	référence(s)
RS	Recueil systématique
RSI	Règlement sanitaire international du 23 mai 2005 (RS 0.818.103)
RSF	Recueil systématique du canton de Fribourg
RSJU	Recueil systématique du canton du Jura
RSN	Recueil systématique du canton de Neuchâtel
RSVS	Recueil systématique du canton du Valais
SAR	Recueil systématique du canton d'Argovie
SARS	<i>Severe acute respiratory syndrome</i> (ang.), Syndrome respiratoire aigu sévère
SECO	Secrétariat d'État à l'Économie

SG	Recueil systématique du canton de Bâle-Ville
s.	et suivant(e)
ss	et suivant(e)s
STCE	Charte sociale européenne révisée
SRL	Systematische Sammlung (recueil systématique du canton de Lucerne)
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
TF	Tribunal fédéral
trad.	traduction libre
TTIQ	Tests, traçage, isolement et quarantaine
USI	Unité des soins intensifs
v.	voir
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
vol.	volume

Abréviations du nom des cantons¹

AG	Argovie
AI	Appenzell Rhodes-Intérieures
AR	Appenzell Rhodes-Extérieures
BE	Berne
BL	Bâle-Campagne
BS	Bâle-Ville
FR	Fribourg
GE	Genève
GL	Glaris
GR	Grisons
JU	Jura
LU	Lucerne
NE	Neuchâtel
NW	Nidwald

¹ Voir à cet égard le site de la Confédération suisse: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/bases-statistiques/signes-abreviations.html> (31.03.2022).

OW	Obwald
SG	Saint-Gall
SH	Schaffhouse
SO	Soleure
SZ	Schwyz
TG	Thurgovie
TI	Tessin
UR	Uri
VD	Vaud
VS	Valais
ZG	Zoug
ZH	Zurich

Synthèse

La Suisse, pays alpin d'environ 8,6 millions² d'habitants, possède quatre langues officielles (allemand, français, italien et romanche) et une structure très décentralisée, agencée sur trois niveaux : fédéral (« la Confédération »), cantonal (26 cantons) et communal (2148 communes).³ Fort d'un système politique unique, avec une démocratie directe, les questions importantes sont envisagées en consultation avec la population.⁴

Comme d'autres pays, la Suisse est confrontée à un vieillissement de sa population et, même si l'espérance de vie à la naissance est l'une des plus élevées au monde,⁵ cette dernière a, en 2020, reculé à 81,0 ans pour les hommes et à 85,1 ans pour les femmes (baisse de respectivement 0,9 et 0,5 an par rapport à 2019) suite à la pandémie du Covid-19.⁶ Il reste néanmoins que l'espérance de vie en bonne santé est parmi les plus élevée d'Europe.⁷ En dehors de l'influence du Covid-19 (rapports encore provisoires), les deux principales causes de mortalité au sein de la Confédération sont les maladies cardiovasculaires (MCV) et les cancers.⁸ En 2020, les coûts du système de soins suisse se sont élevés à un peu plus de 83'000 mio de francs.¹⁰

Fédéralisme oblige, la structure de la politique de santé en Suisse est particulière. Les compétences sont attribuées aux cantons, sauf dans les domaines pour lesquels la Constitution attribue expressément une compétence à la Confédération (art. 3 Cst. féd.). Historiquement, la Confédération n'avait que peu de compétences législatives dans le domaine de la santé, ce qui a permis l'émergence de différents modèles de financement et fourniture de soins de santé sur le territoire helvétique. Aujourd'hui, la Confédération suisse a la charge d'assurer une protection de la santé de sa population (art. 118 Cst. féd.), de légiférer sur l'assurance-maladie (art. 117 Cst. féd.) et de veiller à un accès aux soins médicaux de base suffisants et de qualité (art. 117a Cst. féd.), les cantons gardant une large compétence quant à l'organisation du système de soins.¹¹ Suite à un processus lent de

² En 2020. Voir à cet égard le site de l'Office fédéral des statistiques (OFSP) : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.html> (31.03.2022).

³ En 2022. Voir à cet égard le site de l'OFSP : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/bases-statistiques/repertoire-officiel-communes-suisse.assetdetail.20604224.html> (31.03.2022).

⁴ DE PIETRO, C. et al. : *Switzerland. Health system review, Health Systems in Transition*, Vol. 17, n° 4, European Observatory on Health Systems and Policies 2015 (in partnership hosted by WHO), xxx et 288 pp., (pp. xxi-xxiii).

⁵ Voir le rapport ANDREANI, T. et MARQUIS, J.F. : *Santé, Statistique de poche 2022*, OFS, Neuchâtel, 2022, 35 pp., (p. 4), disponible sur le site de l'OFSP (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.assetdetail.21244127.html>) (31.03.2022).

⁶ En 2020. Voir à cet égard le site de l'OFSP : <https://www.bfs.admin.ch/news/fr/2021-0636> (31.03.2022).

⁷ Voir à ce sujet, les statistiques de l'OFSP de 2017 : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/indicateurs-integration/tous-indicateurs/famille-demographie/esperance-vie-bonne-sante.html> (31.03.2022).

⁸ Voir à ce sujet, les statistiques de l'OFSP de 2022 : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.html> - par_text (31.03.2022).

⁹ DE PIETRO, C. et al. : *Switzerland. Health system review, Health Systems in Transition*, Vol. 17, N° 4, European Observatory on Health Systems and Policies 2015 (in partnership hosted by WHO), xxx et 288 pp., (pp. xxi-xxiii).

¹⁰ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.html> (31.03.2022).

¹¹ SAINT-PHOR, J. : « Le droit aux soins de qualité : définition à la lumière du droit international et des théories

centralisation dans certains domaines spécifiques, plusieurs législations fédérales ont été édictées, telles que le financement du système de soins (LAMal), la qualité et la sécurité des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux (LPTh), la santé publique (LEp ; LDAI) et la formation des professions médicales et des professions de la santé (LPMéd ; LPSan).¹²

La réalisation du droit à la santé dans l'ordre juridique suisse est particulière. Le droit à la santé n'est pas consacré par la Constitution fédérale suisse en tant que tel. La jurisprudence du Tribunal fédéral suisse a toutefois reconnu un droit implicite aux soins essentiels dans le cadre du droit fondamental d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse (article 12 Cst. féd.) De plus, divers éléments du droit à la santé sont réalisés indirectement par le biais de compétences constitutionnelles de légiférer dans certains domaines et la législation qui y correspond, dont notamment le financement de l'accès aux soins par l'assurance-maladie obligatoire.

Dans cette étude, nous examinerons comment le droit à la santé est mis en œuvre en droit suisse (chapitre II), y compris à travers la jurisprudence (chapitre III). Nous terminerons par la mise en exergue des limites à la reconnaissance et/ou application de ce droit y compris d'une prospective (chapitre IV).

conceptuelles », dans : CLERC, E., DUNAND, J.P., et SPRUMONT, D. (éds) *Alea jacta est: Santé!, Mélanges en l'honneur d'Olivier Guillo*, Neuchâtel, 2021, pp. 451-471, (p. 464).

¹² DE PIETRO, C. et al.: [*Switzerland. Health system review. Health Systems in Transition*](#), Vol. 17, n° 4, European Observatory on Health Systems and Policies 2015 (in partnership hosted by WHO),), xxx et 288 pp., (pp. xxi-xxiii).

I. Introduction

Nous proposons, dans la présente introduction, quelques éléments d'analyse permettant une meilleure appréhension du système suisse. Ainsi, après un bref survol des dangers historiques identifiés dans le domaine de la santé en Suisse et de l'impact de la pandémie du Covid-19 (I.1), nous discuterons brièvement le fédéralisme suisse, élément clé de la structure étatique suisse, qui joue un rôle essentiel dans l'appréhension de la notion de droit à la santé en Suisse (I.2).

I.1. Les dangers historiques contre la santé en Suisse et l'impact de la pandémie du COVID-19

I.1.1. Les dangers historiques contre la santé

Dans l'histoire suisse, on retient trois grands exemples d'épidémies ou pandémies qui ont mis à l'épreuve la population. Au XIV^e siècle, la peste (ou « mort noire ») est apparue dans le Tessin et dans la vallée du Rhône, avant de gagner la plupart des villes actuelles (p. ex. : la ville de Berne a connu jusqu'à 60 décès par jour ; le canton de Zurich a dénombré plus de 30 000 morts). Les décès étaient encore plus nombreux dans les campagnes lors de l'épidémie de 1565. Jusqu'au XVII^e siècle, il n'existe pas encore de système de santé au sens moderne et on se tournait plutôt vers les processions religieuses.¹³

Au XIX^e siècle et avec l'industrialisation, un accroissement des inégalités sociales s'observe. À partir de 1830, les épidémies de choléra ont fait beaucoup de morts dans les villes (p. ex. : en 1855 à Zurich). Si les médecins pensaient initialement que les pauvres étaient plus ou moins responsables, la progression de l'épidémie a amené à s'interroger sur les causes de la propagation. Un projet d'assainissement sanitaire a ainsi vu le jour en 1867 dans le district de Zurich (projet d'Arnold Bürkli). Cette épidémie de choléra a profondément influencé la politique suisse de la santé. Le Conseil fédéral publia, en 1879, un message concernant un Projet de loi sur les épidémies et les mesures préventives et effectives contre les épidémies qui offrent un danger général, projet précurseur de la loi sur les épidémies et de la création de l'OFSP. Si en 1882, le premier projet de loi sur les épidémies fut rejeté au motif d'une forte contestation de la vaccination obligatoire contre la variole par la population, quatre années plus tard, la loi fut acceptée (sans la vaccination obligatoire litigieuse).¹⁴

Vers la fin de la Première Guerre mondiale, la grippe dite « espagnole » est arrivée en Suisse, en deux vagues successives, infectant près de deux millions de personnes. Une surmortalité liée aux infections secondaires typiques (p. ex. : les pneumonies) qui ne pouvaient pratiquement pas être soignées a entraîné un effondrement presque complet du système de santé. La grève générale de novembre 1918 a aggravé la progression de la pandémie. Aucune stratégie fédérale n'existait pour la gestion des pandémies, de telle sorte que les mesures envisagées variaient d'une ville et d'un canton à l'autre. Cet événement a conduit le Conseil fédéral à élaborer une « Défense nationale contre les épidémies », mais il a fallu attendre près de quatre-vingt-dix ans avant qu'un plan de gestion de pandémie ne voie le jour au niveau fédéral.¹⁵

¹³ CONDRAU, F. : « [Les pandémies ont marqué l'histoire suisse](#) », *La Vie économique*, 25 mai 2020.

¹⁴ CONDRAU, F. : « [Les pandémies ont marqué l'histoire suisse](#) », *La Vie économique*, 25 mai 2020.

¹⁵ CONDRAU, F. : « [Les pandémies ont marqué l'histoire suisse](#) », *La Vie économique*, 25 mai 2020.

Diverses atteintes à la santé de la population ont touché le pays durant le vingtième siècle. On peut mentionner la salmonelle typhique en 1963, la *Listeria monocytogenes* dans les années 80, le Sida dès 1983, une épidémie de coqueluche en 1994/1995, plusieurs intoxications alimentaires importantes dans les années 2000, la *Salmonelle* Stanley en 2006, la rougeole dans les années 2006/2009¹⁶. En outre, tout au long du vingtième siècle et encore à ce jour, la tuberculose (phtisie¹⁷) a constitué une menace pour la santé de la population¹⁸, malgré les mesures prises par la Confédération pour la prévention et la prise en charge de la maladie.

La santé de la population s'est améliorée dès les années 50, avec l'utilisation des antibiotiques et de la vaccination, mais également avec une amélioration des conditions de vie. Si le système de soins a su s'organiser rapidement, il a su également s'adapter et se réorienter ces dernières années, transformant certaines institutions inutiles suite à la baisse des cas en établissement médico-social (EMS) pour prendre en charge d'une manière plus adéquate la population vieillissante.

I.1.2. L'impact de la pandémie du COVID-19

En 2020, la crise sanitaire mondiale liée à la pandémie SARS-CoV2 (COVID-19) a confronté les États, dans un délai excessivement court et dans une ampleur sans précédent, à la gestion des ressources et définition des politiques de santé publique appropriées.

En Suisse, la pandémie de COVID-19 se propage depuis le 25 février 2020, date du premier cas confirmé. Le 28 février, le Conseil fédéral a interdit les rassemblements de plus de 1000 personnes jusqu'au 15 mars, décrétant une « situation particulière » sur la base de la loi fédérale sur les épidémies.¹⁹ Le 13 mars, le Conseil fédéral annonce le durcissement des mesures sur l'ensemble du pays, avec notamment l'interdiction des rassemblements de plus de 100 personnes, la fermeture des écoles et universités dans tout le pays, jusqu'au 4 avril au moins, et l'introduction de contrôles aux frontières.

Le 16 mars 2020, alors que la Suisse compte 3700 cas détectés, dont plus de 1000 nouveaux cas ce jour-là, ainsi que 34 décès, dont sept le jour même, le Conseil fédéral déclare l'état d'urgence sanitaire dans tout le pays (« situation extraordinaire » au sens de la loi fédérale sur les épidémies). Par voie d'ordonnance, il interdit toute manifestation publique ou privée, et ordonne la fermeture de presque tous les établissements ouverts au public : commerces, restaurants, lieux de divertissement et de loisirs, salons de coiffure et d'esthétique. Seuls peuvent rester ouverts les magasins d'alimentation, les transports, les hôtels, les banques, les bureaux de poste et la restauration à emporter. Il ordonne également le déploiement renforcé de l'armée et de la protection civile en vue de venir en aide au système de santé et aux douanes et rétablit les contrôles aux frontières avec l'Allemagne, la France et l'Autriche – tous membres de l'Espace Schengen. Cette « situation extraordinaire » a pris fin le 19 juin 2020 et la Suisse se trouvait de nouveau dans une « situation particulière », en se basant sur l'ordonnance 3 COVID-19.²⁰

¹⁶ Voir à cet égard le site de l'OFSP : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/vergangene-epidemien-pandemien.html> (31.03.2022).

¹⁷ Voir Dictionnaire historique de la Suisse DHS : <https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/007982/2012-12-07> (09.01.2022).

¹⁸ Confédération suisse, *Tuberculose : stratégie et manuel*, www.admin.ch, avril 2022.

¹⁹ OFSP, Nouvelle loi sur les épidémies. Informations (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/epidemiengesetz/factsheet-epg-lep.pdf.download.pdf/Factsheet%20LEp_f.pdf) (16.04.2022).

²⁰ Ordonnance 3 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (COVID-19) du 19 juin 2020

En mars 2022, le Conseil fédéral a décidé le retour à la situation normale, dès 1^{er} avril 2022, en retournant à la répartition normale des tâches entre la Confédération et les cantons, et en prévoyant une phase de transition jusqu'au printemps 2023, durant laquelle une vigilance et une réactivité accrues restent nécessaires, dont les structures vont être maintenues dans la mesure où les cantons et la Confédération peuvent réagir rapidement aux nouveaux développements. Cela vaut en particulier pour le dépistage, la vaccination, le traçage des contacts, la surveillance et l'obligation de déclaration des hôpitaux.

La question que beaucoup se posent est de savoir à quoi ressemblera la « vie normale » après la pandémie de COVID-19. La science ne peut pas prédire totalement quelles seront les variantes du SRAS-CoV-2 et la trajectoire de la pandémie en future. Le virus ne sera pas éliminé, et certainement pas éradiqué, dans un avenir prévisible. Des poussées intermittentes se produiront, sous l'effet de l'évolution virale et du temps plus froid qui oblige les gens à rester à l'intérieur. Une vaccination continue sera nécessaire en raison de la baisse de l'immunité et des mutations virales. La maladie COVID-19 nécessitera également une surveillance similaire à celle du Système mondial de surveillance de la grippe et d'intervention, une plateforme mondiale de surveillance de l'épidémiologie et de la maladie grippale qui est utilisée pour formuler des vaccins contre la grippe saisonnière.²¹

Au total, en Suisse, on a dénombré jusqu'au 12 avril 2022 13'647 cas de décès et 3,5 millions de cas de COVID-19 enregistrés. A cette même date, 99,5 % des cas étaient dus au variant Omicron. Sur une moyenne de 7 jours, on ne dénombrerait que 5'700 personnes infectées. En comparaison, au 1^{er} février 2022, il y avait encore 32'750 nouveaux cas pour une valeur moyenne de 7 jours.²² On estime qu'en avril 2022, 70 % des personnes en Suisse ont acquis au moins une certaine immunité vaccinale ou induite par la maladie contre le COVID-19.²³ Le variant Omicron, très contagieux, pourrait accélérer la transition vers une phase endémique, avec plus de personnes résidant en Suisse infectées.²⁴ Les chiffres de l'Unité de soins intensifs (USI) en Suisse révèlent, en avril 2022, un taux d'occupation des lits de 71,8 %, ²⁵ dont 10,8 % sont pris par des patientes et des patients atteints du COVID-19.

Ordonnance 3 COVID-19 ; [RS 818.101.24](#)).

²¹ GOSTIN, L.O. : « [Life After the COVID-19 Pandemic](#) », dans *JAMA Health Forum du 10 février 2022*, Georgetown Law faculty Publications and other works, (États-Unis, SC), 2022 : La grande pandémie de grippe de 1918 offre un guide historique de la transition d'une pandémie à une infection endémique. Le SRAS-CoV-2 pourrait suivre une trajectoire similaire.

²² COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University JHU CSSE COVID-19 Data): <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> (16.04.2022 ; cf. OFSP : <https://www.covid19.admin.ch/de/overview> [état des chiffres 12.04.2022]).

²³ 70,11 % avec une dose de vaccin (état du 11.4.2022) : OFSP, <https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/doses> (16.04.2022).

²⁴ Nous n'avons pas connaissance de vaccinations systématiques chez les moins de 5 ans.

²⁵ Les chiffres sur la capacité hospitalière sont collectés dans plus de 150 hôpitaux et cliniques en Suisse par biais du système d'intervention SII, cela a été déterminé conjointement par l'OFSP et la société suisse de médecine intensive (SSMI), l'Association H+ Les Hôpitaux de Suisse et le SSC.

I.2. Le fédéralisme suisse : un bref historique

La question de la reconnaissance d'un droit à la santé dans l'ordre juridique suisse nécessite d'évoquer un bref historique du fédéralisme suisse, élément clé de la structure étatique suisse. Le fédéralisme suisse joue un rôle essentiel dans l'appréhension de la notion de droit à la santé en Suisse. En vertu de l'art. 3 Cst. féd.,²⁶ la compétence législative dans le domaine de la santé est du ressort des cantons, réserve faite de celles expressément attribuées à la Confédération par la Constitution fédérale.²⁷

ENCADRÉ 1

Art. 3 Cst. féd

« Les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération. »

Dès 1848, avec l'apparition de la Suisse moderne en tant qu'un seul État souverain, la question du partage des compétences entre les cantons et la Confédération s'est posée, dans la mesure où les cantons, en adhérant à un État fédéral, ont néanmoins souhaité conserver une partie de leur souveraineté.²⁸ Cette volonté a été transposée au sein de l'art. 3 Cst. féd., article qui fut repris dans les constitutions de 1874 et 1999. Aujourd'hui, cet article se lit en relation avec l'art. 44 Cst. féd.²⁹

ENCADRÉ 2

Art. 44 Cst. féd

« 1. La Confédération et les cantons s'entraident dans l'accomplissement de leurs tâches et collaborent entre eux.

2 Ils se doivent respect et assistance. Ils s'accordent réciproquement l'entraide administrative et l'entraide judiciaire.

3. Les différends entre les cantons ou entre les cantons et la Confédération sont, autant que possible, réglés par la négociation ou par la médiation. »

Dès la première Constitution fédérale, il avait été envisagé d'attribuer à la Confédération, la compétence de mettre en place des mesures de police sanitaire (d'ordre législatif ou par acte matériel) et celle de légiférer lors des périodes d'épidémie et d'épizooties lorsqu'il existait un danger général (art. 59). Cette compétence fédérale a par la suite été réaffirmée dans des termes similaires en 1874 (art. 69), puis s'est étendue par la lettre de la Constitution de 1913.³⁰ Cette compétence est désormais intégrée dans l'art. 118 Cst. féd.³¹

²⁶ Voir art. 3 Cst. ; [ATF 138 I 435](#), c. 3.4.1 ; pour la répartition des compétences, voir DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, N 1144 ss, 1576 pp., (pp. 545 ss) ; POLEDNA, T. : « Commentaire de l'art. 118 Cst. », dans EHRENZELLER, B. et al. (éds) : *Die Schweizerische Bundesverfassung. St. Galler Kommentar*, 2^e éd., 2008, (art. 118 Cst. N 5) ; POLEDNA, P. et BERGER, B. : *Öffentliches Gesundheitsrecht*, 2002, 422 pp., (p. 17, N 43).

²⁷ Pour un aperçu détaillé du système de santé suisse, voir SPRUMONT, D. : « Le système de santé suisse : présentation générale », dans : LA HARPE, R., UMMEL, M. et DUMOULIN, J-F. (éds) : *Droit de la santé et médecine légale*, Chêne-Bourg 2014, pp. 97-104.

²⁸ SPRUMONT, D. : « Le système de santé suisse : présentation générale », dans : LA HARPE, R., UMMEL, M. et DUMOULIN, J-F. (éds), *Droit de la santé et médecine légale*, Chêne-Bourg 2014, pp. 97-104, (p. 97).

²⁹ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., N 1148, (p. 547).

³⁰ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., N 1851 et N 1854 (pp. 870-871).

³¹ Pour une analyse de l'art. 118 Cst., voir DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 1849 ss, pp. 869 ss).

ENCADRÉ 3

Art. 118 Cst. féd

« 1. Dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de protéger la santé.

2. Elle légifère sur :

a) l'utilisation des denrées alimentaires ainsi que des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé ;

b) la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux ; elle interdit notamment, pour les produits du tabac, toute forme de publicité qui atteint les enfants et les jeunes

c) la protection contre les rayons ionisants. »

Parallèlement à cela, la Confédération s'est vu très tôt confier des compétences législatives en matière d'assurance-maladie et accidents, singulièrement par l'adoption, en 1890, de l'art. 34^{bis} dans la Constitution de 1874. Cette avancée s'inscrit dans le contexte général de la réponse de l'État aux mouvements sociaux et des revendications prolétariennes, qui ont vu, en Allemagne, le Chancelier Otto von Bismarck mettre en œuvre un régime de prévention des risques dans le cadre de l'assurance sociale.³² Cette compétence a été reprise en des termes pratiquement inchangés à l'art. 117 de l'actuelle Constitution.

ENCADRÉ 4

Art. 117 Cst. féd

« 1. La Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents.

2. Elle peut déclarer l'assurance-maladie et l'assurance-accidents obligatoires, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. »

Exception faite de la loi sur les épidémies de 1970³³ et des ordonnances y relatives, de la loi sur l'exercice des professions médicales de 1877,³⁴ ainsi que, dans une certaine mesure, la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) de 1911³⁵ et quelques dispositions pénales (relatives à l'euthanasie, à l'avortement et au secret professionnel), aucune norme fédérale ne réglementait le domaine médical.³⁶ Jusque dans les années 1990, la Confédération n'avait pas d'autres compétences dans le domaine de la santé, faute de base constitutionnelle.³⁷

Les compétences fédérales se sont élargies depuis les années 1990,³⁸ à travers l'adoption progressive des art. 117a (soins médicaux de base),³⁹ 118a (médecines complémentaires),

³² <https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/risques/maladie> (30.04.2022).

³³ [Loi fédérale du 18 décembre 1970 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme](#) (Loi sur les épidémies) (en vigueur du 01.07.1974 au 01.01.2016).

³⁴ [Loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse du 19 décembre 1877](#) (en vigueur du 15.04.1878 au 01.09.2007).

³⁵ [Loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents du 13 juin 1911](#) (en vigueur du 13.06.1911 au 01.01.1996).

³⁶ GUILLOD, O. : « Évolution du droit de la santé », dans : BERTRAND, D. et al (éds): *Médecin et droit médical*, 3^e éd., Édition Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg 2009, p. 61-82, (p. 68).

³⁷ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, N 1147 à N 1149, pp. 546-548.

³⁸ À cet égard, voir GUILLOD, O. : « Évolution du droit de la santé », dans : BERTRAND, D. et al (éds): *Médecin et droit médical*, 3^e éd., Édition Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg 2009, p. 61-82, (pp. 70 ss); SPRUMONT, D : « Le

118b (recherche sur l'être humain), 119 (procréation médicalement assistée et génie génétique dans le domaine humain) et 119a Cst. féd. (médecine de transplantation). Il s'agit là d'un véritable phénomène de fédéralisation dans le domaine du « biodroit ».

ENCADRÉ 5

Art. 117a Cst. féd

« 1. Dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Ils reconnaissent la médecine de famille comme une composante essentielle des soins médicaux de base et l'encouragent.

2. La Confédération légifère:

a) sur la formation de base et la formation spécialisée dans le domaine des professions des soins médicaux de base et sur les conditions d'exercice de ces professions ;

b) sur la rémunération appropriée des prestations de la médecine de famille. »

Art. 118a Cst. féd

« La Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires. »

Art. 118b Cst. féd

« 1. La Confédération légifère sur la recherche sur l'être humain, dans la mesure où la protection de la dignité humaine et de la personnalité l'exige. Ce faisant, elle veille à la liberté de la recherche et tient compte de l'importance de la recherche pour la santé et la société.

2. Elle respecte les principes suivants en matière de recherche en biologie et en médecine impliquant des personnes:

a) un projet de recherche ne peut être réalisé que si la personne y participant ou la personne désignée par la loi a donné son consentement éclairé; la loi peut prévoir des exceptions; un refus est contraignant dans tous les cas ;

b) les risques et les contraintes encourus par les personnes participant à un projet de recherche ne doivent pas être disproportionnés par rapport à l'utilité du projet ;

c) un projet de recherche ne peut être réalisé sur des personnes incapables de discernement que si des résultats équivalents ne peuvent être obtenus chez des personnes capables de discernement; lorsque le projet de recherche ne permet pas d'escompter un bénéfice direct pour les personnes incapables de discernement, les risques et les contraintes doivent être minimaux ;

d) une expertise indépendante du projet de recherche doit avoir établi que la protection des personnes participant à ce projet est garantie. »

Art. 119 Cst. féd

« 1. L'être humain doit être protégé contre les abus en matière de procréation médicalement assistée et de génie génétique.

2. La Confédération légifère sur l'utilisation du patrimoine germinal et génétique humain. Ce faisant, elle veille à assurer la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la famille et respecte notamment les principes suivants:

système de santé suisse : présentation générale », dans LA HARPE, R., UMMEL, M., et DUMOULIN, J-F. (éds), Droit de la santé et médecine légale, Chêne-Bourg 2014, pp. 97-104, (p. 97).

³⁹ Pour une analyse de l'art. 117a Cst., voir DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 1827 ss, p. 860 ss).

a) toute forme de clonage et toute intervention dans le patrimoine génétique de gamètes et d'embryons humains sont interdites ;

b) le patrimoine génétique et germinale non humain ne peut être ni transféré dans le patrimoine germinale humain ni fusionné avec celui-ci ;

c) le recours aux méthodes de procréation médicalement assistée n'est autorisé que lorsque la stérilité ou le danger de transmission d'une grave maladie ne peuvent être écartés d'une autre manière, et non pour développer chez l'enfant certaines qualités ou pour faire de la recherche ; la fécondation d'ovules humains hors du corps de la femme n'est autorisée qu'aux conditions prévues par la loi ; ne peuvent être développés hors du corps de la femme jusqu'au stade d'embryon que le nombre d'ovules humains nécessaires à la procréation médicalement assistée.

d) le don d'embryons et toutes les formes de maternité de substitution sont interdits ;

e) il ne peut être fait commerce du matériel germinale humain ni des produits résultant d'embryons ;

f) le patrimoine génétique d'une personne ne peut être analysé, enregistré et communiqué qu'avec le consentement de celle-ci ou en vertu d'une loi ;

g) toute personne a accès aux données relatives à son ascendance. »

Art. 119a Cst. féd

« 1. La Confédération édicte des dispositions dans le domaine de la transplantation d'organes, de tissus et de cellules. Ce faisant, elle veille à assurer la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé.

2. Elle veille à une répartition équitable des organes.

3. Le don d'organes, de tissus et de cellules humains est gratuit. Le commerce d'organes humains est interdit. »

En bref, l'on peut relever que les compétences dans le domaine de la santé sont partagées entre le droit fédéral et le droit cantonal. Les cantons gardent notamment une large compétence quant à l'organisation du système de soins.⁴⁰ Du fait de l'existence de cette compétence partagée, les formes de soins peuvent être différentes selon les cantons. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) évoque à cet égard des politiques de santé dominantes, non une politique de santé uniforme au niveau national.⁴¹ Dans un objectif de coordination, en particulier pour les soins hautement spécialisés, les cantons collaborent au sein de la Conférence des ministres cantonaux de la santé publique (CDS).⁴² En outre, les communes conservent elles aussi une compétence et sont responsables des soins longue durée et des soins extra-hospitaliers. Ainsi, les divergences en matière de politique de santé sont parfois marquées, par exemple, relativement aux évaluations dans le domaine de la santé ou dans la définition des politiques de prise en charge des personnes âgées.⁴³

⁴⁰ SAINT-PHILIPPE, J. : « Le droit aux soins de qualité : définition à la lumière du droit international et des théories conceptuelles », dans : CLERC, E., DUNAND, J.-P., et SPRUMONT, D. (éds), *Alea jacta est : Santé !, Mélanges en l'honneur d'Olivier Guillod*, Neuchâtel 2021, pp. 451-471, (p. 464).

⁴¹ ACHTERMANN, W. et BERSET, C. : *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik*, OFSP, Berne 2006, 208 pp.

⁴² DE PIETRO, C. et al. : *Switzerland. Health system review. Health Systems in Transition*, Vol. 17, n° 4, European Observatory on Health Systems and Policies 2015 (in partnership hosted by WHO), xxx et 288 pp., (pp. xxi-xxiii).

⁴³ BALTHASAR, A. : « Are there bases for evidence-based health policy in Switzerland? Factors influencing the extent of evaluation activity in health policy in the Swiss cantons », *Evidence & Policy*, Vol. 6, n° 3, 2010, pp. 333-349 ; MOOR, C. et MARTIN, M. : « La politique de la vieillesse dans les cantons : état des lieux », dans

II. Droit international, dispositions constitutionnelles et infraconstitutionnelles suisses

En droit suisse, il n'existe pas de droit à la santé consacré par une disposition constitutionnelle. Par contre, l'on trouve un droit à obtenir le meilleur état de santé possible, comme envisagé par les traités de droit international ratifiés par la Suisse. Sur le plan individuel, le droit à des prestations de l'État est garanti à travers la mise en œuvre des droits fondamentaux, d'une part, et le droit de la sécurité sociale, d'autre part. Divers éléments du droit à la santé sont en outre réalisés indirectement par le biais de la législation fédérale et cantonale.

Il convient, dans un premier temps, de présenter les fondements internationaux du droit à la santé et la mise en œuvre de ces derniers en droit suisse (II.1). La Confédération a en effet ratifié plusieurs traités internationaux dont certaines dispositions garantissent un droit à la santé, soit directement soit indirectement. Il s'agira ensuite d'identifier les dispositions constitutionnelles fédérales (II.2) et cantonales (II.3) ainsi que les dispositions infraconstitutionnelles fédérales (II.4) et cantonales (II.5) qui s'inscrivent dans la mise en œuvre de ces fondements.

II.1. Fondements internationaux du droit à la santé et leur intégration au droit suisse

Le droit suisse se fonde principalement sur la définition reconnue du droit à la santé en droit international. Nous évoquerons ici un certain nombre de traités généraux et spécialisés – internationaux et régionaux – que la Suisse a ratifiés et qui protègent le droit à la santé. La Suisse appliquant le principe du monisme,⁴⁴ les règles de droit international ratifiées font partie intégrante de son ordre juridique.

⁴⁴ La Suisse reconnaît le principe général de la primauté du droit international. Les bases légales pertinentes à cet égard sont, d'une part, l'art. 5 al. 4 Cst. féd., qui établit que la Confédération et les cantons respectent le droit international, d'autre part, l'art. 190 Cst. féd. qui impose au Tribunal fédéral et aux autres autorités sont tenues d'appliquer les lois fédérales et le droit international. Une exception existe à la primauté du droit international : si le législateur suisse souhaite expressément s'écarter des dispositions de celui-ci dans un texte qui lui est ultérieur. Relativement à la mise en œuvre en droit interne suisse des normes internationales, ces dernières sont valables en droit interne dès leur entrée en vigueur (monisme) ; leur reprise ne nécessite pas leur transformation par un acte interne (dualisme). Il faut cependant distinguer la question de l'intégration d'une norme de droit international en droit suisse, de celle de son applicabilité. Les normes de droit international sont directement applicables (ou justiciables ou *self-executing*) lorsqu'elles sont suffisamment concrètes pour que les personnes physiques ou morales en retirent des droits et des obligations sur lesquels ils pourront fonder une action devant les autorités administratives et judiciaires. Pour un approfondissement, nous renvoyons vers l'étude de DE ROSSA, F. : *Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Suisse*, Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, octobre 2017, VIII et 58 pp., référence PE 608.738 ; MAHON, P. : *Droit constitutionnel*, Vol. I : Institutions, juridiction constitutionnelle et procédure, 3^e éd., Bâle/Neuchâtel 2014, 521 pp. Voir également le site de la Confédération, Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) : <https://www.eda.admin.ch/eda/fr/dfae/politique-exterieure/droit-international-public/respect-promotion/droit-international-droit-interne.html> (31.03.2022).

II.1.1. Les textes de l'OMS

Depuis 1948, la Suisse, en tant que membre fondateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a adhéré aux principes généraux consacrés tant par son Préambule que par sa Constitution.

Le droit à la santé trouve sa première expression au niveau international dans le préambule de la Constitution de l'OMS de 1948⁴⁵ :

ENCADRÉ 6

Extrait du Préambule de la Constitution de l'OMS

« (...) La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain (...). »

Au sens de la Constitution de l'OMS, la santé est comprise comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » (préambule).⁴⁶ Cette définition, exprimée en termes généraux, est large et sujette à interprétation, ce qui implique des difficultés pour sa prise en considération dans la pratique.⁴⁷

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT, en anglais Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) est un traité international adopté par la 56^e Assemblée mondiale de la santé à Genève, en Suisse, le 21 mai 2003. Cet instrument international joue un rôle clé pour la protection du droit à la santé dans le domaine des maladies non transmissibles. La Suisse a signé la CCLAT le 25 juin 2004, mais elle ne l'a pas ratifié jusqu'à présent.

II.1.2. Les textes adoptés sous l'égide des Nations Unies

La Suisse a adhéré à l'ONU en 2002. Déjà avant son adhésion, elle a ratifié un certain nombre de traités élaborés sous l'égide de l'ONU.

Le droit à la santé a été ancré à l'art. 25 §1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) en 1948.⁴⁸ Cette disposition prévoit que :

ENCADRÉ 7

Art. 25§1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme

« 1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de (... maladie, d'invalidité (...). »

⁴⁵ La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 (Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Les amendements adoptés par la Vingt-Sixième, la Vingt-Neuvième, la Trente-Neuvième et la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (résolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 et WHA51.23) sont entrés en vigueur le 3 février 1977, le 20 janvier 1984, le 11 juillet 1994 et le 15 septembre 2005 respectivement ; [RS 0.810.1](#).

⁴⁶ Constitution de l'OMS du 22 juillet 1946, préambule.

⁴⁷ SAINT-PHOR, J. : « Le droit aux soins de qualité : définition à la lumière du droit international et des théories conceptuelles », dans : CLERC, E., DUNAND, J.P. et SPRUMONT, D. (éds) : *Alea jacta est : Santé !, Mélanges en l'honneur d'Olivier Guillo*, Neuchâtel 2021, pp. 451-471, (p. 454 et réf. cit).

⁴⁸ Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 (<https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights>).

La DUDH étant une résolution adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU, elle est dépourvue de force juridiquement contraignante. S'il ne s'agit d'un traité international, ce texte international constitue une source importante du droit à la santé, étant considéré aujourd'hui comme faisant partie du droit international coutumier.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC ou Pacte ONU I)⁴⁹ est adopté en 1966. Il s'agit d'un traité international ayant force contraignante qui codifie une partie des droits reconnus par la DUDH. L'art. 12 § 1 PIDESC garantit le droit à la santé en posant en règle que « *les États parties (...) reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ». L'art. 12 § 2 PIDESC précise des domaines d'intervention spécifique permettant aux États de réaliser le droit à la santé : diminuer la mortalité et la mortalité infantile et assurer le développement sain de l'enfant (let. a) ; améliorer l'hygiène dans tous les milieux (let. b) ; faire la prophylaxie et lutter contre les maladies (let. c) ; créer des conditions propres à assurer des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie (let. d).

L'art. 2 § 1 PIDESC précise qu'il appartient aux États de mettre en œuvre ce droit, au travers d'une obligation d'agir, dans la limite des ressources dont il dispose.⁵⁰ La même disposition précise également que les droits garantis par le PIDESC peuvent être réalisés progressivement par les États.

ENCADRÉ 8

Art. 2§1 du PIDESC

« 1. Chacun des États parties au présent Pacte s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives. »

Art. 12 du PIDESC

« 1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:

a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;

b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;

c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;

d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

⁴⁹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966 (PIDESC), entré en vigueur pour la Suisse le 18 septembre 1992, https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/725_725_725/fr (05.01.2022).

⁵⁰ Voir SAINT-PHOR, J. : « Le droit aux soins de qualité : définition à la lumière du droit international et des théories conceptuelles », dans CLERC, E., DUNAND, J.P., et SPRUMONT, D. (éds), *Alea jacta est : Santé !, Mélanges en l'honneur d'Olivier Guilloid*, Neuchâtel 2021, pp. 451-471, (p. 455).

Dans son Observation Générale n° 14 de 2000,⁵¹ qui fournit une interprétation autoritative du droit à la santé au sens de l'art. 12 PIDESC, le CODESC est venu préciser, d'une part, les éléments constitutifs de la définition même de ce droit et, d'autre part, les modalités de sa mise en œuvre. Ainsi, on retient que « *[l]a santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité* » (§ 1).⁵² Par ailleurs, ce droit « *ne saurait se comprendre comme le droit d'être en bonne santé(...), (mais qu'il) suppose (...) (un) droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible* » (§ 8).⁵³

Le CODESC note trois catégories d'obligations des États relatives au droit à la santé : les obligations de le respecter, de le protéger et de le mettre en œuvre (§ 33). Le CODESC précise « *le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* ». ⁵⁴ À l'instar de la DUDH précédemment évoquée, la santé ne se limite donc pas au droit d'accéder aux soins, mais s'étend aux déterminants socio-économiques de la santé. Le CODESC définissant « *[le] droit à la santé (...) [comme étant] étroitement lié à d'autres droits de l'homme et (...) [dépendant] de leur réalisation (...) [il retient qu'il] s'agit des droits énoncés dans la Charte internationale des droits de l'homme,*⁵⁵ *à savoir les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée, le droit d'accès à l'information et les droits à la liberté d'association, de réunion et de mouvement* ». ⁵⁶

Le CODESC identifie quatre piliers essentiels pour garantir la réalisation du droit à la santé : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité. La *disponibilité* signifie qu'il doit exister dans l'État partie, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé en quantité suffisante. L'*accessibilité* comporte quatre dimensions : la non-discrimination (les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à toutes et à tous) ; l'accessibilité physique (les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger) ; l'accessibilité économique, ou abordabilité (les

⁵¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels - Observation Générale n° 14 du 11 août 2000, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), [réf. E/C.12/2000/4](#).

⁵² Pour une analyse détaillée de cette notion et de sa portée dans l'ordre juridique suisse, voir DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (p. 482 ss).

⁵³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels – Observation Générale n° 14 du 11 août 2000, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), [réf. E/C.12/2000/4](#), § 8.

⁵⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels – Observation Générale n° 14 du 11 août 2000, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), [réf. E/C.12/2000/4](#), § 9.

⁵⁵ La Charte internationale des droits de l'homme se compose de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), ainsi que du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP).

⁵⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels - Observation Générale n° 14 du 11 août 2000, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), [réf. E/C.12/2000/4](#), § 3.

installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable) ; l'accessibilité de l'information (qui comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé). L'*acceptabilité* implique que les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel. Finalement, la *qualité* suppose que les installations, biens et services en matière de santé soient scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui implique, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

La Suisse a adhéré au PIDESC (Pacte ONU I) le 18 juin 1992,⁵⁷ qui garantit explicitement le droit à la santé (art. 12). A la même date, la Suisse a également adhéré au Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP ou Pacte ONU II),⁵⁸ qui consacre des garanties fondamentales qui, indirectement, impliquent la protection du droit à la santé (art. 6, droit à la vie ; art. 7, interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants).

ENCADRÉ 9

Art. 6 PIDCP

« 1. Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine. Ce droit doit être protégé par la loi. Nul ne peut être arbitrairement privé de sa vie. (...) »

Art. 7 PIDCP

« Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique. »

En ce qui concerne la portée des dispositions de ces deux Pactes en droit interne, le Conseil fédéral a précisé, dans son Message concernant l'adhésion de la Suisse aux deux Pactes de 1966, qu'il s'agit de dispositions programmatiques ou d'un engagement politique.⁵⁹ Comme le relève le Tribunal fédéral⁶⁰, il convient de rappeler que :

ENCADRÉ 10

ATF 120 Ia 1, c. 5.

« [L]e Conseil fédéral et le Parlement sont (...) partis du principe que les dispositions du Pacte social ne conféraient en principe pas à l'individu, à quelques exceptions près, de droits subjectifs et justiciables que le citoyen pourrait invoquer devant les autorités administratives et judiciaires suisses. »

Selon la jurisprudence établie du Tribunal fédéral, les droits garantis par le Pacte des Nations Unies I sont essentiellement de nature programmatique et ne confèrent en principe pas aux particuliers de droits subjectifs susceptibles d'être invoqués en justice. Il s'agit de normes qui doivent être mises en œuvre par le législateur fédéral. En particulier, l'art. 12 par. 2 let. d du

⁵⁷ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, entré en vigueur pour la Suisse le 18 septembre 1992 ([RS 0.103.1](#)).

⁵⁸ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, entré en vigueur pour la Suisse le 18 septembre 1992 ([RS 0.103.2](#)).

⁵⁹ [FF 1991 I 1129](#); BO 1991 CN 1494, RS 1991 p. 930. Voir également GUILLOD, O. et SPRUMONT, D. « Le droit à la santé : un droit en émergence », dans : ZEN-RUFFINEN, P. et AUER, A. (éds) : *De la constitution, Études en l'honneur de Jean-François Aubert*, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, pp. 337-353, (p. 346 et ref. cit).

⁶⁰ [ATF 120 Ia 1](#), c. 5.

Pacte des Nations Unies I ne contient qu'un mandat d'agir adressé aux États contractants et n'accorde donc pas aux individus un droit individuel à la santé ou un droit individuel d'accès aux soins de santé.⁶¹

Le droit à la santé est garanti en outre par un certain nombre de traités internationaux spécifiques que la Suisse a ratifiés. Il s'agit de l'art. 5 (d) (iv) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965),⁶² les art.11 (f) et 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979),⁶³ l'art. 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant (1989)⁶⁴ et l'art. 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006).⁶⁵

Finalement, un droit d'accès aux soins est reconnu par le droit international humanitaire dont les règles consacrent la protection de la santé en cas de conflit armé. La Suisse a adhéré, par exemple, à la Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne le 31 mars 1950.⁶⁶ Cette Convention garantit d'un droit à être recueilli et soigné pour chaque blessé ou malade.

II.1.3. Les textes de l'OIT

La concrétisation la plus importante du droit à la santé en Suisse est l'accès aux soins, qui relève, thématiquement, de la protection sociale. Dans ce sens, les textes de l'Organisation internationale du Travail (OIT) peuvent avoir leur pertinence.

La Suisse a adhéré à l'OIT en 1919. Elle a ratifié 62 Conventions et un Protocole, dont 48 sont en vigueur aujourd'hui. En 1977, la Suisse a partiellement ratifié la Convention n° 102 concernant la sécurité sociale (norme minimum) de 1952. Les parties de ce texte consacrées aux soins médicaux n'ont pas été ratifiées.

II.1.4. Les textes du Conseil de l'Europe

La Suisse a adhéré au Conseil de l'Europe le 6 mai 1963. Un certain nombre d'instruments du Conseil de l'Europe reconnaissent un droit à la santé.

⁶¹ [ATF 139 I 257](#) ; [ATF 136 I 290](#) ; [ATF 135 I 161](#) ; [ATF 130 I 113](#) ; [ATF 126 I 240](#) ; [ATF 123 II 472](#) ; [ATF 122 I 101](#) ; [ATF 121 V 246](#) ; [ATF 120 Ia 1](#).

⁶² Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, entrée en vigueur pour la Suisse le 29 décembre 1994 ([RS 0.104](#)).

⁶³ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, entrée en vigueur pour la Suisse le 26 avril 1997 ([RS 0.108](#)).

⁶⁴ Convention relative aux droits de l'enfant, Entrée en vigueur pour la Suisse le 26 mars 1997 ([RS 0.107](#)). La ratification par la Suisse le 24 février 1997 de la Convention relative aux droits de l'enfant permet la mise en place de certaines mesures visant la protection de la santé, quand bien même cette dernière nécessiterait la restriction de certains droits de l'enfant (voir art. 13 al. 2 let. b, art. 14 al. 3, art. 15 al. 2). Cette convention consacre « *le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation* » (art. 24 al. 1), les États devant s'efforcer « *d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné* » au travers, notamment, de dispositions préventives. Cependant, dans son Message, le Conseil fédéral a précisé que « *[l]e droit à la santé concrétise pour les besoins de l'enfant l'un des droits sociaux déjà consacrés dans le [PIDESC] (art. 12). (...) L'enfant ne se voit pas accorder un droit à la santé, cette disposition contenant plutôt des indications pour des programmes de promotion de la santé de l'enfant* » ([FF 1994 V 1](#)). Par ailleurs, cette convention envisage également une approche défensive de la santé par le biais d'une disposition abolissant les « *pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants* » (art. 24 al. 3).

⁶⁵ Convention relative aux droits des personnes handicapées, entrée en vigueur pour la Suisse le 15 mai 2014 ([RS 0.109](#)).

⁶⁶ Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne du 12 août 1949, entrée en vigueur pour la Suisse le 21 octobre 1950 ([RS 0.518.12](#)).

La Suisse a partiellement ratifié le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964, qui a pour objet principal de renforcer les dispositifs de la [Convention n° 102 de l'OIT](#) concernant la norme minimum de sécurité sociale. Les parties de ce texte consacrées aux soins médicaux n'ont pas été ratifiées.

La [Charte sociale européenne](#) garantit, à son article 11, un droit à la protection de la santé. La Suisse n'a pas ratifié la Charte sociale européenne, ni dans sa version originale (1961) ni dans sa version révisée (1996 ; STCE n° 163).

La [Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales](#) (CEDH) garantit, notamment, le droit à la vie (art. 2), l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants (art. 3), le droit au respect de la vie privée et familiale (art. 8) ainsi que l'interdiction de discrimination (art. 14).⁶⁷ Tout en ne garantissant pas explicitement un droit à la santé, ces dispositions en protègent néanmoins certaines dimensions de façon indirecte.⁶⁸ La Suisse a adhéré à la CEDH le 31 mars 1950.⁶⁹

La [Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine](#) (Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine) impose aux États parties, une obligation de prendre, « *compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée* » (art. 3). Toutefois, l'on doit noter que cet article n'a qu'une portée déclarative si l'on se réfère au rapport explicatif accompagnant la Convention.⁷⁰ La Suisse a ratifié la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine le 31 mars 2008.⁷¹

II.2. Droit constitutionnel fédéral suisse

De nombreux traités et textes internationaux consacrent un droit à la santé. Il n'en demeure pas moins que ce droit n'est pas toujours considéré comme un droit autonome.⁷² Les

⁶⁷ Pour un approfondissement de cette question, nous renvoyons à l'étude de FREI, N.: [Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive – Schweiz](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, octobre 2020, X und 70 S., Referenz PE 659.292 ; en français : [Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé – Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, mars 2022, X et 95 pp., référence PE 729.316 (version traduite avec commentaires ajoutés et mise à jour).

⁶⁸ GUILLOD, O. et SPRUMONT, D.: « Le droit à la santé : un droit en émergence », dans : ZEN-RUFFINEN, P. et AUER, A. (éds) : *De la constitution, Études en l'honneur de Jean-François Aubert*, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, pp. 337-353, (p. 346. dd). Voir aussi, ZILLER, J.: [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé - Conseil de l'Europe](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), septembre 2021, VIII et 67 pp., référence PE 698.030.

⁶⁹ Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, entrée en vigueur pour la Suisse le 28 novembre 1974 ([RS 0.101](#)).

⁷⁰ [Rapport explicatif de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine Oviedo, 4.IV.1997](#). « Cette disposition ne prétend cependant pas créer un droit subjectif que chaque personne pourrait invoquer en justice à l'encontre de l'État, mais tend à engager celui-ci à prendre, dans le cadre de la politique sociale, les mesures propres à assurer l'accès équitable aux soins de santé » (n° 26). Voir également GUILLOD, O. et SPRUMONT, D.: « Le droit à la santé : un droit en émergence », dans : ZEN-RUFFINEN, P. et AUER, A. (éds) : *De la constitution, Études en l'honneur de Jean-François Aubert*, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, pp. 337-353, (p. 346).

⁷¹ Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine), entrée en vigueur pour la Suisse le 1^{er} novembre 2008 ([RS 0.810.2](#)).

⁷² Pour des exemples contemporains de reconnaissance de la santé comme droit fondamental, voir DAGRON, S.

différents droits humains protégés au niveau international définissent un socle normatif servant de fondement au droit à la santé, directement et indirectement. Deux axiomes ressortent du droit à la santé, à savoir des libertés (notamment la liberté de contrôler sa propre santé et son corps) et des droits (notamment au respect de l'intégrité corporelle, à l'interdiction de la torture et au droit de ne pas être soumis sans consentement préalable à un traitement ou expérience médicale, droit d'accès aux soins).⁷³ Il s'agit d'analyser ci-dessous comment la Suisse a réalisé ces engagements internationaux en ce qui concerne le droit à la santé.

Alors qu'une étude de 2013⁷⁴ portant sur 191 Constitutions a mis en évidence que plus les Constitutions étaient jeunes, plus les probabilités de mention de droit à la protection de la santé augmentaient et que l'on observait, dès 2011, que 25 % des pays consacraient un droit « à la santé publique », 38 % un « droit aux soins médicaux », 36 % un « droit à la santé »⁷⁵, en Suisse, ni le droit à la santé ni le droit aux soins n'a été explicitement consacré dans la Constitution.⁷⁶

Un certain nombre de droits fondamentaux garantis par la Constitution fédérale, comme le droit à la vie et la liberté personnelle par exemple (art. 10 Cst. féd.), offrent une protection indirecte du droit à la santé. L'art. 35 Cst. féd. précise que les droits fondamentaux doivent être réalisés dans l'ensemble de l'ordre juridique (al. 1). Quiconque assume une tâche de l'État est tenu de respecter les droits fondamentaux et de contribuer à leur réalisation (al. 2). Les autorités veillent à ce que les droits fondamentaux, dans la mesure où ils s'y prêtent, soient aussi réalisés dans les relations qui lient les particuliers entre eux (al.3).

ENCADRÉ 11

Art. 10 Cst. féd.

« 1. Tout être humain a droit à la vie. La peine de mort est interdite.

2. Tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement.

3. La torture et tout autre traitement ou peine cruels, inhumains ou dégradants sont interdits. »

Art. 35 Cst. féd.

« 1. Les droits fondamentaux doivent être réalisés dans l'ensemble de l'ordre juridique.

« Le droit à la santé, un droit internationalement protégé », dans : SOCIÉTÉ FRANÇAISE POUR LE DROIT INTERNATIONAL (éd.) : *Santé et droit international*, Paris 2019, pp. 51-72, (p. 52 ss). Voir également MELIK, O. : *Le droit à la santé, Un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales*, Une collection du Programme Droits Humains du Centre Europe – Tiers Monde (CETIM), Genève 2006, 68 pp.

⁷³ SAINT-PHOR, J. « Le droit aux soins de qualité : définition à la lumière du droit international et des théories conceptuelles », dans : CLERC, E., DUNAND, J.P., et SPRUMONT, D. (éds) : *Alea jacta est : Santé !, Mélanges en l'honneur d'Olivier Guillo*, Neuchâtel 2021, pp. 451-471, (p. 454 et réf. cit).

⁷⁴ HEYMANNA, J., CASSOLA, A., RAUBA, A. et MISHRA, L. : *Constitutional rights to health, public health and medical care: The status of health protections in 191 countries*, Global Public Health, Los Angeles (Etats Unis, CA) 2013, pp. 639-653.

⁷⁵ HEYMANNA, J., CASSOLA, A., RAUBA, A. et MISHRA, L. : *Constitutional rights to health, public health and medical care: The status of health protections in 191 countries*, Global Public Health, Los Angeles (Etats Unis, CA) 2013, pp. 639-653.

⁷⁶ Voir GÄCHTER, T. et FILIPPO, M. « Stärkt der neue « Grundversorgungsartikel » der schweizerischen Bundesverfassung das « Recht auf Gesundheit »? », dans : *Bioethica Forum* 3/2015, pp. 85-90.

2. Quiconque assume une tâche de l'État est tenu de respecter les droits fondamentaux et de contribuer à leur réalisation.

3. Les autorités veillent à ce que les droits fondamentaux, dans la mesure où ils s'y prêtent, soient aussi réalisés dans les relations qui lient les particuliers entre eux. »

Au-delà de cette protection indirecte, des manifestations du droit à la santé se trouvent dans la Constitution fédérale sous trois formes : premièrement, la santé est mentionnée comme but social de la Confédération (II.2.1.) ; deuxièmement, l'accès aux soins essentiels est expressément garanti, et l'accès aux autres soins découle des mécanismes de protection sociale prévus par la Constitution (II.2.2.) ; troisièmement, la Confédération est compétente pour légiférer dans plusieurs domaines du droit de la santé en vue de protéger la santé publique, qui est ainsi érigée en intérêt public (II.2.3.).

II.2.1. La santé comme but social

L'art. 41 al. 1 let. b Cst. féd. prévoit que la Confédération et les cantons s'engagent, entre autres choses, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. Il ne s'agit pas d'une obligation de résultat garantissant à chaque personne tous les soins dont elle pourrait avoir besoin ou qu'elle souhaiterait obtenir. L'Etat doit veiller à ce que les besoins sanitaires de la population soient couverts de manière appropriée, compte tenu notamment des ressources à disposition. La portée de cette disposition est essentiellement programmatique et déclaratoire. Comme son nom l'indique, il ne s'agit pas d'un droit justiciable, mais d'une « *obligation d'effort* » à l'intention des autorités étatiques.⁷⁷ Une personne ne peut pas en déduire directement un droit à une prestation positive de l'Etat, comme le rappelle du reste expressément l'art. 41 al. 4 Cst. féd. Il est par ailleurs important de souligner que les efforts de l'Etat s'inscrivent « *en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée* », compte tenu de la prévalence, dans l'ordre constitutionnel suisse, de la responsabilité individuelle (art. 6 Cst. féd.) et de la subsidiarité de l'intervention de l'Etat (art. 5a Cst. féd.)

ENCADRÉ 12

Art. 5a Cst. féd.

« L'attribution et l'accomplissement des tâches étatiques se fondent sur le principe de subsidiarité. »

Art. 6 Cst. féd.

« Toute personne est responsable d'elle-même et contribue selon ses forces à l'accomplissement des tâches de l'État et de la société. »

Art. 41 Cst. féd.

« 1. La Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que :

a) (...)

b) toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé ;

(...)

4. Aucun droit subjectif à des prestations de l'État ne peut être déduit directement des buts sociaux. »

⁷⁷ Voir not. [ATF 120 Ia 1](#), c. 5c ; [ATF 121 V 229](#), c. 3a ; [ATF 129 V 246](#), c. 1c. Voir également VENTURA, M. « [Les droits sociaux en Suisse – les « générations » en \(r\)évolution ?](#) », dans : *Jusletter* du 25 novembre 2019, 19 pp., (p. 8).

II.2.2. L'accès aux soins

Au chapitre des droits fondamentaux, l'art. 12 Cst. féd. prévoit que « quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine ». Le droit fondamental à l'aide dans des situations de détresse donne droit à des prestations positives. Le Tribunal fédéral a précisé cette disposition dans ce sens que le droit à des soins essentiels tombe dans la notion d'aide et d'assistance employée ici. Cette aide ne s'étend toutefois qu'aux prestations strictement nécessaires afin de préserver une existence digne. L'art. 12 Cst. féd. se trouve ainsi en lien étroit avec l'art. 7 Cst. féd. qui protège la dignité humaine. Selon la doctrine suisse, il s'agit de soins d'urgence et de médecine générale, absolument nécessaires à la garantie de la dignité humaine.⁷⁸ Pour le Tribunal fédéral, il ne s'agit ici que d'un « *minimum, c'est-à-dire uniquement les moyens indispensables dans une situation de détresse au sens d'une aide de transition (sous forme de nourriture, de vêtements, de logement et de soins médicaux de base) pour pouvoir survivre* »⁷⁹. Le droit aux soins essentiels n'est pas conditionné à une quelconque obligation (p.ex. : l'obligation de coopération de la part de la personne qui devrait se procurer des papiers d'identité en prévision d'un retour dans son pays d'origine).⁸⁰ Cela étant, le droit consacré par l'art. 12 Cst. féd. ne souffre aucune restriction (noyau dur), pas même aux conditions de l'art. 36 Cst. féd., seul socle normatif autorisant la restriction d'un droit fondamental.⁸¹ L'art. 12 Cst. féd. ne permet toutefois pas de conclure à l'existence, en Suisse, d'un droit individuel aux soins général et justiciable.

ENCADRÉ 13

Art. 7 Cst. féd.

« La dignité humaine doit être respectée et protégée »

Art. 12 Cst. féd.

« Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine. »

Art. 36 Cst. féd.

« 1. Toute restriction d'un droit fondamental doit être fondée sur une base légale. Les restrictions graves doivent être prévues par une loi. Les cas de danger sérieux, direct et imminent sont réservés.

2. Toute restriction d'un droit fondamental doit être justifiée par un intérêt public ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui.

3. Toute restriction d'un droit fondamental doit être proportionnée au but visé.

4. L'essence des droits fondamentaux est inviolable. »

⁷⁸ STEFFEN, G.: *Droit aux soins et rationnement: approche d'une définition des soins nécessaires*, Thèse Neuchâtel, Berne 2002, LV et 347 pp., (pp. 86 ss).

⁷⁹ [ATF 130 I 71](#) c. 4.1. Voir également, DONZALLAZ, Y.: *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, N 1347 ss, pp. 641 ss.

⁸⁰ [ATF 131 I 166](#). Pour une analyse, voir <https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/pauvrete-droits-sociaux/dossier/interpretation-en-suisse/buts-sociaux-dans-la-constitution> (31.03.2022).

⁸¹ [ATF 131 I 166](#): l'art. 12 garantit un minimum au sens d'une « aide à la survie », ce qui signifie que l'étendue de la protection et le contenu essentiel (noyau dur) coïncident. Cf. également Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*, p. 8 et *infra* III.2.2.

Toujours sous l'angle des droits fondamentaux, il faut également mentionner l'art. 8 Cst. féd., qui consacre le principe de l'égalité de traitement (al. 1) et l'interdiction de discrimination (al. 2). L'égalité de traitement consiste à traiter de manière semblable des situations identiques et à traiter de façon différente des situations dissemblables. Elle interdit donc à la fois des distinctions injustifiées et des assimilations insoutenables. La comparaison de situations de fait est ainsi au cœur de l'analyse juridique de l'égalité de traitement. Toute différence de traitement ne constitue pas, en soi, une inégalité de traitement prohibée par l'art. 8 Cst. féd. La différence de traitement n'est interdite que lorsqu'elle ne repose sur aucun motif pertinent ni aucune justification raisonnable. L'interdiction de discrimination au sens de l'art. 8 al. 2 établit donc une liste de critères de distinction suspects (suspçon d'une différenciation inadmissible)⁸².

ENCADRÉ 14

Art. 8 Cst. féd.

« 1. Tous les êtres humains sont égaux devant la loi.

2. Nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique.

3. L'homme et la femme sont égaux en droit. La loi pourvoit à l'égalité de droit et de fait, en particulier dans les domaines de la famille, de la formation et du travail. L'homme et la femme ont droit à un salaire égal pour un travail de valeur égale.

4. La loi prévoit des mesures en vue d'éliminer les inégalités qui frappent les personnes handicapées. »

Si l'art. 8 Cst. féd. ne crée pas un droit d'accès aux soins, on en déduit un droit à un accès égal aux soins pour tous, ainsi qu'aux prestations sociales qui en assurent le financement.⁸³ Le droit à l'égalité de traitement pour l'accès aux soins est un principe à double tranchant pour les patientes et les patients. En effet, la jurisprudence lui a apporté certaines limitations, par exemple en confirmant que la limite d'âge indiquée dans la législation en matière d'assurance-maladie pour la prise en charge du traitement chirurgical de l'adiposité reposait sur un motif objectif d'ordre médical et ne représentait donc pas une discrimination.⁸⁴ En cas de pratiques divergentes entre différents organes des assurances sociales, il peut être dangereux de se prévaloir de l'égalité de traitement, le Tribunal fédéral ayant alors une tendance à s'aligner sur la pratique la moins favorable.⁸⁵

⁸² Pour une analyse plus approfondie des principes d'égalité de traitement et de non-discrimination, nous renvoyons vers l'étude de FREI, N.: [Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive – Schweiz](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, octobre 2020, X und 70 S., Referenz PE 659.292, en français : [Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé – Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, mars 2022, X et 95 pp., référence PE 729.316 (version traduite avec commentaires ajoutés et mise à jour).

⁸³ STEFFEN, G.: *Droit aux soins et rationnement: approche d'une définition des soins nécessaires*, Thèse Neuchâtel, Berne 2002, LV et 347 pp., (p. 88 ss).

⁸⁴ [ATF 136 I 121](#). Le Tribunal fédéral s'est montré moins sévère s'agissant de la prise en charge des traitements de fertilité ([ATF 142 V 249](#), Cf. *infra* III.2.3).

⁸⁵ [Arrêt du Tribunal fédéral 9C_648/2014 du 3 mars 2015](#) (cf. *infra* III.3.3).

L'accès aux soins suppose avant toute chose que ceux-ci soient disponibles. L'approvisionnement en soins et de leur qualité font l'objet d'une norme attributive de compétence, l'art. 117a Cst. féd., adopté en 2014.⁸⁶ Cette disposition prévoit, à son alinéa 1, que :

ENCADRÉ 15

Art. 117a Cst. féd.

« 1. Dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Ils reconnaissent la médecine de famille comme une composante essentielle des soins médicaux de base et l'encouragent. »

Elle confère par ailleurs à la Confédération la compétence de légiférer en matière de formation des médecins.

Le Conseil fédéral a précisé que cet article « *oblige la Confédération et les cantons à veiller à ce que chacun en Suisse ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. La nouvelle disposition constitutionnelle (al. 2, let. a) confère à la Confédération la compétence étendue, et non pas limitée à l'exercice des activités économiques lucratives privées (art. 95 Cst.), de légiférer sur la formation de base et la formation spécialisée et sur les conditions d'exercice des professions des soins médicaux de base.*⁸⁷ Il s'agit d'obtenir que les patients ne soient traités que par des professionnels de la santé possédant les qualifications professionnelles et personnelles requises⁸⁸ ». Il faut noter que cela ne concerne pas toutes les prestations de soins de santé ; en particulier, les services médicaux hautement spécialisés sont exclus.

Cette disposition conserve un caractère programmatoire : il s'agit d'un mandat général d'agir pour tous les acteurs étatiques, mais difficilement justiciable. Le premier alinéa, en particulier, ne pose aucune exigence de résultat.⁸⁹

La notion de « *soins médicaux de base* » renvoie aux services médicaux essentiels et le Conseil fédéral les a définis dans son Message relatif à la LPSan.⁹⁰ « *Constituent des soins médicaux de base les examens et traitements : 1. qui concernent une atteinte à la santé, y compris une atteinte à une fonction corporelle, qui est susceptible de toucher une part importante de la population ; 2. qui poursuivent le but de prévenir, de diagnostiquer ou de traiter une telle atteinte à la santé, un but de réadaptation ou un but palliatif consécutivement à une telle atteinte à la santé ; 3. qui sont fournis par des personnes formées à cet effet ; 4. auxquels une part importante des personnes ayant une atteinte à la*

⁸⁶ Pour une analyse détaillée de l'art. 117a Cst. et une discussion sur sa portée, cf. GÄCHTER, T. et FILIPPO, M. : « Stärkt der neue Grundversorgungsartikel der schweizerischen Bundesverfassung das Recht auf Gesundheit ? », dans : *Bioethica Forum* 3/2015, pp. 85-90.

⁸⁷ Pour une analyse détaillée concernant le mandat législatif en faveur de la Confédération eu égard à la formation universitaire et postgrade, voir DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 1844 ss, p. 867 ss).

⁸⁸ Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*, p. 9. V. ég. à cet égard, DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 1828, p. 861).

⁸⁹ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 1828, p. 861 et réf. cit).

⁹⁰ Message du Conseil fédéral concernant la loi fédérale sur les professions de la santé, [FF 2015 7925](#). Pour définir ces éléments, il s'est fortement inspiré du Message du Conseil fédéral concernant l'initiative populaire *Oui à la médecine de famille*, [FF 2011 6953](#), p. 6978 ss.

*santé concernée peut accéder ; 5. qui sont fournis sur l'ensemble du territoire suisse ; 6. qui ne font pas partie de la médecine de pointe».*⁹¹

On les distingue des prestations de base garanties par l'art. 12 Cst. fournies dans les situations de détresse (cf. *supra* a). Les prestations de la médecine de base vont plus loin que l'aide médicale minimale pouvant être apportée en situation d'urgence, qui, elle, ne fonde pas de droit exigible.⁹² Toutes les prestations ne sont cependant pas garanties et celles qui sont sollicitées sporadiquement (p.ex. : maladies rares ou soins exigeant un haut degré technicité, etc.) ne peuvent être considérées.⁹³ Sont envisagés comme prestataires de soins, outre les médecins, les autres professions médicales et professionnels de la santé.⁹⁴ La médecine de base est accessible à tous, peu importe les dimensions géographiques, financières et sociales.⁹⁵ Le concept de médecin de famille a été envisagé pour fournir les soins de premier recours. La LPMéd, révisée en 2015, renforce son rôle relativement aux soins médicaux de base en les incluant expressément dans la formation des professionnels.⁹⁶

L'accès aux soins est, pour le reste, abordé au travers de la question de son financement par les assurances sociales qui représentent, en Suisse, le principal outil de protection sociale. Les soins de santé sont susceptibles d'être financés par cinq régimes d'assurance distincts : l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité, l'assurance militaire et les prestations complémentaires. Dans tous les cas, la Constitution confère à la Confédération la compétence de légiférer, respectivement aux art. 112, 112a et 117 Cst. féd.).

ENCADRÉ 16

Art. 112 Cst. féd.

« 1. La Confédération légifère sur l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité.

2. Ce faisant, elle respecte les principes suivants:

a) l'assurance est obligatoire ;

a)^{bis} elle accorde des prestations en espèces et en nature ;

b) les rentes doivent couvrir les besoins vitaux de manière appropriée ;

c) la rente maximale ne dépasse pas le double de la rente minimale ;

d) les rentes sont adaptées au moins à l'évolution des prix.

3. L'assurance est financée:

a) par les cotisations des assurés ; lorsque l'assuré est salarié, l'employeur prend à sa charge la moitié du montant de la cotisation ;

b) par des prestations de la Confédération.

4. Les prestations de la Confédération n'excèdent pas la moitié des dépenses.

5. Les prestations de la Confédération sont financées prioritairement par le produit net de l'impôt sur le tabac, de l'impôt sur les boissons distillées et de l'impôt sur les recettes des maisons de jeu. »

⁹¹ Message du Conseil fédéral concernant la loi fédérale sur les professions de la santé, [FF 2015 7925](#), p. 7984.

⁹² DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp, (N 1831, pp. 862-863 et réf. cit).

⁹³ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp, (N 1832, p. 863 et réf. cit).

⁹⁴ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp, (N 1835, p. 864 et réf. cit. et N 1843, p. 867).

⁹⁵ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp, (N 1838, p. 865 et réf. cit).

⁹⁶ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp, (N 1841 et N 1842, pp. 866-867).

Art. 112a Cst. féd.

« 1. La Confédération et les cantons versent des prestations complémentaires si l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ne couvre pas les besoins vitaux.

2. La loi fixe le montant des prestations complémentaires et définit les tâches et les compétences de la Confédération et des cantons. »

Art. 117 Cst. féd.

« 1. La Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents.

2. Elle peut déclarer l'assurance-maladie et l'assurance-accidents obligatoires, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. »

Concernant spécifiquement l'assurance-maladie, le Tribunal fédéral relève qu'« en matière d'assurance-maladie, l'art. 117 Cst. confère à la Confédération une compétence concurrente non limitée aux principes, qui admet en outre l'instauration d'un monopole de droit indirect ». ⁹⁷ Le contenu de cette disposition a un caractère impératif et la Confédération peut ainsi légiférer de manière exhaustive, toute compétence cantonale étant exclue, sous réserve des compétences déléguées ou réservées, ou encore celles issues de l'application de l'art. 46 Cst. féd. Ainsi, le législateur a fait usage de sa compétence et a édicté, en sus d'autres ordonnances, ⁹⁸ la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Le même processus vaut également pour les autres assurances sociales mentionnées.

ENCADRÉ 17

Art. 46 Cst. féd.

« 1. Les cantons mettent en œuvre le droit fédéral conformément à la Constitution et à la loi.

2. La Confédération et les cantons peuvent convenir d'objectifs que les cantons réalisent lors de la mise en œuvre du droit fédéral; à cette fin, ils mettent en place des programmes soutenus financièrement par la Confédération.

3. La Confédération laisse aux cantons une marge de manœuvre aussi large que possible en tenant compte de leurs particularités. »

II.2.3. Protection de la santé publique

La Constitution octroie à la Confédération la compétence de légiférer dans différents domaines du droit de la santé, ce qui atteste de l'importance des domaines concernés pour le système de santé et les inscrit dans une perspective de santé publique.

Ainsi, l'art. 118 al. 1 Cst. féd. charge la Confédération, dans la limite de ses compétences, à prendre des mesures afin de protéger la santé. Ce mandat ne se limite pas à une compétence de police, mais considère également la prévention et la promotion de la santé. Cette flexibilité permet la prise en compte et la mise en œuvre de l'approche *Health in all policies* ⁹⁹

⁹⁷ ATF 140 I 218, c. 5.6 ; voir également ATF 130 I 26, c. 4.2 ; ATF 122 V 85, c. 5b/bb/aaa ; arrêt du Tribunal fédéral 2P.134/2003 du 6 septembre 2004, c. 5.1, in : RDAF 2005 I, p. 182.

⁹⁸ Voir notamment l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102) et l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31).

⁹⁹ Rapport Promotion Santé Suisse, Evaluation d'impact sur la santé, Etat des lieux au niveau cantonal en Suisse, Document de travail 33, 2015 (https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document_de_travail_033_PSCH_2015-05_-_Evaluation_d_impact_sur_la_sante.pdf) (22.12.2021). Pour une définition de l'HiAP, voir BAUM, F., OLLILA E. et PEÑA S. : « History of HiAP », dans : LEPPÖ, K. et al. (éds) : *Health in All Policies, Seizing Opportunities, Implementing Policies*, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013, pp. 25-42 ; STÄHL, T. et al. (éds) : *Health in All Policies* :

telle que définie par l'OMS.¹⁰⁰ Cet article donne un mandat général à la Confédération, qui peut agir dans les limites de ses compétences. L'art. 118 al. 2 Cst. féd. lui octroie spécifiquement la compétence de légiférer dans trois domaines : premièrement, l'utilisation des denrées alimentaires ainsi que des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé (let. a) ; deuxièmement la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux (let. b) ; troisièmement, la protection contre les rayons ionisants (let. c).

ENCADRÉ 18

Art. 118 Cst. féd.

« 1. Dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de protéger la santé.

2. Elle légifère sur:

a) l'utilisation des denrées alimentaires ainsi que des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé ;

b) la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux ; elle interdit notamment, pour les produits du tabac, toute forme de publicité qui atteint les enfants et les jeunes ;

c) la protection contre les rayons ionisants ».

Dans ces trois domaines, la Confédération possède une compétence étendue et obligatoire, ce qui signifie qu'elle doit l'exercer.¹⁰¹ Tant qu'elle ne l'a pas fait ou ne l'a fait que de manière incomplète, les cantons conservent des compétences.

Le Tribunal fédéral¹⁰² a précisé :

ENCADRÉ 19

ATF 133 I 110, c. 4.2.

« [qu'] à l'intérieur de ces domaines, elle dispose d'une « compétence globale dotée d'un effet dérogatoire subséquent » (FF 1997 I 338). Elle peut notamment légiférer sur l'utilisation des denrées alimentaires, des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé (art. 118 al. 2 let. a Cst.), ainsi que sur la lutte contre les maladies très répandues et particulièrement dangereuses (art. 118 al. 2 let. b Cst.). Ces dispositions pourraient servir de fondement à une législation fédérale destinée à protéger contre les effets du tabagisme passif (...). Le législateur fédéral a fait partiellement usage de cette compétence pour réglementer notamment – mais de manière non exhaustive – la publicité en matière d'alcool et de tabac (ATF 128 I 295). Les cantons conservent, en tout cas tant que la Confédération n'aura pas

Prospects and Potentials, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006, xvii et 269 pp. Voir également MATTIG, T. et al. : « HIA in Switzerland : strategies for achieving Health in All Policies », dans : *Health Promotion International*, 2017, Vol. 32, pp. 149-156 ; BURRIS, S. : « Law in a social determinants strategy : a public health law research perspective », *Public Health Rep.* 2011, Vol. 126, Suppl. 3, pp. 22-27 ; BURRIS, S., ASHE, M., BLANKE, D. et al. : « Better Health Faster : The 5 Essential Public Health Law Services », dans : *Public Health Reports*, 2016, Vol. 131, n° 6, pp. 747-753 ; GOSTIN, L.O. et al. : « The legal determinants of health : harnessing the power of law for global health and sustainable development », *Lancet*, 2019, Vol. 393, n° 10183, pp. 1857-1910.

¹⁰⁰ Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques 2013 ; OMS (WHA67.12) 2014.

¹⁰¹ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 1857, p. 873).

¹⁰² [ATF 133 I 110](#), c. 4.2.

légiféré dans ce domaine, la faculté d'édicter des règles générales pour la protection de la population ».

Cette compétence concurrente non limitée aux principes lui permet ainsi de pouvoir légiférer de manière exhaustive dans un domaine, évinçant par là même toute compétence cantonale autonome dans ce dernier, exception faite des compétences réservées ou déléguer ainsi que celles issues de la mise en œuvre de l'art. 46 Cst. féd.¹⁰³

S'agissant de l'articulation entre les deux alinéas de l'art. 118 Cst. féd., le Tribunal fédéral a précisé que¹⁰⁴ :

ENCADRÉ 20

Art. 120 Cst. féd.

« l'art. 118 al. 1er Cst. habilite la Confédération à prendre, dans les limites de ses compétences, des mesures afin de protéger la santé. Il ressort déjà de ce libellé que cette règle ne fonde pas de compétences ; le domaine de la santé [est] en principe [du ressort des] cantons. La Confédération ne jouit d'un pouvoir législatif, relativement à la protection de la santé, que dans le cadre des compétences qui lui sont déjà conférées, ainsi que dans les domaines énumérés de façon exhaustive à l'art. 118 al. 2 Cst. (...). C'est dès lors uniquement dans les domaines mentionnés à l'art. 118 al. 2 Cst. que la Confédération jouit d'une compétence générale [d'édicter des règles dotées de la primauté¹⁰⁵] ».

La Confédération se voit encore attribuer la compétence de légiférer dans certains domaines spécifiques du droit de la santé, en raison du caractère sensible des domaines concernés et de l'importance d'une législation uniforme sur l'ensemble du territoire de la Confédération helvétique. Il s'agit de la recherche sur l'être humain (art. 118b Cst. féd.), de la procréation médicalement assistée et du génie génétique dans le domaine humain (art. 119 Cst. féd.), de la médecine de la transplantation (art. 120 Cst. féd.) et du génie génétique dans le domaine non humain (art. 120 Cst. féd.). Dans la mesure où ces dispositions ont avant tout pour objectif de réglementer certaines pratiques à des fins de santé publique, nous ne les détaillerons pas davantage.

ENCADRÉ 21

Art. 120 Cst. féd.

« 1. L'être humain et son environnement doivent être protégés contre les abus en matière de génie génétique.

2. La Confédération légifère sur l'utilisation du patrimoine germinal et génétique des animaux, des végétaux et des autres organismes. Ce faisant, elle respecte l'intégrité des organismes vivants et la sécurité de l'être humain, de l'animal et de l'environnement et protège la diversité génétique des espèces animales et végétales ».

¹⁰³ [ATF 138 I 435](#), c. 3.4.1.

¹⁰⁴ [ATF 139 I 242](#) = JdT 2014 I 171, 175, c. 3.1.

¹⁰⁵ Cf. [ATF 138 I 435](#) c. 4.3.1 ; [ATF 133 I 110](#) c. 4.2 ; [ATF 128 I 295](#) c. 3d/bb ; [arrêt 2P.278/2004 du 4 avril 2005](#), c. 2.3.2, avec réf. ; en doctrine, il est question d'une « *compétence législative fragmentaire de la Confédération* » ; cf. HÄFELIN et al. : *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*, 10^e éd., Zurich/Bâle/Genève, 2020, 754 pp., (N 1086) ; cf. POLEDNA, T. : « Commentaire de l'art. 118 Cst. », dans : EHRENZELLER, B. et al. (éds) : *Die schweizerisches Bundesverfassung. St. Galler Kommentar*, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2008. Voir également JAAG, T. et RÜSSLI, M. : « Schutz vor Passivrauchen : verfassungsrechtliche Aspekte », *PJA* 1/2006, pp. 21 ss.

II.3. Les Constitutions cantonales

Dans le système fédéraliste suisse (cf. *supra* I.2), chacun des 26 cantons est un État souverain doté de sa propre constitution. Aucune constitution cantonale ne consacre, à ce jour, de droit à la santé ou de droit aux soins. Toutes les constitutions cantonales contiennent un catalogue de droits fondamentaux similaire à celui que contient la Constitution fédérale, qui, dans la même mesure, protègent certains aspects du droit à la santé, en particulier sous l'angle de l'égalité pour l'accès aux soins (cf. *supra* II.2). La Constitution du canton de Glaris inclut nommément la protection de la santé, dans la garantie de la liberté personnelle (« *Jedermann hat das Recht auf Leben, körperliche und geistige Unversehrtheit, Bewegungsfreiheit, persönliche Sicherheit, Schutz der Gesundheit sowie Schutz vor Missbrauch der ihn betreffenden Daten* » ; art. 5 al. 1).

Il en va de même pour les dispositions constitutionnelles cantonales qui consacrent le droit à un minimum social, qui inclut les soins nécessaires (cf. *supra* II.2 et *infra* III.2.2).¹⁰⁶ C'est notamment le cas du canton de Neuchâtel, dont la [Constitution](#) prévoit, à son art. 13, sous l'intitulé « *droit à des conditions minimales d'existence* », que :

ENCADRÉ 22

Art. 13 Constitution du canton de Neuchâtel

« *Toute personne dans le besoin a droit à un logis, aux soins médicaux nécessaires et aux moyens indispensables au maintien de sa dignité* ».

Contrairement à ce qui prévaut pour l'art. 12 Cst. féd., les soins médicaux nécessaires sont ici expressément mentionnés, et ne sont pas le fruit d'une création jurisprudentielle.¹⁰⁷

Pour le surplus, les constitutions cantonales contiennent également des dispositions postulant les buts sociaux du canton et réglant des questions de compétence, sans que ces dispositions ne confèrent des droits aux individus.

II.4. Les dispositions infraconstitutionnelles fédérales

Comme nous l'avons déjà esquissé, la législation en matière de santé s'articule, en Suisse, autour de deux axes principaux : l'accès aux soins (II.4.1.) et la réglementation en matière de santé publique (II.4.2.).

II.4.1. Accès aux soins

L'accès aux soins étant largement tributaire de leur financement et celui-ci faisant l'objet de la législation en matière de protection sociale, nous présenterons dans ce chapitre les cinq régimes d'assurance sociale qui prennent en charge les soins de santé, à savoir l'assurance-maladie (II.4.1.1), l'assurance-accidents (II.4.1.2), l'assurance-invalidité (II.4.1.3), les prestations complémentaires (II.4.1.4) et l'assurance militaire (II.4.1.5). Nous mettrons l'accent sur le premier de ces régimes, qui est en première ligne lorsqu'il est question de financement des soins.

¹⁰⁶ GUILLOD, O. et SPRUMONT, D. : « Le droit à la santé : un droit en émergence », dans : ZEN-RUFFINEN, P. et AUER, A. (éds) : *De la constitution, Études en l'honneur de Jean-François Aubert*, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, pp. 337-353, (p. 347).

¹⁰⁷ Pour des exemples similaires, cf. art. 13 al. 1 de [la Constitution de la République et Canton du Tessin du 14 décembre 1997](#) ; art. 29 al. 1 de la [Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993](#).

II.4.1.1 L'assurance-maladie (AMal)

L'assurance-maladie¹⁰⁸ est le régime général de protection sociale en cas de recours à des soins de santé. Elle a une vocation universelle (art. 3 LAMal) et intervient non seulement en cas de maladie (art. 3 LPGA), y compris d'infirmités congénitales, mais également de maternité (cf. art. 5 LPGA) et d'accident (cf. art. 4 LPGA ; art. 1a LAMal).

ENCADRÉ 23

Art. 1a LAMal

« 1. La présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

2. L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas:

a) de maladie (art. 3 LPGA) ;

b) d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge ;

c) de maternité (art. 5 LPGA). ».

Art. 3 LAMal

« 1. Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de mala-die, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

2. Le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2, al. 2, de la loi du 22 juin 2007 sur l'état hôte.

3. Il peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui:

a) exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement (art. 13, al. 2, LPGA) ;

b) sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse.

4. L'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM) pour plus de 60 jours consécutifs. Le Conseil fédéral règle la procédure ».

Si elle est en principe la seule à prendre en charge les soins de santé en cas de maladie¹⁰⁹ et de maternité, elle n'intervient qu'à titre subsidiaire en cas d'infirmité congénitale et d'accident, en l'absence de prise en charge par une assurance sociale plus spécifique, en l'occurrence l'assurance-invalidité ou l'assurance-accidents, éventuellement par l'assurance militaire. La prise en charge des soins par l'assurance-maladie est très calibrée, même si le cadre légal assure une couverture très large. Il est cependant nécessaire que trois conditions soient remplies : les prestations doivent figurer dans un catalogue de prestations (cf. art. 24 ss LAMal), être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 et 33 LAMal ainsi que 33 OAMal), et être fournies par un fournisseur de prestations admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 35 ss LAMal). Cette troisième condition permet à la Confédération, indirectement et bien qu'elle ne soit pas compétente pour le faire (cf. *supra* I.2 et II.2), d'influencer l'organisation des soins dans les cantons. Dans le domaine

¹⁰⁸ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; [RS 832.10](#)) et sa législation d'exécution (cf. annexe, chapitre 832.1).

¹⁰⁹ Sous réserve éventuellement d'une couverture dans le cadre de l'assurance militaire.

ambulatoire, les cantons doivent réglementer le nombre de médecins admis à facturer leurs prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (cf. art. 55a LAMal). Dans le domaine stationnaire, les établissements de soins doivent figurer sur les listes établies par les cantons au terme d'un processus de planification dont les exigences sont décrites dans le droit fédéral (cf. art. 58a ss OAMal¹¹⁰) pour voir leurs prestations remboursées.

L'une des plus importantes particularités du système helvétique d'assurance-maladie est d'imposer aux personnes assurées le paiement de primes calculées par tête, en fonction des coûts totaux de la santé dans le canton concerné, et non en fonction des revenus individuels.¹¹¹ La loi fédérale oblige les cantons à mettre en place un système de subsides destinés à prendre en charge tout ou partie des primes des assurés de condition modeste, chaque canton étant a priori libre d'établir les barèmes sur la base desquels ces subsides sont octroyés.¹¹² Les personnes assurées qui recourent effectivement à des soins de santé doivent participer au coût de ces derniers, tout d'abord en s'acquittant d'une franchise, puis d'une quote-part (art. 64 LAMal et 103 OAMal).¹¹³ Une fois ces montants acquittés, les frais sont intégralement couverts par l'assurance-maladie, pour autant que les prestations soient à sa charge. En cas d'hospitalisation, les personnes assurées adultes doivent encore s'acquitter d'un montant de CHF 15.- par jour (art. 64 al. 5 LAMal et 104 al. 1 OAMal).

D'une manière générale, le système de l'assurance-maladie est confronté depuis plusieurs décennies au problème de l'augmentation des coûts de la santé. Le poids des primes dans le budget des ménages est un enjeu politique important, régulièrement discuté.

L'assurance-maladie est également un organe de promotion et de contrôle de la qualité des soins fournis à charge de l'assurance obligatoire des soins. Une révision partielle de la LAMal, entrée en vigueur au 1er avril 2021, a introduit la création d'une Commission fédérale extraparlamentaire pour la qualité (CFQ ; cf. art. 58b LAMal). Les fournisseurs de prestations et les assureurs ont désormais l'obligation de conclure des conventions de qualité valables au niveau national (nouvel art. 58a LAMal). Les objectifs sont fixés tous les quatre ans (art. 58 LAMal). Afin de rendre cela possible, une révision de l'OAMal a également été nécessaire (art. 77ss OAMal). Des axes prioritaires ont ainsi été définis, à savoir les conditions d'admission des prestataires de soins à pratiquer à charge de l'AOS, les critères de planification et exigences de qualité des institutions de soins et fournisseurs individuels, ainsi que la régulation des professions par les cantons et détermination des tarifs.¹¹⁴ Les art. 58d et 58g LAMal

¹¹⁰ La mise en œuvre de ces dispositions s'est révélée peu claire. Récemment, deux jurisprudences majeures sont venues éclairer leur concrétisation, aux dépens des deux cantons visés par les procédures, dont les planifications ont été jugées non conformes au droit fédéral ([arrêt du Tribunal administratif fédéral du 16 janvier 2019 C-5017/2015](#) [Genève] et [arrêt du Tribunal administratif fédéral du 17 septembre 2021 C-7017/2015](#) [Neuchâtel]). Pour un résumé et une analyse du second arrêt, cf. SAINT-PHOR, J., BRUNNER, N. et DUPONT, A.-S. : « Une planification hospitalière sous la loupe », dans : *Jusletter* du 31 janvier 2022.

¹¹¹ En 2022, la prime mensuelle moyenne s'élève à CHF 315.- pour une personne adulte. Les variations entre les cantons et entre les caisses maladie peuvent aller du simple au double.

¹¹² Le Tribunal fédéral peut cependant opérer un contrôle sur la manière dont ces barèmes sont établis, en particulier pour veiller à ce que la définition de personne assurée de condition modeste ne soit pas trop restrictive (concernant le canton de Lucerne, cf. [ATF 145 I 26](#)).

¹¹³ La franchise s'élève au minimum à CHF 300.- par année civile (art. 103 al. 1 OAMal). Elle peut s'élever jusqu'à CHF 2'500.- (art. 93 al. 1 OAMal). Les quotes-parts se montent à 10 % des coûts dépassant la franchise (art. 64 al. 2 let. b LAMal) et sont plafonnées à CHF 700.- par année civile pour les adultes, à CHF 350.- pour les enfants (art. 103 al. 2 OAMal).

¹¹⁴ Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations) du 9 mai 2019, [FF 2018 3263](#) ss.

renforcent la qualité au sein des institutions : le personnel doit être qualifié, le système de gestion approprié et les équipements doivent participer aux mesures nationales de la qualité. Une culture de la sécurité doit être menée avec l'adhésion à un réseau uniforme de déclaration des événements indésirables, erreurs et risques.

II.4.1.2 L'assurance-accidents (AA)

L'assurance-accidents¹¹⁵ couvre au premier chef les travailleuses et les travailleurs salariés occupés en Suisse.¹¹⁶ Elle présente la particularité, pour les personnes occupées au moins huit heures par semaine par le même employeur, de couvrir tant les accidents professionnels que non professionnels.¹¹⁷ Elle couvre également les maladies professionnelles, selon une approche toutefois plutôt restrictive. La prise en charge du traitement médical est plus large que dans l'assurance-maladie, d'une part parce qu'elle est intégrale, sans participation aux coûts de la personne assurée, d'autre part parce que la personne assurée a droit « *au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident* », formulation large qui permet à l'assureur social une certaine marge de manœuvre qui n'existe pas dans l'assurance-maladie. Le traitement médical doit toutefois demeurer contenu dans certaines limites (cf. art. 54 LAA) et respecter les conditions de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité.¹¹⁸ L'assurance-accidents joue par ailleurs un rôle essentiel dans la prévention des accidents (cf. *infra* II.4.3.3).

II.4.1.3 L'assurance-invalidité

Les enfants atteints de certaines infirmités congénitales peuvent, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 20 ans, obtenir la prise en charge par l'AI des mesures médicales pour le traitement de leur pathologie (art. 13 LAI)¹¹⁹. Les infirmités congénitales sont des maladies présentes à la naissance accomplies de l'enfant (art. 3 al. 2 LPGA). Pour donner droit à une prise en charge par l'AI, elles doivent être répertoriées dans une ordonnance.¹²⁰ Les mesures médicales doivent obéir aux principes de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (cf. *supra* 1 et III.3.1 et 2). Depuis l'entrée en vigueur du Développement continu de l'AI, au 1^{er} janvier 2022,¹²¹ les prestations prises en charge par l'AI devraient être largement calquées sur celles de l'assurance-maladie, le principal avantage demeurant la prise en charge intégrale des prestations, sans participation de la personne assurée. Notons que les personnes atteintes dans leur santé dans leur jeune âge ont également droit, indépendamment du diagnostic posé, à des mesures médicales dites de réadaptation, autrement dit des mesures qui ne sont pas destinées à traiter leur pathologie, mais à rendre possible l'acquisition d'une scolarité puis d'une formation et, si possible, une intégration sur le marché primaire du travail (art. 12 LAI).

¹¹⁵ Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; [RS 832.2](#)) et sa législation d'exécution (cf. annexe, chapitre 832.2).

¹¹⁶ Art. 1a LAA et 1 OLAA. Les travailleuses et les travailleurs indépendants peuvent s'assurer à titre facultatif (art. 4 LAA). Les personnes sans activité lucrative n'ont pas accès à cette assurance.

¹¹⁷ FRÉSARD, J.M. et MOSER-SZELESS, M. : « L'assurance-accidents obligatoire », dans : MEIER, V. (éd.) : *Sécurité sociale (Schweizerisches Verwaltungsrecht, vol. XIV)*, 3^e éd., Bâle 2016, pp. 885-1171, (N 63 ss).

¹¹⁸ FRÉSARD, J.M. et MOSER-SZELESS, M. : « L'assurance-accidents obligatoire », dans : MEIER, V. (éd.) : *Sécurité sociale (Schweizerisches Verwaltungsrecht, vol. XIV)*, 3^e éd., Bâle 2016, pp. 885-1171, (N 63 ss).

¹¹⁹ Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ([RS 831.20](#) ; LAI) et sa législation d'exécution (cf. annexe, chapitre 831.2).

¹²⁰ Ordonnance du DFI du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales (OIC-DFI ; [RS 831.232.211](#)).

¹²¹ RO 2021 705 ; FF 2017 2363.

II.4.1.4 Les prestations complémentaires (PC)

Les PC¹²² sont des prestations destinées aux bénéficiaires de prestations de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité qui ne leur permettent pas de couvrir leur minimum vital. Outre un complément en espèces, ces personnes peuvent voir pris en charge par leur canton de domicile certains frais médicaux. La mise en œuvre de ces prestations est confiée aux cantons, qui peuvent aller au-delà du minimum prévu par la loi fédérale (cf. art. 14 LPC). S'agissant de soins financés par l'État, ils sont limités au strictement nécessaire. Alors que les soins dentaires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie, ils doivent l'être dans le cadre des PC. De fait, en Suisse, un nombre important de personnes âgées en situation de précarité peuvent ainsi bénéficier de soins dentaires minimaux. La prise en charge des soins est intégrale, le ou la bénéficiaire ne participant pas aux coûts.

II.4.1.5 L'assurance militaire

Destinée à protéger les personnes effectuant un service militaire ou civil de milice ainsi que les militaires de carrière, l'assurance militaire¹²³ prend en charge les soins de santé pour les affections d'origine malade ou accidentelle qui se manifestent pendant le service, à moins qu'il ne soit établi que cette atteinte ne présente aucun lien avec ce dernier (art. 5 LAM). La prise en charge des soins est alors étendue et complète, la personne assurée ne participant pas aux coûts et les prestations ne se limitant pas aux prestations du catalogue de l'assurance-maladie (art. 16 LAM).

II.4.2. Santé publique

II.4.2.1 Textes pérennes

Les dispositions constitutionnelles attribuant des compétences législatives à la Confédération dans certains domaines du droit de la santé, à des fins de santé publique, ont toutes fait l'objet de dispositions législatives et de dispositions d'exécution qui sont détaillées dans l'annexe.

En application de l'art. 117a Cst. féd. (qui sert tout autant l'accès aux soins que la qualité de ces derniers, question relevant de la santé publique), le législateur a adopté différentes lois régissant les conditions de l'exercice des professions de la santé universitaires (Loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires¹²⁴) et non universitaires (Loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé¹²⁵; Loi fédérale du 18 mars 2011 sur les professions relevant du domaine de la psychologie¹²⁶).

En application de l'art. 118 Cst. féd., le législateur a adopté d'innombrables lois traitant des différents domaines qui y sont répertoriés, à savoir les denrées alimentaires,¹²⁷ les agents

¹²² Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC ; [RS 831.30](#)) et sa législation d'application (cf. annexe), chapitre 831.3.

¹²³ Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM ; [RS 833.1](#)) et sa législation d'application (cf. annexe, chapitre 833).

¹²⁴ Loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd ; [RS 811.11](#)).

¹²⁵ Loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan ; [RS 811.21](#)).

¹²⁶ Loi fédérale du 18 mars 2011 sur les professions de la psychologie (LPsy ; [RS 935.81](#)) ; il s'agit de la seule loi sur les professions de la santé qui n'est pas incluse dans le volume 8 du Recueil systématique du droit fédéral.

¹²⁷ Loi fédérale du 20 juin 2014 sur les denrées alimentaires et les objets usuels (Loi sur les denrées alimentaires, LDAI ; [RS 817.0](#)) et sa législation d'exécution (cf. annexe).

thérapeutiques,¹²⁸ des stupéfiants,¹²⁹ des organismes,¹³⁰ des produits chimiques¹³¹ et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé ainsi que des rayons ionisants.¹³²

S'agissant de la lutte contre les **maladies transmissibles**, le législateur a adopté la [loi fédérale du 28 septembre 2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme \(LEp\)](#).¹³³ Cette loi a été totalement révisée en 2012 suite aux épidémies de SRAS et de grippe pandémique H1N1. Elle prévoit des mesures de surveillance médicale, de quarantaine, d'isolement ou d'examen médical par voie de contrainte (art. 32 et 35 LEp)¹³⁴, des restrictions d'accès (art. 40 al. 2 let. c LEp) ou des réglementations de fonctionnement (art. 40 al. 2 let. b LEp), les fermetures d'institutions publiques ou privées (art. 40 al. 2 let. b LEp), mais aussi les interdictions d'exercer certaines professions (art. 38 LEp), de toute manifestation (art. 40 al. 2 let. b LEp) ou de l'entrée ou sortie de bâtiments ou zones d'activités (art. 40 al. 2 let. c LEp). De plus, la loi sur les épidémies contient des règles sur le devoir d'informer les personnes concernées lorsqu'une mesure visant des individus est ordonnée (art. 30 s. LEp), un régime spécial d'indemnisation en cas de dommages consécutifs à des vaccinations (art. 64 ss LEp).

Les mesures sanitaires adoptées pendant la **crise sanitaire du COVID-19** l'ont été, dans un premier temps, en vertu des compétences conférées au Conseil fédéral par la LEp, en particulier par son art. 7, qui lui permet, en cas de situation extraordinaire, d'ordonner les mesures nécessaires pour tout ou partie du pays, dérogeant ainsi à l'ordre constitutionnel habituel (concrétisation de la clause générale de police : art. 185 al. 3 Cst. féd.).¹³⁵ Sur la base des art. 7 LEp et 185 al. 3 Cst. féd., plusieurs ordonnances ont été adoptées en urgence pour lutter contre la pandémie.¹³⁶ Le 8 avril 2020, le Conseil fédéral a, afin d'accroître la légitimité parlementaire des mesures envisagées, soumis au Parlement, un projet de loi urgente de

¹²⁸ Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques, LPT ; [RS 812.21](#)) et sa législation d'exécution (cf. annexe). Il faut relever que cette loi, qui régit notamment la procédure d'approbation et de mise sur le marché des médicaments, ne confère aucun droit de recours aux particuliers qui jugeraient un médicament dangereux ou inefficace, ou encore qui estimeraient lacunaires les informations destinées aux professionnels ou figurant sur la notice d'emballage. De même, les organisations de patients ne sont autorisées à recourir contre le refus d'autorisation d'un médicament qu'aux conditions générales du recours corporatif dit égoïste. La LPT ne prévoit pas non plus de disposition spécifique en matière de responsabilité en cas de dommages consécutifs à l'emploi de produits thérapeutiques (Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*, pp. 9-10 et réf. cit.)

¹²⁹ Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, Lstup ; [RS 812.121](#)) et sa législation d'exécution (cf. annexe).

¹³⁰ Loi fédérale du 21 mars 2003 sur l'application du génie génétique au domaine non humain (Loi sur le génie génétique, LGG ; [RS 814.91](#)) et sa législation d'exécution (cf. annexe).

¹³¹ Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur la protection contre les substances et les préparations dangereuses (Loi sur les produits chimiques, Lchim ; [RS 813.1](#)) et sa législation d'exécution (cf. annexe).

¹³² Loi fédérale du 22 mars 1991 sur la radioprotection (LraP ; [RS 814.50](#)) et sa législation d'exécution (cf. annexe).

¹³³ Loi fédérale du 28 septembre 2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, LEp ; [RS 818.101](#)).

¹³⁴ Voir [ATF 114 Ia 357](#). Selon le Tribunal fédéral, « [c']est ainsi que le législateur peut autoriser une intervention médicale sur le corps humain, contre le gré du patient, dans des cas exceptionnels où un intérêt public clairement établi l'impose de manière absolue. Tel est le cas de mesures destinées à prévenir la diffusion d'épidémies, par un dépistage, une vaccination ou un traitement d'urgence ». [ATF 104 Ia 486](#) ; [ATF 99 Ia 749](#). Voir également [ATF 114 Ia 350](#), c. 5.

¹³⁵ D'autres mesures, notamment de politique économique, ont été prises sur la base de l'art. 185 al. 3 Cst., habilitant le Conseil fédéral à légiférer dans le cadre du droit d'urgence.

¹³⁶ Message concernant la loi fédérale sur les bases légales des ordonnances du Conseil fédéral visant à surmonter l'épidémie de Covid-19 (loi Covid-19) du 12 août 2020, [FF 2020 6363](#) ss.

durée limitée.¹³⁷ Le but de cette loi est de régler les compétences particulières du Conseil fédéral visant à lutter contre l'épidémie de COVID-19 et à surmonter les conséquences des mesures de lutte sur la société, l'économie et les autorités. Le terme de pandémie n'existant alors pas encore en droit suisse, ce projet a envisagé toutes les mesures pour lutter contre l'épidémie de Covid-19.¹³⁸ Avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les bases légales des ordonnances du Conseil fédéral visant à surmonter l'épidémie de Covid-19 (loi Covid-19)¹³⁹, des mesures spécifiques ont été envisagées, notamment la définition des plans de protection, des stratégies de dépistage et de vaccination et le traçage des contacts (art. 1 al. 2^{bis}), des critères et valeurs de référence relatifs aux restrictions et aux assouplissements concernant la vie économique et sociale (art. 1a al. 1), des restrictions de capacité applicables aux établissements et aux entreprises accessibles au public (art. 1a al. 2), l'établissement de l'obligation pour tous les fabricants, distributeurs, laboratoires, établissements de santé et autres de communiquer les stocks de produits thérapeutiques, d'équipements de protection et autres biens médicaux importants (art. 3), ainsi que la possibilité de prévoir l'attribution, la livraison et la distribution de biens médicaux importants (art. 3 al. 2 let. b), la possibilité d'ordonner la confiscation de biens médicaux importants, contre indemnisation (let. h), la possibilité d'obliger les fabricants à produire des biens médicaux importants, à donner la priorité de production de ces biens ou à augmenter les quantités produites (contre indemnisation) (let. i), mais aussi la possibilité pour la Confédération d'autoriser les cantons à interdire ou restreindre des examens et traitements médicaux non urgents (let. a) ainsi que de prendre d'autres mesures nécessaires au maintien des capacités (let. b). Ont été également envisagées, la mise en place d'un système de traçage des contacts (système TTIQ21¹⁴⁰)¹⁴¹ (art. 3b), les mesures visant à protéger les travailleurs vulnérables et imposer des obligations aux employeurs (art. 4), ou bien visant à restreindre ou modifier les conditions relatives à l'entrée de personnes étrangères sur le sol suisse (art. 5), la possibilité de fermer les frontières (art. 6) et, enfin, les exigences applicables au pass sanitaire (art. 6a). Du point de vue juridique et démocratique, la gestion de la pandémie par la Suisse est particulière.

La Suisse est le seul pays qui est passé de mesures d'urgence adoptées par le Conseil fédéral (185 al. 3 Cst. féd. ; LEp) le 16 mars 2020 à une loi COVID-19 adoptée par le Parlement fédéral le 25 septembre 2020 et confirmée par le peuple lors de la votation du 13 juin 2021.¹⁴² Un nouveau référendum contre la loi COVID-19 (modifications de la loi COVID-19 de mars 2021) a été déposé le 8 juillet 2021. Le peuple suisse s'est prononcé en faveur de la loi le 28 novembre 2021.¹⁴³ Par contre, la crise a toutefois mis en lumière des difficultés pratiques dans la mise en œuvre des mesures de protection et de prise charge de la population.¹⁴⁴ Le

¹³⁷ *Id.*, pp. 6373 ss. A teneur de l'art. 7d al. 2 let. a ch. 1 LOGA, les mesures doivent être encore en vigueur au moment de l'adoption du Message à l'intention du Parlement.

¹³⁸ *Id.*, p. 6387.

¹³⁹ Loi fédérale sur les bases légales des ordonnances du Conseil fédéral visant à surmonter l'épidémie de COVID-19 du 25 septembre 2020 (Loi Covid-19 ; [RS 818.102](#)).

¹⁴⁰ TTIQ = Tests, traçage, isolement et quarantaine.

¹⁴¹ Cf. site internet de la Confédération : <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/711/fr#fn-d6e649>.

¹⁴² Par 60,2 % des suffrages valablement exprimé contre 39,8 %. Voir à cet égard sur le site de la Confédération, <https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/va/20210613/det643.html> (30.04.2022).

¹⁴³ Par 62 % des suffrages valablement exprimé contre 38 %. Voir à cet égard sur le site de la Confédération, <https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/va/20211128/det650.html> (30.04.2022).

¹⁴⁴ Voir à cet égard le site de l'OFSP, COVID-19 Suisse : <https://www.covid19.admin.ch/fr/overview>.

fédéralisme a constitué un défi supplémentaire.¹⁴⁵ La question de la prise en charge thérapeutique des personnes a soulevé, de manière sous-jacente, la question du financement des soins de santé.¹⁴⁶

S'agissant de la lutte contre les **maladies non transmissibles**, qui tombe également sous le champ d'application de l'art. 118 Cst. féd., il existe d'autres textes législatifs, moins connus, qui ont pour vocation, par exemple, de protéger la population du tabagisme passif¹⁴⁷ ou de lutter contre les maladies rhumatismales.¹⁴⁸ Le Parlement fédéral a adopté en octobre 2021 une nouvelle loi sur les produits du tabac. La loi régleme notamment la composition, l'emballage, la vente et le contrôle des produits du tabac et des cigarettes électroniques, ainsi que la publicité. Le 13 février 2022, la majorité du peuple et des cantons a adopté l'initiative populaire « enfants et jeunes sans publicité pour le tabac » qui demande que toute publicité pour le tabac qui peut atteindre les enfants et les adolescents soit interdite. La loi sur les produits du tabac adoptée en octobre 2021 par le Parlement fédéral doit par conséquent être adaptée. L'initiative prévoit un délai de trois ans maximum pour cette adaptation (jusqu'au 13 février 2025). Par contre, la Suisse ne dispose pas de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé. Un projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé a été refusé par le Parlement fédéral en 2012.¹⁴⁹ Cette lacune constitue un obstacle à l'adoption de mesures fédérales permettant de lutter contre les maladies non transmissibles.¹⁵⁰ En l'absence de loi fédérale dans ce domaine, l'on observe une grande variété de législations et politiques publiques concernant la prévention et la promotion de la santé au niveau des cantons.

II.4.2.2 Rôle important de la *soft law*

Dans le domaine de la santé publique, la *soft law* joue un rôle important au niveau fédéral.

La qualité des soins fournis pouvant constamment être améliorée, plusieurs stratégies ont été définies ces dernières années par le Conseil fédéral. Une Stratégie en matière de qualité a ainsi été définie en 2009 et a permis de mettre en œuvre le premier Programme national de promotion de la qualité de 2012 à 2014.¹⁵¹ La Stratégie2020, quant à elle, a été adoptée en

¹⁴⁵ Voir à cet égard le Rapport intermédiaire, Covid-19 : gestion de la crise durant la première vague, le point de vue des cantons, Assemblée plénière de la Conférence des gouvernements cantonaux (CDC) du 18 décembre 2020 (https://kdk.ch/fileadmin/redaktion/aktuell/publikationen/2020/an_4310-5-20201221-rapport_intermediaire_covid-fr_final_01.pdf). Voir également le Rapport de gestion 2020 du Conseil fédéral du 17 février 2021 (https://www.bk.admin.ch/dam/bk/fr/dokumente/strategische-fuehrungsunterstuetzung/Geschäftsbericht/Band_1/geschäftsbericht_des_bundesrates_2020-band_1.pdf.download.pdf/Geschäftsbericht_BR_2020_-_Band_I-FR_-_geschützt.pdf) et le Rapport de gestion 2021 du Conseil fédéral du 16 février 2022, pour un survol des décisions prises durant la pandémie du Covid-19 (https://www.bk.admin.ch/dam/bk/fr/dokumente/strategische-fuehrungsunterstuetzung/Geschäftsbericht/Band_1/geschäftsbericht_des_bundesrates_band_1.pdf.download.pdf/Geschäftsbericht_des_BR_2021_-_Band_I_-_FR.pdf).

¹⁴⁶ Pour une analyse plus approfondie des questions soulevées quant à la prise en charge des soins de santé en cas d'épidémie, voir DUPONT, A.-S. : « La prise en charge des soins de santé en cas de pandémie, Questions soulevées par la crise de la Covid-19 quant à l'articulation entre la loi sur les épidémies et la législation en matière d'assurances sociales », dans : *Jusletter* du 22 juin 2020.

¹⁴⁷ Loi fédérale du 3 octobre 2008 sur la protection contre le tabagisme passif (RS 818.31).

¹⁴⁸ Loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales (RS 818.21).

¹⁴⁹ Voir <https://www.parlement.ch>, pour l'objet 09.076 (30.04.2022).

¹⁵⁰ SPRUMONT, D. et JOSET, N. : « Regard juridique sur la politique suisse de la santé », *RDS* 135 (2016) II, pp. 89-137, (p. 89).

¹⁵¹ OFSP, Fiche Info : Mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité, Berne 2015.

janvier 2013 et a défini des objectifs centrés sur quatre domaines d'action tels que la qualité de vie, l'égalité des chances, la qualité des soins et la transparence.¹⁵² Actuellement, une seconde phase se poursuit par la mise en place de la Stratégie Santé2030, adoptée le 6 décembre 2019. Les défis envisagés sont la transformation technologique et numérique, l'évolution démographique et sociale, le maintien de soins de grande qualité, d'un système financièrement viable ainsi que l'opportunité de vivre en bonne santé.¹⁵³ En 2019, l'OFSP a mandaté un rapport national relatif à la qualité des soins. Malgré la qualité du système suisse, des efforts sont encore à fournir au niveau de l'amélioration et de la sécurité des soins.¹⁵⁴ La numérisation du système de soins et le développement du dossier électronique du patient sont eux envisagés dans la Stratégie Cybersanté Suisse 2.0.¹⁵⁵

En l'absence de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé, le Conseil fédéral se sert d'instruments de *soft law* dans ce domaine également. L'on peut noter par exemple la « Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles »¹⁵⁶ et la « Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020–2030 ».¹⁵⁷

II.4.3. Réglementation générale

Au-delà de la législation spécifique au droit de la santé, la santé des individus est également protégée par d'autres textes, directement ou indirectement. Nous présenterons brièvement les règles pertinentes en droit civil (1) et en droit pénal (2) avant de nous attarder sur la protection de la santé des travailleuses et des travailleurs, qui fait l'objet d'une réglementation très dense (3).

II.4.3.1 Droit civil (art. 122 Cst.)

En droit civil, le législateur fédéral a édicté plusieurs normes qui protègent directement ou indirectement la santé, ou qui, plus généralement, interviennent régulièrement dans les affaires touchant à la santé des particuliers.

Le [Code civil](#) (CC)¹⁵⁸ contient des dispositions déployant des effets dans les relations thérapeutiques, notamment, l'exercice des droits civils, la capacité de discernement (art. 12 ss), la protection de la personnalité en droit privé (art. 28), l'autorité parentale (art. 296 ss), les directives anticipées du patient (art. 370 ss), la représentation dans le domaine médical (art. 377 ss).¹⁵⁹

Le [Code des obligations](#) (CO)¹⁶⁰ prévoit des règles applicables au contrat thérapeutique (contrat de mandat, art. 394 ss) et des dispositions spécifiques trouvent application dans les

¹⁵² Rapport Santé2020 et OFSP, Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral, Berne 2013, p. 3.

¹⁵³ OFSP, Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030, Berne 2019.

¹⁵⁴ VINCENT, C. et STAINES, A. : *Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse : rapport national sur la qualité et la sécurité des soins en Suisse, commandé par l'Office fédéral de la santé publique*, Berne 2019, 83 pp.

¹⁵⁵ EHEALTHSUISSE, *Stratégie Cybersanté Suisse 2.0 (2018-2022) : objectifs et mesures de la Confédération et des cantons pour diffuser le dossier électronique du patient et coordonner la numérisation autour du dossier électronique du patient*, Berne 14 décembre 2018. Cette stratégie fait suite à la Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse de 2007.

¹⁵⁶ OFSP, https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-massnahmenplan-2021-2024.pdf.download.pdf/NCD_Massnahmenplan%202021-2024_FR.pdf.

¹⁵⁷ OFSP, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030.html>.

¹⁵⁸ Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC ; [RS 210](#)).

¹⁵⁹ Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*, pp. 11-13 et réf. cit.

¹⁶⁰ Loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (Livre cinquième : Droit des obligations) ; [RS 220](#).

situations d'urgence (gestion sans mandat, art. 419 ss). Les dispositions relatives à la responsabilité délictuelle sont également applicables en cas de dommage causé dans le cadre de la relation thérapeutique (art. 41 ss).¹⁶¹ À ce sujet, il faut mentionner que le régime de la responsabilité civile du personnel soignant et des établissements de soins peut se révéler être une question complexe, dès lors que les cantons conservent la possibilité de soumettre les établissements publics et le personnel qu'ils emploient à un régime particulier de responsabilité (art. 6 CC).¹⁶²

En cas de dommage causé par un médicament ou un dispositif médical, la [loi fédérale sur la responsabilité du fait des produits](#) (LRFP)¹⁶³ trouve application et instaure un régime de responsabilité fondé sur le risque. Elle prévoit ainsi, indépendamment de toute faute de sa part, une responsabilité du fabricant. Les critères entrant en considération sont les questions relatives à la défectuosité et l'usage conforme à la destination.¹⁶⁴ La défectuosité pouvant résulter d'une contamination lors de la fabrication, le fabricant peut, en apportant une preuve libératoire, se décharger de sa responsabilité (art. 5 LRFP). Il en va notamment ainsi pour les risques de développement ou de nouveaux effets secondaires d'un médicament dont il n'était pas possible de connaître la nature et l'ampleur, en l'état des connaissances scientifiques et techniques, au moment de la mise en circulation. Le fabricant conserve néanmoins un devoir d'observation, voire une obligation d'agir dans certains cas (p. ex. : retrait du marché).¹⁶⁵

En matière de protection des données, la [loi fédérale sur la protection des données \(LPD\)](#)¹⁶⁶ accorde une protection particulière aux données concernant la santé, qui sont des données sensibles (art. 3 let. c). Elle prévoit les principes applicables au traitement des données (licéité de la collecte, bonne foi, proportionnalité, finalité, exactitude et sécurité des données ; art. 4 et 5), le droit d'accès aux données traitées (art. 8) et la communication à des tiers de données liées à la santé (art. 12 al. 2 let. c). Il faut toutefois souligner que la loi fédérale sur la protection des données ne s'applique qu'au traitement des données par les organes de la Confédération et les particuliers. Les établissements de soins cantonaux n'y sont pas soumis, mais les lois cantonales sur la protection des données, auxquelles ils sont soumis, prévoient des règles en tous points comparables à celles de la loi fédérale.¹⁶⁷

Mentionnons encore, dans ce chapitre, la [loi sur la stérilisation](#)¹⁶⁸, qui régit les conditions auxquelles une stérilisation est autorisée à des fins contraceptives, ainsi que la procédure applicable.

¹⁶¹ Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*, pp. 11-13 et réf. cit.

¹⁶² Sur cette question, cf. CHRISTINAT, R.: *Le procès en responsabilité civile médicale - mise en œuvre en procédures civile et administrative*, thèse Neuchâtel, Bâle/Neuchâtel 2019, 516 pp.

¹⁶³ Loi fédérale du 18 juin 1993 sur la responsabilité du fait des produits (LRFP ; [RS 221.112.944](#)).

¹⁶⁴ La notion de défaut (art. 4 LRFP) renvoie au niveau de sécurité que l'on peut raisonnablement attendre lors de l'utilisation du produit (dans le cas des médicaments soumis à ordonnance, il s'agit des attentes du médecin). Le fabricant doit également tenir compte d'une mauvaise utilisation prévisible et usuelle, pour autant qu'elle ne soit pas très éloignée de celle prévue.

¹⁶⁵ Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*, pp. 11-13 et réf. cit.

¹⁶⁶ Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD ; [RS 235.1](#)).

¹⁶⁷ Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*, pp. 11-13 et réf. cit.

¹⁶⁸ Loi fédérale du 17 décembre 2004 sur les conditions et la procédure régissant la stérilisation de personnes (Loi sur la stérilisation ; [RS 211.111.1](#)).

II.4.3.2 Droit pénal (art. 123 Cst. féd.)

Selon la jurisprudence, les interventions médicales sont des lésions corporelles, et doivent donc être rendues licites, en règle générale par le consentement éclairé de la patiente ou du patient. A défaut, les dispositions du [Code pénal](#)¹⁶⁹ qui protègent la vie et l'intégrité corporelle peuvent trouver application. En matière médicale, les dispositions les plus couramment appliquées sont les art. 117 et 125 CP, réprimant respectivement l'homicide par négligence et les lésions corporelles par négligence. Les dispositions applicables à l'aide au suicide (art. 114), à l'interruption de grossesse (art. 118 à 120) et à l'omission de prêter secours (art. 128) peuvent également s'avérer pertinentes, à côté des dispositions relatives aux infractions contre l'intégrité sexuelle (art. 187 ss).¹⁷⁰

Par ailleurs, le droit pénal sanctionne toute violation du secret professionnel et médical (art. 321 ss CP). Les personnes soumises au secret n'ont pas le droit de divulguer, sous réserve de quelques exceptions légales, des informations à des tiers sans l'accord de la personne concernée, y compris après le décès du patient).¹⁷¹

II.4.3.3 La protection de la santé des travailleuses et des travailleurs en particulier

La protection de la santé dans les relations de travail en droit suisse mérite une mention particulière parce qu'elle fait l'objet d'une réglementation touffue, faisant intervenir de nombreux acteurs. Cette protection s'articule aussi bien en droit privé qu'en droit public.

II.4.3.3.1 Droit privé

En droit privé, c'est-à-dire dans les relations contractuelles entre l'employeur de droit privé et la personne employée, l'art. 328 CO, rédigé en termes généraux¹⁷², prévoit que l'employeur « *protège et respecte, dans les rapports de travail, la personnalité du travailleur ; il manifeste les égards voulus pour sa santé et veille au maintien de la moralité* » (al. 1), mais également « *la vie, la santé et l'intégrité personnelle du travailleur* » (al. 2). Le Conseil fédéral précise qu'entrent dans le champ d'application de cette protection « *tous les biens personnels du travailleur qui sont inséparables de son être physique et moral et de sa qualité de membre de la société* »^{173, 174}. Cette disposition de droit privé met en lumière la proximité des notions

¹⁶⁹ Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP ; [RS 310](#)).

¹⁷⁰ Conseil fédéral, Droit des patients et participation des patients en Suisse, pp. 11-13 et réf. cit.

¹⁷¹ Conseil fédéral, Droit des patients et participation des patients en Suisse, pp. 11-13 et réf. cit.

¹⁷² Voir à cet égard le Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant la révision des titres dixième et dixième bis du code des obligations du 25 août 1967, [FF 1967 II 249](#), p. 353 qui mentionne la possibilité de prendre en considération des « *des biens nouveaux* ». BRUCHEZ, MANGOLD et SCHWAAB relèvent que la souplesse offerte par la rédaction de l'art. 328 CO « *permet une concrétisation évolutive du droit dans le monde du travail, tenant compte des transformations techniques et des changements de comportement* » (BRUCHEZ, C., MANGOLD, P. et SCHWAAB, J.C. : *Commentaire du contrat de travail*, 4^e éd., Lausanne 2019, 637 pp., (N 1 ad art. 328 CO).

¹⁷³ Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale du 25 août 1967 concernant la révision des titres dixième et dixième bis du code des obligations (du contrat de travail), [FF 1967 II 249](#), 353.

¹⁷⁴ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 69). De surcroît, le Tribunal fédéral retient, qu'en sus d'une obligation de protection de la personnalité et de la santé du travailleur pendant les rapports de travail, incombe à l'employeur le respect de cette même protection lors des pourparlers précontractuels ([arrêt 2C_103/2008 du 30 juin 2008](#), c. 6.2) ou encore lors de la rupture des rapports contractuels ([arrêt 4A_2/2014 du 19 février 2014](#), c. 3.4.), voire, même, sous certaines conditions, au-delà (concernant l'obligation de protéger la personnalité du travailleur, voir [ATF 130 III 699](#), c. 5.1). Voir DUNAND, J.-P. : « Commentaire des articles 319 (définition), 321 à 321e (obligations du travailleur), 328 à 328b (protection de la personnalité du travailleur) et 336 à 336b CO (résiliation abusive) », dans : DUNAND, J.-P. et MAHON, P. : *Commentaire du contrat de travail*, Berne 2013. Voir également DUNAND, J.-P. : « La protection de

de « *santé au travail* » et de « *sécurité au travail* », les obligations civiles de l'employeur s'étendant tant à l'une qu'à l'autre.

II.4.3.3.2 *Droit public*

En droit public, la protection de la santé et de la sécurité au travail fait l'objet de deux *corpus* législatifs : la loi sur le travail d'une part (i) et la loi sur l'assurance-accidents d'autre part (ii).

II.4.3.3.2.a) *La loi sur le travail*

Cette [loi](#)¹⁷⁵ régit les conditions de travail dans les entreprises qui lui sont soumises, c'est-à-dire la grande majorité des entreprises industrielles (cf. art. 1 et 2).

En matière de santé et de sécurité au travail, l'art. 6 LTr représente la norme centrale et définit deux axes de protection : la protection de la santé *stricto sensu* d'une part (al. 1) et la protection afférente au risque de surmenage d'autre part (al. 2). « *L'intégrité personnelle* » des travailleuses et des travailleurs¹⁷⁶ s'entend tant sur le volet physique que psychologique,¹⁷⁷ incluant la protection contre tout harcèlement (sexuel ou psychologique [*mobbing*])¹⁷⁸ et toutes discriminations^{179, 180}. Cette notion d'intégrité personnelle est similaire à la protection de la personnalité¹⁸¹ de l'art. 328 CO. Compte tenu de la nature publique de l'art. 6 LTr, les travailleuses et les travailleurs peuvent demander aux organes d'exécution de la LTr de faire mettre en œuvre les mesures par l'employeur¹⁸² (cf. art. 3 OLT3).¹⁸³

la personnalité des travailleurs (art. 328 CO) : norme flexible et cardinale du droit suisse du travail », dans : BADDELEY, M. et al. (éds) : *Facettes du droit de la personnalité - Journée de droit civil 2013 en l'honneur de la Professeure Dominique Manai*, Genève/Zurich/Bâle, 2014, pp. 47-71.

¹⁷⁵ Loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (Loi sur le travail ; [RS 822.11](#)).

¹⁷⁶ Modification du 20 mars 1998, [RO 2000 1569](#), modification relative à la loi sur le travail, art. 6 al. 1 et 2^{bis}. Voir également DUPONT, A.-S., et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », in : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 71).

¹⁷⁷ SECO, *Commentaire de la LTr: article par article*, art. 6 LTr, p. 2. Document disponible sous <https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitsgesetz-und-Verordnungen/Wegleitungen/wegleitung-zum-arg.html> (09.01.2022).

¹⁷⁸ SECO, *Commentaire de la LTr: article par article*, art. 6 N 0006-2. Concernant la notion de *mobbing*, v. not. SECO, *Mobbing et autres formes de harcèlement et protection de l'intégrité personnelle au travail*, Berne 2014 ; DUNAND, J.-P. : « Le harcèlement psychologique (mobbing) en droit privé suisse du travail », *RJN* 2007, pp. 13-45 ; DUNAND, J.-P. : « Le harcèlement psychologique en droit suisse. Quelques éléments de définition », *Le Harcèlement moral dans l'entreprise*, Semaine sociale Lamy 2007, pp. 41-45.

¹⁷⁹ Ces deux aspects ont été expressément ciblé par le Conseil fédéral dans son Message (Message du Conseil fédéral du 2 février 1994 concernant la modification de la loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (Loi sur le travail), [FF 1994 II 157](#)).

¹⁸⁰ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 71).

¹⁸¹ Voir DUNAND, J.-P. : « La protection de la personnalité des travailleurs (art. 328 CO) : norme flexible et cardinale du droit suisse du travail », dans : BADDELEY, M. et al. (éds.), *Facettes du droit de la personnalité - Journée de droit civil 2013 en l'honneur de la Professeure Dominique Manai*, Genève/Zurich/Bâle, 2014, p. 47-71 ; DUNAND, J.-P. : « Commentaire des articles 319 (définition), 321 à 321e (obligations du travailleur), 328 à 328b (protection de la personnalité du travailleur) et 336 à 336b CO (résiliation abusive) », dans : DUNAND, J.-P. et MAHON, P. (éds) : *Commentaire du contrat de travail*, Berne 2013.

¹⁸² SECO, *Commentaire de la LTr: article par article*, art. 6 N 0006-2.

¹⁸³ Art. 3 OLT3. V. ég. SECO, *Commentaire OLT3: article par article*, art. 3 N 303-1. Sur les procédures à suivre en cas d'infractions, cf. DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*,

Plusieurs ordonnances d'exécution viennent concrétiser les exigences de l'art. 6 LTr, principalement [l'ordonnance 3 du 18 août 1993 relative à la loi sur le travail](#) (OLT3), qui concerne spécifiquement la protection de la santé, mais également les ordonnances 2, 4 et 5 qui définissent des conditions spécifiques pour certains domaines d'activité ou pour certaines catégories professionnelles^{184, 185}.

L'art. 2 OLT3 énumère toutes les obligations imposées à l'employeur en matière de *prévention et de protection de la santé*. Relativement à l'ergonomie,¹⁸⁶ le travail doit être adapté à l'être humain pour qu'il puisse « *atteindre sa performance optimale durant toute sa vie professionnelle, sans subir d'atteintes physiques et/ou psychiques liées au travail* ». ¹⁸⁷ En outre, cette notion inclut le bon déroulement du travail sans tâches inutiles, contrôle superflu ou dégradant et sans détour hiérarchique.¹⁸⁸ Relativement aux conditions d'hygiène,¹⁸⁹ « *aucun facteur d'ordre physique, chimique, ou biologique ne doit nuire au bien-être des [travailleuses et des] travailleurs* »¹⁹⁰ (bruit, climat, substances, etc.).¹⁹¹ Enfin, eu égard à l'organisation du travail en lui-même, de trop grandes sollicitations sont à bannir,

Genève 2021, pp. 65-98, p. 80.

¹⁸⁴ Ordonnance 2 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail (OLT2 ; [RS 822.112](#)) ; ordonnance 4 du 18 août 1993 relative à la loi sur le travail (OLT4 ; [RS 822.114](#)) ; ordonnance 5 du 28 septembre 2007 relative à la loi sur le travail (OLT5 ; [RS 822.115](#)). Le Tribunal fédéral retient, dans un arrêt de 2012 que « *pour déterminer de manière concrète quelles mesures doit prendre l'employeur pour protéger la santé psychique de ses salariés, il faut examiner non seulement les ordonnances, mais aussi les différentes recommandations et normes techniques correspondant aux standards de protection à prendre en considération au moment déterminant* » ([TF 2C 462/2011 du 9 mai 2012](#), c. 4.2). Sont ainsi à prendre en considération l'Ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles (OPA ; [RS 832.30](#)), les Directives de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST), les publications de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) et commentaires du Secrétariat d'Etat à l'Economie (SECO) relatifs à la loi sur le travail et ses ordonnances qui ont valeurs de directives (art. 38 OLT3 DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 72). Le site de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST), rattachée au Département fédéral de l'intérieur, est consultable via : <https://www.ekas.admin.ch/index-fr.php?frameset=1> (09.01.2022).

¹⁸⁵ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 71).

¹⁸⁶ Art. 2 al. 1 let. a OLT3. Voir ég. art. 24 al. 1 OLT3 et [ATF 132 III 257](#) c. 5.2. : il convient non seulement de prévenir les accidents, mais également toutes atteintes à la santé pouvant résulter de la réalisation du travail visé.

¹⁸⁷ SECO, *Commentaire OLT3 : article par article*, art. 2 N 302-1. Au-delà de l'aménagement du poste de travail, les installations elles-mêmes doivent être pensées de manière à éviter tous dangers possibles pouvant menacer la santé des personnes (art. 6 al. 1 LTr). Les dispositions de la loi fédérale du 12 juin 2009 sur la sécurité des produits (LSPro ; anciennement LSIT ; [RS 930.11](#)) viennent définir les exigences relatives aux diverses machines, installations et outils utilisés. Le Tribunal fédéral précise d'ailleurs à cet égard que le devoir de l'employeur s'étend au-delà du poste de travail (p. ex. aux salles de pause ou aux vestiaires ([ATF 132 III 257](#), c. 5.2) (DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », in : DAGRON/DUPONT/LEMPEN (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, p. 74).

¹⁸⁸ Art. 2 al. 1 let. d OLT3 et SECO, *Commentaire OLT3 : article par article*, art. 2 N 302-3.

¹⁸⁹ Art. 2 al. 1 let. b OLT3.

¹⁹⁰ SECO, *Commentaire OLT3 : article par article*, art. 2 N 302-1.

¹⁹¹ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 72).

tout comme l'effort excessif¹⁹² (tel peut être le cas en l'absence de repos suffisant) ou un effort trop répétitif^{193, 194}.

Les mesures doivent être conformes à l'état de la technique pour assurer et améliorer, tant l'état de santé physique que psychique de la personne.

S'agissant de la *protection de la santé au travers de l'organisation du temps de travail*, des horaires de nuit ou encore irréguliers peuvent entraîner des risques pathologiques en lien avec une asthénie excessive. Normalement, il incombe à l'employeur d'informer ses collaboratrices et collaborateurs des risques que cela peut emporter sur leur état de santé^{195, 196}. Il est intéressant de mentionner ici la problématique liée à la généralisation du travail à domicile ou à distance (*home office*) durant cette période de pandémie de Covid-19, au cours de laquelle une dégradation de la protection de la santé des travailleurs a pu être observée, notamment de par une exigence accrue de disponibilité des employés ou des sollicitations constantes. Des outils de surveillance (notamment électroniques ou informatiques) se sont développés et le non-respect de la délimitation temps de travail/temps de repos a pu être observé.

Relativement à la durée du travail, l'art. 13 al. 1 OLT1 la définit telle que « *temps pendant lequel le travailleur doit se tenir à disposition de l'employeur* », ¹⁹⁷ sans pour autant exiger que le travail soit effectivement accompli.¹⁹⁸ DUPONT/MELI soulignent que la finalité de la protection de la santé doit guider l'interprétation de cette disposition.¹⁹⁹

La pandémie a fait surgir différentes problématiques relatives aux mesures individuelles qui peuvent être prises à l'encontre des employés.²⁰⁰ Elles sont dans un premier temps d'ordre technique et organisationnel, puis plus incisives^{201, 202}. Plusieurs questions se sont posées,

¹⁹² Voir à cet égard, l'analyse de DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 78).

¹⁹³ Art. 2 al. 1 let. c OLT3.

¹⁹⁴ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 72).

¹⁹⁵ Art. 5 al. 1 OLT3. Voir également pour le devoir d'information de l'employeur arrêt du Tribunal fédéral 4A_21/2016 du 13 juin 2016, c. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_132/2010 du 5 mai 2011, c. 3.3 et ATF 112 II 138, c. 3b.

¹⁹⁶ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 74).

¹⁹⁷ Art. 13 al. 1 OLT1.

¹⁹⁸ Voir ég. art. 6 al. 2 LTr.

¹⁹⁹ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 79).

²⁰⁰ SECO, *Commentaire LTr : article par article*, art. 6 al. 1.

²⁰¹ SECO, *Commentaire LTr : article par article*, art. 6 al. 1 N 006-2.

²⁰² DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 75 et références citées).

telles que la légitimité de l'obligation du port du masque et la légitimité, ainsi que la portée des mesures mises en place par l'employeur.²⁰³

D'une manière plus générale, le risque de troubles psychiques survenant dans le contexte du travail s'est considérablement accru ces dernières années^{204, 205}. L'art. 6 LTr., comme abordé précédemment, inclut une protection contre le harcèlement psychologique²⁰⁶ et l'art. 2 al. 1 OLT3 protège spécifiquement la santé psychique des employés, mais ces dispositions restent difficiles à mettre en œuvre concrètement. Le SECO a également édicté plusieurs commentaires ayant valeur de directive dans ce domaine,²⁰⁷ et le Tribunal fédéral souligne à cet égard que, relativement au commentaire fait de l'art. 2 OLT3, « *le SECO a mis l'accent sur la prévention des risques psychosociaux au travail (...) [et] énumère certaines mesures importantes que l'employeur est tenu de prendre (...) [comme] la désignation d'une personne interne ou externe de l'entreprise à laquelle les employés concernés peuvent s'adresser en cas de conflit. Il est précisé qu'il est important que cette personne de confiance dispose de la formation nécessaire et qu'elle ait un rapport de confiance avec les personnes qui demandent son conseil (obligation de garder le secret; absence de lien hiérarchique)* »^{208, 209}.

II.4.3.3.2.b) La loi sur l'assurance-accidents

De manière assez particulière, la loi sur l'assurance-accidents²¹⁰, en plus de prévoir des prestations sociales pour les personnes victimes d'accidents (cf. *supra* II.4.1), définit tout un cadre de protection pour la sécurité au travail.

²⁰³ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 75).

²⁰⁴ Risque accru au point de devenir un enjeu majeur de santé publique selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), voir OCDE, Santé mentale et emploi : Suisse, OCDE, 24 janvier 2014, disponible sur le site de l'OCDE via : https://read.oecd-ilibrary.org/employment/sante-mentale-et-emploi-suisse_9789264205192-fr_page4 (09.01.2022).

²⁰⁵ Concernant la notion de *mobbing*, v. not. SECO, *Mobbing et autres formes de harcèlement et protection de l'intégrité personnelle au travail*, Berne 2014 ; DUNAND, J.-P. : « Le harcèlement psychologique (mobbing) en droit privé suisse du travail », *Recueil de jurisprudence neuchâteloise*, 2007, p. 13-45 ; DUNAND, J.-P. : « Le harcèlement psychologique en droit suisse. Quelques éléments de définition », *Le Harcèlement moral dans l'entreprise*, Semaine sociale Lamy 2007, p. 41-45.

²⁰⁶ Ces deux aspects ont été expressément ciblé par le Conseil fédéral dans son Message (Message du Conseil fédéral du 2 février 1994 concernant la modification de la loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (Loi sur le travail), [FF 1994 II 157](#)).

²⁰⁷ Voir [arrêt du Tribunal fédéral 2C 462/2011 du 9 mai 2012](#), c.4 ; [arrêt du Tribunal fédéral 4P.329/2005 du 21 février 2006](#) ; [arrêt du Tribunal fédéral 4C.201/2005 du 21 février 2006](#), c. 6 ; [arrêt du Tribunal fédéral 4C.343/2003 du 13 octobre 2004](#), c. 3.1 ; [arrêt du Tribunal fédéral 4C.276/2004 du 12 octobre 2004](#) c. 4.1 et [arrêt du Tribunal fédéral 2P.207/2002 du 20 juin 2003](#) c. 4.2.

²⁰⁸ SECO, Commentaire de la loi sur le travail et les ordonnances 1 et 2 et Commentaire des ordonnances 3 et 4 relatives à la loi sur le travail, consultables en ligne via : <https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitsgesetz-und-Verordnungen/Wegleitungen.html> (09.01.2022).

²⁰⁹ [Arrêt du Tribunal fédéral 2C 462/2011 du 9 mai 2012](#), c. 4.2. Relativement à l'instauration d'une personne de confiance, il s'agit d'une mesure déjà recommandée par le Conseil fédéral dans son Message du 2 février 1994 (FF 1994 II 178).

²¹⁰ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 77 et références citées).

²¹¹ Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA : [RS 832.20](#)).

D'une manière générale, la législation en matière d'assurance-accidents aborde les problématiques relatives à la santé par le prisme de la question de la « *sécurité au travail* ». La norme centrale en la matière prévoit que « *l'employeur est tenu de prendre, pour prévenir les accidents et maladies professionnels, toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions données* » (art. 82 al. 1 LAA).²¹¹ DUPONT/MELI soulignent que même si la formulation de cette disposition rejoint par certains points la lettre de l'art. 6 LTr., il reste néanmoins qu'elle s'en éloigne par quelques aspects, le domaine de la santé au travail (atteintes physiques comme psychologiques) étant bien plus vaste que celui de la LAA, qui s'intéresse principalement aux accidents et maladies professionnelles.^{212, 213}

Plusieurs ordonnances d'exécution viennent concrétiser les mesures de protection devant être mises en place par l'employeur (notamment l'art. 3 OPA²¹⁴). L'employeur doit ainsi s'assurer que les mesures et installations de protection ne soient entravées, et ce à des intervalles réguliers,²¹⁵ que les personnes employées soient dûment informées des risques auxquels leur activité les expose et instruites à cet égard.²¹⁶ En cas d'atteinte à la santé des employés, une enquête de la médecine du travail doit être envisagée.²¹⁷ Les dispositions de cette ordonnance trouvent une complémentarité avec celles d'autres ordonnances édictées sur le fondement de l'art. 83 LAA et s'appliquant en sus de l'OPA pour des secteurs professionnels spécifiques (p. ex. [l'ordonnance du 29 juin 2005 sur la sécurité et la protection de la santé des travailleurs dans les travaux de construction](#))^{218, 219}. Il existe par ailleurs de nombreuses *directives techniques* édictées par différents organismes. L'OPA impose à

²¹¹ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 77 et références citées).

²¹² Les éventualités ont des conditions de réalisation qui restent restrictives et cela restreint le champ d'application de la LAA aux questions de sécurité au travail.

²¹³ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 81 et références citées).

²¹⁴ L'art. 3 al. 1 OPA pose en règle l'obligation « *pour assurer et améliorer la sécurité au travail, de prendre toutes les dispositions et mesures de protection qui répondent aux prescriptions de la présente ordonnance, aux autres dispositions sur la sécurité au travail applicables à son entreprise et aux règles reconnues en matière de technique de sécurité et de médecine du travail* ». Voir également BSK UVG-MOSIMANN, art. 82 LAA N 5 ss. Pour des exemples, voir arrêts du Tribunal fédéral [4A 587/2019 du 17 avril 2020](#), c. 6 et [6B 1420/2016 du 3 octobre 2017](#), c. 1.1.2, à propos des mesures de protection visant à éviter tout renversement, chute et glissement d'objet ou de matériaux (art. 41 al. 1 OPA et 6 Ordonnance sur les grues).

²¹⁵ Art. 3 al. 2 OPA. Pour un exemple, voir [arrêt du Tribunal fédéral 6B 287/2014 du 30 mars 2015](#), c. 3.2, qui renvoie aux art. 6 al. 3 et 28 al. 1 OPA et à l'avis du Tribunal fédéral mentionné à [l'ATF 102 II 18](#), c. 1.

²¹⁶ Art. 6 OPA, mais également art. 41 al. 2^{bis} OPA et 3 OTConst. Voir arrêts du [Tribunal fédéral 4A 187/2019 du 9 mars 2020](#), ou [6B 1420/2016 du 3 octobre 2017](#), ou encore [ATF 102 II 18](#), c. 1.

²¹⁷ Art. 3 al. 1^{bis} OPA. Voir également la [Directive CFST n° 6508 relative à l'appel à des médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité du travail](#) (Directive MSST).

²¹⁸ Ordonnance du 29 juin 2005 sur la sécurité et la protection de la santé des travailleurs dans les travaux de construction (OTConst ; [RS 832.311.141](#)). Elle « *prescrit que les travaux de construction doivent être planifiés de façon que le risque d'accident professionnel, de maladie professionnelle ou d'atteinte à la santé soit aussi faible que possible et que les mesures de sécurité nécessaires puissent être respectées, en particulier lors de l'utilisation d'équipements de travail* » ([arrêt du Tribunal fédéral 6B 1420/2016 du 3 octobre 2017](#), c. 1.1.2).

²¹⁹ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (pp. 82-83).

l'employeur une obligation de former ses collaboratrices et collaborateurs,²²⁰ mais aussi de leur donner des instructions claires et précises.²²¹ En outre, ceux-ci doivent être consultés en amont pour tout élément impactant la santé et ont, de surcroît, le droit d'émettre des objections à cet effet^{222, 223}.

Relativement au risque de surmenage au travail et ses affections psychiques et physiques, le SECO et la CFST, en tant qu'organes de surveillance, restent relativement effacés. Bien que la SUVA édicte quelques recommandations concernant la prévention des situations de stress sur les lieux de travail, elles n'ont pas de valeur contraignante.²²⁴ En droit des assurances sociales, l'art. 9 al. 1 LAA ne permet pas la reconnaissance des troubles psychiques nés dans un contexte professionnel (*mobbing, burn out*) en tant que maladie professionnelle,²²⁵ aucune mention de ceux-ci n'étant faite au sein de l'annexe 1 de [l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents \(OLAA\)](#).²²⁶ À ce jour, aucun tribunal ne s'est prononcé à ce sujet.²²⁷ DUPONT/MELI soulignent qu'il serait cependant parfaitement envisageable « *d'étendre les dangers particuliers définis à l'annexe I de la Directive MSST pour inclure les dangers de stress et de surmenage, voire prévoir de les inscrire directement dans l'annexe I de l'OLAA. Une telle adaptation permettrait d'admettre plus facilement le caractère de maladie professionnelle pour certaines atteintes à la santé psychique et d'améliorer ainsi la protection contre ces nouveaux risques* ». Cela semble néanmoins compromis à moyen terme, le Conseil fédéral s'étant prononcé suite à la motion Santé au travail. Il est temps d'agir contre le *mobbing*,²²⁸ estimant à cet égard que les normes existantes, les brochures du SECO et les interventions des inspections cantonales sont suffisantes pour pallier un tel risque.²²⁹

II.4.4. Autorégulation

En Suisse, les dispositions déterminantes dans le domaine de la santé sont issues principalement de deux organisations professionnelles de référence : l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)²³⁰. Nous

²²⁰ Art. 6 OPA. Voir également arrêts du Tribunal fédéral [6B 400/2020 du 20 janvier 2021](#), c. 3.5.2 et 6S_382/2006 du 2 novembre 2006, c. 6.

²²¹ Art. 7 al. 1 OPA.

²²² Voir art. 6a al. 1 et art. 6 al. 2 OPA.

²²³ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 84).

²²⁴ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 86).

²²⁵ Voir, à cet égard, DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 89 ss).

²²⁶ [RS 832.202](#).

²²⁷ Voir DUPONT, A.-S. : « L'impact des conflits au travail sur le droit aux prestations des assurances », dans : DUNAND, J.-P. et MAHON, P. (éds) : *Conflits au travail, Prévention, gestion, sanctions*, Neuchâtel 2015, pp. 179-202., (pp. 184 ss et référence citée).

²²⁸ Motion Po.17.3809 Reynard, du 28 septembre 2017, *Santé au travail. Il est temps d'agir contre le mobbing*.

²²⁹ DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON, S., DUPONT, A.-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98, (p. 87).

²³⁰ Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*, pp. 18 ss et réf. cit.

choisissons de nous concentrer sur les normes suisses, indépendamment des dispositions de l'Association médicale mondiale (AMM).

Aucun texte émanant des organisations professionnelles précitées ne traite spécifiquement de la question du droit à la santé. On retrouve indirectement la mise en œuvre du principe programmatique visant à permettre, individuellement et collectivement, le meilleur état de santé possible.

Parmi les directives médico-éthiques élaborées par la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM, nous pouvons mentionner ce qui suit :

Les directives médico-éthiques relatives aux décisions de réanimation (2021) mentionnent expressément que la décision de ne pas réanimer doit reposer sur des critères médicaux et sur la volonté du patient et non pas sur des estimations externes quant à l'utilité ou la valeur d'une vie. Les situations sont traitées par les directives en fonction des situations suivantes : nouveau-nés, enfants et adolescents, patients avant une intervention médicale, patients atteints d'un handicap, personnes très âgées (plus de 80 ans) et patients en fin de vie et patients gravement malades.

Les directives médico-éthiques relatives à la fin de vie et la mort (2018) mettent en évidence le devoir des professionnels de la médecine de recourir aux moyens autorisés, compatibles avec l'éthique médicale, pour atteindre leurs objectifs, ceci sous leur propre responsabilité (annexe, section 2.3, p. 34).

Les directives médico-éthiques portant sur la distinction entre la thérapie standard et la thérapie expérimentale dans le cadre individuel (2014, adaptées 2015) examinent la question de la prise en charge des thérapies par l'assurance-maladie, en rappelant les principes généraux de prise en charge des soins (2.4).

Les directives médico-éthiques portant sur l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues (2002, mise à jour 2013, Annexe lit. G insérée 2015, Annexe lit. H insérée 2018) posent le principe de l'équivalence des soins entre les personnes détenues et la population générale (5), ainsi que le principe d'indépendance des médecins dans le choix et la fourniture de soins (12). Le droit à l'équivalence de traitement englobe l'accès aux mesures de santé préventives, diagnostiques, thérapeutiques et de soins.

Les directives médico-éthiques portant sur les mesures de soins intensifs (2013, directives « Triage en soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources » insérées en 2020 et 2021) abordent la problématique des décisions en cas de ressources limitées. Dans un tel cas, le triage des patients traités aux soins intensifs doit s'effectuer non seulement en fonction de la pertinence du traitement, mais également en tenant compte de l'équité envers les patients ne pouvant pas bénéficier d'un traitement. Lorsque le rationnement des traitements vitaux est inéluctable, il convient de limiter les ressources en personnel et en matériel jusqu'à un niveau de qualité minimum acceptable pour tous les patients. En cas de limitation extrême des ressources, le triage des patients doit être effectué dans le sens d'un rationnement en faveur des patients dont le pronostic est jugé favorable avec un traitement aux soins intensifs, mais défavorable sans soins intensifs. Les critères de triage doivent être objectivement justifiés et transparents, sans discrimination fondée par exemple sur l'âge, le sexe, le canton d'habitation, la nationalité, l'appartenance religieuse, le statut social, le statut d'assuré ou un handicap chronique. Même en cas de catastrophe, le retrait des mesures de maintien en vie ne peut pas être justifié par une pénurie générale des ressources. Le processus décisionnel dans les soins intensifs doit intégrer toute l'équipe de soins, en tenant compte des chances de survie (critère de l'utilité), des contraintes et douleurs provoquées au

patient (critère du dommage), de l'objectif thérapeutique (pronostic) et de la volonté du patient.

Les directives médico-éthiques sur les directives anticipées (2009, mises à jour en 2013) rappellent le principe juridique selon lequel des directives anticipées du patient ne peuvent pas être utilisées pour exiger des traitements qui ne sont pas médicalement indiqués. Par contre, des traitements peuvent être refusés, même s'ils sont médicalement indiqués (4). Elles invitent les patients à formuler des indications sur l'échelle des valeurs afin de donner des indices sur la compréhension de termes tels que « qualité de vie » et une existence ou une fin de vie « digne » (4.1), de même qu'à formuler des objectifs thérapeutiques (4.2).

Les directives médico-éthiques relatives au traitement médical et à la prise en charge des personnes en situation de handicap (2008, mis à jour en 2013) mettent en œuvre le principe général selon lequel toutes les personnes en situation de handicap ont droit à un traitement médical de qualité et à une prise en charge appropriés. En particulier, il ne peut y avoir de discrimination relative à l'accès aux prestations du système de soins (2.6).

Les directives médico-éthiques relatives aux soins palliatifs (2006, mis à jour 2013) ont pour objectif d'encourager une attitude qui reconnaisse les limites de la médecine et mettent l'accent sur la complémentarité de la médecine curative et palliative. Elles traitent de manière spécifique les soins palliatifs en pédiatrie, chez les nouveau-nés, les enfants et adolescents, les enfants sévèrement handicapés, les personnes âgées, les soins palliatifs en médecine intensive, en oncologie, en psychiatrie.

Les directives médico-éthiques relatives au don d'organes solides par des personnes vivantes (2008) traitent notamment de la question de la protection du donneur d'organes qui n'est pas un patient au sens traditionnel du terme. C'est pourquoi le consentement du donneur et les chances liées à la transplantation pour le receveur doivent être examinés au regard également de l'examen psychosocial et médical du donneur, mais aussi dans le suivi de ce dernier après le prélèvement.

En dehors des directives de l'ASSM, le Code de déontologie de la FMH qui règle le comportement des médecins envers les patients, les confrères et les autres partenaires de la santé publique et la société ne contient pas de règles spécifiques sur un droit à la santé. Il reprend les principes généraux déjà développés, tels que le principe d'égalité de traitement entre les patients, qui exige des médecins de traiter tous les patients avec la même diligence (art. 4 al. 3), le libre choix du médecin et le libre choix du patient (art. 5), mais également le devoir d'assistance en cas d'urgence (art. 5). Il reconnaît une partie des directives de l'ASSM. Parmi les directives citées plus haut, le Code de déontologie n'a pas intégré la révision de 2018 des directives de l'ASSM sur la fin de vie et la mort. Il n'a pas non plus intégré les directives de l'ASSM sur les directives anticipées. Le Code intègre en outre, en matière de recherche, les Principes éthiques de l'Association médicale mondiale applicables aux recherches médicales sur des sujets humains, selon la Déclaration d'Helsinki, 2013.

En 2004, un groupe d'experts provenant de l'ASSM, la FMH et des cinq facultés de médecine en Suisse a rédigé un rapport intitulé « Buts et missions de la médecine au début du 21^e siècle », ²³¹ dans lequel, les questions indirectement liées au droit à la santé ont été abordées, telles que la répartition équitable des ressources, le lien entre la médecine et la santé, le lien entre médecine et autres formes de soins, ainsi que les buts et les missions de la médecine.

²³¹ Disponible sur le site de l'ASSM, https://www.samw.ch/dam/jcr:cf4906ca-da91-4924-ac92-fe5e0bd51834/feuille_de_route_assm_but_et_missions.pdf (avril 2022).

Ce rapport met en évidence que les préoccupations des associations professionnelles s'inscrivent dans les réflexions liées à la délimitation d'un droit à la santé.

II.5. Les dispositions infraconstitutionnelles cantonales

Les cantons ayant des compétences étendues en matière d'organisation des soins (cf. *supra* I.2), leurs législations contiennent de nombreuses dispositions en matière de santé. Chaque canton possède ainsi une « loi de santé » ou une « loi sur la santé » qui pose le cadre général de la stratégie cantonale en matière de santé publique. De manière très intéressante et quant bien même le droit à la santé n'est pas reconnu dans les constitutions cantonales (cf. *supra* II.3), plusieurs lois cantonales affirment que la santé constitue un bien fondamental devant être protégé (art. 2 al. 1 LSan FR²³² ; art. 1 al. 2 LS JU²³³ ; art. 2 al. 2 LS NE²³⁴ ; art. 2 al. 1 LS VS²³⁵),²³⁶ donnant par ailleurs une définition large de la santé, dans la ligne de la définition retenue par l'OMS.²³⁷

Ces lois traitent en règle générale de l'accès aux soins et des droits des patientes et des patients.²³⁸ Relativement au droit aux soins lui-même, sa portée diffère selon la constitution cantonale envisagée. Ce droit peut être général ou plus détaillé. Les cantons des Grisons, du Jura, de Neuchâtel,²³⁹ d'Obwald, du Tessin et du Valais²⁴⁰ notamment²⁴¹ consacrent un droit général aux soins médicaux.²⁴²

En outre, les législations cantonales peuvent imposer la mise en place de services de garde et d'assistance en cas d'urgence médicale (p.ex. : art. 38 GesG AG²⁴³ ; art. 17 GesG ZU²⁴⁴). Allant plus loin encore, le régime vaudois de l'aide d'urgence, se fondant sur la loi sur l'action sociale vaudoise,²⁴⁵ instaure une prise en charge gratuite des personnes au bénéfice de l'aide d'urgence (p. ex. : personnes sans papiers).

Concernant les droits des patients, les réglementations cantonales diffèrent les unes des autres. Le Conseil fédéral²⁴⁶ retient que « *[l]a marge de manœuvre des cantons pour introduire leur propre réglementation matérielle paraît certes plutôt restreinte en raison du nombre élevé de prescriptions contenues dans la Constitution et les lois fédérales. De fait, les*

²³² Canton de Fribourg, Loi sur la santé du 16 novembre 1999 (LSan FR ; [RSF 821.0.1](#)).

²³³ Canton du Jura, Loi sanitaire du 14 décembre 1990 (LS JU ; [RS JU 810.01](#)).

²³⁴ Canton de Neuchâtel, Loi de santé du canton de Neuchâtel du 6 février 1995 (LS NE ; [RS NE 800.1](#)), art. 2 al. 2.

²³⁵ Canton du Valais, Loi sur la santé du 14 février 2008 (LS VS ; [RS VS 800](#)).

²³⁶ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 366).

²³⁷ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 365).

²³⁸ Cf. par exemple art. 15 Gesundheitsgesetz du 21 septembre 2011 du canton de Bâle-Ville (GesG BS ; [SG 300.100](#)).

²³⁹ Canton de Neuchâtel, Loi de santé du canton de Neuchâtel du 6 février 1995 (LS NE ; [RS NE 800.1](#)), art. 9 al. 2.

²⁴⁰ Canton du Valais, Loi sur la santé du 12 mars 2020 (LS ; [RS 800.1](#)), art. 18.

²⁴¹ Pour d'autres exemples, voir ceux du canton de Fribourg, Loi sur la santé du 16 novembre 1999 (LSan FR ; [RSF 821.0.1](#)), art. 44 et du canton de Genève, Loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS ; [K 1.03](#)), art. 42.

²⁴² GUILLOD, O. et SPRUMONT, O. : « Le droit à la santé : un droit en émergence », dans : ZEN-RUFFINEN, P. et AUER, A. (éds) : *De la constitution, Études en l'honneur de Jean-François Aubert*, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, pp. 337-353, (p. 348).

²⁴³ Canton d'Argovie, Gesundheitsgesetz du 29 janvier 2009 (GesG AG ; [SAR 301.100](#)).

²⁴⁴ Canton de Zurich, Gesundheitsgesetz du 2 avril 2007 (GesG ZU ; [OR 810.1](#)).

²⁴⁵ Loi sur l'action sociale vaudoise du 2 décembre 2003 (LASV ; [BLV 850.051](#)).

²⁴⁶ Conseil fédéral, Droit des patients et participation des patients en Suisse, pp. 15-20 et réf. cit.

législations cantonales se contentent souvent de concrétiser ces droits (...) : les dispositions sur les droits des patients sont ainsi situées dans des domaines législatifs différents (lois sur la santé ou sur les hôpitaux, lois spéciales) et à des niveaux normatifs différents (lois, ordonnances ou règlements) ». Plusieurs cantons (p. ex. les cantons romands, de Berne et du Tessin) ont collaboré pour la création d'une brochure d'information.²⁴⁷

Dans une perspective de surveillance du respect des droits des patients, le plus grand nombre des cantons a choisi d'inclure les normes relatives aux droits des patients dans les lois sur la santé, lois qui énoncent, par ailleurs, les devoirs des professionnels du domaine et les compétences attribuées aux autorités sanitaires cantonales. D'autres, tels que les cantons de Zurich,²⁴⁸ de Berne et d'Argovie²⁴⁹ ont fait le choix d'édicter soit une loi spécifique à cet égard, soit une ordonnance. Enfin, certaines institutions peuvent prévoir certaines dispositions au sein de leur règlement se fondant sur la législation cantonale.

En règle générale, ces dispositions relatives aux droits des patients sont invocables indépendamment du lieu de traitement ou du professionnel de santé. Cependant, certains patients nécessitant une protection spécifique, certains cantons ont édicté des normes supplémentaires. À titre d'exemple, les cantons de Bâle-Ville et Neuchâtel disposent de dispositions relatives au traitement et placement de personnes souffrant de problèmes psychiques ou psychiatriques (sont mis en avant le respect de la dignité, de la liberté et le droit d'être accompagné par des proches).²⁵⁰ En outre, d'autres cantons, comme ceux de Zurich et Soleure, ont adopté une réglementation relative à la prise en charge des patients dans le secteur hospitalier^{251, 252}.

²⁴⁷ Brochure des cantons de BE, FR, TI, VD, VS, NE, GE et JU, L'essentiel sur les droits des patients, 2014, téléchargeable p. ex. sous : www.vd.ch > Thèmes > Santé > Système de santé > Droits, médiation et plaintes.

²⁴⁸ Loi zurichoise sur les patients : *Patientinnen- und Patientengesetz ZH* du 5.4.2004 (813.13).

²⁴⁹ Ordonnance portant spécifiquement sur les droits des patients : *Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten (AG)* du 11 novembre 2009 (*Patientenverordnung, PatV* ; [SAR 333.111](#)) et Ordonnance sur les droits et les devoirs des patients et patientes et des professionnels et professionnelles de la santé (BE) du 23 octobre 2002 (Ordonnance sur les patients et les professionnels de la santé, OPat ; [BELEX 811.011](#)).

²⁵⁰ *Gesetz über Behandlung und Einweisung psychisch kranker Personen (BS)* du 18 septembre 1996 (*Psychiatriegesetz* ; [SG 323.100](#)) et l'ordonnance y relative ; Loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie (NE) du 29 janvier 2008 (LCNP ; [RSN 802.310](#)).

²⁵¹ P.ex. *Reglement über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten des Luzerner Kantonsspitals (LU)* du 20 novembre 2007 (*Patientenreglement LUKS* ; [SRL 820b](#)).

²⁵² Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*, pp. 15-20 et réf. cit.

III. La jurisprudence la plus pertinente en la matière

III.1. Généralités

La juridiction constitutionnelle suisse est exercée par le Tribunal fédéral,²⁵³ autorité judiciaire suprême. La juridiction constitutionnelle est exercée par le Tribunal fédéral, qui ne connaît pas spécifiquement de cour constitutionnelle. Il est accessible majoritairement par l'intermédiaire du recours unifié. Lorsque les conditions de recevabilité ordinaire d'un recours ne sont pas réunies (par ex. valeur litigieuse), il existe un recours constitutionnel subsidiaire afin d'assurer le respect des droits constitutionnels.

La juridiction constitutionnelle suisse est marquée par la structure fédéraliste et une conception de la séparation des pouvoirs qui reconnaît au Parlement une supériorité sur le pouvoir judiciaire, en vertu d'une plus forte légitimité démocratique.²⁵⁴ En conséquence, particularité suisse, le Tribunal fédéral se doit d'appliquer les lois fédérales (art. 190 Cst. féd.).²⁵⁵

ENCADRÉ 23

Art. 190 Cst. féd.

« Le Tribunal fédéral et les autres autorités sont tenus d'appliquer les lois fédérales et le droit international. »

Le système de contrôle de constitutionnalité suisse est un système diffus, obligeant les autorités à refuser, sous réserve de quelques exceptions,²⁵⁶ l'application d'un acte qui serait contraire à la Constitution. Les autorités judiciaires cantonales²⁵⁷ ont la compétence exclusive du contrôle de la correcte application du droit cantonal, le Tribunal fédéral ayant un contrôle limité à l'arbitraire. Il n'y a donc pas d'autorités judiciaires fédérales contrôlant la bonne application du droit cantonal. En principe, le Tribunal fédéral ne statue qu'en dernière instance. Il peut éventuellement intervenir en instance unique dans les différends pouvant survenir entre la Confédération et les cantons, ou encore entre les cantons.²⁵⁸ Depuis 2007, la garantie d'accès au juge a été étendue à l'ensemble du contentieux (y compris administratif).²⁵⁹

²⁵³ C'est en 1874 que cette compétence a été attribuée au Tribunal fédéral par la Constitution.

²⁵⁴ DE ROSSA, F.: *Le rôle des Cours Constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - Suisse: Le Tribunal fédéral*, Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, VI et 108 pp., PE 593.509, novembre 2016, (p. 3).

²⁵⁵ DE ROSSA, F.: *Le rôle des Cours Constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - Suisse: Le Tribunal fédéral*, Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, VI et 108 pp., PE 593.509, novembre 2016, (p. 3).

²⁵⁶ Voir les lois adoptées par le Parlement fédéral, avec l'aval (explicite ou non) du peuple, qui jouissent d'une immunité (*Anwendungsgebot*).

²⁵⁷ Les autorités administratives et judiciaires cantonales sont définies dans vingt-six droits cantonaux distincts. Pour plus d'information, voir l'étude de DE ROSSA, F.: *Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Suisse*, Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, VIII et 58 pp., PE 608.738, octobre 2017.

²⁵⁸ DE ROSSA, F.: *Le rôle des Cours Constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - Suisse: Le Tribunal fédéral*, Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, VI et 108 pp., PE 593.509, novembre 2016, (p. VI et p. 2).

²⁵⁹ DE ROSSA, F.: *Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Suisse*, Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, VI et 108 pp., PE 608.738, octobre 2017, (p. VII).

Avant leur consécration constitutionnelle, les droits fondamentaux étaient essentiellement issus du droit prétorien, raison pour laquelle la jurisprudence en la matière est particulièrement abondante.

En matière d'organisation des soins, notamment s'agissant de la mise en œuvre de certains aspects techniques de la législation en matière d'assurance-maladie, le Tribunal administratif fédéral, qui est une autorité judiciaire distincte, est l'autorité compétente pour connaître des recours en dernière instance. Si sa jurisprudence revêt une importance pratique considérable, elle porte sur des aspects qui ne sont pas directement pertinents pour l'analyse d'un droit à la santé, raison pour laquelle nous n'en traiterons pas et nous limiterons aux arrêts les plus importants.

Nous traiterons dans cette partie la jurisprudence pertinente du Tribunal fédéral concernant les droits fondamentaux (III.2), l'accès aux soins et financement (III.3), la santé publique (III.4) et l'urgence sanitaire (pandémie Covid-19 ; III.5).

III.2. Jurisprudence concernant les droits fondamentaux

III.2.1. Absence de droit individuel et justiciable à la santé en général

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les droits garantis par le Pacte des Nations Unies I sont essentiellement de nature programmatique et ne confèrent en principe pas aux particuliers de droits subjectifs susceptibles d'être invoqués en justice. Il s'agit de normes qui doivent être mises en œuvre par le législateur fédéral. En particulier, l'art. 12 par. 2 let. d du Pacte des Nations Unies I ne contient qu'un mandat d'agir adressé aux États contractants et n'accorde donc pas aux individus un droit individuel à la santé ou un droit individuel d'accès aux soins de santé (p.ex. [ATF 139 I 257](#); [ATF 136 I 290](#)).

III.2.2. Droit individuel et justiciable aux soins essentiels en cas de situations de détresse

L'art. 12 Cst. féd. pose en règle le droit d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse. Cette disposition se trouve en connexion étroite avec l'art. 7 Cst. féd. qui protège la dignité humaine. Si la lettre de cette disposition se veut large, le Tribunal fédéral est venu encadrer la notion et déterminer l'aide à laquelle le justiciable pourrait prétendre. Dès lors, le droit d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse permet en réalité uniquement de percevoir une aide d'urgence visant à couvrir les besoins humains élémentaires en cas de nécessité. Parmi ces besoins élémentaires figurent les soins médicaux de base. Les critères ainsi retenus sont le risque de dommage pour le patient, l'urgence et la simplicité des actes médicaux à accomplir.

La concrétisation de l'aide d'urgence dépend beaucoup du droit cantonal, qui prévoit en règle générale dans le cadre de sa législation sur l'aide sociale, respectivement sur l'aide d'urgence, que les personnes sans couverture d'assurance-maladie ont la possibilité de se faire soigner gratuitement dans certains établissements hospitaliers gérés par l'Etat.²⁶⁰ Pour cette raison, les jurisprudences rendues par le Tribunal fédéral dans des affaires où l'art. 12 Cst. féd. est invoqué par un recourant concernent en principe surtout l'aide financière, et non

²⁶⁰ Voir par exemple dans le canton de Vaud l'art. 4a de la loi sur l'action sociale vaudoise ([RS VD 850.051](#)), qui prévoit que toute personne résidant dans le canton a droit au minimum à l'aide d'urgence si elle n'est plus en mesure de subvenir à son entretien en raison d'une situation de détresse présente ou inéluctable, l'aide d'urgence étant fournie en nature et comprenant notamment les soins médicaux d'urgence dispensés en principe par la Policlinique Médicale Universitaire (PMU), en collaboration avec les Hospices cantonaux/CHUV.

les soins de santé, ceux-ci n'étant pas refusés, mais pris en charge par l'Etat. Il nous paraît néanmoins utile de mentionner que dans un [ATF 131 I 166](#), le Tribunal fédéral a précisé que l'accès aux soins essentiels garanti par l'art. 12 Cst. féd. ne pouvait faire l'objet d'aucune restriction, dans la mesure où cela faisait partie du noyau intangible de cette garantie fondamentale au sens de l'art. 36 Cst. féd.

Dans une affaire récente intéressante (arrêts [9C 388 et 389/2019](#) du 21 avril 2020), le Tribunal fédéral a dû se pencher sur la question de l'articulation entre la prise en charge des soins par l'Etat et la prise en charge par l'assurance-maladie. En effet, en droit suisse, les requérants d'asile sont, depuis le moment du dépôt de leur demande et jusqu'à leur renvoi, au bénéfice d'une couverture d'assurance-maladie. Dans cette affaire, il s'agissait d'un ressortissant géorgien gravement atteint dans sa santé, qui était venu en Suisse pour y recevoir des soins et avait, dès son arrivée à l'aéroport en Suisse, déposé une demande d'asile. Il aurait ainsi dû bénéficier de la couverture sociale prévue pour les requérants d'asile. Cette règle entre en conflit avec une autre règle propre à l'assurance-maladie, qui refuse la couverture à toutes les personnes qui ne viennent en Suisse que dans le but d'y suivre un traitement médical (cf. art. 2 al. 1 let. b OAMal). La caisse maladie auprès de laquelle le recourant avait été affilié avait procédé à une analyse préjudicielle de la demande d'asile, et constaté que le motif de cette demande – recevoir des soins – conduirait à son rejet. Elle a dès lors refusé de prendre en charge les soins en invoquant la prévalence de la règle de l'art. 2 al. 1 let. b OAMal. Le Tribunal fédéral a validé ce raisonnement et rejeté le recours. Cette décision n'a toutefois pas eu pour effet de priver le recourant de soins, mais de mettre leur financement à la charge du canton auquel il avait été attribué, en l'occurrence le canton de Vaud. S'agissant d'un cas très lourd, le recourant étant totalement dépendant et le renvoi étant difficilement exécutable, l'Etat s'est trouvé, dans les faits, contraint d'assumer des coûts extrêmement importants pour des traitements dépassant clairement le seuil des actes simples requis dans une situation d'urgence. Il ne s'agit pas d'une situation isolée.

III.2.3. Protection du droit à la santé par le biais d'autres droits fondamentaux

En l'absence de droit individuel et justiciable, le droit à la santé est protégé indirectement par le biais d'autres droits fondamentaux explicitement reconnus en droit suisse. La santé humaine touche notamment le droit à la vie et la liberté personnelle, qui inclut l'intégrité physique et psychique (art. 10 Cst.), le droit à la dignité (art. 7 Cst.), le droit à la vie privée (art. 13 Cst.) et la protection en cas de privation de la liberté (art. 31 Cst.).

ENCADRÉ 24

Art. 7 Cst. féd.

« La dignité humaine doit être respectée et protégée. »

Art. 10 Cst. féd.

« 1. Tout être humain a droit à la vie. La peine de mort est interdite.

2. Tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement.

3. La torture et tout autre traitement ou peine cruels, inhumains ou dégradants sont interdits. »

Art. 13 Cst. féd.

« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile, de sa correspondance et des relations qu'elle établit par la poste et les télécommunications.

2. Toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent. »

Art. 31 Cst. féd.

« 1. Nul ne peut être privé de sa liberté si ce n'est dans les cas prévus par la loi et selon les formes qu'elle prescrit.

2. Toute personne qui se voit privée de sa liberté a le droit d'être aussitôt informée, dans une langue qu'elle comprend, des raisons de cette privation et des droits qui sont les siens. Elle doit être mise en état de faire valoir ses droits. Elle a notamment le droit de faire informer ses proches.

3. Toute personne qui est mise en détention préventive a le droit d'être aussitôt traduite devant un ou une juge, qui prononce le maintien de la détention ou la libération. Elle a le droit d'être jugée dans un délai raisonnable.

4. Toute personne qui se voit privée de sa liberté sans qu'un tribunal l'ait ordonné a le droit, en tout temps, de saisir le tribunal. Celui-ci statue dans les plus brefs délais sur la légalité de cette privation. »

Sur le plan civil, il est protégé par la protection de la personnalité (art. 28 CC), qui englobe l'ensemble des valeurs essentielles d'une personne.

ENCADRÉ 25

Art. 28 CC

« 1. Celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité peut agir en justice pour sa protection contre toute personne qui y participe.

2. Une atteinte est illicite, à moins qu'elle ne soit justifiée par le consentement de la victime, par un intérêt prépondérant privé ou public, ou par la loi. »

Sans prétendre à une analyse exhaustive de la jurisprudence, nous discutons ci-dessous quelques arrêts pertinents qui illustrent comment le Tribunal fédéral tient compte du droit à la santé, essentiellement par le biais d'autres droits fondamentaux explicitement reconnus par la Constitution fédérale, tout en mentionnant une décision du Tribunal fédéral relative à l'art. 28 CC.

III.2.3.1 Accès à la PMA

Voir les arrêts :

- [ATF 115 Ia 234](#)
- [ATF 119 Ia 460](#)

Dans deux arrêts du Tribunal fédéral, le premier datant de 1989 (réglementation du canton Saint-Gall) et l'autre de 1993 (réglementation du canton Bâle-Ville), il a été jugé que l'Etat ne pouvait pas interdire la procréation médicalement assistée (PMA) car cela constituerait une violation de la liberté personnelle (art. 10 al. 2 Cst. féd.) Le Tribunal fédéral a reconnu que la régulation des naissances par l'Etat, y compris les mesures de contrainte correspondantes qui limiteraient la procréation d'enfants, porterait atteinte au droit fondamental de la liberté personnelle.

Le désir d'enfant est une manifestation élémentaire de l'épanouissement de la personnalité. Avoir des enfants et les élever représente, pour de nombreuses personnes, une signification centrale de leur vie. L'absence non voulue d'enfants est souvent vécue comme une lourde charge, notamment pour les personnes qui ne peuvent pas avoir d'enfants pour des raisons organiques ou pour lesquelles une procréation naturelle est fortement déconseillée en raison d'une charge génétique ou au vu des risques pour la santé des enfants, par exemple après un traitement contre le cancer. La restriction de l'accès aux méthodes modernes de procréation artificielle touche donc les personnes concernées dans leur droit constitutionnel à la liberté personnelle. Mais le droit fondamental de la liberté personnelle et le recours à la

médecine de reproduction ne sont pas absolus. Des restrictions sont admissibles dans la mesure où elles reposent sur une base légale suffisante, sont dans l'intérêt public et sont proportionnées. Selon le Tribunal fédéral, il convient de distinguer la question de l'interdiction absolue de certaines méthodes de procréation médicalement assistée et, les conditions posées pour le recours aux méthodes admises. En ce qui concerne cette dernière question, l'intérêt supérieur de l'enfant revêt une importance centrale. L'évaluation de l'intérêt public et de la proportionnalité des restrictions ne peut donc pas être effectuée de manière générale pour toutes les méthodes de procréation artificielle dans le cas de la réglementation du canton Saint-Gall. Le Tribunal fédéral s'est penché en détail sur la question de l'admissibilité d'une interdiction d'insémination hétérologue et a estimé, en motivant sa décision de manière détaillée, qu'une telle interdiction ne tenait pas compte de la liberté personnelle. Le canton de Bâle-Ville avait réglementé la procréation médicalement assistée (« insémination artificielle, fécondation *in vitro* avec transfert d'embryons, transfert intratubaire de gamètes, conservation de gamètes et d'embryons ») en excluant l'insémination hétérologue. Le Tribunal fédéral a considéré que cette réglementation cantonale excluant de manière générale l'insémination hétérologue n'était pas conforme à la Constitution (art. 24^{novies} aCst., remplacé aujourd'hui par l'art. 119 Cst.).

En Suisse, les interventions dans le patrimoine génétique des cellules germinales et des embryons humains sont interdites, et les dons d'ovule et d'embryon et la gestation pour autrui sont des méthodes médicales illicites (art. 4 LPMA, art. 119 al. 2 Cst. féd.). Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de rappeler à plusieurs reprises que la naissance d'un enfant né par une gestation pour autrui à l'étranger où de telles méthodes, de même que les contrats avec une mère porteuse sont licites, ne pouvait être enregistrée à l'état civil en Suisse. Ces décisions obligent les parents d'intention qui n'ont pas de lien biologique avec l'enfant à recourir à une procédure d'adoption ([ATF 141 III 119](#); [ATF 141 III 312](#); [arrêt du Tribunal fédéral 5A 545/2020 du 7 février](#) 2022 – destiné à la publication). Les arrêts sont critiqués dans la doctrine, en tant que l'intérêt supérieur de l'enfant n'est pas mis au centre des décisions.

En revanche, le droit d'accès à la PMA dans les limites de la loi n'implique pas un droit à une prise en charge des traitements par l'assurance-maladie ([ATF 142 V 249](#)).

III.2.3.2 Libre choix du médecin ; avortement

Voir l'arrêt :

– [ATF 101 Ia 575](#)

Une disposition cantonale qui exige d'une femme enceinte qui souhaite une interruption de grossesse qu'elle soit domiciliée dans le canton depuis au moins deux mois restreint sa liberté personnelle. Pour être licite, une telle restriction nécessite une base légale qui faisait défaut dans le cas d'espèce. Cet arrêt est intéressant en tant qu'il pose la question de la liberté du médecin de réaliser un avortement, sans tenir compte de cette limitation liée au temps de résidence dans le canton. Selon le Tribunal fédéral, la question est spécifiquement liée à l'intégrité corporelle de la femme enceinte qui voulait se faire avorter.

Dès 2002 et selon l'art. 119 CP, l'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte (al. 1). L'interruption de grossesse n'est pas non plus punissable si elle est réalisée par un médecin habilité à exercer sa profession, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles (al. 2).

III.2.3.3 Soins médicaux des personnes en détention

Voir les arrêts :

- [ATF 106 la 277](#)

- [ATF 102 la 302](#)

- [TF 1B 591/2020 du 19 janvier 2021](#)

La constitutionnalité d'un règlement cantonal sur le régime de détention dans une prison doit être examinée sous l'angle de la liberté personnelle. Mais le droit des détenus à une prise en charge médicale irréprochable est spécialement lié à la détention et à l'exécution des peines. Dans un arrêt [ATF 102 la 304](#), le Tribunal fédéral considéré que le principe de la liberté personnelle donnait aux détenus le droit de recevoir l'assistance médicale qui leur convient, mais non pas, d'une manière générale, celui de choisir leur médecin. En principe, les détenus reçoivent donc en prison les soins médicaux du médecin attitré, sauf lorsque leur état de santé exige leur hospitalisation. Toutefois, ils doivent être examinés et soignés par un autre médecin lorsque le rapport entre le médecin attitré et le patient est réellement rompu ou qu'il est opportun, du point de vue médical, de faire appel à un spécialiste. Cet autre médecin n'est pas forcément le médecin de confiance du détenu.

Le droit à des soins médicaux appropriés implique une adaptation du régime carcéral dans la mesure du possible pour tenir compte des troubles psychiques de la recourante ([TF 1B 591/2020 du 19 janvier 2021](#)).

III.2.3.4 Grève de la faim

Voir l'arrêt :

- [ATF 136 IV 97](#)

Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a analysé le problème posé par un détenu qui se livre à une grève de la faim prolongée. Il reconnaît que si une personne détenue poursuit une grève de la faim, cela peut inévitablement conduire à un conflit entre le droit à l'intégrité physique de l'individu, d'une part, et l'obligation positive de l'État de préserver la santé et la vie des détenus, d'autre part. Il retient qu'à certaines conditions, l'autorité d'application des peines peut ordonner qu'un détenu soit alimenté de force. Dès lors, en vertu de la subsidiarité de l'interruption, l'autorité d'application des peines ne saurait interrompre l'exécution de la peine ou de la mesure d'un gréviste de la faim si rien n'empêche de retenir que le risque d'atteinte à la santé pourra être écarté, le moment venu, par l'alimentation forcée de l'intéressé.

Cet arrêt a été confirmé par la [CourEDH \(Rappaz v. Switzerland, CourEDH, 26 mars 2013, n° 73175/10\)](#).

III.2.3.5 Liberté de fumer ?

Voir l'arrêt :

- [ATF 133 I 110](#)

Dans cet arrêt concernant l'interdiction de la fumée dans les lieux publics au niveau cantonal, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de savoir si la liberté de fumer faisait partie de la liberté personnelle protégée par l'art. 10 Cst. féd. La portée de la liberté personnelle doit être précisée de cas en cas, en tenant compte de la personnalité de ses destinataires. La question de savoir si le fait de fumer relève de la liberté personnelle ne peut donc être résolue *in abstracto*, une différence pouvant être faite entre des comportements

occasionnels et le cas des gros fumeurs. Le Tribunal fédéral a reconnu que le fait de fumer dans un lieu public met en jeu différents aspects contradictoires de la liberté personnelle, choix personnel, atteinte à sa propre santé et restriction à sa propre liberté par l'accoutumance, respect du droit à la santé et à la vie des personnes confrontées à la fumée passive. Plus les différents aspects de la liberté personnelle entrent en conflit, plus le droit ordinaire doit les concrétiser par une pesée des intérêts et une coordination appropriées. Il est douteux que le fait de fumer ressortît de la liberté personnelle, mais il est plus douteux encore que le droit constitutionnel protège la seule faculté de fumer en tous lieux et à tout moment, en particulier dans les lieux publics. Cette question peut toutefois rester ouverte.

III.2.3.6 Refus de transfusion sanguine

Voir l'arrêt :

- [TF 2C 613/2015](#)

Le Tribunal fédéral n'est pas entré en matière, pour des questions procédurales, sur l'examen d'une directive interne d'un hôpital cantonal qui peut conduire à contraindre une personne qui refuse les transfusions sanguines à devoir se faire soigner dans un hôpital public d'un autre canton (si elle ne trouve pas de médecin au sein de l'hôpital qui accepte le traitement malgré son refus). La directive pouvait également avoir pour résultat, suivant les situations, d'imposer une transfusion sanguine à un patient qui rejette cet acte médical, ceci notamment pour les parturientes. Sans entrer en matière sur le fond, le Tribunal fédéral a rappelé qu'une telle directive devait être appliquée dans un cas concret en tenant compte des différentes conventions internationales et lois en vigueur, notamment les textes qui garantissent le respect des droits des patients et celui des directives anticipées édictées par ceux-ci (c. 5.3). Le Tribunal fédéral a également rappelé les obligations découlant du droit international (notamment en se référant à [l'arrêt de la CourEDH, P. and S. v. Poland](#)²⁶¹) et en particulier l'obligation pour les Etats d'organiser leur service de santé public de façon à assurer que la liberté de pensée, de conscience et de religion (art. 9 CEDH) du personnel médical n'entrave pas l'accès aux services auxquels les patients ont légalement droit.

III.2.3.7 Sport de haut niveau

Voir les arrêts :

- [ATF 134 III 193](#)
- [TF 5A 21/2011 du 10 février 2012](#)

Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a rappelé que la garantie du droit de la personnalité de l'art. 28 CC s'étend à l'ensemble des valeurs essentielles de la personne qui lui sont propres par sa seule existence et peuvent faire l'objet d'une atteinte. En matière de sport de haut niveau, elle englobe plus particulièrement le droit à la santé, à l'intégrité corporelle, à l'honneur, à la considération professionnelle, à l'activité sportive et, s'agissant de sport professionnel, le droit au développement et à l'épanouissement économique.

²⁶¹ [CourEDH, P. and S. v. Poland du 30 octobre 2012, requête n° 57375/08](#), N 106 et l'arrêt cité.

III.3. Accès aux soins et financement

III.3.1. Introduction

Dans le cadre des assurances sociales, le lien entre l'accès aux soins et leur financement est particulièrement évident. Pour la majorité de la population, l'accès aux soins dépend en effet d'une prise en charge par l'assurance-maladie ou par une autre assurance sociale.

Comme nous l'avons décrit précédemment, les conditions d'une prise en charge de prestations de soins par l'assurance-maladie répondent à des conditions précises qui, *a priori*, évitent toute marge de manœuvre des caisses maladie, qui offrent en bonne logique un panier de prestations identique (cf. *supra* II.4.1). Néanmoins, dans certains cas, l'analyse des « critères EAE » (efficacité, adéquation, économicité) permet une analyse individuelle de l'assureur-maladie et, cas échéant, la contestation de sa décision par la personne assurée. Par ailleurs, en matière de médicaments, les art. 71a ss OAMal permettent la prise en charge, à titre exceptionnel, de médicaments en dehors de l'indication autorisée (*off-label-use*), voire de médicaments non autorisés (*compassionate use*). Il existe ainsi plusieurs jurisprudences importantes portant sur ces questions, spécifiquement dans le cas de patientes et de patients atteints de maladies rares.

Dans les autres assurances sociales, spécifiquement l'assurance-invalidité, le pouvoir d'appréciation des assureurs sociaux est plus large. Là encore, l'évaluation des « critères EAE » demeure l'un des points les plus fréquemment litigieux.

Nous présentons ici les quelques arrêts que nous jugeons les plus emblématiques.

III.3.2. Principe de l'économicité

III.3.2.1 Myozyme

Voir les arrêts :

- [ATF 136 V 395](#)
- [TF 9C 730/2015 du 16 septembre 2016](#)

En 2010, une première affaire avait fait couler beaucoup d'encre, y compris dans la presse, s'agissant de la *prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'un traitement au Myozyme pour une assurée atteinte de la maladie de Pompe*, une maladie génétique rare, dégénérative, responsable d'une atteinte musculaire²⁶². Ce médicament ne figurait à l'époque pas sur la Liste des spécialités (LS)²⁶³, de sorte que la prise en charge avait été examinée par le Tribunal fédéral sous l'angle de l'utilité thérapeutique et de l'économicité. Les juges de Lucerne avaient confirmé le refus de l'assureur-maladie, au motif que le coût du traitement (CHF 600'000 par année) ne remplissait pas la condition de l'économicité, le caractère élevé de l'utilité thérapeutique étant en outre fortement mis en doute²⁶⁴.

Le Myozyme a été introduit dans la LS avec effet au 1^{er} novembre 2011²⁶⁵. Sa prise en charge par l'assurance obligatoire des soins a toutefois été assortie de nombreuses conditions

²⁶² En Europe, elle connaît une incidence de 1/100'000.

²⁶³ Voir art. 52 al. 1 let. b LAMal.

²⁶⁴ [ATF 136 V 395](#).

²⁶⁵ L'introduction du Myozyme dans la Liste des spécialités (LS) a notamment été rendue possible parce que le fabricant du médicament a opéré une réduction importante de son prix.

(« *limitatio* »). En particulier, la prise en charge est limitée à la première année de traitement, et doit reposer sur une évaluation rigoureuse dont les critères sont spécifiés dans la LS.

Dans une nouvelle affaire concernant la même assurée²⁶⁶, le Tribunal fédéral a dû examiner le caractère justifié ou non du refus de la *prise en charge par l'assureur-maladie d'un traitement au Myozyme qui respectait les conditions posées dans la LS* (« *limitatio* »). En substance, l'assureur-maladie s'estimait fondé à refuser la prise en charge au motif que l'utilité thérapeutique n'était pas établie et que la condition d'économicité n'était pas remplie²⁶⁷.

Dans cette affaire, Tribunal fédéral a signifié à l'assureur son obligation de prise en charge. Après lui avoir rappelé que *les assureurs-maladie n'ont pas la compétence pour s'opposer à l'inscription d'un médicament sur la LS*²⁶⁸, il a, en substance, considéré que lorsque, comme en l'espèce, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) reconnaît l'efficacité d'un traitement en l'inscrivant dans la LS et définit lui-même le cadre de l'économicité d'un traitement médicamenteux, il n'y a plus de place pour le pouvoir d'appréciation de l'assureur-social²⁶⁹. En d'autres termes, si le traitement prescrit remplit les *limitatio* figurant dans la LS, l'assureur-maladie a l'obligation de prendre le traitement en charge, dans les limites indiquées, à moins qu'il n'existe des indices clairs et concrets permettant d'exclure d'emblée la couverture de la prestation.²⁷⁰

III.3.2.2 Syndrome d'Ondine

Voir l'arrêt :

– [ATF 142 V 87](#)

Dans une affaire bâloise²⁷¹, le Tribunal fédéral s'est vu soumettre la situation d'une assurée atteinte du syndrome d'Ondine²⁷² dont l'assureur-maladie refusait de prendre en charge les soins à domicile, argument pris de l'absence d'économicité. Cette assurée devait en effet dormir toutes les nuits sous respirateur, la présence d'une veilleuse étant nécessaire pour s'assurer constamment du bon fonctionnement de l'appareil. Les coûts entraînés se montaient à un peu plus de CHF 200'000.- par année. *Sous l'angle de la proportionnalité*, le Tribunal fédéral rétorque sèchement à la caisse maladie concernée qu'en présence d'une assurée de 24 ans, par ailleurs professionnellement active, dont le besoin vital de soins constants est établi, il ne saurait être question ici d'une disproportion crasse qui justifierait de limiter l'obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Cette affaire est également l'occasion pour le Tribunal fédéral de rappeler que lorsqu'une personne a besoin d'une surveillance constante, le temps durant lequel la personne chargée de cette surveillance n'a pas à intervenir concrètement, mais doit se contenter d'être

²⁶⁶ [ATF 142 V 478](#).

²⁶⁷ [ATF 142 V 478](#), c. 3.2.

²⁶⁸ [ATF 142 V 478](#), c. 5.

²⁶⁹ [ATF 142 V 478](#), c. 6.2.

²⁷⁰ [ATF 142 V 478](#), c. 6.3-6.5.

²⁷¹ [ATF 142 V 144](#).

²⁷² Ch. 382 de l'annexe à l'ordonnance concernant les infirmités congénitales ([RS 831.232.211](#)). Le syndrome d'Ondine ou syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale congénitale ou ondinisme est une maladie génétique rare qui se caractérise par une ventilation anormale chez une personne éveillée et une hypoventilation durant le sommeil malgré une fréquence respiratoire normale et un volume respiratoire normal (source : <http://fr.wikipedia.org>).

présente, est également un temps consacré aux soins et doit donc être pris en charge par l'assurance-maladie.²⁷³

III.3.2.3 Scenesse

Voir l'arrêt :

- [TF, 9C 711/2016 et 9C 716/2016 du 9 mai 2017](#)

Cette affaire concerne la prise en charge d'un traitement pour les patients atteints de porphyrie érythropoïétique (EPP ; maladie de Günther)²⁷⁴. Bien qu'il n'existe pas de traitement connu à cette maladie, un médicament développé par une entreprise pharmaceutique anglaise, le SCENESSE®, peut être administré à ces patients pour diminuer la phototoxicité. Ce médicament ne bénéficie pas de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en Suisse²⁷⁵, et ne figure, par conséquent, pas sur la liste des médicaments à charge de l'assurance obligatoire des soins (Liste de spécialités ; LS). Il a pu être administré en Suisse aux patientes et patients concernés dans le cadre d'un programme de remise du produit à titre compassionnel (« *compassionate use program* ») qui s'est terminé au mois d'avril 2012. A partir du mois de mai, certains assureurs-maladie, comme c'était le cas dans l'affaire dont le Tribunal fédéral a eu à connaître cette année-là, ont accepté de rembourser ce médicament, dont le prix était fixé à CHF 6'560.- pour une dose, le traitement nécessitant quatre à cinq doses par années dans le cas de l'assuré jugé en l'espèce.

L'entreprise pharmaceutique ayant drastiquement augmenté ses prix à partir de 2016,²⁷⁶ *les assureurs-maladie ont remis en cause le caractère économique du traitement, et refusé dorénavant la prise en charge*. L'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 9 mai 2017²⁷⁷ s'inscrit dans ce contexte. L'assuré, qui avait essuyé un refus de son assureur-maladie, avait obtenu du tribunal cantonal des assurances qu'il oblige ce dernier à prendre en charge quatre doses annuelles, au lieu des cinq doses que l'assuré demandait. Tant l'assureur-maladie que l'assuré ont recouru devant le Tribunal fédéral.

Ce dernier a examiné l'affaire à l'aune des anciens art. 71a et 71b OAMal, en vigueur jusqu'au 28 février 2017. Conformément à l'ancien art. 71b al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins doit prendre en charge les coûts d'un médicament non autorisé par l'institut (Swissmedic), mais pouvant être importé selon la [loi sur les produits thérapeutiques](#)²⁷⁸ si le médicament est autorisé pour l'indication correspondante par un Etat ayant institué un système équivalent d'autorisation de mise sur le marché reconnu par l'institut, et si les conditions mentionnées à l'art. 71a al. 1 let. a ou b sont remplies. L'ancien art. 71a al. 1 let. b OAMal, pertinent en l'espèce, pose comme conditions un bénéfice thérapeutique élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques, et l'absence de traitement efficace autorisé (alternative thérapeutique).

²⁷³ Analyse reprise de DUPONT, A.-S. : « Assurances sociales : regard sur quelques actualités », dans : FUHRER, S. (éd.) : *Annales SDRCA*, Zurich 2016, pp. 111-134, (pp. 131 ss).

²⁷⁴ Il s'agit là encore d'une maladie génétique rare (< 1/1'000'000. En Suisse, on dénombre une cinquantaine de patients), affectant le sang de la personne atteinte et entraînant notamment une hypersensibilité à la lumière, une déformation constante des dents et de violentes douleurs abdominales dues à la dilatation de la rate.

²⁷⁵ À noter que le SCENESSE® s'est vu reconnaître le statut de médicament orphelin en 2008, ce qui ouvre la voie à une procédure simplifiée pour obtenir une AMM.

²⁷⁶ Environ CHF 19'000.- la dose dès 2016, et un peu moins de CHF 25'000.- la dose à compter de 2019.

²⁷⁷ [ATF 143 V 130](#).

²⁷⁸ LPT_h ([RS 812.21](#)).

S'agissant tout d'abord du bénéfice thérapeutique, le Tribunal fédéral retient qu'un traitement qui n'est pas homologué par Swissmedic, mais qui l'est dans un État connaissant un système d'évaluation équivalent doit être reconnu comme possédant une valeur thérapeutique élevée²⁷⁹. *S'agissant ensuite de l'économicité*, soit du rapport entre le coût et le bénéfice du traitement, le Tribunal fédéral revient sur une précédente jurisprudence, dans laquelle il avait précisé que lorsqu'il n'existait pas d'alternative thérapeutique, l'on pouvait en principe renoncer à l'examen de l'économicité²⁸⁰. En l'espèce, *il estime nécessaire, au nom du principe constitutionnel de la proportionnalité, d'effectuer une pesée des intérêts entre les bénéfices et les coûts du traitement*²⁸¹, l'utilité thérapeutique devant être d'autant plus grande que le coût du traitement est élevé.²⁸²

Cette solution, sans être critiquable d'un point de vue dogmatique, met en exergue les difficultés évoquées ci-dessus au sujet des personnes atteintes de maladies rares, puisque les patients concernés, en l'occurrence les patients atteints de prophyrique érythropoïétique, doivent à chaque fois convaincre leur assureur-maladie de la justification du seul traitement susceptible d'apaiser leurs douleurs. La solution pourrait passer par la délivrance d'une AMM puis l'inscription du médicament sur la LS, ce qui suppose une volonté de la part des autorités, éventuellement encouragée par un lobbyisme soutenu que l'on peine à envisager, compte tenu du nombre de personnes concernées, et de la part de l'entreprise pharmaceutique, qui devra vraisemblablement accepter de baisser ses coûts.

Notons que les dispositions appliquées par le Tribunal fédéral dans l'affaire commentée ici ont été modifiées depuis le 1^{er} mars 2017. Le nouvel art. 71c OAMal reprend toutefois mot pour mot l'ancien art. 71b al. 3 OAMal, de sorte que cette jurisprudence pourra être transposée sans difficulté.²⁸³

III.3.3. Egalité de traitement « à rebours »

Voir l'arrêt :

– [TF, 9C 648/2014 du 3 mars 2015 \(Rapamycine\)](#)

Cette affaire concerne la prise en charge d'un médicament hors étiquette par l'assurance-invalidité, dans le cas d'une enfant atteinte de la sclérose tubéreuse de Bourneville (art. 13 LAI²⁸⁴). Cette enfant s'était vu prescrire, afin de traiter les angiofibromes qu'elle présentait sur le visage, un médicament appelé Rapamycine 0,1 %, autorisé par Swissmedic pour l'indication « prévention du rejet d'organes en traitement systémique ». L'assurée se prévalait, dans ce contexte, d'une violation de l'égalité de traitement, certains offices AI en Suisse²⁸⁵ acceptant une prise en charge pour des situations comme la sienne, d'autres – dont celui du canton dans lequel elle vivait – le refusant. Le Tribunal fédéral, jugeant que l'efficacité de la Rapamycine pour les patients atteints de sclérose tubéreuse de Bourneville n'avait pas été démontrée scientifiquement, ce que prouvait l'indication thérapeutique

²⁷⁹ [ATF 143 V 130](#), c. 11.3.

²⁸⁰ [ATF 142 V 144](#), c. 6.

²⁸¹ Voir [ATF 142 V 26](#).

²⁸² [ATF 143 V 130](#), c. 11.2.

²⁸³ Analyse reprise de DUPONT, A.-S. : « Assurances sociales : quelques actualités », dans : FUHRER, S. (éd.) : *Annales SDRCA*, Zurich 2017, pp. 143-174, (pp. 169 ss).

²⁸⁴ Voir *supra* II.4.1.

²⁸⁵ Chaque canton possède son propre office pour la gestion de l'assurance-invalidité, de sorte que des pratiques divergentes ne sont pas exceptionnelles.

admise par l'autorité de surveillance, a confirmé le refus de prise en charge dans le cas d'espèce. Dès lors que le jugement retient que le médicament n'est pas à charge de l'assurance-invalidité en raison de considérations générales, il a pour effet que la pratique de tous les offices AI doit désormais s'aligner sur cette décision.

Cet arrêt révèle le danger que peut représenter l'invocation de l'égalité de traitement dans le contexte de l'accès aux soins (cf. *supra* II.2). En effet, dans cette affaire, non seulement la patiente n'a pas obtenu gain de cause, mais la décision qu'elle a provoquée déploie ses effets de manière générale, privant les patients bénéficiant d'une pratique plus favorable de l'accès au médicament. Une telle affaire explique en partie les raisons pour lesquelles les patients atteints de maladies rares hésitent avant de faire valoir leurs droits en justice, par crainte de préjudicier la situation des autres patients.

III.3.4. Absence de limite absolue à la prise en charge d'un traitement EAE

Voir l'arrêt :

- [ATF 145 V 116](#) (prise en charge des coûts d'une hospitalisation)

Dans cette affaire, un patient âgé d'un peu plus de 70 ans avait été hospitalisé, à l'origine pour la pose d'une prothèse partielle du genou. En raison de complications massives survenues à la suite de cette première intervention, dont une crise cardiaque ayant nécessité une opération en Bypass, puis une insuffisance rénale massive. Le patient a séjourné au total près d'une année et demie à l'hôpital, dont la majeure partie du temps en soins intensifs. A son décès, le coût total des soins dépassait la somme de 3 millions de francs suisses.

A la caisse maladie qui refusait de prendre en charge l'intégralité de la part mise à sa charge,²⁸⁶ le Tribunal fédéral a répondu qu'il n'avait jamais fixé de limite supérieure absolue au-delà de laquelle les coûts d'une hospitalisation pour un patient donné ne devraient plus être pris en charge par l'assurance-maladie. Au contraire, dans le système de l'assurance-maladie, il existe une obligation de prise en charge illimitée dans la mesure où chaque prestation du traitement hospitalier répond aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Dans le cas d'espèce, il n'était nullement allégué que certaines prestations n'auraient pas rempli ces conditions.

III.3.5. Dépendance : soins à domicile ou séjour en établissement spécialisé

Dans le cadre de l'assurance-maladie, le principe de l'économicité commande qu'en présence de deux options thérapeutiques, l'option la moins chère doive être choisie. Dans ce cas, l'alternative thérapeutique ne peut être prise en charge, faute de remplir la condition d'économicité. En raison des règles de la loi sur l'assurance-maladie en matière de financement des soins de longue durée,²⁸⁷ la prise en charge d'un séjour en établissement médicalisé coûte moins cher à l'assurance-maladie que la prise en charge de soins à domicile. À suivre cette logique, il faudrait donc à chaque fois opter pour la prise en charge en établissement médicalisé.

Le Tribunal fédéral a cependant adopté une pratique plus souple à ce propos et développé une casuistique qui admet une entorse au principe de l'économicité, même en cas de

²⁸⁶ Dans le régime de l'assurance-maladie, les séjours hospitaliers sont pris en charge au moins à 55 % par le canton de domicile de la personne assurée, le reste par sa caisse maladie.

²⁸⁷ Cf. art. 25a LAMal et 7 ss OPAS. Pour des explications détaillées, cf. DUPONT, A.-S. : « Le financement résiduel des soins de longue durée : une brèche dans le principe de l'économicité ? », dans : LENDFERS, M. et al. (éds): *Allegro con moto Festschrift zum 65. Geburtstag von Ueli Kieser*, Zurich 2020, pp. 75-89.

disproportion substantielle, à condition toutefois que les circonstances du cas d'espèce le justifient. Par exemple, il a admis la prise en charge de soins à domicile pour une mère de trois enfants,²⁸⁸ pour une personne exerçant une activité professionnelle,²⁸⁹ dans le cas d'un assuré suivant une formation professionnelle et ayant une vie sociale et culturelle en dehors de son domicile²⁹⁰ et pour une personne atteinte de démence dont les symptômes risquaient d'être aggravés par le changement d'environnement de vie et la perte du contact quotidien avec son fils.²⁹¹ En revanche, le simple fait que le maintien à domicile permette, du point de vue de la personne assurée et de ses proches, de conserver une meilleure qualité de vie que le séjour en EMS est insuffisant.²⁹² Lorsque la disproportion entre le coût des deux options est manifeste, il faut également nier l'économicité du maintien à domicile, quels que soient les intérêts légitimes invoqués,²⁹³ en principe à tout le moins.²⁹⁴

III.3.6. Autres

Bien que les deux arrêts présentés ici ne concernent pas l'accès aux soins de santé *stricto sensu*, il nous a semblé utile de les mentionner, d'une part parce qu'ils montrent l'approche restrictive de la Suisse en matière d'autonomie des personnes atteintes dans leur santé, dans une optique de mise en œuvre des droits sociaux, et d'autre part parce que ces affaires illustrent aussi la protection offerte par les autres garanties fondamentales, dont l'objet principal n'est pas nécessairement la santé.

III.3.6.1 Droit à des moyens auxiliaires

Voir l'arrêt :

- [ATF 135 I 161](#)

Le Tribunal a examiné le droit à la remise d'un appareil de traction pour fauteuil roulant, en application de l'art. 2 al. 2 du Pacte I de l'ONU, l'art. 8 al. 2 et 4 Cst. féd., l'art. 21 al. 2 LAI, l'art. 14 RAI et l'art. 2 OMAI. Pour les personnes séjournant à la semaine dans un centre de réadaptation (centre d'habitation et de travail), les objectifs légaux de réadaptation consistant à « se déplacer » et à « établir un contact avec l'environnement ». Ces objectifs se réfèrent, d'un point de vue spatial, au lieu le plus proche en dehors de l'institution, où ont lieu les contacts sociaux habituels de la population résidente.

III.3.6.2 Droit à l'aménagement d'un second appartement

Voir l'arrêt :

- [ATF 134 I 105](#)

La législation en matière d'assurance-invalidité donne droit aux mesures nécessaires pour aménager le logement d'une personne handicapée. Dans cette affaire, l'assurance-invalidité avait financé l'aménagement du logement de la mère de la personne assurée, un enfant devenu paraplégique à l'âge de 12 ans à la suite d'un accident. Elle avait en revanche refusé de financer l'aménagement du logement du père, chez lequel l'enfant passait pourtant un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires (droit de visite usuel en cas de

²⁸⁸ [Arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 52/99 du 22 septembre 2000.](#)

²⁸⁹ [ATF 126 V 334](#), c. 3a.

²⁹⁰ [Arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 66/00 du 5 octobre 2000](#), c. 3b.

²⁹¹ [Arrêt du Tribunal fédéral 9C_343/2013 du 21 janvier 2014.](#)

²⁹² [ATF 139 V 135](#), c. 4.5 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 66/00 du 5 octobre 2000, c. 3a.

²⁹³ [ATF 139 V 135](#), c. 4.5 ; ATF 126 V 334, c. 2a.

²⁹⁴ Pour une exception, cf. *supra* III.3.2 (syndrome d'Ondine).

séparation des parents). Sans aménagement, les séjours chez le père étaient impossibles. Le Tribunal fédéral a certes considéré que cette décision violait les art. 8 CEDH et 14 Cst. féd., et que l'enfant avait donc droit aux mesures d'aménagement pour l'appartement du père également. Toutefois, il a précisé que ce droit se limitait aux adaptations les plus rudimentaires pour rendre le séjour possible.

III.4. Santé publique

III.4.1. Introduction

Dans l'arrêt ATF 118 la 427, précédent phare du droit de la santé publique en Suisse, le Tribunal fédéral s'intéresse à la santé en tant qu'intérêt public. Dans ce cas de 1992, le Tribunal fédéral confirme la compatibilité de la loi fribourgeoise sur l'obligation de se soumettre à la prophylaxie dentaire scolaire avec la liberté personnelle et le droit au respect de la vie privée et familiale des enfants concernés ainsi que de leurs parents. La loi en question prévoyait une obligation de contrôle dentaire et, le cas échéant, une obligation de suivre le traitement recommandé par le dentiste. Le Tribunal fédéral retient que les mesures étatiques de lutte contre les maladies ont comme but d'intérêt public l'amélioration et la protection de la santé de la population. Elle note que la santé publique englobe non seulement les maladies transmissibles, mais vise également la prévention de maladies non transmissibles et la promotion de la santé. Le Tribunal fédéral reconnaît qu'il n'est pas aisé de faire la distinction entre les intérêts publics et privés dans le domaine de la santé. Il conclut qu'une vision globale est nécessaire puisqu'il est dans l'intérêt de tous que chacun soit en bonne santé.²⁹⁵ Finalement, le Tribunal fédéral affirme que dans la conception actuelle de l'Etat de droit, la santé est considérée, en quelque sorte, comme une tâche ou un service public.

III.4.2. Lutte contre les maladies non transmissibles

Voir les arrêts :

- [ATF 128 I 295](#) (publicité en matière d'alcool et de tabac)
- [ATF 133 I 110](#), [ATF 134 I 322](#) et [ATF 136 I 241](#) (interdiction de fumer dans les lieux publics)
- [ATF 136 I 17](#), [ATF 136 I 29](#) et [ATF 139 I 242](#) (protection contre la fumée passive)

Ces arrêts concernent principalement la question de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons dans le domaine de la protection de la santé. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, les cantons ont la compétence d'adopter des mesures plus strictes que la Confédération pour lutter contre les maladies non transmissibles. Les mesures ont à chaque fois aussi été contestées du point de vue de la liberté économique des acteurs privés comme les restaurateurs ou les propriétaires de terrains privés, par exemple. Le Tribunal fédéral a en général rejeté cet argument.

²⁹⁵ Selon SPRUMONT et JOSET, « (i)l se dégage de cet arrêt trois dimensions importantes de la santé publique : premièrement, un devoir de l'Etat d'assurer des conditions générales de vie qui garantissent un état de santé de la population le plus élevé possible ; deuxièmement, la nécessité de garantir à chacun un accès aux soins nécessaires compte tenu de son état de santé, en particulier pour les personnes qui ne sont pas aptes à sauvegarder elles-mêmes leurs intérêts et, troisièmement, le financement de ces mesures » (SPRUMONT, D. et JOSET, N. : « Regard juridique sur la politique suisse de la santé », *RDS* 135 (2016) II, pp. 89-137, (pp. 119 s.).

III.4.3. Lutte contre les maladies transmissibles

Les arrêts du Tribunal fédéral dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles concernent principalement la vaccination.

III.4.3.1 Vaccination obligatoire contre la diphtérie

Voir l'arrêt :

- [ATF 99 Ia 747](#)

Dans cet arrêt de 1973, le Tribunal fédéral est appelé à analyser la vaccination obligatoire contre la diphtérie imposée au niveau cantonal. Le recourant soutient en l'espèce que l'obligation légale de vacciner les enfants contre la diphtérie n'est pas justifiée par un intérêt public suffisant. Il prétend que depuis quarante ans, il n'existe plus de cas de diphtérie en Suisse et qu'il n'y a aucune différence statistique entre les populations des cantons où la vaccination est obligatoire et les habitants des cantons qui ne l'imposent pas. Le Tribunal fédéral reconnaît tout d'abord que la vaccination obligatoire des enfants contre la variole et la diphtérie constitue une atteinte à l'intégrité physique et ainsi à la liberté personnelle. Il se penche ensuite sur la question de l'intérêt public. Il note que la vaccination n'a pas une efficacité absolue. Mais elle produit en règle générale des résultats positifs. En tant que mesure préventive, elle réduit le risque de contracter la diphtérie. Si un enfant contracte tout de même cette affection, le fait d'avoir été vacciné diminue sérieusement la probabilité d'en mourir. Le Tribunal fédéral conclut qu'il faut constater que la diphtérie reste une maladie contagieuse redoutable, malgré sa très nette régression durant ces dernières décennies, régression due d'ailleurs à la vaccination. On ne saurait négliger le fait que la bactérie qui en est l'agent étiologique se rencontre encore dans tous les pays et qu'on ne peut dès lors exclure d'emblée la survenance de nouvelles épidémies à l'avenir. Il y a donc lieu de rester vigilant et de protéger, par des moyens appropriés, les populations et en particulier les enfants contre de pareilles contagions, moyens dont la vaccination (sérum antitoxique mélangé à la toxine) est, en l'état actuel de la science médicale, sans contredit le plus efficace. La lutte contre ces épidémies de diphtérie par la vaccination préventive obligatoire constitue une mesure importante pour la sauvegarde de la santé publique et répond de ce point de vue à un intérêt public certain. Le principe de proportionnalité est également respecté. Même si l'on ne peut pas dire que l'obligation de vacciner est d'une nécessité absolue, elle n'en constitue pas moins une mesure propre à favoriser la réalisation du but d'intérêt public poursuivi. La finalité recherchée par le législateur cantonal, à savoir une protection accrue de la santé publique, l'emporte manifestement sur le sacrifice qui est imposé au citoyen par l'obligation de faire vacciner ses enfants.

III.4.3.2 Expulsion temporaire de l'école d'une élève qui n'a pas été vaccinée contre la rougeole

Voir l'arrêt :

- [TF, 2C 395/2019 du 8 juin 2020](#)

Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral rejette le recours d'une élève non-vaccinée contre la rougeole, qui après un cas de rougeole déclaré dans sa classe a été temporairement exclue de l'école. Elle avait fait valoir que l'administration d'immunoglobulines constitue une mesure moins contraignante que son exclusion temporaire de l'école. Toutefois, elle ne demande pas l'administration d'immunoglobulines pour elle-même, mais pour les enfants qui ne peuvent pas être vaccinés. Le Tribunal fédéral retient que des mesures à l'encontre de tiers ne peuvent pas être exigées en s'appuyant sur le principe de la proportionnalité. Il confirme ainsi l'expulsion temporaire de l'école de l'élève en cause.

III.4.3.3 Décision concernant la vaccination en cas de désaccord entre les parents

Voir les arrêts :

- [ATF 146 III 313](#)
- [TF, 5A_118/2022 du 15 mars 2022](#)

Appelé à se prononcer sur le cas de parents en désaccord sur la vaccination contre la rougeole de leurs trois enfants (de 11, 6 et 3 ans), le Tribunal fédéral a estimé dans son arrêt du 16 juin 2020 (ATF 146 III 323, qui a été confirmé par 5A_118/2022) que si les parents ne peuvent se mettre d'accord, c'est à l'autorité de protection de l'enfance de trancher la question, en vertu de l'art. 307, al. 1 CC. Le Tribunal fédéral voit dans cette impasse une mise en danger de l'enfant). Cette autorité est alors tenue de suivre les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique ; elle ne peut y déroger que si, dans le cas d'espèce, le bien de l'enfant le requiert. Le Tribunal fédéral estime qu'en cas de décision prise en commun par les parents, c'est en principe cette dernière qui s'impose. Dans le cas mentionné ci-dessus, il a jugé que les trois enfants devaient effectivement être considérés comme incapables de discernement – et ne devaient par conséquent pas être entendus –, car ils n'étaient pas à même de comprendre les bénéfices et les risques d'une vaccination et ne pouvaient donc pas se forger leur propre opinion. Cet avis a fait l'objet de critiques justifiées de la part de la doctrine²⁹⁶ : premièrement, un enfant de 11 ans peut, selon les cas, tout à fait être apte, après avoir reçu des informations adaptées à son âge, à décider lui-même de se faire ou non vacciner ; deuxièmement, même très jeunes, les enfants doivent être associés de manière sérieuse aux décisions, et être entendus. Il s'ensuit, également pour la vaccination contre le Covid-19, qu'un enfant jugé incapable de discernement doit tout de même être entendu et que son avis doit autant que possible être pris en compte. En cas de désaccord entre les parents, l'autorité de protection de l'enfant peut intervenir et décider dans l'intérêt de l'enfant. En revanche, lorsqu'un enfant capable de discernement ne partage pas l'avis de ses parents, c'est la volonté de l'enfant informé et capable de discernement qui l'emporte, selon l'art. 19c CC (cf. *infra* III.5.4).

III.5. Urgence sanitaire (pandémie Covid-19)

III.5.1. Introduction

Les questions prépondérantes sur l'accès à la santé (et un droit futur à la santé) pendant la pandémie en Suisse concernaient notamment l'insuffisance de masques et de tests au début de la pandémie, les questions de l'équité en triage dans les soins intensifs, l'accès à la vaccination des enfants, l'accès aux services de santé mentale et l'accès à des traitements non-liés au Covid-19 tels que les traitements contre le cancer.

En même temps, les mesures adoptées par les autorités fédérales et cantonales visant à protéger la santé publique imposaient des restrictions aux droits et libertés fondamentales. Les limitations de la liberté personnelle (art. 10 al. 2 Cst. féd.), notamment de l'intégrité corporelle, découlaient des tests obligatoires, de la vaccination des enfants, de la vaccination obligatoire chez certains employeurs, de l'incitation à la vaccination (par exemple, accès préférentiel), du port obligatoire des masques, mais aussi des restrictions à la liberté de mouvement (art. 31 Cst. féd., 10 al. 2, art. 5 CEDH) par les isolements, les confinements ou les quarantaines, de même que par l'interdiction de quitter le pays. La vie privée (art. 13

²⁹⁶ GUILLOD, O. : « [Autonomie parentale, protection de l'enfant et vaccination – Analyse de l'arrêt du Tribunal fédéral 5A_789/2019](#) », dans : *Newsletter DroitMatrimonial.ch* septembre 2020, 6 pp.

Cst. féd.) était limitée par la surveillance, surveillance numérique, p.ex. par les suivis numériques des contacts, la présentation d'un certificat de COVID / passeport vaccinal. Le droit au rassemblement (art. 23 Cst. féd.) a également été limité, en public et en privé, de même que l'exercice des droits politiques (art. 34 Cst. féd.), par l'interdiction ou la limitation de manifestations politiques, ou encore la liberté de croyance et de conscience (art. 15 Cst. féd.), par l'interdiction ou la limitation des rassemblements dans les lieux de cultes.

III.5.2. Port du masque

III.5.2.1 Port du masque obligatoire en supermarché

Voir l'arrêt :

- [ATF 147 I 393](#)

Selon le Tribunal fédéral, l'atteinte à la liberté personnelle résultant de l'obligation de porter un masque dans le canton Fribourg dans les supermarchés et les magasins peut être qualifiée de légère. L'ingérence se fonde sur l'art. 40 LEp qui, bien que large en ce qui concerne les mesures pouvant être prises pour prévenir la propagation des maladies transmissibles, constitue une base légale suffisante. Elle est justifiée par l'objectif de santé publique consistant à prévenir les infections et, partant, les hospitalisations et les décès dus à cette maladie. En l'état actuel des connaissances, le port d'un masque, recommandé par les autorités sanitaires compétentes, est un moyen adéquat pour atteindre cet objectif et il est nécessaire dans la mesure où il constitue une mesure restrictive légère et permet d'éviter des restrictions plus sévères, telles que la fermeture de commerces.

III.5.2.2 Port du masque obligatoire à l'école

Voir les arrêts :

- [TF, 2C 183/2021 du 23 novembre 2021](#) (destiné à publication)
- [TF, 2C 228/2021 du 23 novembre 2021](#) (destiné à publication)

Le Tribunal fédéral a rejeté deux recours contre l'obligation de porter le masque pour les élèves à partir de la 5^e année primaire, applicable temporairement dans le canton de Berne à partir du 10 février 2021. L'arrêt confirme en général que les restrictions cantonales allant au-delà des restrictions imposées par le droit fédéral sont admissibles pour autant que les conditions de l'art. 8 de l'ordonnance Covid fédéral pour la « situation particulière » soient respectées. En ce qui concerne l'obligation de porter le masque à l'école, le Tribunal fédéral note que la mesure peut s'appuyer sur une base légale suffisante. Conformément, à son préambule, la réglementation cantonale du 24 novembre 2021 de Covid-19 V/BE (RSB 815.123) se fonde entre autres sur l'art. 40 al. 2 LEp ainsi que sur les art. 2 et 8 de l'ordonnance fédérale Covid-19 et en complément de l'art. 3b al. 2 let. a de la dernière et la « situation particulière » (applicable à l'époque) l'obligation de porte d'un masque facial s'appliquait à chaque personne dans tous les espaces intérieurs des écoles inclut les élèves de l'école enfantine et du degré primaire (art. 10 al. let. a Covid-19 V/BE). En outre, selon le Tribunal fédéral, cette réglementation était à la fois justifiée et proportionnée, notamment parce que les masques protègent les enfants et les autres personnes de leur entourage d'une infection par le coronavirus. En outre, le port du masque facial est une restriction beaucoup moins grave que la fermeture des écoles. En plus, l'ordonnance cantonale prévoyait des exceptions à l'obligation de porter un masque pour les personnes ne pouvant pas le porter pour des raisons particulières, notamment médicales.

III.5.3. Restriction de la liberté de manifester

Voir les arrêts :

- [ATF 147 I 450](#)
- [TF, 2C 308/2021 du 3 septembre 2021](#)
- [TF, 2C 290/2021 du 3 septembre 2021](#)
- [CourEDH, Affaire communauté genevoise d'action syndicale \(CGAS\) c. Suisse, 15 mars 2022 \(n° 21881/20\)](#)

Les restrictions de manifestations au niveau cantonal allant au-delà des restrictions imposées par le droit fédéral sont admissibles en principe, pour autant que les conditions de l'art. 8 de l'ordonnance Covid-19 concernant les situations particulières soient respectées. Le but des ordonnances cantonales attaquées est de lutter contre l'épidémie de Covid-19 en limitant la propagation du virus à l'origine de l'épidémie. Il ne peut être sérieusement contesté que ce but est d'intérêt public selon l'art. 2 et 19 LEp. Pour ce qui est de la proportionnalité des mesures sanitaires adoptées, le Tribunal fédéral retient que le risque zéro n'existe pas. C'est la notion de « risque acceptable » qui doit guider l'évaluation du principe de proportionnalité et la pesée des intérêts qui lui est sous-jacent. Puisqu'il s'agit d'une nouvelle maladie, le Tribunal fédéral tient compte de l'insécurité scientifique et de l'évolution rapide des connaissances scientifiques pour évaluer les mesures sanitaires adoptées.

Le Tribunal fédéral adopte une position nuancée sur les mesures Covid restreignant la liberté de réunion (art. 22 Cst. féd.) dans les arrêts du 3 septembre 2021. La limite à 15 personnes fixées par le canton Berne pour les réunions politiques est inconstitutionnelle. En revanche, la limite de 300 personnes imposée à Uri est admise.

Dans l'affaire de la communauté genevoise d'action syndicale (CGAS) c. Suisse, l'interdiction générale des réunions publiques, notamment pacifiques, pendant deux mois et demi au début de la pandémie de Covid-19, assortie de sanctions pénales et sans contrôle juridictionnel de proportionnalité manifestait une violation de l'art. 11 al. 1 CEDH (liberté d'association).

III.5.4. Vaccination

À ce jour, il n'y a pas d'arrêt du Tribunal fédéral concernant la vaccination contre le Covid-19. Il convient néanmoins de mentionner la [décision du Tribunal cantonal fribourgeois du 29 juillet 2021 \(603 2021 102/114\)](#) relative à la vaccination contre le Covid-19 des personnes âgées de 12 à 15 ans. Le Tribunal cantonal a rappelé que les personnes mineures capables de discernement pouvaient décider elles-mêmes de se faire vacciner ou non.²⁹⁷

Au moment de rendre ce rapport, le Tribunal administratif fédéral vient de rejeter le recours de quatre militaires des forces spéciales de l'armée suisse, qui avaient été licenciés, car ils refusaient d'être vaccinés contre le Covid-19. En substance le Tribunal fédéral a retenu que la mission des militaires en question impliquait de pouvoir intervenir en tout temps et en tous lieux, dans des situations de danger extrême, par exemple pour rapatrier des ressortissants suisses ou du personnel diplomatique se trouvant en zone de guerre ou de conflit armé. Pour

²⁹⁷ https://entscheidsuche.ch/docs/FR_Gerichte/FR_TC_007_603-2021-102_2021-07-29.pdf (23.04.2022) ; cf. recommandations de vaccination avec des vaccins à ARNm contre le COVID-19, état 21.1.2022) <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/70160.pdf> (23.04.2022) ; JUNGO, A. et REIDY, J. : « Covid-19-Impfung – Jugendliche können eigenständig entscheiden », *recht* 4/2021, pp. 241-243 ; HOTZ, S. : « Das Partizipationsrecht von Kindern in Coronazeiten / Droit de participation de l'enfant en temps de Covid-19 », dans : *Menschenrechte in der Schweiz stärken / Renforcer les droits humains en Suisse*, Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte/Centre suisse de compétence en droits humaines, Berne 2022, chap. 10 (*en cours*).

être en mesure d'accomplir leurs tâches, la loi précise que les membres des forces spéciales doivent se soumettre aux directives médicales du médecin en chef de l'armée, qui, en l'occurrence, exigeaient le vaccin. Pour le Tribunal administratif fédéral, le concept de vaccination vise à lutter contre les affections transmissibles au sein de l'armée ou entre ses membres et la population. D'éventuels effets secondaires indésirables sont contrebalancés par l'intérêt public des forces spéciales de pouvoir assurer au pied levé la sécurité de la Suisse et de ses ressortissants. Les droits fondamentaux invoqués par les recourants n'ont donc pas été violés²⁹⁸.

²⁹⁸ Arrêts du Tribunal administratif fédéral du 26 avril 2022 [A-4619/2021](#), [A-4705/2021](#), [A-4723/2021](#) et [A-5017/2021](#). Ces arrêts ne sont pas encore définitifs et exécutoires, le Tribunal fédéral pouvant être saisi d'un recours.

IV. La notion de droit à la santé et ses limites (actuelles et prévisibles à l'avenir)

Les auteures de ce rapport ont compris cette partie comme l'occasion de dresser un état des lieux à propos du droit à la santé en Suisse, et de réfléchir à un possible avenir pour lui dans ce pays. Ce droit n'étant, à ce jour, pas reconnu, à tout le moins pas au rang de garantie fondamentale, il s'agit davantage d'imaginer quels pourraient être les contours et la nature de ce droit s'il devait trouver un ancrage en droit positif (IV.1.). Si, néanmoins, le droit à la santé, ou certaines de ses manifestations pouvaient être consacrés en droit suisse, il s'agirait alors de voir comment il s'insérerait parmi les autres garanties fondamentales reconnues par le droit suisse (IV.2.) et quelles pourraient être les difficultés soulevées par sa consécration en droit positif (IV.3.).

IV.1. Notion et nature du droit à la santé

Définir le droit à la santé tel qu'il pourrait être reconnu en droit suisse suppose tout d'abord de définir la notion de santé (IV.1.1.). La définition du droit à la santé dépend ensuite de l'approche que l'on adopte pour l'appréhender (IV.1.2.). Nous verrons finalement qu'en droit suisse, la question de la nature, individuelle ou collective, de ce droit, n'est pas pertinente (IV.1.3.).

IV.1.1. Notion de santé en droit suisse

La notion de santé n'est, en droit suisse, pas facile à appréhender, car elle dépend du domaine dans lequel on l'utilise.

Dans le domaine des assurances sociales, particulièrement, qui ont non seulement pour rôle de permettre l'accès aux soins, mais qui versent également des prestations lorsque la capacité de gain est entravée par des problèmes de santé, la notion de santé, ou plutôt d'atteinte à la santé, ne reçoit pas de notion uniforme. Alors que dans la définition de la maladie ou l'accident comme éventualité justifiant l'intervention des assurances sociales (art. 3 et 4 LPG), il suffit qu'apparaisse « une altération de la santé » ou un « dysfonctionnement du corps humain », autrement dit que l'état de santé « s'écarte de la norme », ²⁹⁹ l'atteinte à la santé constitutive d'une invalidité (art. 7 et 8 LPG) suppose qu'un diagnostic reconnu par l'une des classifications internationales soit posé (CIM, DSM). Dans tous les cas, elle n'est pertinente que dans la mesure où elle se traduit par des limitations fonctionnelles qui entravent la personne assurée dans l'accomplissement de son travail ou de ses tâches habituelles. ³⁰⁰ Les assurances sociales, en Suisse, restent ainsi proches de la définition « historique » de la santé, qui la réduisait à l'absence de capacité de travailler et de subvenir à ses besoins.

Dans sa jurisprudence en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a toujours souligné que « le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception biomédicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels » ³⁰¹.

²⁹⁹ [Arrêt du Tribunal fédéral 9C_465/2010 du 6 décembre 2010](#), c. 4.1 ; [ATF 134 V 83](#), c. 3.1 ; [ATF 129 V 32](#), c. 4.2.1.

³⁰⁰ CR LPG-MOSER-SZELESS, art. 8 N 13 ss.

³⁰¹ [ATF 127 V 294](#), c. 5a.

Cependant, la notion de santé ne s'arrête pas à la définition restrictive des assurances sociales, mais s'inscrit aussi dans une vision plus globale. Par le terme de « santé », le Constituant de 1999 visait spécifiquement « la nécessité de protéger l'homme et les animaux contre les atteintes directes à leur santé ». ³⁰² En revanche, il soulignait aussi que « les atteintes indirectes consécutives au bruit, à la pollution de l'air ou de l'eau, ou à la dégradation d'un autre milieu relèvent de l'article sur l'environnement » ³⁰³ autrement dit ne relèveraient pas des compétences en matière de santé. Pourtant, lorsqu'il s'agit de définir la notion de santé publique, l'on peut lire aujourd'hui que si cette notion ne devait pas être interprétée de manière extensive compte tenu du but de police qui lui est rattaché, elle inclut tout de même « la prévention et la promotion de la santé, le système de soins, l'hygiène environnementale et sociale ainsi que l'épidémiologie. Les problématiques centrales de ces axes de recherche ont trait, par exemple, à l'identification des problèmes de santé majeurs de la population, à la définition des priorités de la politique de la santé et à l'optimisation des institutions actives dans le domaine sanitaire ». ³⁰⁴ De fait, la table des matières du volume 8, chapitre 1 du Recueil systématique du droit suisse (cf. annexe) révèle que la législation qui y figure aborde certains thèmes qui relèvent d'une approche large de la définition de la santé, dont la protection de l'équilibre écologique.

L'OFSP, au sein du Département fédéral de l'intérieur (DFI), est chargé de la mise en œuvre de ces textes, et sa compétence concerne un large éventail de domaines très divers, tels que les assurances sociales maladie et accidents, la réglementation des produits chimiques, des médicaments, des produits cosmétiques et des objets usuels, législation en matière de sécurité biologique, de la recherche sur l'être humain et de la médecine de la transplantation. S'agissant de la prévention, il est également responsable de la promotion de la santé, des programmes nationaux de lutte contre les dépendances et les maladies sexuellement transmissibles, de la radioprotection, de la réglementation des professions médicales et de la santé universitaires. ³⁰⁵

Ce domaine autonome vise l'état sanitaire de la population, envisageant une approche holistique avec les aspects curatif, préventif, éducatif et social, et ce à travers différents axiomes tels que les efforts sociaux, politiques et organisationnels. Sont ainsi envisagés « tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens ». ³⁰⁶ Cette approche de la santé, de la promotion de la santé et du bien-être, intégrée et multisectorielle, ³⁰⁷ a conduit le Conseil fédéral à définir les stratégies Santé2020 et Santé2030 afin de mettre en avant les priorités de la politique sanitaire au niveau national (cf. *supra* II.4.2.2).

³⁰² Message du 20 novembre 1996 relatif à une nouvelle Constitution fédérale, [FF 1997 I 1](#), p. 338. [ATF 138 I 435](#), c. 3.4.1 ; MURER, E. : « Wohnen, Arbeit, Soziale Sicherheit und Gesundheit », dans : THÜRER, D. et al. (éd.) : *Droit constitutionnel suisse*, Zurich 2001, (pp. 967 ss, p. 977 N 22).

³⁰³ Message du 20 novembre 1996 relatif à une nouvelle Constitution fédérale, [FF 1996 I 1](#), p. 338. [ATF 138 I 435](#), c. 3.4.1 ; MURER, E. : « Wohnen, Arbeit, Soziale Sicherheit und Gesundheit », dans : THÜRER, D. et al. (éd.) : *Droit constitutionnel suisse*, Zurich 2001, (pp. 967 ss, p. 977 N 22).

³⁰⁴ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 1853, p. 871).

³⁰⁵ Office fédéral de la santé publique, *La santé nous tient à cœur*, Berne 2015 (<file:///Users/guillaumevincent/Downloads/flyer-la-sante-nous-tient-a-coeur.pdf> [03.02.2022]).

³⁰⁶ DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 386 et réf. cit).

³⁰⁷ [Résolution WHA69.11 du 26 mai 2016, La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030](#), pp. 32-38, (p.33).

Il faut retenir de cela que la notion de santé reçoit, en Suisse, une définition à mi-chemin entre l'approche très large de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH ; cf. *supra* II.1.2) et l'approche restrictive des assurances sociales décrites ci-dessus. Certaines lois cantonales de santé la définissent ainsi comme « état de bien-être qui tend à un équilibre physique et psychique favorisant l'épanouissement de chaque individu au sein de la collectivité », ³⁰⁸ « état de bien-être physique, psychique et social qui ne s'apprécie pas uniquement en fonction de la maladie et du handicap », ³⁰⁹ « état physique, psychique et social qui favorise à tout âge l'équilibre de la personne au sein de la collectivité », ³¹⁰ ou encore « état de bien-être physique, mental et social ». ³¹¹ Ces définitions concordent autour de trois éléments : la santé physique, la santé psychique et la santé sociale. Elle rejoint ainsi l'approche biopsychosociale adoptée par la médecine actuelle, qui envisage la santé comme un phénomène, non pas exclusivement biologique ou encore physique, mais bien comme résultant de diverses interactions entre symptômes somatiques et psychiques avec l'environnement du patient. ³¹² L'on rejoint ici la définition de la santé que retient l'OMS dans le préambule de sa constitution (cf. *supra* II.1.1).

IV.1.2. Notion de droit à la santé

Méthodologiquement, le droit à la santé peut être envisagé d'un point de vue naturaliste ou d'un point de vue positiviste. La première perspective est traduite notamment à l'art. 25 DUDH. La seconde perspective est nécessairement relative et dépend de la société qui le concède, de l'époque à laquelle elle le fait et de l'ensemble des circonstances sociales, économiques et politiques qui entourent sa consécration.

Compte tenu de son histoire, en particulier de l'empreinte, en Suisse, du courant philosophique libéral, définir un droit, quel qu'il soit, ne peut procéder que d'une approche positiviste. Quoi que l'on y mette en fonction de l'époque, le droit à la santé ne pourra jamais être davantage qu'un consensus sur l'arbitrage, en matière de santé, entre la responsabilité individuelle, principe constitutionnel cardinal (cf. art. 6 Cst. féd.), et l'intervention de l'Etat, par nature subsidiaire (cf. art. 5a Cst. féd.). Toutefois, ce consensus n'a pas nécessairement à être l'œuvre du pouvoir législatif ni à être figé dans son interprétation. Dans la tradition helvétique, plusieurs droits fondamentaux sont, historiquement, une création jurisprudentielle, avant d'avoir trouvé un ancrage dans la Constitution. Par ailleurs, l'interprétation des normes constitutionnelles permet de tenir compte de l'évolution des conceptions sociétales.

Cela étant, l'approche positiviste ne confère d'intérêt à l'existence d'un droit que si ce dernier est justiciable. Dans ce sens, le droit à la santé ne peut exister que si l'on peut en réclamer le respect devant les tribunaux. À cet égard, l'approche helvétique des droits fondamentaux semble condamner le droit à la santé à un rôle strictement défensif. ³¹³ En effet, les garanties fondamentales ont traditionnellement pour vocation d'empêcher l'Etat de toute ingérence,

³⁰⁸ Art. 2 al. 1 LS NE.

³⁰⁹ Art. 2 al. 1 LSan FR.

³¹⁰ Art. 2 al. 1 LS GE.

³¹¹ Art. 1 al. 2 Loi sanitaire JU.

³¹² DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 380, p. 186). Voir également [ATF 145 V 97](#), c. 8.5 ; voir également DONZALLAZ, Y. : *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp., (N 371 et nbp 774).

³¹³ CR Cst.-MARTENET, art. 35 N 3.

sans pour autant contraindre ce dernier à des prestations positives.³¹⁴ Selon cette conception, ne pourraient donc faire l'objet d'un tel droit que les atteintes causées directement par l'Etat, que l'on pourrait alors faire interdire, ou alors les atteintes causées par l'inaction de l'Etat, dont on pourrait tenter de faire reconnaître le caractère illégal. Cette dimension du droit à la santé se recoupe assez largement avec la protection offerte par d'autres garanties fondamentales, comme le droit à la vie ou le droit à la liberté individuelle.

La question plus intéressante est donc de savoir si un droit à la santé peut exister de manière autonome, de sorte à permettre la justiciabilité de mesures positives devant être prises par l'Etat pour protéger la santé des individus. En effet, selon la conception internationale, les droits fondamentaux sont bien davantage qu'une protection contre l'intervention de l'Etat. Les obligations de protection et de garantie (« *Schutz- und Gewährleistungspflichten* ») de l'Etat, dans le sens de la typologie « respecter, protéger, réaliser » sur laquelle se fondent les accords internationaux relatifs aux droits humains, font partie intégrante de la protection des droits fondamentaux.³¹⁵ L'art. 35 Cst. féd. précise par ailleurs que les droits fondamentaux doivent être réalisés dans l'ensemble de l'ordre juridique.

Cette question est notamment discutée, en Suisse, dans le contexte du réchauffement climatique et des reproches d'inaction formulés à l'encontre du Gouvernement. Dans ce contexte, c'est toutefois plutôt sous l'angle du droit à un environnement sain que la discussion est thématisée, sans grand succès à ce stade.³¹⁶ A notre sens, cette absence de succès est notamment due au caractère difficilement appréhendable du contenu d'un tel droit, ainsi que des mesures positives que l'on peut requérir du Gouvernement et, surtout, de la garantie de leur mise en œuvre. Si cette dimension environnementale pouvait à notre sens entrer dans une conception large du droit à la santé, elle nous semble desservir, dans l'immédiat, la reconnaissance d'un droit à la santé dont la conception serait plus étroite, mais dont l'effectivité aurait de meilleures chances d'être reconnue.

Une piste intéressante et raisonnable, y compris dans la perspective prudente de la Suisse, pour délimiter les contours *a minima* d'un droit à la santé nous semble être l'art. 11 de la Charte sociale européenne (révisée), dont nous rappelons qu'elle n'a pas été ratifiée par la Suisse. Selon cette disposition, les Parties à la Charte s'engagent, en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, à prendre des mesures appropriées se déployant sur trois axes : les soins curatifs (ch. 1 : « éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente »), la prévention individuelle (ch. 2 : « prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ») et la prévention collective (ch. 3 : « prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents »).

Ces trois axes nous paraissent pertinents pour définir le droit à la santé en Suisse, d'une part parce qu'ils sont clairement identifiés et les mesures devant être prises par l'Etat pour les mettre en œuvre sont assez faciles à imaginer, d'autre part – et c'est le point le plus important selon nous – parce qu'ils sont déjà largement concrétisés en Suisse. Comme nous

³¹⁴ DUBÉY, J. : *Droits fondamentaux – Volume 1 : Notion, garantie, restriction et juridiction*, Bâle 2017, 406 pp., (pp. 26-29).

³¹⁵ MÜLLER, J.P. : *Verwirklichung der Grundrechte nach Art. 35 BV – Der Freiheit Chancen geben*, Berne 2018, 218 pp., (pp. 33 s).

³¹⁶ Notamment : FLÜCKIGER, A. : « Art. 10 – droit à un environnement sain », dans : WEERTS, S. et al. (éds) : *Révision imaginaire de la Constitution fédérale – Mélanges en hommage au prof. Luzius Mader*, Bâle 2018, pp. 54-57.

l'avons vu plus haut dans ce rapport, l'accès aux soins (axe 1) est largement garanti par l'intervention de mécanismes de financement (cf. *supra* II.4.1 et III.3), y compris pour des personnes en situation précaire (cf. *supra* III.2.2) ; les outils nécessaires à la prévention collective (axe 3) existent également et fonctionnent, comme cela a été démontré lors de la pandémie de Covid-19 (cf. *supra* II.4.2.1, III.4.3 et III.5). Seule la prévention individuelle (axe 2), bien qu'elle soit présente et développée en Suisse, aurait besoin d'être renforcée, notamment par une meilleure prise en charge financière des mesures de prévention individuelle.

En d'autres termes et bien qu'elle s'en défende, la Suisse n'est pas très loin de mettre en œuvre à satisfaction toutes les composantes d'un droit à la santé tel que défini par le Conseil de l'Europe. Il est important de souligner encore une fois qu'il s'agit ici d'une approche pragmatique du droit à la santé, et non d'une approche philosophique. Dans ce sens, il ne s'agit pas d'un « droit à être en bonne santé », mais bien d'un droit d'accès aux moyens et mesures offrant la possibilité d'atteindre et de maintenir le plus haut degré de santé réellement ou objectivement atteignable³¹⁷, au niveau tant de l'individu que de l'ensemble de la société. Il ne s'agirait ainsi pas non plus d'un droit « enveloppant » tous les aspects de la santé telle que définie au paragraphe précédent, dès lors que la dimension sociale n'y serait pas intégrée – par exemple le droit de disposer de moyens d'existence suffisants, cette dimension pouvant éventuellement être protégée sous la bannière d'autres garanties fondamentales.

IV.1.3. Nature individuelle ou collective du droit à la santé

La question de la nature du droit à la santé se pose notamment parce que la santé, comme bien juridique, comporte à la fois une dimension individuelle et collective. Ces dimensions sont toutefois étroitement imbriquées, car la santé des individus est une composante importante de la santé publique.

En Suisse également, la dimension individuelle du droit à la santé se traduit essentiellement par l'accès aux soins. Chaque personne bénéficie d'une couverture sociale qui doit en principe lui permettre d'accéder aux services de santé dont il a besoin. Cette protection sociale est mise en place par l'État, pour servir non seulement les besoins de protection de chacune et de chacun, mais aussi pour assurer, indirectement, la protection de la santé de l'ensemble de la population.

Les questions liées à la promotion de la santé ou plus largement les questions de santé publique ont également une composante individuelle. Une personne avec une vision cohérente de sa vie semblerait plus en capacité ou bien posséderait une meilleure résilience face à diverses situations de stress pouvant affecter sa santé. L'individu est donc un acteur à part entière de sa santé. Juridiquement, cela peut conduire « *à encourager et protéger l'autonomie individuelle qui, en tant que telle, peut être un facteur d'influence positif sur la santé* ». ³¹⁸

Les composantes individuelles et collectives de la santé sont donc étroitement liées. La conception de la santé comme intérêt public peut justifier³¹⁹ certaines limitations aux

³¹⁷ Cf. CHATTON, G. : *Vers la pleine reconnaissance des droits économiques, sociaux et culturels*, Thèse Genève 2013, Zurich 2014, 708 pp., (en particulier pp. 230 ss).

³¹⁸ GUILLIOD, O. et al. : « Le droit à la santé : un droit en émergence », dans ZEN-RUFFINEN, P. et AUER, A. : *De la constitution, Études en l'honneur de Jean-François Aubert*, p. 340 et ref. cit.

³¹⁹ Pour ce faire, les conditions de l'art. 36 Cst. doivent être remplies et sont donc demandées l'exigence d'une base légale, du respect des principes d'égalité et de proportionnalité. Voir à cet égard les exemples

libertés fondamentales, si celles-ci n'affectent pas, pour autant, le noyau dur de ces dernières (cf. *supra* II.2).³²⁰

Cela étant, il n'existe pas de véritable droit à la santé en Suisse qui pourrait s'exprimer directement devant les tribunaux. En effet, un droit à la santé, s'il devait être reconnu en Suisse, appartiendrait à la catégorie des droits économiques, sociaux et culturels. Dans ce domaine, le Tribunal fédéral est réticent à reconnaître la justiciabilité de principe des droits économiques, sociaux et culturels qui sont insérés dans le Pacte ONU I.³²¹

La qualification d'un droit à la santé « collectif » n'ouvre pas non plus de voie simplifiée pour une reconnaissance de ce droit par les tribunaux suisses. Sur le plan administratif, une action sociale émanant d'une organisation entre en ligne de compte si les membres concernés de l'organisation peuvent, à titre individuel, se prévaloir d'un intérêt digne de protection, de sorte que la qualité pour recourir leur serait reconnue s'ils faisaient recours individuellement³²². Sur le plan civil, l'action « sociale », qui pourrait être invoquée devant les tribunaux, doit avoir pour objet une atteinte à la personnalité des membres du groupe dont elle a pour but statuaire de défendre les intérêts³²³. En d'autres termes, la justiciabilité d'un droit à la santé n'est pas différente que ce droit soit qualifié de droit individuel ou collectif. Dans ce sens, et au-delà de l'intérêt dogmatique que soulève la question, cette qualification n'a pas de portée pratique.

IV.2. Relations avec les autres garanties fondamentales

Faute de consécration d'un droit à la santé en tant que tel, nous ne pouvons pas relayer ici de conflit reconnu entre ce droit et les autres garanties fondamentales consacrées par la Constitution helvétique, ni d'autres questions de cet ordre-là.

La coexistence du droit à la santé et des autres garanties constitutionnelles soulèverait à notre sens des problèmes de deux ordres :

- *premièrement*, sous l'angle individuel de l'accès aux soins, se poserait la question de la délimitation entre le droit à la santé et d'autres droits constitutionnels comme le droit à la vie ou à la liberté personnelle, qui incluent le droit à l'intégrité physique (art. 10 Cst. féd.). Le critère permettant d'opérer cette délimitation serait vraisemblablement celui de savoir s'il s'agit de se défendre contre une intrusion étatique (question qui relèverait du droit à la vie et à la liberté personnelle) ou, au contraire, de pouvoir accéder à des prestations de soins (question qui relèverait du droit à la santé). La délimitation entre les deux droits fondamentaux se préciserait au fil du temps et des décisions judiciaires dont il est difficile, à ce jour, de deviner l'issue ;

mentionnés *infra*, partie III (notamment les arrêts du Tribunal fédéral [2C 8/2021](#) du 25 juin 2021, [2C 793/2020](#), [2C 941/2020](#) du 8 juillet 2021 ainsi que [2C 183/2021](#) et [2C 228/2021](#) du 23 novembre 2021).

³²⁰ GUILLOD, O. et al. : « Le droit à la santé : un droit en émergence », dans: ZEN-RUFFINEN, P. et AUER, A. : *De la constitution, Études en l'honneur de Jean-François Aubert*, p. 340 et réf. cit.

³²¹ HERTIG RANDALL, M. et CHATTON, G.T. : « Les droits sociaux fondamentaux dans l'ordre juridique suisse », dans HECKENDORN, U.L. (éd.) : *Rapports suisses présentés au XIXe Congrès international de droit comparé*, pp. 334 ss.

³²² DUPONT, A.S. : « Les associations en procédure civile et administrative », dans : BOHNET, F. et HARI, O. (éds) : *La personne morale et l'entreprise en procédure*, Neuchâtel 2014, pp. 169-201, (p. 182).

³²³ DUPONT, A.S. : « Les associations en procédure civile et administrative », dans : BOHNET, F. et HARI, O. (éds) : *La personne morale et l'entreprise en procédure*, Neuchâtel 2014, pp. 169-201, (p. 194).

- *deuxièmement*, dans une approche de santé publique, ou autrement dit dans l'optique des deux autres axes identifiés, les mesures souhaitées ou ordonnées par les autorités pourraient entrer en conflit avec les libertés fondamentales. Ce n'est donc pas tant ici la question de conflits entre différents droits, mais plutôt la question de la relation entre la santé comme intérêt public et les droits fondamentaux des individus. C'est cette question que nous souhaitons explorer ici, en dressant la liste des principaux points de contacts que nous identifions (2.1) avant d'exposer la manière dont, selon nous, les conflits éventuels pourraient être tranchés (2.2)

IV.2.1. Points de contact entre la santé comme intérêt public et les libertés fondamentales

Les mesures prises par l'Etat à des fins de santé publique ou, d'une manière très générale, dans l'intérêt de la bonne gestion du système de santé, peuvent être aussi nombreuses que variées. En conséquence, nous ne prétendons pas dresser ici une liste exhaustive, mais nous évoquerons les constellations qui nous paraissent les plus emblématiques.

IV.2.1.1 Droit à la vie

Dans l'arrêt Rappaz (ATF 136 IV 97 ; cf. *supra* III.2.3), le Tribunal fédéral reconnaît que si une personne détenue poursuit une grève de la faim, cela peut inévitablement conduire à un conflit entre le droit à l'intégrité physique de l'individu, d'une part, et l'obligation positive de l'Etat de préserver la santé et la vie des détenus. A certaines conditions, l'autorité d'application des peines peut ordonner qu'un détenu soit alimenté de force pour écarter le risque d'atteinte à sa santé. L'obligation de protection positive de l'Etat s'impose ainsi par rapport au droit à l'intégrité physique du détenu.

IV.2.1.2 Droit à la liberté personnelle et à l'intégrité physique et psychique

En général

Le droit à la liberté personnelle, dont fait partie le droit à l'intégrité physique et psychique, inclut la protection contre les traitements sans consentement, en dehors des situations d'urgence.

Des conflits sont régulièrement soumis aux tribunaux, notamment en matière de vaccination. Que ce soit en matière de vaccination obligatoire,³²⁴ de désaccord entre les parents en matière de vaccination³²⁵ ou d'expulsion temporaire d'une élève non vaccinée de l'école³²⁶, le Tribunal fédéral a toujours fait primer l'intérêt public de protection de la santé et du bien-être de l'enfant par rapport au droit à la liberté individuelle et à l'intégrité physique.

L'histoire de la psychiatrie en Suisse s'est longtemps illustrée par la très large absence de respect de la volonté et du consentement des patients. Jusqu'en 1981, plusieurs dizaines de milliers de personnes ont été privées de liberté sans décision judiciaire, et sans avoir commis de délit. Bien qu'encadrée par plusieurs lois, la pratique des autorités était problématique du point de vue de l'Etat de droit et se caractérisait souvent par l'arbitraire. Il pouvait suffire qu'une personne soit désignée comme « fainéante » ou « immorale » pour qu'elle soit internée plusieurs années. En 2014, le Parlement a reconnu l'injustice faite aux personnes internées administrativement et a mandaté une étude historique.³²⁷ Malgré cela, des

³²⁴ [ATF 99 Ia 747](#) (cf. *supra* III.4.3).

³²⁵ [ATF 146 III 313](#) ; [arrêt du Tribunal fédéral 5A_118/2022 du 15 mars 2022](#) (cf. *supra* III.4.3).

³²⁶ [Arrêt du Tribunal fédéral 2C_395/2019 du 8 juin 2020](#).

³²⁷ Commission indépendante d'experts internements administratifs (éd.), *La mécanique de l'arbitraire - internements administratifs en Suisse 1930-1980*, Zurich, 2019.

traitements sans le consentement de la personne concernée en milieu psychiatrique, contrairement à son droit à l'intégrité corporelle et à son droit à l'autodétermination (art. 10 al. Cst. féd.), sont toujours ordonnés pour assister et soigner, et font débat aujourd'hui encore, qu'il s'agisse de médication forcée³²⁸ ou de placement en institution psychiatrique contre le gré de la patiente ou du patient.³²⁹

Il ressort du Rapport de la commission des affaires juridiques de Conseil national du 23 juin 2003³³⁰ relatif à l'initiative parlementaire sur les stérilisations forcées et le dédommagement des victimes que la stérilisation de personnes handicapées mentales a été pratiquée en Suisse – de manière différenciée selon les cantons – dès la fin du XIX^e siècle et jusqu'à très récemment.

Témoignent également de ces problèmes en matière de santé psychique, les informations récentes relatives aux tests médicamenteux réalisés par des cliniques telles que celle de Marsens dans le canton Fribourg. Y étaient testés des médicaments en partenariat avec l'industrie pharmaceutique. Dans la clinique de Münsterlingen (canton de Berne), entre 1948 et 1980, des patients servaient de cobayes pour la mise au point du premier antidépresseur, le Trofanil.

Dans le domaine de la recherche, la Suisse n'est pas non plus exempte de reproches. Nous pouvons notamment rappeler l'affaire VanTx, une petite société basée à Bâle-Campagne qui a mené des essais notifiés à l'Office intercantonal de contrôle des médicaments (OICM) et a recruté, pour un tiers des études de phase I en Suisse, entre 1995 et 1999, des participants en Pologne, Macédoine et en Slovaquie.

Dans le domaine des assurances sociales, plus spécifiquement de l'assurance-invalidité, il est très fréquent qu'une expertise soit ordonnée pour clarifier la situation médicale de la personne assurée. Si une expertise est ordonnée, la personne assurée n'a en règle générale pas d'autre choix que de s'y soumettre, sous peine de voir sa demande classée. Bien qu'il ne s'agisse pas ici à proprement parler d'une question de santé publique, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une situation connexe dans laquelle le droit à la liberté personnelle est régulièrement touché sans qu'une analyse très approfondie des intérêts en présence ne soit menée, la personne assurée refusant de se soumettre à l'expertise ayant le choix entre s'y soumettre malgré tout ou renoncer aux prestations sociales qu'elle demande.

En temps de pandémie

En ce qui concerne les mesures sanitaires permettant de lutter contre la pandémie de Covid-19, le Tribunal fédéral a adopté une pesée des intérêts nuancée entre la protection de la santé et le respect du droit à la liberté individuelle. Pour ce qui est du port du masque dans les commerces et les écoles par exemple,³³¹ le Tribunal fédéral a jugé que ces mesures constituaient une restriction proportionnelle de la liberté personnelle, en comparaison notamment avec l'alternative d'une fermeture de ces établissements.

IV.2.1.3 Liberté de circulation en particulier

La liberté de se déplacer des individus peut, à notre sens, être limitée pour les motifs de santé publique, notamment dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles.

³²⁸ Arrêts du Tribunal fédéral [5A_666/2013 du 7 octobre 2013](#) et [5A_843/2017 du 25 octobre 2017](#).

³²⁹ [Arrêt du Tribunal fédéral 2C_451/2020 du 9 juin 2021](#).

³³⁰ [FF 2003 5753](#).

³³¹ [ATF 147 I 393](#); arrêts du Tribunal fédéral [2C_183/2021](#) et [2C_228/2021](#) du 23 novembre 2021.

Dans le contexte récent de la pandémie due au Covid-19, par exemple, des mesures de quarantaine et d'isolement ont été décrétées à l'égard des individus, comme le prévoit la loi fédérale sur les épidémies. Il en va de même avec le transport international des personnes et la fermeture, en tout cas pendant une période limitée, des frontières suisses.

IV.2.1.4 Droit au respect de la vie privée

D'une manière générale, la confidentialité des données médicales des patientes et des patients est protégée par des règles de différentes natures – administrative, civile, pénale et déontologique, en particulier l'obligation pour les professionnels de santé de respecter le secret médical.

La protection des données relatives à l'état de santé, qui sont pourtant des données sensibles,³³² est particulièrement délicate dans le domaine des assurances sociales. Par essence, l'assurance-maladie, l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité – principalement – collectent d'innombrables données relatives à la santé des personnes assurées qui les sollicitent. Les organes de ces assurances sociales sont, en principe, tenus au secret de fonction (art. 33 LPGA). Mais ils sont également tenus de collaborer entre eux et avec les autres autorités, administratives et judiciaires. Par ailleurs, la personne assurée qui demande des prestations a l'obligation de libérer les médecins du secret professionnel (art. 28 al. 3 LPGA). De fait, la quantité de données accumulées et traitées par les assurances sociales au sujet d'un individu peut être très conséquente, et le contrôle exercé sur la dissémination de ces données peut, lui, s'avérer très flou.³³³

IV.2.1.5 Droit à la liberté de commerce et d'industrie

Pour des motifs de santé publique, l'exercice des professions de santé est très largement réglementé en droit suisse, de même que la commercialisation et l'utilisation (au sens très large) des produits thérapeutiques (dispositifs médicaux et médicaments).

S'agissant de l'exercice des professions médicales, il est soumis à autorisation de police, le fait de remplir les conditions posées par la loi donnant un droit justiciable à l'obtention de l'autorisation de pratique, respectivement d'exploiter un établissement de soins.³³⁴ Depuis plusieurs années maintenant, il existe toutefois un mécanisme de régulation de l'offre de soins, mécanisme peu franc dès lors qu'il ne découle pas des règles en matière d'organisation des soins, domaine dans lequel la Confédération n'a que des compétences très limitées, mais des règles en matière de financement. La législation en matière d'assurance-maladie impose ainsi des limitations au nombre de médecins et d'hôpitaux autorisés à pratiquer à charge de cette dernière. Ces limitations, appelées respectivement clause du besoin et planification hospitalière (cf. *supra* II.4.1), font peu débat sous l'angle du respect de la liberté d'industrie, au motif que l'exercice de la profession n'est pas interdit en tant que tel, mais c'est uniquement la pratique à charge de l'assurance-maladie qui est limitée. Dans les faits, à part quelques rares exceptions, un médecin qui n'a pas la possibilité de facturer ses prestations à charge de l'assurance-maladie a peu de chances de développer une clientèle et de gagner sa vie grâce à l'exercice de son métier. Les établissements de soins sont un peu mieux lotis s'ils bénéficient d'accords avec les assurances privées, mais, là aussi, une mise à l'écart du système de l'assurance-maladie est en réalité une limitation indirecte

³³² [ATF 129 I 232](#), c. 4.3.1.

³³³ Sur toute cette problématique, cf. DUPONT, A.S.: « Les données confiées aux assureurs sociaux: quelle sécurité ? », dans : EPINEY, A et SANGSUE, D. (éds) : *Protection des données et droit de la santé*, Zurich 2019, pp. 1-14.

³³⁴ Voir par exemple art. 36 LPMed.

de leur liberté de commerce. Le motif invoqué en guise d'intérêt public est ici le contrôle des coûts de la santé.

Dans le domaine de la lutte contre les maladies non transmissibles, le Tribunal fédéral a reconnu les restrictions de publicité en matière de tabac et d'alcool et les interdictions de fumer dans les lieux publics comme des mesures poursuivant l'intérêt public de protection de la santé. Il a admis de telles mesures comme étant des restrictions proportionnelles à la liberté économique.³³⁵

IV.2.2. Arbitrage entre intérêt public et libertés fondamentales

En droit suisse, la restriction des droits fondamentaux est possible, sous réserve de leur noyau dur, à condition qu'une base légale le prévoie, que la restriction soit justifiée par un intérêt public et qu'elle demeure proportionnée au but visé (art. 36 Cst. féd.). La santé publique est un intérêt public au sens de cette disposition, qui peut justifier la restriction de droits fondamentaux. La condition de proportionnalité exige que l'on opère un arbitrage entre les intérêts divergents ; il peut s'agir aussi bien d'un autre intérêt public, hypothèse dont nous ne traiterons pas davantage dans le cadre de cette étude, que d'un intérêt privé, comme dans les constellations que nous avons décrites ci-dessus. Au-delà de la restriction des droits fondamentaux, c'est toute l'activité de l'Etat qui doit répondre à un intérêt public et être proportionnée au but visé (art. 5 al. 2 Cst. féd.). La condition de la proportionnalité revêt une triple dimension : l'aptitude (la mesure prise permet-elle d'atteindre le but visé ?), la nécessité (est-ce la mesure la moins incisive pour les intérêts opposés ?) et l'exigibilité (la mesure envisagée impose-t-elle un sacrifice raisonnablement exigible ?).³³⁶

De manière générale, la santé publique est un intérêt régulièrement jugé prépondérant par rapport à d'autres intérêts, en particulier des intérêts individuels, comme on a pu le voir dans quelques jurisprudences exposées ci-dessus en matière de lutte contre les maladies transmissibles³³⁷ et non transmissibles.³³⁸ (cf. *supra* III.4.2 et 3). Dans le contexte pandémique récent, plusieurs décisions de justice ont confirmé la prévalence quasi systématique de la santé comme intérêt public, notamment en lien avec l'obligation de porter le masque³³⁹ et avec la restriction du droit de manifester³⁴⁰ (cf. *supra* III.5.2 et 3).

L'importance de la santé comme intérêt public est d'ores et déjà une réalité en Suisse, et nous pensons que si un droit à la santé devait être consacré en droit suisse, il occuperait vraisemblablement une place privilégiée, dans un cas d'espèce, lors de la pesée des intérêts entre deux droits fondamentaux qui s'opposent. Il faut souligner que si la hiérarchisation des droits fondamentaux est une conception usuelle en droit international, elle ne correspond pas à la conception helvétique³⁴¹. Dans ce sens, le droit à la santé serait a priori une garantie « comme les autres », dont l'importance relative serait à définir par la casuistique.

³³⁵ [ATF 128 I 295](#) ; [ATF 133 I 110](#), [ATF 134 I 322](#), [ATF 136 I 241](#) ; [ATF 136 I 17](#), [ATF 136 I 29](#), [ATF 139 I 242](#).

³³⁶ CR Cst.-DUBEY, art. 36 N 14 ss.

³³⁷ [ATF 99 Ia 747](#) ; arrêt du Tribunal fédéral du [2C 395/2019 du 8 juin 2020](#).

³³⁸ [ATF 128 I 295](#) ; [ATF 133 I 110](#), [ATF 134 I 322](#), [ATF 136 I 241](#) ; [ATF 136 I 17](#), [ATF 136 I 29](#), [ATF 139 I 242](#).

³³⁹ [ATF 147 I 393](#) ; arrêts du Tribunal fédéral [2C 183/2021](#) et [2C 228/2021](#) du 23 novembre 2021.

³⁴⁰ [ATF 147 I 450](#) ; TF, [2C 308/2021](#) et [2C 290/2021](#).

³⁴¹ MATTHEY, F. : « La notion du « noyau dur » : une rencontre entre liberté de religion et droit des réfugiés », dans : BERNARD, F., MCGREGOR, E. et VALLE-GRISEL, D. (éds) : *Etudes à la mémoire de Tristan Zimmermann. Constitution et religion. Les droits de l'homme en mémoire*, Zurich 2017, pp. 207-220, (p. 213).

En guise de bémol, il faut toutefois évoquer les réflexions qui sont menées en matière de prestations sociales, susceptibles d'influencer l'analyse lorsqu'il s'agit de l'accès aux soins dans le cadre en particulier de l'assurance-maladie. Nous avons expliqué ci-dessus l'importance de la condition de l'économicité, qui suppose, dans un cas particulier, de s'en tenir au moins coûteux des traitements disponibles. Lorsqu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique, on analyse alors la question du droit aux prestations sous l'angle de la proportionnalité. Dans ce contexte, l'intérêt de la communauté des payeurs de prime à la saine gestion de l'assurance sociale est régulièrement mis en avant pour justifier des refus de prestations, de même que le principe de l'égalité de traitement « à rebours ». Le Tribunal fédéral considère que le respect de l'égalité de traitement commande que si toutes les personnes assurées devaient avoir besoin du même traitement, les ressources de l'assurance sociale doivent être suffisantes pour en assurer la prise en charge. Cet argument conduit souvent à refuser la prise en charge de médicaments coûteux, comme il l'avait fait dans l'affaire du Myozyme, rapportée plus haut (cf. *supra* III.3.2). Il n'est pas exclu qu'une même approche soit adoptée si une patiente ou un patient invoque le droit à la santé pour obtenir l'accès à un traitement particulier.

IV.2.3. Synthèse

Il résulte de ce bref panorama que les frictions entre droit à la santé et autres garanties fondamentales sont surtout susceptibles de se produire lorsque l'Etat veut imposer des mesures en invoquant un intérêt de santé publique. En cas de conflit, la pondération des intérêts en présence pourrait à notre sens se révéler assez souvent favorable à la santé, sans que l'on ne puisse exclure une appréciation différente en fonction du cas d'espèce.

En revanche, lorsque la question du droit à la santé est abordée dans le cadre de l'administration de prestations, singulièrement de prestations sociales, le droit (individuel) à la santé de la personne assurée devrait vraisemblablement céder le pas à l'intérêt à la saine gestion des assurances sociales, systématiquement qualifié de prépondérant dans la jurisprudence, comme cela se produit aujourd'hui déjà avec d'autres garanties fondamentales.

IV.3.Obstacles à la consécration du droit à la santé en droit positif

Nous identifions trois obstacles majeurs à la consécration, *expressis verbis*, du droit à la santé en droit suisse :

- *premièrement*, comme nous l'avons déjà dit plus haut, l'empreinte du libéralisme est extrêmement prégnante en Suisse. Pour cette raison, toute proposition de nouvelle garantie constitutionnelle est rapidement perçue comme paternaliste, et rejetée au motif de la prévalence absolue, dans le système de valeurs helvétique, de la responsabilité individuelle ;
- *deuxièmement*, la Suisse étant une démocratie directe, ce qui implique que toute modification de la Constitution fédérale – qui serait en l'espèce incontournable pour y inscrire une nouvelle garantie – est obligatoirement soumise au référendum, qui doit recueillir la double majorité du peuple et des cantons. L'empreinte libérale étant largement plus marquée en Suisse alémanique, qui représente la majorité des cantons suisses, une telle majorité est souvent difficile à obtenir sur les questions de politique sociale et sanitaire ;
- *troisièmement*, la Suisse a depuis toujours une approche extrêmement prudente en matière de droits économiques, sociaux et culturels. D'une manière générale, comme nous l'avons déjà expliqué (cf. *supra* II.1), elle n'entre en matière que sur la

consécration de droits défensifs, refusant catégoriquement d'envisager que ces droits puissent la contraindre à des prestations positives envers les individus. Cette réaction est particulièrement marquée dès qu'il s'agit de prestations sociales, la Suisse ayant précisément refusé de ratifier certains textes consacrant un droit à la sécurité sociale (comme la Charte sociale européenne), et n'ayant ratifié que très partiellement et du bout des lèvres les textes prévoyant des standards minimaux comme la Convention n° 102 de l'OIT (norme minimum) ou le Code européen de sécurité sociale. Elle a refusé de ratifier le Protocole additionnel n° 1 à la CEDH en large partie parce que le droit à la propriété consacré à son article premier englobe, sous la notion de « biens », les prestations sociales.

Il est peu vraisemblable, selon nous, que ces obstacles soient surmontés à court ou à moyen terme de manière à permettre un ancrage législatif. En revanche, on peut espérer qu'une tendance jurisprudentielle se dessine, en particulier si les juges se convainquent, comme nous l'avons proposé ci-dessus, qu'il ne s'agit que d'une étiquette regroupant une réalité déjà existante. Comme déjà mentionné, la Suisse possède une longue tradition en matière de reconnaissance jurisprudentielle des libertés fondamentales.

Par ailleurs, il faut souligner que ces dernières années, la Cour européenne des droits de l'homme a été saisie à plusieurs reprises de requêtes dirigées contre la Suisse, portant sur le refus de prestations sociales dans le cadre desquelles la violation de l'art. 8 CEDH était invoquée³⁴². Indépendamment de l'issue des affaires au fond, il est intéressant de relever que la Cour a jugé les requêtes recevables sous l'angle de la violation de l'art. 8 CEDH, contournant ainsi l'absence de ratification, par la Suisse, du Protocole n° 1. Cette question est actuellement débattue en Grande Chambre à la suite d'un arrêt rendu en octobre 2020 ; le jugement est encore attendu au moment de rédiger ces lignes.³⁴³ Si la Grande Chambre confirme la saisine de la Cour pour des questions relevant de prestations sociales sous l'angle de l'art. 8 CEDH, il s'agirait d'un coup de boutoir important qui obligerait sans doute la Suisse à revoir sa position sur la question des droits économiques, sociaux et culturels, ouvrant peut-être une petite porte à la reconnaissance d'un droit à la santé.

³⁴² Voir par exemple [l'affaire Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016, requête n° 7186/09](#), avec un commentaire sur cette question, cf. PERRENOUD, S., BURGAT, S., MATTHEY, F. : « L'affaire Di Trizio contre la Suisse : la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et l'égalité de traitement, ou quand deux et deux ne font pas quatre », *PJA* 9/2016, pp. 1187-1211.

³⁴³ Il s'agit de la [requête n° 78639/12. B. contre Suisse](#). Pour un commentaire, cf. DUPONT, A.S. : « Discrimination des veufs : la Suisse condamnée. Analyse de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme B. c. Suisse (requête n° 78630/12) », *Newsletter rcassurances.ch* décembre 2020.

V. Conclusions

V.1. État des lieux

Même si le droit suisse ne reconnaît pas formellement, à ce jour, un droit à la santé parmi les garanties fondamentales, nous sommes d'avis que selon la définition que l'on en donne, ce droit est assez largement concrétisé dans ce pays. Nous avons proposé, dans cette étude, de définir le droit à la santé en fonction de la possibilité concrète d'obtenir, le cas échéant en justice, les mesures qu'il garantit. Nous avons par conséquent écarté des dimensions plus philosophiques, voire idéologiques, qui nous auraient dirigées vers un droit « à être en bonne santé », dont l'affirmation en droit suisse resterait illusoire.

Le droit à la santé tel que nous proposons de le définir est à notre sens largement mis en œuvre en Suisse. Premièrement, l'accès aux soins est en principe garanti grâce, d'une part, à l'existence de services de santé suffisants et de qualité, et, d'autre part, à l'existence de mécanismes de financement qui permettent d'éviter que le recours aux soins ne soit source de pauvreté. Deuxièmement, les stratégies de santé publique sont bien développées en Suisse, et rares sont les domaines qui ne sont pas pris en considération dans le cadre des programmes politiques.

La récente crise sanitaire a montré que le système suisse de santé faisait preuve d'une résilience remarquable, tant sous l'angle de l'accès aux soins que des stratégies publiques de prévention. Les hôpitaux ont été capables de se réorganiser rapidement pour accueillir toutes les patientes et tous les patients qui en avaient besoin, en raison du Covid-19 ou d'autres pathologies. Comme seule réserve à cet égard, nous aimerions souligner que nous manquons de recul, à ce jour, pour évaluer les éventuels retards de diagnostic et de prise en charge imputables au report des traitements électifs pendant la pandémie.

En termes de stratégie publique de prévention, la crise sanitaire a montré que la Suisse disposait des bases légales nécessaires et était en mesure de déployer rapidement des mesures suffisantes et efficaces pour gérer la pandémie. Même s'il a pu exister un certain flou s'agissant du financement des mesures prises, imputable à une législation peu claire à ce sujet,³⁴⁴ et au processus législatif pendant le temps de crise,³⁴⁵ peu de reproches peuvent être formulés s'agissant de l'efficacité de la prise en charge des patients et du déploiement d'une stratégie de prévention.

En d'autres termes, peut-être le droit à la santé n'est-il qu'une étiquette, un concept qui pourrait chapeauter l'ensemble des mesures déjà en place en Suisse, et qu'il ne manquerait pas grand-chose pour qu'à la faveur d'une situation particulière, les tribunaux affirment l'existence d'un droit à la santé, dans l'attente d'une consécration constitutionnelle qui, elle, prendrait plus de temps.

Si le droit à la santé devait être consacré par les tribunaux, il serait intéressant de voir quel serait l'impact d'une telle reconnaissance dans les cas individuels, lorsqu'il s'agirait de procéder à une pondération entre des intérêts individuels et l'intérêt à la santé publique, ou,

³⁴⁴ Pour plus de détails à ce sujet, voir DUPONT, A.S. : « La prise en charge des soins de santé en cas d'épidémie », dans : *Jusletter* du 22 juin 2022.

³⁴⁵ Voir MAHON, P. : « La gestion de la pandémie à l'aune du droit constitutionnel : quelques réflexions critiques », dans : CLERC, E., DUNAND, J-P., et SPRUMONT, D. (éds) : *Alea jacta est : Santé ! Mélanges en l'honneur d'Olivier Guillo*, Bâle/Neuchâtel 2021, pp. 587-613.

comme cela pourrait arriver assez rapidement, l'intérêt à la saine administration des assurances sociales. Dans toutes ces situations, que nous avons décrites plus haut (cf. *supra* III.3) dans lesquelles l'administration, en l'espèce les caisses maladie, ont un pouvoir d'appréciation et qu'il s'agit d'opposer, dans l'analyse de la proportionnalité, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir accéder à un traitement et l'intérêt de la communauté des payeurs de prime, peut-être que l'affirmation d'un droit à la santé permettrait sinon d'affirmer automatiquement la prévalence de l'intérêt individuel, à tout le moins de rétablir un semblant d'équilibre entre les deux. L'intérêt public ne pourrait ainsi être jugé systématiquement prépondérant. Il en résulterait peut-être plus largement une reconsidération de la position helvétique à l'égard des droits sociaux.

V.2. Futurs défis

Il faut néanmoins garder à l'esprit, avant d'envisager une telle perspective, que le financement des soins de santé est confronté, dans un avenir immédiat, à deux défis de taille, que représentent les coûts de la santé d'une part et le vieillissement de la population d'autre part, qui entraîne avec lui l'augmentation de la durée et de l'intensité des soins de longue durée.

Depuis plusieurs décennies maintenant, la Suisse est préoccupée par l'augmentation constante des coûts globaux de la santé, et a régulièrement pris des mesures pour tenter de les contenir, sans succès jusqu'à ce jour. Parmi ces mesures, la clause du besoin ou encore, d'une manière plus générale, le durcissement des conditions, pour les fournisseurs de prestations, de la pratique à charge de l'assurance-maladie, a nécessairement pour effet de limiter le nombre de médecins par habitant. De récentes enquêtes menées par des associations de patients et de consommateurs ont révélé qu'il est devenu très difficile de trouver un médecin référent, et encore plus d'obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste. Cet état de fait pose nécessairement la question du maintien d'une offre de soins suffisante et de qualité dont le financement sera par ailleurs assuré. Il est vraisemblable que ces prochaines années verront de nombreuses discussions à ce sujet, que l'on peut imaginer plutôt vives.

Sous un angle de santé publique, les défis sont naturellement très nombreux et les enjeux politiques entraîneront eux aussi à l'avenir de nombreuses discussions. En l'absence de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé, l'on doit déplorer certaines lacunes et incohérences pour ce qui de la lutte contre les maladies non-transmissibles, occasionnées notamment par l'obésité et le tabac. La récente crise sanitaire a particulièrement polarisé les esprits à propos des mesures d'isolement et de la vaccination. Les réactions, parfois violentes, des opposantes et des opposants aux mesures ont laissé entrevoir qu'il était difficile de fédérer l'ensemble de la population autour des recommandations des autorités sanitaires. De fait, de nombreuses personnes se sont davantage laissé guider par leur intérêt individuel, sans considération pour l'intérêt général. On retrouve de telles attitudes dans les discussions autour de l'assurance-maladie, de plus en plus de personnes assurées estimant avoir un mode de vie sain et ne voyant par conséquent pas les raisons pour lesquelles elles devraient financer les conséquences des problèmes de santé des personnes dont le mode de vie serait, selon elles, moins sain.

De fait, le déplacement des cercles de solidarité est un défi pour l'avenir du droit à la santé, dès lors que la perception de ce qu'est la santé reste, au fond, éminemment subjective, et que les intérêts individuels à ce sujet pourront diverger fortement.

Liste des instruments cités

I. TEXTES INTERNATIONAUX

[Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 \(CEDH ; RS 0.101\), entrée en vigueur pour la Suisse le 28 novembre 1974.](#)

[Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels conclu à New York le 16 décembre 1966 \(RS 0.103.1\), entré en vigueur pour la Suisse le 18 septembre 1992.](#)

[Pacte international relatif aux droits civils et politiques conclu à New York le 16 décembre 1966 \(RS 0.103.2\), entré en vigueur pour la Suisse le 18 septembre 1992.](#)

[Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale du 21 décembre 1965 \(RS 0.104\), entrée en vigueur pour la Suisse le 29 décembre 1994.](#)

[Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989 \(RS 0.107\), entrée en vigueur pour la Suisse le 26 mars 1997.](#)

[Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979 \(RS 0.108\), entrée en vigueur pour la Suisse le 26 avril 1997.](#)

[Convention relative aux droits des personnes handicapées du 13 décembre 2006 \(RS 0.109\), entrée en vigueur pour la Suisse le 15 mai 2014.](#)

[Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne du 12 août 1949, entrée en vigueur pour la Suisse le 21 octobre 1950 \(RS 0.518.12\).](#)

[Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine du 4 avril 1997 \(Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine ; RS 0.810.2\), entrée en vigueur pour la Suisse le 1^{er} novembre 2008.](#)

[Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, entrée en vigueur pour la Suisse le 7 avril 1948 \(RS 0.810.1\).](#)

[Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 18 décembre 2000.](#)

[Charte sociale européenne du 3 mai 1996.](#)

[Déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948.](#)

[Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques 2013 ; OMS \(WHA67.12\) 2014.](#)

[Directive 89/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans.](#)

[Directive 92/51/CEE du Conseil, du 18 juin 1992, relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles, qui complète la directive 89/48/CEE.](#)

[Directive 1999/42/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 juin 1999 instituant un mécanisme de reconnaissance des diplômes pour les activités professionnelles couvertes par les directives de libéralisation et portant mesures transitoires, et complétant le système général de reconnaissance des diplômes.](#)

[Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.](#)

[Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement \(UE\) n ° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur \(« règlement IMI »\).](#)

[Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation Générale n° 14, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint \(Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels\)*, réf. E/C.12/2000/4, du 11 août 2000.](#)

[Organisation de coopération et de développement économiques \(OCDE\), *Santé mentale et emploi : Suisse, Santé mentale et emploi*, 2014.](#)

[Rapport explicatif de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine Oviedo, 4.IV.1997.](#)

[Recommandation n° 69 de l'OIT sur les soins médicaux de 1944.](#)

[Résolution WHA69.11 *La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, adoptée le 26 mai 2016 lors de la soixante-neuvième Assemblée Mondiale de la Santé.](#)

II. TEXTES LEGISLATIFS INTERNES

1. Textes législatifs internes fédéraux

Pour toutes les lois fédérales citées figurant chapitre 81 du Recueil systématique (« Santé »), cf. Annexe « Table des matières du Recueil systématique du droit suisse pour le droit de la santé ».

[Code civil suisse du 10 décembre 1907 \(RS 210\).](#)

[Loi fédérale du 17 décembre 2004 sur les conditions et la procédure régissant la stérilisation de personnes \(Loi sur la stérilisation ; RS 211.111.1\).](#)

[Loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse \(Livre cinquième : Droit des obligations ; RS 220\).](#)

[Loi fédérale sur la responsabilité du fait des produits du 18 juin 1993 \(LFRP ; RS 221.112.944\).](#)

[Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données \(LPD ; RS 235.1\).](#)

[Loi relative à la recherche sur les cellules souches \(LRCS ; RS 801.31\).](#)

[Loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce \(Loi sur le travail ; RS 822.11\).](#)

[Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité \(LAI ; RS 831.20\).](#)

[Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI \(LPC ; RS 831.30\).](#)

[Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie \(LAMal ; RS 832.10\).](#)

[Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents \(LAA ; RS 832.20\).](#)

[Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire \(LAM ; RS 833.1\).](#)

[Loi fédérale du 12 juin 2009 sur la sécurité des produits \(LSPro ; anciennement LSIT ; RS 930.11\).](#)

[Loi fédérale du 18 mars 2011 sur les professions de la psychologie \(LPsy ; RS 935.81\).](#)

[Loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse \(en vigueur du 15 avril 1878 au 1^{er} septembre 2007\).](#)

[Loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents \(en vigueur du 13 juin 1911 au 1^{er} janvier 1996\).](#)

2. Ordonnances fédérales

Pour toutes les ordonnances fédérales citées figurant chapitre 81 du Recueil systématique (« Santé »), cf. Annexe « Table des matières du Recueil systématique du droit suisse pour le droit de la santé ».

[Ordonnance 1 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail \(OLT1 ; RS 822.111\).](#)

[Ordonnance 2 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail \(OLT2 ; RS 822.112\).](#)

[Ordonnance 3 relative à la loi sur le travail du 18 août 1993 \(OLT3 ; RS 822.113\).](#)

[Ordonnance 4 du 18 août 1993 relative à la loi sur le travail \(OLT 4 ; RS 822.114\).](#)

[Ordonnance 5 du 28 septembre 2007 relative à la loi sur le travail \(OLT5 ; RS 822.115\).](#)

[Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité \(RAI ; RS 831.201\).](#)

[Ordonnance du DFI du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales \(OIC-DFI ; RS 831.232.211\).](#)

[Ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité \(OPC-AVS/AI ; RS 831.301\).](#)

[Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie \(OAMal ; RS 832.102\).](#)

[Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins \(OPAS ; RS 832.112.31\).](#)

[Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accident \(OLAA ; RS 832.202\).](#)

[Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales \(OIC\) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, remplacé par l'Ordonnance du 3 novembre 2021 du DFI concernant les infirmités congénitales \(OIC-DFI ; RS 831.232.211\).](#)

[Ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles \(OPA ; RS 832.30\).](#)

[Ordonnance du 29 juin 2005 sur la sécurité et la protection de la santé des travailleurs dans les travaux de construction \(OTConst ; RS 832.311.141\).](#)

[Ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire \(OAM ; RS 833.11\).](#)

3. Textes législatifs internes cantonaux

3a. Lois et Constitutions cantonales

[Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 \(BELEX 101.1\).](#)

[Verfassung des Kantons Glarus du 1^{er} mai 1988 \(GS I A/1/1\)](#)

[Constitution de la République et Canton de Neuchâtel \(Cst. NE\) du 24 septembre 2000 \(RSN 101\).](#)

[Costituzione della Repubblica e Cantone Ticino du 14 décembre 1997 \(RL 100.000\).](#)

[Gesundheitsgesetz \(AG\) du 20 janvier 2009 \(GesG ; SAR 301.100\).](#)

[Gesundheitsgesetz \(BS\) du 21 septembre 2011 \(GesG ; SG 300.100\).](#)

[Gesetz über Behandlung und Einweisung psychisch kranker Personen \(BS\) du 18 septembre 1996 \(Psychiatriegesetz ; SG 323.100\).](#)

[Loi sur la santé \(FR\) du 16 novembre 1999 \(LSan ; RSF 821.0.1\).](#)

[Loi sur la santé \(GE\) du 7 avril 2006 \(LS ; K 1 03\).](#)

[Loi sanitaire \(JU\) du 14 décembre 1990 \(LS ; RS JU 810.01\).](#)

[Loi de santé \(NE\) du 6 février 1995 \(LS ; RSN 800.1\).](#)

[Loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie \(NE\) du 29 janvier 2008 \(LCNP ; RSN 802.310\).](#)

[Loi sur l'action sociale \(VD\) du 2 décembre 2003 \(LASV ; BLV 850.051\).](#)

[Loi sur la santé \(VS\) du 12 mars 2020 \(LS ; RSVS 800.1\).](#)

[Gesundheitsgesetz \(ZU\) du 2 avril 2007 \(GesG ; OR 810.1\).](#)

[Patientinnen- und Patientengesetz \(ZU\) du 5 avril 2004 \(OR 813.13\).](#)

3b. Ordonnances et règlements cantonaux

[Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten \(AG\) du 11 novembre 2009 \(Patientenverordnung, PatV ; SAR 333.111\).](#)

[Verordnung zum Gesetz über Behandlung und Einweisung psychisch kranker Personen \(BS\) du 8 avril 1997 \(Psychiatrieverordnung ; SG 323.110\).](#)

[Ordonnance sur les droits et les devoirs des patients et patientes et des professionnels et professionnelles de la santé \(BE\) du 23 octobre 2002 \(Ordonnance sur les patients et les professionnels de la santé, OPat ; BELEX 811.011\).](#)

[Reglement über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten des Luzerner Kantonsspitals \(LU\) du 20 novembre 2007 \(Patientenreglement LUKS ; SRL 820b\).](#)

III. DOCUMENTS OFFICIELS

1. MESSAGES DU CONSEIL FEDERAL

[**FF 1967 II 249** Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant la révision des titres dixième et dixième bis du code des obligations \(du contrat de travail\) du 25 août 1967.](#)

[**FF 1994 II 157** Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce \(Loi sur le travail\) du 2 février 1994.](#)

[**FF 1994 V 1** Message du Conseil fédéral sur l'adhésion de la Suisse à la Convention de 1989 relative aux droits de l'enfant du 29 juin 1994.](#)

[**FF 1997 I 1** Message relatif à une nouvelle Constitution fédérale du 20 novembre 1996.](#)

[**FF 2009 7259** Message du Conseil Fédéral sur la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain \(LRH\) du 1^{er} décembre 2009.](#)

[**FF 2011 6953** Message du Conseil fédéral concernant l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » du 16 septembre 2011.](#)

[**FF 2015 7925** Message du Conseil fédéral concernant la loi fédérale sur les professions de la santé du 18 novembre 2015.](#)

[**FF 2017 2363** Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité \(Développement continu de l'AI\) du 15 février 2017.](#)

[**FF 2018 3263** Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie \(admission des fournisseurs de prestations\) du 9 mai 2018.](#)

[**FF 2020 6363** Message concernant la loi fédérale sur les bases légales des ordonnances du Conseil fédéral visant à surmonter l'épidémie de Covid-19 \(loi Covid-19\) du 12 août 2020.](#)

2. DIRECTIVES FEDERALES

[Directive CFST n° 6508 relative à l'appel à des médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité du travail \(Directive MSST\).](#)

[Secrétariat d'Etat à l'économie \(SECO\), Commentaire de la LTr et des ordonnances 1 et 2, Berne 2011.](#)

[Secrétariat d'Etat à l'économie \(SECO\), Commentaire des ordonnances 3 et 4, Protection de la santé, Approbation des plans, Berne 2011.](#)

3. MODIFICATIONS LEGISLATIVES

[**RO 2000 1569** Modification du 20 mars 1998, relative à la loi sur le travail \(art. 6 al. 1 et 2^{bis}\).](#)

[**RO 2021 705** Loi fédérale sur l'assurance-invalidité \(LAI\) \(Développement continu de l'AI\).](#)

4. RAPPORTS

[Conseil fédéral, Droit des patients et participation des patients en Suisse, Rapport en réponse aux postulats 12.3100 Kessler, 12.3124 Gilli et 12.3207 Steiert, Berne 2005.](#)

[Rapport Promotion Santé Suisse, Evaluation d'impact sur la santé, État des lieux au niveau cantonal en Suisse, Document de travail 33, 2015.](#)

[Rapport de gestion 2020 du Conseil fédéral du 17 février 2021.](#)

[Rapport de gestion 2021 du Conseil fédéral du 16 février 2022.](#)

[Rapport intermédiaire, Covid-19 : gestion de la crise durant la première vague, le point de vue des cantons, Assemblée plénière de la Conférence des gouvernements cantonaux \(CDC\) du 18 décembre 2020.](#)

[ANDREANI, T. et MARQUIS, J.F. : Santé, Statistique de poche 2022.](#)

[Commission indépendante d'experts internements administratifs \(édit.\), *La mécanique de l'arbitraire - internements administratifs en Suisse 1930-1980*, Zurich 2019.](#)

[**FF 2003 5753** Initiative parlementaire. Stérilisations forcées. Dédommagement des victimes \(von Felten\). Rapport de la commission des affaires juridiques du Conseil national du 23 juin 2003.](#)

5. MOTIONS

[Motion Po.17.3809 Reynard, du 28 septembre 2017, Santé au travail. Il est temps d'agir contre le mobbing.](#)

6. BROCHURES

Conseil fédéral, *Droit des patients et participation des patients en Suisse*.

Confédération suisse, *Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030*, Berne 2019.

Secrétariat d'État à l'économie (SECO), *Mobbing et autres formes de harcèlement, Protection de l'intégrité personnelle au travail*, Berne 2014.

Office fédéral de la santé publique (OFSP), *Fiche Info : Mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité*, Berne 2015.

Office fédéral de la santé publique (OFSP), *La santé nous tient à cœur*, Berne 2015.

Office fédéral de la santé publique (OFSP), *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral*, Berne 2013.

Service de la santé publique du canton de Vaud, *L'essentiel sur les droits des patients*, 2014.

Liste des arrêts cités

I. TRIBUNAL FEDERAL

1. ARRETS PUBLIES AU RECUEIL OFFICIEL (ATF)

[ATF 99 la 747 du 7 novembre 1973.](#)

[ATF 101 la 575 du 5 novembre 1975.](#)

[ATF 102 la 302 du 17 août 1976.](#)

[ATF 102 II 18 du 19 janvier 1976.](#)

[ATF 104 la 480 du 8 février 1978.](#)

[ATF 106 la 277 du 30 septembre 1980.](#)

[ATF 112 II 138 du 24 juin 1986.](#)

[ATF 114 la 350 du 26 octobre 1988.](#)

[ATF 115 la 234 du 15 mars 1989.](#)

[ATF 118 la 427 du 26 novembre 1992.](#)

[ATF 119 la 460 du 22 décembre 1993.](#)

[ATF 120 la 1 du 11 février 1994.](#)

[ATF 121 V 229 du 20 novembre 1995.](#)

[ATF 121 V 246 du 20 juillet 1995.](#)

[ATF 122 I 101 du 24 mai 1996.](#)

[ATF 122 V 85 du 18 mars 1996.](#)

[ATF 123 II 472 du 9 juillet 1997.](#)

[ATF 126 I 240 du 22 septembre 2000.](#)

[ATF 126 V 334 du 22 septembre 2000.](#)

[ATF 127 V 294 du 5 octobre 2001.](#)

[ATF 128 I 295 du 28 mars 2002.](#)

[ATF 129 V 32 du 14 janvier 2003.](#)

[ATF 129 V 245 du 17 mars 2003.](#)

[ATF 130 I 26 du 27 novembre 2003.](#)

[ATF 130 I 71 du 14 janvier 2004.](#)

[ATF 130 I 113 du 8 avril 2004.](#)

[ATF 130 III 699 du 7 septembre 2004.](#)

[ATF 131 I 166 du 18 mars 2005.](#)

[ATF 132 III 257 du 8 février 2006.](#)

[ATF 133 I 110 du 28 mars 2007.](#)

[ATF 134 I 105 du 6 mars 2008.](#)

[ATF 134 I 322 du 5 septembre 2008.](#)

[ATF 134 III 193 du 23 août 2007.](#)

[ATF 135 V 80 du 12 décembre 2008.](#)

[ATF 135 I 161 du 30 avril 2009.](#)

[ATF 136 I 17 du 23 novembre 2009.](#)

[ATF 136 I 29 du 23 novembre 2009.](#)

[ATF 136 I 121 du 19 mars 2010.](#)

[ATF 136 I 241 du 2 juin 2010.](#)

[ATF 136 I 290 du 4 mai 2010.](#)

[ATF 136 IV 97 du 26 août 2010.](#)

[ATF 136 V 395 du 23 novembre 2010.](#)

[ATF 138 I 435 du 5 octobre 2012.](#)

[ATF 139 I 242 du 7 juillet 2013.](#)

ATF 139 I 249 du 7 juillet 2013 = Jdt 2014 I 171.

[ATF 139 I 257 du 23 septembre 2013.](#)

[ATF 139 V 135 du 6 mars 2013.](#)

[ATF 140 I 218 du 16 décembre 2013.](#)

[ATF 141 III 119 du 12 janvier 2015.](#)

[ATF 141 III 312 du 21 mai 2015.](#)

[ATF 142 V 26 du 14 décembre 2015.](#)

[ATF 142 V 87 du 3 décembre 2015.](#)

[ATF 142 V 144 du 11 février 2016.](#)

[ATF 142 V 249 du 10 mai 2016.](#)

[ATF 142 V 478 du 16 septembre 2016.](#)

[ATF 143 V 130 du 9 mai 2017.](#)

[ATF 145 V 97 du 11 mars 2019.](#)

[ATF 145 V 116 du 1^{er} avril 2019.](#)

[ATF 146 III 313 du 16 juin 2020.](#)

[ATF 147 I 393 du 8 juillet 2021.](#)

[ATF 147 I 450 du 8 juillet 2021.](#)

2. ARRETS NON PUBLIES AU RECUEIL OFFICIEL

[Arrêt du Tribunal fédéral 2P.207/2002 du 20 juin 2003.](#)

[Arrêt du Tribunal fédéral 2P.134/2003 du 6 septembre 2004](#), in : RDAF 2005 I p. 182.

[Arrêt du Tribunal fédéral 4C.276/2004 du 12 octobre 2004.](#)

[Arrêt du Tribunal fédéral 4C.343/2003 du 13 octobre 2004.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 2P.278/2004 du 4 avril 2005.](#)
[Arrêt Tribunal fédéral 4C.201/2005 du 21 février 2006.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 4P.329/2005 du 21 février 2006.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 6S 382/2006 du 2 novembre 2006.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 103/2008 du 30 juin 2008.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 9C 465/2010 du 6 décembre 2010.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 4A 132/2010 du 5 mai 2011.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 5A 21/2011 du 10 février 2012.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 462/2011 du 9 mai 2012.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 5A 666/2013 du 7 octobre 2013.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 9C 343/2013 du 21 janvier 2014.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 4A 2/2014 du 19 février 2014.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 9C 648/2014 du 3 mars 2015 \(Rapamycine\).](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 6B 287/2014 du 30 mars 2015.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 9C 489/2015 du 11 février 2016 \(publié ATF 142 V 144\).](#)
[Arrêt du tribunal fédéral 4A 21/2016 du 13 juin 2016.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 9C 730/2015 du 16 septembre 2016 \(Myozyme\).](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 613/2015 du 7 mars 2017.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 9C 711/2016 du 9 mai 2017 \(publié ATF 143 V 130\).](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 9C 716/2016 du 9 mai 2017 \(publié ATF 143 V 130\).](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 6B 1420/2016 du 3 octobre 2017.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 5A 843/2017 du 25 octobre 2017.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 4A 187/2019 du 9 mars 2020.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 4A 587/2019 du 17 avril 2020.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 9C 388/2020 du 21 avril 2020.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 9C 389/2020 du 21 avril 2020.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 395/2019 du 8 juin 2020.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 5A 789/2019 du 16 juin 2020.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 1B 591/2020 du 19 janvier 2021.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 6B 400/2020 du 20 janvier 2021.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 451/2020 du 9 juin 2021.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 2C_8/2021 du 8 juillet 2021.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 793/2020 du 8 juillet 2021.](#)
[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 941/2020 du 8 juillet 2021 \(publié ATF 147 I 450\).](#)

[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 290/2021 du 3 septembre 2021.](#)

[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 308/2021 du 3 septembre 2021.](#)

[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 183/2021 du 23 novembre 2021](#) (destiné à publication).

[Arrêt du Tribunal fédéral 2C 228/2021 du 23 novembre 2021](#) (destiné à publication).

[Arrêt du Tribunal fédéral 5A 545/2020 du 7 février 2022.](#)

[Arrêt du Tribunal fédéral 5A 118/2022 du 15 mars 2022.](#)

II. TRIBUNAL FEDERAL DES ASSURANCES (JUSQU'AU 31 DECEMBRE 2006)

[Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 22 septembre 2000 K 52/99.](#)

[Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2000 K 61/00.](#)

III. TRIBUNAL ADMINISTRATIF FEDERAL

[Arrêt du Tribunal administratif fédéral du 16 janvier 2019 C-5017/2015.](#)

[Arrêt du Tribunal administratif fédéral du 17 septembre 2021 C-7017/2015.](#)

Arrêts du Tribunal administratif fédéral du 26 avril 2022 [A-4619/2021](#), [A-4705/2021](#), [A-4723/2021](#) et [A-5017/2021](#).

IV. COURS CANTONALES

[Arrêt du Tribunal Cantonal du canton de Fribourg 603 2021 102/114 du 29 juillet 2021.](#)

Arrêt du Tribunal administratif du canton de Saint-Gall GVP 2006 n° 1 du 19 octobre 2006.

V. COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME

[Arrêt CourEDH, *P. et S. c. Pologne* du 30 octobre 2012 \(Requête n° 57375/08\).](#)

[Arrêt CourEDH, *Rappaz c. Suisse* du 26 mars 2013 \(Requête n° 73175/10\).](#)

[Arrêt CourEDH, *Communauté genevoise d'action syndicale \(CGAS\) c. Suisse* du 15 mars 2022 \(Requête n° 21881/20\).](#)

Bibliographie

- ACHTERMANN, W. et BERSET, C.: *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik*, OFSP, Berne 2006, 208 pp.
- BALTHASAR, A.: « Are there bases for evidence-based health policy in Switzerland ? Factors influencing the extent of evaluation activity in health policy in the Swiss cantons », *Evidence & Policy*, Vol. 6, n° 3, 2010, pp. 333-349.
- BAUM, F., OLLILA E. et PEÑA S.: « History of HiAP », dans : LEPPÖ, K. et al. (éds): *Health in All Policies, Seizing Opportunities, Implementing Policies*, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013, pp 25-42.
- BRUCHEZ, C., MANGOLD, P. et SCHWAAB, J.C.: *Commentaire du contrat de travail*, 4^e éd., Lausanne 2019, 637 pp.
- BURRIS, S.: « Law in a social determinants strategy : a public health law research perspective », in : *Public Health Reports*, Vol. 126, 2011, pp. 22-27.
- BURRIS, S., ASHE, M., BLANKE, D. et al.: « Better Health Faster : The 5 Essential Public Health Law Services », dans : *Public Health Reports*, 2016, Vol. 131, n° 6, pp. 747-753.
- CHATTON, G.: *Vers la pleine reconnaissance des droits économiques, sociaux et culturels*, Thèse Genève 2013, Zurich 2014, 708 pp.
- CHRISTINAT, R.: *Le procès en responsabilité civile médicale - mise en œuvre en procédures civile et administrative*, thèse Neuchâtel, Bâle/Neuchâtel 2019, 516 pp.
- CONDRAU, F.: « [Les pandémies ont marqué l'histoire suisse](#) », *La Vie économique*, 25 mai 2020, 6/2020, pp. 26-28.
- CRIVELLI, L.: « Consumer-driven health insurance in Switzerland, where politics is governed by federalism and direct democratie », in : THOMSON, S./SAGAN, A./MOSSIALOS, E. (éds): *Private Health Insurance, History, Politics and Performance*, OMS 2020, pp. 446-493.
- DAGRON, S.: « Le droit à la santé, un droit internationalement protégé », dans : SOCIÉTÉ FRANÇAISE POUR LE DROIT INTERNATIONAL (éd.): *Santé et droit international*, Paris 2019, pp. 51-72.
- DE PIETRO, C. et al.: *Switzerland, Health system review, Health Systems in Transition*, Vol. 17 n° 4, European Observatory on Health Systems and Policies 2015 (in partnership hosted by WHO).
- DE ROSSA, F.: *Le rôle des Cours Constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux – Suisse : Le Tribunal fédéral*, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), PE 593.509, novembre 2016.
- DE ROSSA, F.: [Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, octobre 2017, VIII et 58 pp., référence PE 608.738
- DONZALLAZ, Y.: *Traité de droit médical*, Vol. 1, Berne 2021, 1576 pp.
- DUBEY, J.: *Droits fondamentaux – Volume 1 : Notion, garantie, restriction et juridiction*, Bâle 2017, 406 pp.
- DUNAND, J.-P.: « Commentaire des articles 319 (définition), 321 à 321e (obligations du travailleur), 328 à 328b (protection de la personnalité du travailleur) et 336 à 336b CO

(résiliation abusive) », dans : DUNAND, J-P et MAHON, P.: *Commentaire du contrat de travail*, Berne 2013.

DUNAND, J.-P. : « La protection de la personnalité des travailleurs (art. 328 CO) : norme flexible et cardinale du droit suisse du travail », dans : BADDELEY, M. et al. (éds) : *Facettes du droit de la personnalité - Journée de droit civil 2013 en l'honneur de la Professeure Dominique Manai*, Genève/Zurich/Bâle, 2014, pp. 47-71.

DUNAND, J.-P. : « Le harcèlement psychologique (mobbing) en droit privé suisse du travail », *RJN* 2007, pp. 13-45.

DUNAND, J.-P. : « Le harcèlement psychologique en droit suisse. Quelques éléments de définition », *Le Harcèlement moral dans l'entreprise*, Semaine sociale Lamy 2007, pp. 41-45.

DUPONT, A.-S. : « Assurances sociales : regard sur quelques actualités », in : FUHRER, S. (éd.) : *Annales SDRCA 2016*, Zurich 2016, pp. 111-134.

DUPONT, A.-S. : « Assurances sociales : regard sur quelques actualités », dans : FUHRER, S. (éd.) : *Annales SDRCA*, Zurich 2016, pp. 111-134.

DUPONT, A.-S. : « Discrimination des veufs : la Suisse condamnée, Analyse de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme B. c. Suisse (requête n° 78630/12) », *Newsletter rcassurances.ch* décembre 2020.

DUPONT, A.-S. : « L'impact des conflits au travail sur le droit aux prestations des assurances », dans : DUNAND, J-P. et MAHON, P. (éds) : *Conflits au travail, Prévention, gestion, sanctions*, Neuchâtel 2015, pp. 179-202.

DUPONT, A.-S. : « La prise en charge des soins de santé en cas de pandémie, Questions soulevées par la crise de la Covid-19 quant à l'articulation entre la loi sur les épidémies et la législation en matière d'assurances sociales », dans : *Jusletter* du 22 juin 2020.

DUPONT, A.-S. : « Le financement résiduel des soins de longue durée : une brèche dans le principe de l'économicité ? », dans : LENDFERS, M. et al. (éds) : *Allegro con moto Festschrift zum 65. Geburtstag von Ueli Kieser*, Zurich 2020, pp. 75-89.

DUPONT, A.S. : « Les associations en procédure civile et administrative », dans : BOHNET, F. et HARI, O. (éds) : *La personne morale et l'entreprise en procédure*, Neuchâtel 2014, pp. 169-201.

DUPONT, A.S. : « Les données confiées aux assureurs sociaux : quelle sécurité ? », dans : EPINEY, A et SANGSUE, D. (éds) : *Protection des données et droit de la santé*, Zurich 2019, pp. 1-14.

DUPONT, A.-S. : « Quelques points d'actualité en droit des assurances sociales », in : DUPONT A.-S./HEISS, H./KRAUSKOPF, F. (éds) : *Annales SDRCA 2019*, Zurich 2019, pp. 149-166.

DUPONT, A.-S. et MELI, M. : « L'approche helvétique de la protection légale de la santé au travail », dans : DAGRON S., DUPONT, A-S. et LEMPEN, K. (éds) : *Santé et sécurité au travail à l'heure de l'industrie 4.0*, Genève 2021, pp. 65-98.

DUPONT, A.-S./MOSER-SZELESS, M. (éds) : *Loi sur la partie générale des assurances sociales. Commentaire romand*, Bâle 2018 (cité : CR LPGA-AUTEUR).

EHEALTHSUISSE, *Stratégie Cybersanté Suisse 2.0 (2018-2022): objectifs et mesures de la Confédération et des cantons pour diffuser le dossier électronique du patient et coordonner la numérisation autour du dossier électronique du patient*, Berne 2018.

FLÜCKIGER, A. : « Art. 10 – droit à un environnement sain », dans : WEERTS, S. et al. (éds) : *Révision imaginaire de la Constitution fédérale – Mélanges en hommage au prof. Luzius Mader*, Bâle 2018, pp. 54-57.

FREI, N. : [Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive – Schweiz](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, octobre 2020, X und 70 S., Referenz PE 659.292, en français : [Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé – Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, EPRS, mars 2022, X et 95 pp., référence PE 729.316 (version traduite avec commentaires ajoutés et mise à jour).

FRÉSARD, J.M. et MOSER-SZELESS, M. : « L'assurance-accidents obligatoire », dans : MEIER, V. (éd.) : *Sécurité sociale (Schweizerisches Verwaltungsrecht, vol. XIV)*, 3^e éd., Bâle 2016, pp. 885-1171.

GÄCHTER, T. et FILIPPO, M. « Stärkt der neue « Grundversorgungsartikel » der schweizerischen Bundesverfassung das « Recht auf Gesundheit »? », dans : *Bioethica Forum*, Vol. 8, n° 3, 2015, pp. 85-90.

GNAEGI, P. : *Histoire, structure et financement des assurances sociales en Suisse*, 4^e éd., Zurich 2017.

GOSTIN, L.O. : « [Life After the COVID-19 Pandemic](#) », dans *JAMA Health Forum du 10 février 2022*, Georgetown Law faculty Publications and other works, (États-Unis, SC), 2022.

GOSTIN, L.O. et al. : « The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development », dans : *The Lancet Commissions*, Vol. 393, 2019, pp. 1857-1910.

GREBER, P.-Y./KAHIL-WOLFF, B. : *Introduction au droit suisse de la sécurité sociale*, 4^e éd., CGSS n° 43, 2009.

GUILLIOD, O. : « [Autonomie parentale, protection de l'enfant et vaccination – Analyse de l'arrêt du Tribunal fédéral 5A_789/2019](#) », dans : *Newsletter DroitMatrimonial.ch* septembre 2020, 6 pp.

GUILLIOD, O. : *Droit médical*, Bâle 2020.

GUILLIOD, O. : « Évolution du droit de la santé », dans : BERTRAND, D. et al (éds) : *Médecin et droit médical*, 3^e éd., Édition Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg 2009, pp. 61-82.

GUILLIOD, O. et SPRUMONT, D. « Le droit à la santé : un droit en émergence », dans : ZEN-RUFFINEN, P. et AUER, A. (éds) : *De la constitution, Études en l'honneur de Jean-François Aubert*, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, pp. 337-353.

HÄFELIN et al. : *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*, 10^e éd., Zurich/Bâle/Genève, 2020, 754 pp.

HAHN, S. et al. : *Panorama Gesundheitsberufe 2030, Projektbericht*, Berne 2013.

HERTIG RANDALL, M. et CHATTON, G.T. : « Les droits sociaux fondamentaux dans l'ordre juridique suisse », dans HECKENDORN, U.L. (éd.) : *Rapports suisses présentés au XIXe Congrès international de droit comparé*, pp. 289-348.

HEYMANNA, J., CASSOLA, A., RAUBA, A. et MISHRA, L. : *Constitutional rights to health, public health and medical care: The status of health protections in 191 countries*, Global Public Health, Los Angeles (Etats Unis, CA) 2013, pp. 639-653.

HOTZ, S. : « Das Partizipationsrecht von Kindern in Coronazeiten / Droit de participation de l'enfant en temps de Covid-19 », dans : *Menschenrechte in der Schweiz stärken / Renforcer les droits humains en Suisse*, Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte/Centre suisse de compétence en droits humaines, Berne 2022, chap. 10 (en cours).

JAAG, T. et RÜSSLI, M.: « Schutz vor Passivrauchen : verfassungsrechtliche Aspekte », *PJA* 1/2006, pp. 21-29.

JUNGO, A. et REIDY, J.: « Covid-19-Impfung – Jugendliche können eigenständig entscheiden », *recht* 4/2021, pp. 241-243.

KRAUS, D./SCHMIDT-NOËL, A.: « Le « droit à la santé » : quelques considérations de droit constitutionnel suisse à la lumière du droit international », in : *Revue suisse de droit de la santé* 2/2006, pp. 85-91.

MAHON, P.: *Droit constitutionnel*, Vol. I: Institutions, juridiction constitutionnelle et procédure, 3^e éd., Bâle/Neuchâtel 2014, 521 pp.

MAHON, P.: « La gestion de la pandémie à l'aune du droit constitutionnel : quelques réflexions critiques », in : CLERC, E./DUNAND, J.-P./SPRUMONT, D. (éds) : *Alea jacta est : Santé ! Mélanges en l'honneur d'Olivier Guilloid*, Neuchâtel 2021, pp. 587-613.

MARTENET, V./DUBEY, J. (éds) : *Constitution fédérale. Commentaire romand*, 2 vol., Bâle 2021 (cité : CR Cst.-AUTEUR).

MATTHEY, F.: « La notion du « noyau dur » : une rencontre entre liberté de religion et droit des réfugiés », dans : BERNARD, F., MCGREGOR, E. et VALLE-GRISEL, D. (éds) : *Etudes à la mémoire de Tristan Zimmermann. Constitution et religion. Les droits de l'homme en mémoire*, Zurich 2017, pp. 207-220.

MATTIG, T. et al.: « HIA in Switzerland : strategies for achieving Health in All Policies », dans : *Health Promotion International*, 2017, Vol. 32, pp. 149-156.

MELIK, O.: *Le droit à la santé, Un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales*, Une collection du Programme Droits Humains du Centre Europe – Tiers Monde (CETIM), Genève 2006, 68 pp.

MOOR, C. et MARTIN, M.: « La politique de la vieillesse dans les cantons : état des lieux », dans *Sécurité Sociale CHSS*, 6/2010, pp. 344-347.

MÜLLER, J.P.: *Verwirklichung der Grundrechte nach Art. 35 BV – Der Freiheit Chancen geben*, Berne 2018, 218 pp.

MURER, E.: « Wohnen, Arbeit, Soziale Sicherheit und Gesundheit », dans : THÜRER, D. et al. (éd.): *Droit constitutionnel suisse*, Zurich 2001, pp. 967-978.

NULA, F.: *Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive – Schweiz, Bibliothek für Vergleichendes Recht*, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments, PE 659.292, Oktober 2020, en français : *Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé – Suisse*, Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS) PE 729.316, Octobre 2020 (version traduite avec commentaires ajoutés et mise à jour).

OCDE/OMS/WORLD BANK GROUP : *La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*, Genève 2019.

ÖZDEN, M.: *Le droit à la santé, Un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales*, Genève 2006.

PERRENOUD, S., BURGAT, S., MATTHEY, F.: « L'affaire Di Trizio contre la Suisse : la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et l'égalité de traitement, ou quand deux et deux ne font pas quatre », *PJA* 9/2016, pp. 1187-1211.

POLEDNA, T.: « Commentaire de l'art. 118 Cst. », dans : EHRENZELLER, B. et al. (éds), *Die schweizerische Bundesverfassung. St. Galler Kommentar*, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2008.

POLEDNA, P. et BERGER, B.: *Öffentliches Gesundheitsrecht*, 2002, 422 pp.

SAINT-PHOR, J.: « Le droit aux soins de qualité : définition à la lumière du droit international et des théories conceptuelles », dans : CLERC, E., DUNAND, J.P., et SPRUMONT, D. (éds) *Alea jacta est : Santé !, Mélanges en l'honneur d'Olivier Guillod*, Neuchâtel, 2021, pp. 451-471.

SAINT-PHOR, J., BRUNNER, N. et DUPONT, A.-S.: « Une planification hospitalière sous la loupe », dans : *Jusletter* du 31 janvier 2022.

SPRUMONT, D.: « Le système de santé suisse : présentation générale », dans : LA HARPE, R., UMMEL, M. et DUMOULIN, J.-F. (éds) : *Droit de la santé et médecine légale*, Chêne-Bourg 2014, pp. 97-104.

SPRUMONT, D. et JOSET, N.: « Regard juridique sur la politique suisse de la santé », *RDS* 135 (2016) II, pp. 89-137.

STEFFEN, G.: *Droit aux soins et rationnement: approche d'une définition des soins nécessaires*, Thèse Neuchâtel, Berne 2002, LV et 347 pp.

STÄHL, T. et al. (éds) : *Health in All Policies : Prospects and Potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006, xvii et 269 pp.

VENTURA, M. « [Les droits sociaux en Suisse – les « générations » en \(r\)évolution ?](#) », dans : *Jusletter* du 25 novembre 2019, 19 pp.

VINCENT, C. et STAINES, A.: *Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse: rapport national sur la qualité et la sécurité des soins en Suisse, commandé par l'Office fédéral de la santé publique*, Berne 2019, 83 pp.

ZILLER, J.: [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé - Conseil de l'Europe](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), septembre 2021, VIII et 67 pp., référence PE 698.030.

Liste des sites internet consultés

Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University JHU CSSE, *COVID-19 Dashboard* (16.04.2022) :

<https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.

Chancellerie fédérale, *Votation n° 643, Tableau récapitulatif* (30.04.2022) :

<https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/va/20210613/det643.html>.

Chancellerie fédérale, *Votation n° 650, Tableau récapitulatif* (30.04.2022) :

<https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/va/20211128/det650.html>.

Conférence des gouvernements cantonaux, *Rapport intermédiaire, COVID-19: gestion de la crise durant la première vague, le point de vue des cantons Assemblée plénière du 18 décembre 2020* (31.03.2022) :

https://kdk.ch/fileadmin/redaktion/aktuell/publikationen/2020/an_4310-5-20201221-rapport_intermediaire_covid-fr_final_01.pdf.

Département fédéral des affaires étrangères (DFAE), *Rapport entre le droit international et le droit interne* (31.03.2022) :

<https://www.eda.admin.ch/eda/fr/dfaef/politique-exterieure/droit-international-public/respect-promotion/droit-international-droit-interne.html>.

Dictionnaire historique de la Suisse, *Tuberculose* (09.01.2022) :

<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/007982/2012-12-07>.

Fedlex, Plateforme de publication du droit fédéral :

https://www.fedlex.admin.ch/fr/home?news_period=last_day&news_pageNb=1&news_order=desc&news_itemsPerPage=10

Humanrights, *Droits Sociaux: Des Droits Humains – Dossier, Les buts sociaux dans la Constitution fédérale* (31.03.2022) :

<https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/pauvrete-droits-sociaux/dossier/interpretation-en-suisse/-buts-sociaux-dans-la-constitution>.

Histoire de la sécurité sociale, *Risques, Maladie* (30.04.2022) :

<https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/risques/maladie> (30.04.2022).

OFS, *Coût, financement* (31.03.2022) :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.html>.

OFSP, *COVID-19 Suisse, Informations sur la situation actuelle, état au 12 avril 2022* (12.04.2022) :

<https://www.covid19.admin.ch/de/overview>.

OFSP, *COVID-19 Suisse, Informations sur la situation actuelle, état au 16 avril 2022, Vaccinations* (16.04.2022) :

<https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/doses>.

OFS, *Espérance de vie en bonne santé* (31.03.2022) :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/indicateurs-integration/indicateurs/esperance-vie-bonne-sante.html>.

OFS, *Flambées et épidémies passées* (31.03.2022) :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/vergangene-epidemien-pandemien.html>.

OFS, *Les 2148 communes de la Suisse au 1.1.2022* (31.03.2022) :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/bases-statistiques/repertoire-officiel-communes-suisse.assetdetail.20604224.html>.

OFSP, *Nouvelle loi sur les épidémies, Informations* (16.04.2022) :

https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/epidemiengesetz/factsheet-epg-lep.pdf.download.pdf/Factsheet%20LEp_f.pdf.

OCDE, *Santé mentale et emploi* (09.01.2022) :

https://www.oecd-ilibrary.org/employment/sante-mentale-et-emploi-suisse_9789264205192-fr.

OFS, *Population* (31.03.2022) :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.html>.

OFSP, *Massnahmenplan 2021 – 2024 zur Nationalen Strategie Prävention nicht nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024* (30.04.2022) :

https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-massnahmenplan-2021-2024.pdf.download.pdf/NCD_Massnahmenplan%202021-2024_DE.pdf.

OFSP, *Santé2030* (30.04.2022) :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030.html>.

OFSP et DFI, *Recommandations de vaccination avec des vaccins à ARNm contre le COVID-19* (21.01.2022) :

<https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/70160.pdf>.

Parlement.ch, *Objet du Conseil national 09.076, Loi sur la prévention* (30.04.2022) :

<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20090076>.

Promotion Santé Suisse, *Document de travail 33, Evaluation d'impact sur la santé Etat des lieux au niveau cantonal en Suisse* (22.12.2021) :

https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document_de_travail_033_PSCH_2015-05_-_Evaluation_d_impact_sur_la_sante.pdf.

Rapport d'un groupe d'experts de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), de la Fédération des médecins suisses (FMH) et des cinq Facultés de médecine, *Projet « La médecine en Suisse demain », Buts et missions de la médecine au début du 21^e siècle* (30.04.2022) :

https://www.samw.ch/dam/jcr:cf4906ca-da91-4924-ac92-fe5e0bd51834/feuille_de_route_assm_buts_et_missions.pdf

Tribunal fédéral (site internet) :

<https://www.bger.ch/fr/index.htm>

Wikipédia, *Maladie génétique* (30.04.2022) :

https://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_génétique.

Annexe : Table des matières du Recueil systématique du droit fédéral (chapitre 81)

81 Santé

810 Médecine et dignité humaine

810.1 Procréation médicalement assistée et génie génétique dans le domaine humain

810.11 Loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée (LPMA)

810.112.2 Ordonnance du 4 décembre 2000 sur la procréation médicalement assistée (OPMA)

810.113 Ordonnance du 4 décembre 2000 sur la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (OCNE)

810.12 Loi fédérale du 8 octobre 2004 sur l'analyse génétique humaine (LAGH)

810.122.1 Ordonnance du 14 février 2007 sur l'analyse génétique humaine (OAGH)

810.122.122 Ordonnance du DFI du 14 février 2007 sur l'analyse génétique humaine (OAGH-DFI)

810.122.2 Ordonnance du 14 février 2007 sur l'établissement de profils d'ADN en matière civile et administrative (OACA)

810.13 Utilisation des profils d'ADN

→ 363

→ 363.1

→ 363.11

810.18 Dans le partenariat enregistré

→ 211.231 art. 38

810.2 Médecine de la transplantation

810.21 Loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation)

810.211 Ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine (Ordonnance sur la transplantation)

810.212.3 Ordonnance du 18 octobre 2017 sur le programme national pour la transplantation croisée (Ordonnance sur la transplantation croisée)

810.212.4 Ordonnance du 16 mars 2007 sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (Ordonnance sur l'attribution d'organes)

810.212.41 Ordonnance du DFI du 2 mai 2007 sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (Ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes)

810.212.8 Essais cliniques

→ 810.305

810.213 Ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine animale (Ordonnance sur la xénotransplantation)

810.215.7 Ordonnance du 16 mars 2007 sur les émoluments perçus en application de la législation sur la transplantation (Ordonnance sur les émoluments en rapport avec les transplantations)

810.3 Recherche sur l'être humain

810.30 Loi fédérale du 30 septembre 2011 relative à la recherche sur l'être humain (Loi relative à la recherche sur l'être humain, LRH)

810.301 Ordonnance du 20 septembre 2013 relative à la recherche sur l'être humain à l'exception des essais cliniques (Ordonnance relative à la recherche sur l'être humain, ORH)

810.305 Ordonnance du 20 septembre 2013 sur les essais cliniques hors essais cliniques de dispositifs médicaux (Ordonnance sur les essais cliniques, OClin)

810.306 Ordonnance du 1er juillet 2020 sur les essais cliniques de dispositifs médicaux (OClin-Dim)

810.308 Ordonnance d'organisation du 20 septembre 2013 concernant la loi relative à la recherche sur l'être humain (Ordonnance d'organisation concernant la LRH, Org LRH)

810.31 Loi fédérale du 19 décembre 2003 relative à la recherche sur les cellules souches embryonnaires (Loi relative à la recherche sur les cellules souches, LRCS)

810.311 Ordonnance du 2 février 2005 relative à la recherche sur les cellules souches embryonnaires (Ordonnance relative à la recherche sur les cellules souches, ORCS)

810.34 Recherche dans le domaine de la gymnastique et des sports

→ 415.0 art. 1, 11

→ 415.01 art. 27, 35

811 Professions médicales

811.1 Professions médicales universitaires

811.11 Loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd)

811.111 Examens de maturité

→ 413.1

811.112.0 Ordonnance du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires (Ordonnance sur les professions médicales, OPMéd)

811.112.021 Règlement du 27 juin 2007 du Conseil suisse d'accréditation

811.112.022 Ordonnance du DFI du 20 août 2007 concernant l'accréditation des filières d'études des professions médicales universitaires

811.112.03 Ordonnance du DFI du 20 août 2007 concernant l'accréditation des filières de formations postgrades des professions médicales universitaires

811.113.3 Ordonnance du 26 novembre 2008 concernant les examens fédéraux des professions médicales universitaires (Ordonnance concernant les examens LPMéd)

811.113.32 Ordonnance du DFI du 1^{er} juin 2011 concernant la forme des examens fédéraux des professions médicales universitaires (Ordonnance concernant la forme des examens)

811.115.4 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2021 sur les filières d'études de chiropratique reconnues offertes par des hautes écoles universitaires étrangères

811.117.2 Règlement du 19 avril 2007 de la Commission des professions médicales (MEBEKO)

811.117.3 Ordonnance du 5 avril 2017 concernant le registre des professions médicales universitaires (Ordonnance concernant le registre LPMéd)

811.181.4 Formation en radioprotection

→ 814.501.261

811.190 Professions de la psychologie

→ 935.81

→ 935.811

811.2 Professions de la santé

811.21 Loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan)

811.212 Ordonnance du 13 décembre 2019 relative aux compétences professionnelles spécifiques aux professions de la santé selon la LPSan (Ordonnance relative aux compétences LPSan, OCPSan)

811.212.1 Ordonnance du DFI du 13 décembre 2019 concernant l'accréditation des filières d'études relevant de la LPSan

811.214 Ordonnance du 13 décembre 2019 sur la reconnaissance des diplômes étrangers et l'équivalence des diplômes suisses délivrés en vertu de l'ancien droit dans les professions de la santé au sens de la LPSan (Ordonnance sur la reconnaissance des professions de la santé, ORPSan)

811.216 Ordonnance du 13 décembre 2019 concernant le registre des professions de la santé (Ordonnance concernant le registre LPSan)

812 Substances thérapeutiques

812.1 En général. Stupéfiants

812.121 Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup)

812.121.1 Ordonnance du 25 mai 2011 sur le contrôle des stupéfiants (OCStup)

812.121.11 Ordonnance du DFI du 30 mai 2011 sur les tableaux des stupéfiants, des substances psychotropes, des précurseurs et des adjuvants chimiques (Ordonnance sur les tableaux des stupéfiants, OTStup-DFI)

812.121.5 Ordonnance du 31 mars 2021 sur les essais pilotes au sens de la loi sur les stupéfiants (OEPStup)

812.121.6 Ordonnance du 25 mai 2011 relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction (Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants, OASup)

812.121.7 Amendes d'ordre lors d'infractions à la LStup

→ 314.11 annexe 2 ch. VIII

812.123 Impunité pour les agents infiltrés

→ 312.0 art. 294

812.129 Catalogue des variétés de chanvre

→ 916.151.6 annexe 4

812.2 Médicaments et dispositifs médicaux

812.21 Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques, LPTTh)

812.211 Ordonnance du 17 octobre 2001 sur la pharmacopée (OPha)

812.212.1 Ordonnance du 14 novembre 2018 sur les autorisations dans le domaine des médicaments (OAMéd)

812.212.21 Ordonnance du 21 septembre 2018 sur les médicaments (OMéd)

812.212.213 Bonnes pratiques de laboratoire

→ 813.112.1

812.212.217 Plan de contrôle de la chaîne alimentaire

→ 817.032

812.212.218 Approvisionnement de la population

→ 818.10 art. 6, 32a à 32c

812.212.22 Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 9 novembre 2001 sur les exigences relatives à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments (Ordonnance sur les exigences relatives aux médicaments, OEMéd)

812.212.23 Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 22 juin 2006 sur l'autorisation simplifiée de médicaments et l'autorisation de médicaments fondée sur une déclaration (OASMéd)

812.212.24 Ordonnance du 7 septembre 2018 de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur l'autorisation simplifiée et la procédure de déclaration des médicaments complémentaires et des phytomédicaments (Ordonnance sur les médicaments complémentaires et les phytomédicaments, OAMédcophy)

812.212.27 Ordonnance du 18 août 2004 sur les médicaments vétérinaires (OMédV)

812.212.5 Ordonnance du 17 octobre 2001 sur la publicité pour les médicaments (OPuM)

812.213 Ordonnance du 1^{er} juillet 2020 sur les dispositifs médicaux (ODim)

812.214.11 Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 9 novembre 2001 concernant l'édition de la pharmacopée et la reconnaissance d'autres pharmacopées

812.214.2 Essais cliniques

→ 810.305

812.214.31 Ordonnance du 10 avril 2019 sur l'intégrité et la transparence dans le domaine des produits thérapeutiques (OITPTh)

812.214.4 Ordonnance du 31 octobre 2018 concernant le système d'information sur les antibiotiques en médecine vétérinaire (O-SI ABV)

812.214.5 Ordonnance du 14 septembre 2018 de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur ses émoluments (OE-Swissmedic)

812.214.51 Émoluments perçus par l'OSAV

→ 916.472

812.214.6 Ordonnance du 21 septembre 2018 sur la taxe de surveillance versée à l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Ordonnance sur la taxe de surveillance des produits thérapeutiques)

812.215.4 Ordonnance du 4 mai 2018 de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur son personnel (Ordonnance sur le personnel de Swissmedic)

812.216.2 Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 11 décembre 2009 sur l'autorisation simplifiée des préparations à base d'allergènes (Ordonnance sur les allergènes, OAllerg)

812.217.1 Salaires des cadres

→ 172.220.12

812.217.2 Approvisionnement du pays en médicaments

→ 531.215.32

812.217.3 Mesures dans le domaine des capacités sanitaires visant à surmonter l'épidémie de COVID-19

→ 818.102 art. 3

812.218 Inspections dans les exploitations agricoles

→ 910.15

812.283 Tarifs et prix des médicaments

→ 832.102 art. 59a, 59b

813 Produits chimiques

813.1 Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur la protection contre les substances et les préparations dangereuses (Loi sur les produits chimiques, LChim)

813.11 Ordonnance du 5 juin 2015 sur la protection contre les substances et les préparations dangereuses (Ordonnance sur les produits chimiques, OChim)

813.112.1 Ordonnance du 18 mai 2005 sur les bonnes pratiques de laboratoire (OBPL)

813.113.11 Ordonnance du DFI du 28 juin 2005 relative à la personne de contact pour les produits chimiques

813.12 Ordonnance du 18 mai 2005 concernant la mise sur le marché et l'utilisation des produits biocides (Ordonnance sur les produits biocides, OPBio)

813.121 Ordonnance du DFI du 15 août 2014 sur les règles d'exécution relatives à l'ordonnance sur les produits biocides (Ordonnance d'exécution du DFI sur les produits biocides)

813.131.21 Ordonnance du DFI du 28 juin 2005 sur les connaissances techniques requises pour la remise de certaines substances et préparations dangereuses

813.132 Produits chimiques qui font l'objet d'un commerce international

→ 814.82

813.153.1 Ordonnance du 18 mai 2005 sur les émoluments perçus en application de la législation sur les produits chimiques (Ordonnance sur les émoluments relatifs aux produits chimiques, OEChim)

813.814 Réduction des risques liés aux produits chimiques

→ 814.81

813.814.11 Permis pour l'emploi des désinfectants pour l'eau des piscines publiques

→ 814.812.31

813.814.12 Permis pour l'emploi des pesticides en général

→ 814.812.32

813.814.13 Permis pour l'emploi des fumigants

→ 814.812.33

813.916.16 Produits phytosanitaires

→ 916.161

814 Protection de l'équilibre écologique

814.0 En général

814.01 Loi fédérale du 7 octobre 1983 sur la protection de l'environnement (Loi sur la protection de l'environnement, LPE)

814.011 Ordonnance du 19 octobre 1988 relative à l'étude de l'impact sur l'environnement (OEIE)

814.012 Ordonnance du 27 février 1991 sur la protection contre les accidents majeurs (Ordonnance sur les accidents majeurs, OPAM)

814.013.31 Amendes d'ordre lors d'infractions à la LPE

→ 314.11 Annexe 2 ch. IX

814.013.812 Médicaments

→ 812.212.21

814.013.98 Agriculture biologique

→ 910.18

→ 910.181

814.014 Ordonnance du 3 juin 2005 sur les émoluments de l'Office fédéral de l'environnement (Ordonnance sur les émoluments de l'OFEV, OEmol-OFEV)

814.014.1 Émoluments et taxes de l'OFT

→ 742.102

814.015 Émoluments relatifs aux produits chimiques

→ 813.153.1

814.016.41 Taxe sur le CO₂

→ 641.7

814.017 Ordonnance du 15 décembre 2006 sur le registre des rejets de polluants et des transferts de déchets et de polluants dans les eaux usées (OR RTP)

814.018 Ordonnance du 12 novembre 1997 sur la taxe d'incitation sur les composés organiques volatils (OCOV)

814.018.21 Ordonnance du DETEC du 15 février 2000 sur l'indemnisation des cantons pour leur contribution à l'exécution de l'ordonnance sur la taxe d'incitation sur les composés organiques volatils

814.019 Ordonnance du 12 novembre 1997 sur la taxe d'incitation sur l'huile de chauffage extra-légère d'une teneur en soufre supérieure à 0,1 pour cent (OH EL)

814.020 Ordonnance du 15 octobre 2003 sur la taxe d'incitation sur l'essence et l'huile diesel d'une teneur en soufre supérieure à 0,001 % (OEDS)

814.021 Ordonnance du 12 mai 2021 concernant la mise sur le marché de bois et de produits dérivés du bois (Ordonnance sur le commerce du bois, OCBo)

814.031 Arrêté fédéral du 17 décembre 2004 portant approbation de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne sur la participation de la Suisse à l'Agence européenne pour l'environnement et au réseau EIONET

814.076 Ordonnance du 27 juin 1990 relative à la désignation des organisations habilitées à recourir dans les domaines de la protection de l'environnement ainsi que de la protection de la nature et du paysage (ODO)

814.091.98 Protection de l'environnement dans l'Antarctique

→ 198.1

814.096.41 Preuve de conformité des biocarburants aux exigences écologiques

→ 641.611.21

814.097.41 Dans la circulation routière

→ 741.01 art. 106

814.097.43 Dans l'exploitation des installations à câbles

→ 743.011 art. 17

814.097.47 Dans la construction et l'exploitation des bateaux

→ 747.201.7 art. 6

814.097.48 Dans l'exploitation des aéronefs et des aérodrômes

→ 748.0 art. 12

→ 748.01 art. 3

→ 814.011 annexe ch. 14

814.098 Utilisation d'organisme

→ 814.911

→ 916.20

814.099.1 Concernant les déchets animaux

→ 916.441.22

814.099.22 Lâcher d'animaux non indigènes

→ 922.01 art. 8^{bis}

814.099.23 Lutte contre les poissons et écrevisses étrangers

→ 923.01 art. 9a, 10

814.1 Protection du sol

814.12 Ordonnance du 1^{er} juillet 1998 sur les atteintes portées aux sols (OSol)

814.2 Protection des eaux

814.20 Loi fédérale du 24 janvier 1991 sur la protection des eaux (LEaux)

814.201 Ordonnance du 28 octobre 1998 sur la protection des eaux (OEaux)

814.201.231 Ordonnance du DETEC du 3 novembre 2016 concernant la vérification du taux d'épuration atteint avec les mesures prises pour éliminer les composés traces organiques dans les stations d'épuration des eaux usées

814.201.81 Ordonnance du DETEC du 10 janvier 2000 sur l'approbation de décisions et de recommandations internationales

814.242 Institut fédéral pour l'aménagement, l'épuration et la protection des eaux

→ 414.161 art. 5

814.251 Géologie nationale

→ 510.624

814.260 Calcul des coûts imputables des mesures d'exploitation visant à assainir des centrales hydroélectriques

→ 730.014.1

814.261 Émoluments et taxes de surveillance dans le domaine de l'énergie

→ 730.05

814.274.16 Protection des eaux dans le transport de marchandises dangereuses par la route

→ 741.621 art. 12

814.274.721 Dans la navigation intérieure

→ 747.201 art. 11

→ 747.201.1 art. 10, 108

814.274.722 Dans la navigation sur le lac de Constance

→ 747.223.1 art. 1.09, 13.10

814.281.3 Substances dangereuses pour les eaux

→ 813.11

814.281.41 Protection des eaux contre les accidents majeurs

→ 814.012

814.281.42 Émoluments de l'Office fédéral de l'environnement

→ 814.014

814.281.43 Réduction des risques liés aux produits chimiques

→ 814.81

814.291.6 Protection des eaux dans l'agriculture

→ 916.161

→ 916.171

→ 916.307

814.292.3 Protection des biotopes dans le cas de centrales hydroélectriques

→ 923.01 art. 9b, 9c

814.3 Protection de l'air

814.30 En général

814.308 Hygiène dans les entreprises industrielles

→ 822.11 art. 6 à 8

→ 822.113

814.31 Lutte contre les pollutions atmosphériques

814.316 Réduction des émissions de CO₂

→ 641.71

814.317.41 Dans la circulation routière

→ 725.116.21 art. 10

→ 741.11 art. 34, 59a

→ 741.41 art. 31, 35, 36, 52 ; annexe 5

→ 741.435.4

→ 741.437

→ 741.51 art. 133a

814.317.471 Dans la navigation intérieure

→ 747.201 art. 11

→ 747.201.1 art. 11

→ 747.201.3

→ 747.201.31

814.317.472 Dans la navigation sur le lac de Constance

→ 747.223.1 art. 1.10

814.317.482 Dans l'aviation

→ 748.215.3

814.318.142.1 Ordonnance du 16 décembre 1985 sur la protection de l'air (OPair)

814.4 Lutte contre le bruit

814.41 Ordonnance du 15 décembre 1986 sur la protection contre le bruit (OPB)

814.412.2 Ordonnance du DETEC du 22 mai 2007 relative aux émissions sonores des matériels destinés à être utilisés en plein air (Ordonnance sur le bruit des machines, OBMa)

814.474.1 Dans la circulation routière

→ 741.11 art. 33

→ 741.41 art. 31, 53 ; annexe 6

814.474.2 Réduction du bruit émis par les chemins de fer

→ 742.144

→ 742.144.1

814.474.71 Dans la navigation intérieure

→ 747.201 art. 11

→ 747.201.1 art. 11, 109

814.474.72 Dans la navigation sur le lac de Constance

→ 747.223.1 art. 1.10

814.474.8 Dans l'aviation

→ 748.0 art. 12, 14, 15

→ 748.01 art. 13, 16 à 20, 89

→ 748.131.1 art. 36 à 47

→ 748.215.3

814.484.3 Dans la construction de logements

→ 843.1 art. 50

814.5 Protection contre les radiations

814.50 Loi du 22 mars 1991 sur la radioprotection (LRaP)

814.501 Ordonnance du 26 avril 2017 sur la radioprotection (ORaP)

814.501.261 Ordonnance du DFI du 26 avril 2017 sur les formations, les formations continues et les activités autorisées en matière de radioprotection (Ordonnance sur la formation en radioprotection)

814.501.43 Ordonnance du DFI du 26 avril 2017 sur la dosimétrie individuelle et la dosimétrie de l'environnement (Ordonnance sur la dosimétrie)

814.501.51 Ordonnance du DFI du 26 avril 2017 concernant la radioprotection applicable aux installations non médicales de production de radiation ionisantes (ORIn)

814.501.512 Ordonnance du DFI du 26 avril 2017 sur l'utilisation de sources radioactives scellées en médecine (OSRM)

814.501.513 Ordonnance du DFI du 26 avril 2017 sur la radioprotection s'appliquant aux accélérateurs de particules utilisés à des fins médicales (Ordonnance sur les accélérateurs, OrAc)

814.501.83 Instruments de mesure des rayonnements ionisants

→ 941.210.5

814.502.3 Non-prolifération des armes nucléaires

→ 732.12

814.503 Dispositifs médicaux

→ 812.213

814.504.2 Émoluments et taxes de surveillance

→ 730.05

814.52 Ordonnance du 22 janvier 2014 sur la distribution de comprimés d'iode à la population (Ordonnance sur les comprimés d'iode)

814.542.1 Ordonnance du DFI du 26 avril 2017 concernant la radioprotection applicable aux systèmes radiologiques à usage médical (Ordonnance sur les rayons X, OrX)

814.554 Ordonnance du DFI du 26 avril 2017 sur l'utilisation des matières radioactives (OUMR)

814.557 Ordonnance du DFI du 26 avril 2017 sur les déchets radioactifs soumis à l'obligation de livraison

814.559 Installations nucléaires

→ 732.1

→ 732.11

→ 732.143.1

814.56 Ordonnance du 26 avril 2017 sur les émoluments perçus dans le domaine de la radioprotection (OE-RaP)

814.59 Alarme en cas d'augmentation de la radioactivité

→ 520.12 art. 7, 17 à 38

→ 520.17

→ 732.33

814.594.1 Ordonnance du 18 août 1998 sur l'indemnisation des frais non couverts de personnes ou d'entreprises astreintes résultant d'événements avec augmentation de la radioactivité

814.6 Déchets

814.600 Ordonnance du 4 décembre 2015 sur la limitation et l'élimination des déchets (Ordonnance sur les déchets, OLED)

814.610 Ordonnance du 22 juin 2005 sur les mouvements de déchets (OMoD)

814.610.1 Ordonnance du DETEC du 18 octobre 2005 concernant les listes pour les mouvements de déchets

814.620 Ordonnance du 20 octobre 2021 sur la restitution, la reprise et l'élimination des appareils électriques et électroniques (OREA)

814.621 Ordonnance du 5 juillet 2000 sur les emballages pour boissons (OEB)

814.621.4 Ordonnance du 7 septembre 2001 relative au montant de la taxe d'élimination anticipée sur les bouteilles en verre pour boissons

814.670.1 Ordonnance du DETEC du 28 novembre 2011 sur le montant de la taxe d'élimination anticipée pour les piles

814.680 Ordonnance du 26 août 1998 sur l'assainissement des sites pollués (Ordonnance sur les sites contaminés, OSites)

814.681 Ordonnance du 26 septembre 2008 relative à la taxe pour l'assainissement des sites contaminés (OTAS)

814.691 Déchets radioactifs

→ 732.1 art. 30 à 41

→ 732.11 art. 50 à 73

814.7 Protection contre le rayonnement non ionisant et les émissions sonores

814.71 Loi fédérale du 16 juin 2017 sur la protection contre les dangers liés au rayonnement non ionisant et au son (LRNIS)

814.710 Ordonnance du 23 décembre 1999 sur la protection contre le rayonnement non ionisant (ORNI)

814.711 Ordonnance du 27 février 2019 relative à la loi fédérale sur la protection contre les dangers liés au rayonnement non ionisant et au son (O-LRNIS)

814.711.1 Instruments de mesures des émissions sonores

→ 941.210.1

814.711.31 Ordonnance du DFI du 26 juin 2020 sur les validations de compétences et les attestations de compétences requises pour les manifestations avec rayonnement laser

814.711.32 Ordonnance du DFI du 24 mars 2021 sur les attestations de compétences pour les traitements à visées esthétiques à l'aide de rayonnement non ionisant et de son

814.8 Substances dangereuses pour l'environnement

814.81 Ordonnance du 18 mai 2005 sur la réduction des risques liés à l'utilisation de substances, de préparations et d'objets particulièrement dangereux (Ordonnance sur la réduction des risques liés aux produits chimiques, ORRChim)

814.812.31 Ordonnance du DFI du 28 juin 2005 relative au permis pour l'emploi des désinfectants pour l'eau des piscines publiques (OPer-D)

814.812.32 Ordonnance du DFI du 28 juin 2005 relative au permis pour l'emploi des pesticides en général (OPer-P)

814.812.33 Ordonnance du DFI du 28 juin 2005 relative au permis pour l'emploi des fumigants (OPer-Fu)

814.812.34 Ordonnance du DETEC du 28 juin 2005 relative au permis pour l'emploi de produits phytosanitaires dans l'agriculture et l'horticulture (OPer-AH)

814.812.35 Ordonnance du DETEC du 28 juin 2005 relative au permis pour l'emploi de produits phytosanitaires dans des domaines spéciaux (OPer-S)

814.812.36 Ordonnance du DETEC du 28 juin 2005 relative au permis pour l'emploi de produits phytosanitaires dans l'économie forestière (OPer-Fo)

814.812.37 Ordonnance du DETEC du 28 juin 2005 relative au permis pour l'emploi de produits pour la conservation du bois (OPer-B)

814.812.38 Ordonnance du DETEC du 28 juin 2005 relative au permis pour l'utilisation de fluides frigorigènes (OPer-FI)

814.82 Ordonnance du 10 novembre 2004 relative à la Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques qui font l'objet d'un commerce international (Ordonnance PIC, OPICChim)

814.83 Prescriptions concernant les produits chimiques

→ 813.11

→ 813.112.1

→ 813.12

814.87 Denrées alimentaires et objets usuels

→ 817.02

814.891 Produits phytosanitaires

→ 916.161

814.892 Engrais

→ 916.171

814.893 Aliments pour animaux

→ 916.307

814.9 Génie génétique dans le domaine non humain

814.91 Loi fédérale du 21 mars 2003 sur l'application du génie génétique au domaine non humain (Loi sur le génie génétique, LGG)

814.911 Ordonnance du 10 septembre 2008 sur l'utilisation d'organismes dans l'environnement (Ordonnance sur la dissémination dans l'environnement, ODE)

814.911.36 Émoluments de l'Office fédéral de l'environnement

→ 814.014

814.912 Ordonnance du 9 mai 2012 sur l'utilisation des organismes en milieu confiné (Ordonnance sur l'utilisation confinée, OUC)

814.912.21 Ordonnance du 3 novembre 2004 sur les mouvements transfrontières des organismes génétiquement modifiés (Ordonnance de Cartagena, OCart)

814.912.4 Commission d'experts pour la sécurité biologique

→ 172.327.8

814.912.5 Détention des animaux d'expérience et production d'animaux génétiquement modifiés

→ 455.1 art. 123 à 127

→ 455.163

814.913 Mise sur le marché de produits biocides

→ 813.12

814.917 Organisations habilitées à recourir

→ 814.076

814.918 Organismes génétiquement modifiés et produits issus de tels organismes

→ 817.02 art. 30 à 34

→ 817.022.51

814.919.15 Mise en circulation de semences

→ 916.151

814.919.16 Homologation de produits phytosanitaires

→ 916.161

814.919.17 Mise en circulation des engrais

→ 916.171

814.919.18 Protection des végétaux

→ 916.20

814.919.19 Production et mise en circulation des aliments pour animaux

→ 916.307

→ 916.307.11

816 Dossier du patient

816.1 Loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient (LDEP)

816.11 Ordonnance du 22 mars 2017 sur le dossier électronique du patient (ODEP)

816.111 Ordonnance du DFI du 22 mars 2017 sur le dossier électronique du patient (ODEP-DFI)

817 Denrées alimentaires et objets usuel

817.0 Loi fédérale du 20 juin 2014 sur les denrées alimentaires et les objets usuels (Loi sur les denrées alimentaires, LDAI)

817.02 Ordonnance du 16 décembre 2016 sur les denrées alimentaires et les objets usuels (ODAIUOs)

817.021.23 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les limites maximales applicables aux résidus de pesticides présents dans ou sur les produits d'origine végétale ou animale (OPOVA)

817.022.104 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les denrées alimentaires destinées aux personnes ayant des besoins nutritionnels particuliers (OBNP)

817.022.108 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les denrées alimentaires d'origine animale (ODAIAn)

817.022.11 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur l'eau potable et l'eau des installations de baignade et de douche accessibles au public (OPBD)

817.022.110.1 Désignation des vins

→ 916.140 art. 19 à 27 ; annexe 1

→ 916.140.1

→ 916.141

817.022.110.2 Désignation de boissons distillées

→ 680.11

817.022.12 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les boissons

817.022.13 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les limites maximales applicables aux résidus de substances pharmacologiquement actives et d'additifs pour l'alimentation animale dans les denrées alimentaires d'origine animale (ORésDAIAn)

817.022.14 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les compléments alimentaires (OCAI)

817.022.15 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les teneurs maximales en contaminants (Ordonnance sur les contaminants, OCont)

817.022.151 Ordonnance de l'OSAV du 21 décembre 2020 concernant l'importation et la mise sur le marché de denrées alimentaires contaminées par du césium à la suite de l'accident survenu à la centrale nucléaire de Tchernobyl (Ordonnance Tchernobyl)

817.022.16 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 concernant l'information sur les denrées alimentaires (OIDAI)

817.022.17 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les denrées alimentaires d'origine végétale, les champignons et le sel comestible (ODAIIOV)

817.022.2 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les nouvelles sortes de denrées alimentaires

817.022.31 Ordonnance du DFI du 25 novembre 2013 sur les additifs admis dans les denrées alimentaires (Ordonnance sur les additifs, OAdd)

817.022.32 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur l'adjonction de vitamines, de sels minéraux et de certaines autres substances aux denrées alimentaires (OASM)

817.022.4 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les arômes et les additifs alimentaires ayant des propriétés aromatisantes utilisés dans ou sur les denrées alimentaires (Ordonnance sur les arômes)

817.022.42 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les procédés et les auxiliaires technologiques utilisés pour le traitement des denrées alimentaires (OPAT)

817.022.51 Ordonnance du DFI du 27 mai 2020 sur les denrées alimentaires génétiquement modifiées (ODAIGM)

817.023.11 Ordonnance du DFI du 15 août 2012 sur la sécurité des jouets (Ordonnance sur les jouets, OSJo)

817.023.21 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les matériaux et objets destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires (Ordonnance sur les matériaux et objets)

817.023.31 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur les cosmétiques (OCos)

817.023.41 Ordonnance du DFI du 23 novembre 2005 sur les objets destinés à entrer en contact avec les muqueuses, la peau ou le système pileux et capillaire, et sur les bougies, les allumettes, les briquets et les articles de farces et attrapes (Ordonnance sur les objets destinés à entrer en contact avec le corps humain, OCCH)

817.023.61 Ordonnance du DFI du 23 novembre 2005 sur les générateurs d'aérosols

817.024.1 Ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur l'hygiène dans les activités liées aux denrées alimentaires (Ordonnance du DFI sur l'hygiène, OHyg)

817.026.1 Ordonnance de l'OSAV du 14 septembre 2015 régissant l'importation de gomme de guar originaire ou en provenance d'Inde

817.026.2 Ordonnance de l'OSAV du 28 janvier 2016 sur l'importation de denrées alimentaires originaires ou en provenance du Japon

817.026.3 Hygiène dans la production primaire

→ 916.020

→ 916.020.1

817.026.4 Déclarations de quantité dans la vente en vrac et sur les préemballages

→ 941.204

→ 941.204.1

817.032 Ordonnance du 27 mai 2020 sur le plan de contrôle national pluriannuel de la chaîne agroalimentaire et des objets usuels (OPCNP)

817.041 Ordonnance de l'OSAV du 25 août 2020 concernant des restrictions à l'importation de certaines denrées alimentaires non sûres

817.042 Ordonnance du 27 mai 2020 sur l'exécution de la législation sur les denrées alimentaires (OELDAI)

817.06 Ordonnance du 27 octobre 2004 sur les produits du tabac et les produits contenant des succédanés de tabac destinés à être fumés (Ordonnance sur le tabac, OTab)

817.064 Ordonnance du DFI du 10 décembre 2007 concernant les mises en garde combinées sur les produits du tabac

817.081.2 Médicaments

→ 812.212.21

→ 812.212.27

→ 812.214.4

817.091.6 Mise en circulation de produits phytosanitaires

→ 916.161

817.111 Qualité du lait

→ 916.351.0

→ 916.351.021.1

817.180 Désignation des produits biologiques

→ 910.18 art. 17 à 24

817.190 Ordonnance du 16 décembre 2016 concernant l'abattage d'animaux et le contrôle des viandes (OAbCV)

817.190.1 Ordonnance du DFI du 23 novembre 2005 concernant l'hygiène lors de l'abattage d'animaux (OHyAb)

817.190.5 Protection des animaux lors de l'abattage

→ 455.110.2

817.191.54 Formations de base, qualifiante et continue des personnes travaillant dans le Service vétérinaire public

→ 916.402

817.192.1 Oeufs

→ 916.371

817.192.2 Étiquetage des volailles

→ 916.342

817.193 Importation, transit et exportation d'animaux et de produits d'animaux

→ 916.443.10

→ 916.443.106

→ 916.443.11

→ 916.443.111

→ 916.443.112

→ 916.443.113

→ 916.443.14

817.194 Émoluments de l'Office vétérinaire fédéral

→ 916.472

817.45 Ordonnance du 8 décembre 1997 concernant le contrôle des denrées alimentaires à l'armée (OCDA)

817.451 Ordonnance du 22 janvier 1998 concernant le contrôle personnel en matière de denrées alimentaires à l'armée et son examen

817.812 Indications de provenance suisses

→ 232.112.1

817.814 Réduction des risques liés aux produits chimiques

→ 814.81

817.819 Inspections dans les exploitations agricoles

→ 910.15

818 Lutte contre les maladies

818.1 Maladies transmissibles

818.101 Loi fédérale du 28 septembre 2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, LEp)

818.101.1 Ordonnance du 29 avril 2015 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur les épidémies, OEp)

818.101.126 Ordonnance du DFI du 1er décembre 2015 sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme

818.101.24 Ordonnance 3 du 19 juin 2020 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (COVID-19) (Ordonnance 3 COVID-19)

818.101.241 Mesures complémentaires pour faire face à la crise du corona

→ 142.318

→ 161.17

→ 171.10 art. 10a, 10b

→ 272.81

→ 314.11 annexe 2

→ 412.101.243

→ 412.103.11

→ 412.103.12

→ 412.103.2

→ 413.141

→ 413.16

→ 413.17

→ 415.01 art. 20, 22, 23a, 39, 41, 63a, 83c

→ 415.022

→ 442.15

→ 443.122 art. 77a

→ 740.1 art. 8

→ 748.0 art. 102a, 103

→ 811.112.0 art. 5

→ 811.113.3 art. 4a, 4b, 12, 18 à 20, 28

→ 811.117.3 art. 3

- 817.02 art. 12, 95a
- 830.31
- 831.471
- 837.02 art. 46, 50, 57, 57a, 63
- 837.033
- 916.141
- 943.11 art. 21, 22
- 951.26
- 951.262

818.101.25 Ordonnance du 30 mars 2022 sur la suspension du système de traçage de proximité pour le coronavirus SARS-CoV-2 et du système visant à informer d'une infection possible au coronavirus SARS-CoV-2 lors de manifestations

818.101.27 Ordonnance du 23 juin 2021 sur les mesures destinées à lutter contre la pandémie de COVID-19 dans le domaine du transport international de voyageurs (Ordonnance COVID-19 transport international de voyageurs)

818.101.28 Ordonnance du 26 mai 2021 sur les mesures concernant les manifestations publiques d'importance supracantonale en lien avec l'épidémie de COVID-19 (Ordonnance COVID-19 manifestations publiques)

818.101.32 Ordonnance du 29 avril 2015 sur les laboratoires de microbiologie

818.102 Loi fédérale du 25 septembre 2020 sur les bases légales des ordonnances du Conseil fédéral visant à surmonter l'épidémie de COVID-19 (Loi COVID-19)

818.102.2 Ordonnance du 4 juin 2021 sur les certificats attestant la vaccination contre le COVID-19, le rétablissement du COVID-19 ou la réalisation d'un test de dépistage du COVID-19 (Ordonnance COVID-19 certificats)

818.102.3 Ordonnance du 18 juin 2021 sur les aides financières pour les cantons ayant pris des mesures en faveur des institutions d'accueil extra-familial pour enfants gérées par les pouvoirs publics en lien avec le COVID-19

818.103 Mesures à prendre par l'armée

- 510.35

818.105 État major fédéral Protection de la population

- 520.17

818.117 Sang et produits sanguins

- 812.212.1 art. 15 à 26

818.118 Utilisation d'organismes dans l'environnement

- 814.911

818.119 Utilisation des organismes en milieu confiné

- 814.912

818.2 Maladies rhumatismales

818.21 Loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales

818.3 Prévention et diagnostic

818.31 Loi fédérale du 3 octobre 2008 sur la protection contre le tabagisme passif

818.311 Ordonnance du 28 octobre 2009 sur la protection contre le tabagisme passif (Ordonnance concernant le tabagisme passif, OPTP)

818.312 Amendes d'ordre lors d'infractions à la loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif

→ 314.11 annexe 2 ch. X

818.33 Loi fédérale du 18 mars 2016 sur l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO)

818.331 Ordonnance du 11 avril 2018 sur l'enregistrement des maladies oncologiques (OEMO)

818.364 Fonds de prévention du tabagisme

→ 641.31 art. 28

→ 641.311 art. 38

→ 641.316

818.383 Dépistage du cancer du sein par mammographie

→ 832.102.4

818.5 Police vétérinaire

818.51

→ 817.190

→ 817.190.1

→ 916.4

819 Lutte contre les accidents

819.1 Sécurité des produits

→ 930.11

→ 930.111

→ 930.111.5

→ 930.112

→ 930.113

→ 930.114

→ 930.115

→ 930.116

819.14 Ordonnance du 2 avril 2008 sur la sécurité des machines (Ordonnance sur les machines, OMach)

819.734 Appareils et systèmes de protection utilisés en atmosphères explosibles

→ 734.6

819.812 Dispositifs médicaux

→ 812.213

819.814 Protection contre les dangers liés au rayonnement non ionisant et au son

→ 814.71

→ 814.711

819.832 Prévention des accidents professionnels

→ 819.832

Liste des publications de la Bibliothèque de droit comparé

État au 11 mai 2022

BIBLIOTHÈQUE DE DROIT COMPARÉ DU PARLEMENT EUROPEEN

LISTE DES PUBLICATIONS

Table de matières

I.	Cours constitutionnelles.....	118
II.	Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions.....	119
III.	Droit à la vie privée.....	120
IV.	Liberté d'expression.....	121
V.	Principes d'égalité et de non-discrimination.....	122
VI.	Droit à la santé.....	123
VII.	Droit d'exception (bases juridiques pour les mesures anti COVID-19).....	124
VIII.	Ratification des traités internationaux.....	125
IX.	Autres sujets.....	126



I. Cours constitutionnelles

- **Allemagne** : SCHÖNDORF-HAUBOLD, B. :
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Deutschland: Das Bundesverfassungsgericht](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VIII und 48 S., Referenz PE 593.504 (version originale en allemand) ;
[Le rôle des cours constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - Allemagne: la Cour constitutionnelle fédérale](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), novembre 2016, VIII et 55 pp., référence PE 593.504 (version traduction en français avec commentaires ajoutés) ;
[El papel de los Tribunales Constitucionales en la gobernanza multinivel - Alemania: El Tribunal Constitucional Federal](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2016, VIII y 56 pp., referencia PE 593.504 (version traduction en espagnol avec commentaires ajoutés) ;
- **Belgique** : BEHRENDT, CH. :
[Le rôle des Cours constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - Belgique: La Cour constitutionnelle](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), novembre 2016, VIII et 38 pp., référence PE 593.508 (version originale en français) ;
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Belgien: Der Verfassungsgerichtshof](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VIII und 41 S., Referenz PE 593.508 (version traduction en allemand) ;
[Il ruolo delle Corti costituzionali in un sistema di governo multilivello - Belgio: La Corte costituzionale](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2016, VIII e 39 pp., referencia PE 593.508 (version traduction en italien) ;
- **Canada** : POIRIER, J. : [The role of constitutional courts, a comparative law perspective - Canada: The Supreme Court](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), July 2019, VI and 41 pp., reference PE 640.134 ;
- **Espagne** : PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL, F. :
[El papel de los Tribunales Constitucionales en la gobernanza a diferentes niveles - España: El Tribunal Constitucional](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2016, VI y 29 pp., referencia PE 593.506 (version originale en espagnol) ;
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Spanien: Das Verfassungsgericht](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VI und 33 S., Referenz PE 593.506 (version traduction en allemand avec commentaires ajoutés) ;
- **États-Unis** : MARTIN, J.W. :
[The role of constitutional courts in multi-level governance - United States of America: The Supreme Court](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), November 2016, VI and 34 pp., reference PE 593.503 (version originale en anglais) ;
[Le rôle des cours constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - États-Unis d'Amérique: la Cour suprême](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), novembre 2016, VI et 46 pp., référence PE 593.503 (version traduction en français avec commentaires ajoutés) ;
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der Multi-Level-Governance“ - Vereinigte Staaten von Amerika: Der Oberste Gerichtshof](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VII und 40 S., Referenz PE 593.503 (version traduction en allemand avec commentaires ajoutés) ;
- **Italie** : LUCIANI, M. :
[Il ruolo delle Corti costituzionali in un sistema di governo multilivello - Italia: La Corte costituzionale](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2016, VI e 30 pp., referencia PE 593.507 (version originale en italien) ;
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Italien: Der Verfassungsgerichtshof](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, V und 35 S., Referenz PE 593.507 (version traduction en allemand avec commentaires ajoutés) ;
- **Suisse** : DE ROSSA, F. :
[Le rôle des Cours Constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - Suisse: Le Tribunal fédéral](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), novembre 2016, VI et 108 pp., référence PE 593.509 (version originale en français) ;
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Schweiz: Das Bundesgericht](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VII und 49 S., Referenz PE 593.509 (version traduction en allemand avec commentaires ajoutés) ;
[Il ruolo delle Corti costituzionali nella governance multilivello - Svizzera: Il Tribunale federale](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2016, VI e 47 pp., referencia PE 593.509 (version traduction en italien) ;
- **Union européenne** : SALVATORE, V. :
[Il ruolo delle Corti Costituzionali in un sistema di governo multilivello - Unione Europea: La Corte di Giustizia dell'UE](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2016, VI e 29 pp., referencia PE 593.505 (version originale en italien) ;
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Europäische Union: Der Gerichtshof der Europäischen Union](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VII und 32 S., Referenz PE 593.505 (version traduction en allemand) ;
[The role of constitutional courts in multi-level governance - European Union: The Court of Justice of the European Union](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), November 2016, VI and 29 pp., reference PE 593.505 (version traduction en anglais).

II. Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions

- **Allemagne** : SCHÖNDORF-HAUBOLD, B. : [*Rechtsbehelfe des Einzelnen bei den höchsten gerichtlichen Instanzen: eine Perspektive der Rechtsvergleichung - Deutschland*](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2017, X und 65 S., Referenz PE 608.735 ;
- **Belgique** : BEHRENDT, CH. : [*Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Belgique*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2017, V et 38 pp., référence PE 608.732 ;
- **Canada** : POIRIER, J. : [*Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Canada*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2017, VIII et 73 pp., référence PE 608.733 (version originale en français) ;
[*Legal Proceedings available to Individuals before the Highest Courts: A Comparative Law Perspective - Canada*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2017, X and 80 pp., reference PE 608.733 (version traduction en anglais) ;
- **Conseil de l'Europe** : PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL, F. : [*Los recursos de los particulares ante las más altas jurisdicciones, una perspectiva de Derecho Comparado - Consejo de Europa: Tribunal Europeo de Derechos Humanos*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2017, VI y 51 pp., referencia PE 608.734 ;
- **Espagne** : GONZÁLEZ-TREVUJANO SÁNCHEZ, P. : [*Los recursos de los particulares ante las más altas jurisdicciones, una perspectiva de Derecho Comparado - España*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2017, VIII y 52 pp., referencia PE 608.737 ;
- **États-Unis** : ACOSTA, L. : [*Judicial remedies for individuals before the highest jurisdictions, a comparative law perspective - United States of America*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2017, VIII and 33 pp., reference PE 608.743 ;
- **Italie** : LUCIANI, M. : [*I ricorsi individuali dinanzi alle più alte giurisdizioni. Una prospettiva di diritto comparato - Italia*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2017, VIII e 31 pp., referencia PE 608.736 ;
- **Royaume-Uni** : CRAM, I. : [*Judicial remedies for individuals before the highest jurisdictions, a comparative law perspective - The United Kingdom*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2017, VIII and 50 pp., reference PE 608.746 ;
- **Suisse** : DE ROSSA, F. : [*Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Suisse*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2017, VIII et 58 pp., référence PE 608.738 ;
- **Union européenne** : SALVATORE, V. : [*I ricorsi individuali dinanzi alle più alte giurisdizioni, una prospettiva di diritto comparato - UE: Corte di giustizia dell'Unione europea*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2017, VI e 39 pp., referencia PE 608.742.

III. Droit à la vie privée

- **Allemagne** : SCHÖNDORF-HAUBOLD, B. : [*Das Recht auf Achtung des Privatlebens – Problemstellungen im Digitalbereich, eine rechtsvergleichende Perspektive: Deutschland*](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2018, X und 94 S., Referenz PE 628.285 ;
- **Belgique** : BEHRENDT, CH. : [*Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Belgique*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VI et 32 pp., référence PE 628.304 ;
- **Canada** : MOYSE, P.-E. : [*Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Canada*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 67 pp., référence PE 628.292 ;
- **Conseil de l'Europe** : PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL, F. : [*El derecho al respeto de la vida privada: los retos digitales, una perspectiva de Derecho comparado - Consejo de Europa*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2018, VI y 53 pp., referencia PE 628.261 ;
- **Espagne** : GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P. : [*El derecho al respeto de la vida privada: los retos digitales, una perspectiva de Derecho comparado - España*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2018, VIII y 58 pp., referencia PE 628.260 ;
- **États-Unis** : ACOSTA, L. : [*The right to respect for private life: digital challenges, a comparative-law perspective - The United States*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2018, VIII and 35 pp., reference PE 628.240 ;
- **France** : PONTHEUREAU, M.-C. : [*Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - France*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 34 pp., référence PE 628.241 ;
- **Italie** : LUCIANI, M. : [*Il diritto al rispetto della vita privata: le sfide digitali, una prospettiva di diritto comparato - Italia*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2018, VIII e 46 pp., referencia PE 628.259 ;
- **Royaume-Uni** : CRAM, I. : [*The right to respect for private life: digital challenges, a comparative-law perspective - The United Kingdom*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2018, X and 38 pp., reference PE 628.249 ;
- **Suisse** : METILLE, S. : [*Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Suisse*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 57 pp., référence PE 628.242 ;
- **Union européenne** : SALVATORE, V. : [*Il diritto al rispetto della vita privata: le sfide digitali, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2018, VI e 39 pp., referencia PE 628.243.

IV. Liberté d'expression

- **Allemagne** : SCHÖNDORF-HAUBOLD, B. : [*Freiheit der Meinungsäußerung, eine rechtsvergleichende Perspektive - Deutschland*](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2019, X und 107 S., Referenz PE 642.269 ;
- **Belgique** : BEHRENDT, CH. : [*Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - Belgique*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VI et 42 pp., référence PE 642.243 ;
- **Canada** : MOYSE, P.-E. : [*Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - Canada*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VI et 71 pp., référence PE 642.244 ;
- **Conseil de l'Europe** : ZILLER, J. : [*Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - Conseil de l'Europe*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VI et 64 pp., référence PE 642.268 ;
- **Espagne** : GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P. : [*La libertad de expresión, una perspectiva de Derecho Comparado - España*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2019, VIII y 56 pp., referencia PE 642.241 ;
- **États-Unis** : VELENCHUK, T. : [*Freedom of expression, a comparative law perspective - The United States*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2019, X and 48 pp., reference PE 642.246 ;
- **France** : PONTTHOREAU, M.-C. : [*Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - France*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VI et 43 pp., référence PE 642.245 ;
- **Italie** : LUCIANI, M. : [*La libertà di espressione, una prospettiva di diritto comparato - Italia*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2019, VIII e 55 pp., referenza PE 642.242 ;
- **Pérou** : ESPINOSA-SALDAÑA BARRERA, E. : [*La libertad de expresión, una perspectiva de Derecho Comparado - Perú*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2019, VI y 43 pp., referencia PE 644.176 ;
- **Royaume-Uni** : CRAM, I. : [*Freedom of expression, a comparative-law perspective - The United Kingdom*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2019, VI and 53 pp., reference PE 642.263 ;
- **Suisse** : COTTIER, B. : [*Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - Suisse*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VIII et 39 pp., référence PE 642.262 ;
- **Union européenne** : SALVATORE, V. : [*La libertà di espressione, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2019, VI e 40 pp., referenza PE 644.172.

V. Principes d'égalité et de non-discrimination

- **Allemagne** : REIMER, F. : [Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive - Deutschland](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2020, XIV und 77 S., Referenz PE 659.305 (version originale en allemand) ;
[Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé - Allemagne](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mars 2022, XIV et 111 pp., référence PE 729.295 (version traduction en français avec commentaires ajoutés et mise à jour) ;
- **Autriche** : VASEK, M. : [Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive - Österreich](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2020, VIII und 44 S., Referenz PE 659.277 (version originale en allemand) ;
[Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé - Autriche](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2020, VIII et 49 pp., référence PE 659.277 (version traduction en français avec commentaires ajoutés) ;
- **Belgique** : BEHRENDT, CH. : [Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé - Belgique](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2021, VIII et 44 pp., référence PE 679.087 ;
- **Canada** : SHEPPARD, C. : [The principles of equality and non-discrimination, a comparative law perspective - Canada](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), November 2020, VIII and 64 pp., reference PE 659.362 (version originale en anglais) ;
[Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé - Canada](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2022, X et 92 pp., référence PE 698.937 (version traduction en français avec commentaires ajoutés et mise à jour) ;
- **Chili** : GARCIA PINO, G. : [Los principios de igualdad y no discriminación, una perspectiva de Derecho Comparado - Chile](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), marzo 2021, VIII y 120 pp., referencia PE 690.533 ;
- **Conseil de l'Europe** : ZILLER, J. : [Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé - Conseil de l'Europe](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2020, VIII et 72 pp., référence PE 659.276 ;
- **Espagne** : GONZÁLEZ-TREVUJANO SÁNCHEZ, P. : [Los principios de igualdad y no discriminación, una perspectiva de Derecho Comparado - España](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2020, VIII y 104 pp., referencia PE 659.297 ;
- **États-Unis** : OSBORNE, E.L. : [The principles of equality and non-discrimination, a comparative law perspective - United States of America](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), March 2021, XII and 83 pp., reference PE 689.375 (version originale en anglais) ;
[Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé - États-Unis d'Amérique](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2022, XIII et 111 pp., référence PE 698.938 (version traduction en français avec commentaires ajoutés et mise à jour) ;
- **France** : PONTHEUREAU, M.-C. : [Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé - France](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service recherche du Parlement européen (EPRS), janvier 2021, VIII et 44 pp., référence PE 679.061 ;
[Los principios de igualdad y no discriminación, una perspectiva de Derecho Comparado - Francia](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), abril 2022, XI y 83 pp., referencia PE 729.378 (version traduction en espagnol avec commentaires ajoutés et mise à jour) ;
- **Italie** : LUCIANI, M. : [I principi di eguaglianza e di non discriminazione, una prospettiva di diritto comparato - Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2020, X e 71 pp., referencia PE 659.298 ;
- **Pérou** : ESPINOSA-SALDAÑA BARRERA, E. : [Los principios de igualdad y no discriminación, una perspectiva de Derecho Comparado - Perú](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), diciembre 2020, VIII y 64 pp., referencia PE 659.380 ;
- **Suisse** : FREI, N. : [Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive - Schweiz](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2020, X und 70 S., Referenz PE 659.292 ;
[Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé - Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mars 2022, X et 95 pp., référence PE 729.316 (version traduction en français avec commentaires ajoutés et mise à jour) ;
- **Union européenne** : SALVATORE, V. : [I principi di uguaglianza e non discriminazione, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), gennaio 2021, VIII e 61 pp., referencia PE 679.060.

VI. Droit à la santé

- **Allemagne** : REIMER, F. : [Das Recht auf Gesundheit, eine rechtsvergleichende Perspektive: Deutschland](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2021, XIV und 81 S., Referenz PE 698.770 ;
- **Argentine** : DÍAZ RICCI, S. : [El derecho a la salud, una perspectiva de Derecho Comparado: Argentina](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2021, XVIII y 134 pp., referencia PE 698.814 ;
- **Autriche** : WIMMER, A. : [Das Recht auf Gesundheit, eine rechtsvergleichende Perspektive: Österreich](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), April 2022, XI und 70 S., Referenz PE 729.394;
- **Belgique** : BEHRENDT, C. : [Le droit à la santé une perspective de Droit comparé: Belgique](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mars 2022, IX et 74 pp., référence PE 729.344 ;
- **Conseil de l'Europe** : ZILLER, J. : [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé : Conseil de l'Europe](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), septembre 2021, VIII et 67 pp., référence PE 698.030 ;
- **Espagne** : GONZÁLEZ-TREVIANO SÁNCHEZ, P. : [El derecho a la salud, una perspectiva de Derecho Comparado: España](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2021, X y 89 pp., referencia PE 698.810 ;
- **États-Unis** : MARTIN, J.W. : [Right to health, a comparative law perspective - United States of America](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), May 2022, XI and 74 pp., reference PE 729.407;
- **France** : PONTHEAU, M.-C. : [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé: France](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2021, X et 66 pp., référence PE 698.755 ;
- **Italie** : LUCIANI, M. : [Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato: Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), gennaio 2022, XII e 85 pp., referencia PE 698.893 ;
- **Mexique** : FERRER MAC-GREGOR POISOT, E. : [El derecho a la salud, una perspectiva de Derecho Comparado: México](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), enero 2022, X y 116 pp., referencia PE 698.899 ;
- **Union européenne** : SALVATORE, V. : [Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato: Unione europea](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), dicembre 2021, X e 68 pp., referencia PE 698.827.

VII. Droit d'exception (bases juridiques pour les mesures anti COVID-19)

- **Allemagne** : SCHÄFER, B. :
[Das Recht des Ausnahmezustands im Rechtsvergleich - Deutschland: Ungenutztes Notstandsrecht und Integration des Ausnahmefalls in das einfache Recht](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), mai 2020, IV und 35 S., Referenz PE 651.938 (version originale en allemand) ;
[Le droit d'exception, une perspective de droit comparé - Allemagne : non-utilisation du droit d'exception en faveur de l'application du droit ordinaire](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mai 2020, IV et 38 pp., référence PE 651.938 (version traduction en français avec commentaires ajoutés) ;
- **Belgique** : BOUHON, M., JOUSTEN, A., MINY, X. : [Droit d'exception, une perspective de droit comparé - Belgique : Entre absence d'état d'exception, pouvoirs de police et pouvoirs spéciaux](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), avril 2021, X et 161 pp., référence PE 690.581 ;
- **Espagne** : LECUMBERRI BEASCOA, G. :
[El Derecho de excepción, una perspectiva de Derecho Comparado - España: estado de alarma](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), abril 2020, II y 19 pp., referencia PE 649.366 (version originale en espagnol) ;
[Das Notstandsrecht, eine rechtsvergleichende Perspektive - Spanien: Alarmzustand](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), April 2020, II und 20 S., Referenz PE 649.366 (version traduction en allemand avec commentaires ajoutés) ;
[Le droit d'exception, une perspective de droit comparé - Espagne : état d'alerte](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), avril 2020, II et 19 pp., référence PE 649.366 (version traduction en français) ;
[Il diritto di eccezione, una prospettiva di diritto comparato - Spagna: stato di allarme](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), aprile 2020, II e 20 pp., referencia PE 649.366 (version traduction en italien avec commentaires ajoutés) ;
[El Derecho de excepción, una perspectiva de Derecho Comparado - España: estado de alarma](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), 2a edición (aumentada y puesta al día), julio 2020, VI y 69 pp., referencia PE 652.005 ;
- **France** : ZILLER, J. : [Droit d'exception, une perspective de droit comparé - France : lois d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mai 2021 (mise à jour du 1^{er} juin 2021), X et 105 pp., référence PE 690.624 ;
- **Italie** : ALIBRANDI, A. : [Il diritto di eccezione: una prospettiva di diritto comparato - Italia: stato di emergenza](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), giugno 2020, VIII e 49 pp., referencia PE 651.983.

VIII. Ratification des traités internationaux

- **Allemagne** : GRAF VON KIELMANSEGG, S. : [Ratifikation völkerrechtlicher Verträge: eine rechtsvergleichende Perspektive - Deutschland](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), April 2018, VIII und 47 S., Referenz PE 620.232 (version originale en allemand) ;
[Ratificación de los tratados internacionales: una perspectiva de Derecho Comparado - Alemania](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), abril 2018, X y 55 pp., referencia PE 620.232 (version traduction en espagnol avec commentaires ajoutés) ;
[La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Allemagne](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2021, XII et 68 pp., référence PE 689.340 (version traduction en français avec commentaires ajoutés et mise à jour) ;
- **Belgique** : BEHRENDT, CH. : [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Belgique](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mars 2020, VI et 44 pp., référence PE 646.197 ;
- **Canada** : PROVOST, R. : [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Canada](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2018, VI et 34 pp., référence PE 633.186 ;
- **Espagne** : FERNÁNDEZ DE CASADEVANTE ROMANI, C. : [La ratificación de los tratados internacionales, una perspectiva de Derecho Comparado - España](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), septiembre 2021, VIII y 80 pp., referencia PE 698.044 ;
- **États-Unis** : WINSTON, A.M. : [Ratification of international treaties, a comparative law perspective - United States of America](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), July 2020, VIII and 44 pp., reference PE 652.013 ;
- **France** : PONTHEUREAU, M.-C. : [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - France](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), juin 2019, VI et 61 pp., référence PE 637.963 ;
- **Italie** : CAFARO, S. : [La ratifica dei trattati internazionali, una prospettiva di diritto comparato - Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), luglio 2018, VIII e 42 pp., referenza PE 625.128 ;
- **Maroc** : BERRAMDANE, A. : [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Maroc](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), décembre 2018, VIII et 52 pp., référence PE 630.337 ;
- **Portugal** : SALVAÇÃO BARRETO, P. : [A ratificação de tratados internacionais, uma perspectiva de direito comparado - Portugal](#), Unidade Biblioteca de Direito Comparado, Serviços de Estudos do Parlamento Europeu (EPRS), novembro 2018, VIII e 33 pp., referência PE 630.294 ;
- **Suisse** : DE ROSSA, F. : [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mars 2018, VI et 35 pp., référence PE 614.719.

IX. Autres sujets

- **Droits d'auteur** : AA. Vv.: [*Copyright Law in the EU: Salient features of copyright law across the EU Member States*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), June 2018, VIII and 409 pp., reference PE 625.126 ;
- **Cour Suprême des États-Unis : nomination des juges** : DIEZ PARRA, I. : [*La nomination des juges de la Cour Suprême des États-Unis*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), septembre 2020, 10 pp., référence PE 652.103.
- **Jurisprudence sélectionnée** :
 UNITÉ BIBLIOTHÈQUE DE DROIT COMPARÉ : [*Better Law-Making – Selected case law*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), January 2017, 5 pp ;
 UNITÉ BIBLIOTHÈQUE DE DROIT COMPARÉ : [*Rule of law– Selected case law*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), March 2017, 15 pp, reference PE 599.338 ;
 MICHAELSEN, F. et DIEZ PARRA, I. (coord.) : [*Accession of the EU to the ECHR – Selected publications & case law*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), July 2017, 7 pp, reference PE 607.299.
- **Publications sélectionnées** :
 UNITÉ BIBLIOTHÈQUE DE DROIT COMPARÉ : [*Better Law-Making – Selected publications*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), January 2017, 9 pp ;
 UNITÉ BIBLIOTHÈQUE DE DROIT COMPARÉ : [*Rule of law– Selected publications*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), March 2017, 13 pp, reference PE 599.339 ;
 UNITÉ BIBLIOTHÈQUE DE DROIT COMPARÉ : [*Better Law-Making – Selected publications*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), February 2018, 9 pp, reference PE 614.712 ;
 DIMBOUR, C. et DIEZ PARRA, I. (dir.) : [*Sélection de publications en droit comparé: Juridictions constitutionnelles : fondamentaux*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2020, 35 pp., référence PE 646.175.

Ce document s'intègre dans une série d'études qui, avec une perspective de droit comparé, vise à faire une présentation du droit à la santé dans différents ordres juridiques. Après avoir expliqué la réglementation et la jurisprudence d'application, le contenu, les limites et la possible évolution de ce droit sont examinés.

La présente étude a pour objet le cas de la Suisse.

Elle présente les tensions idéologiques qui peuvent naître de la rencontre de l'impératif de santé publique d'une part et d'une conception résolument libérale de l'État, qui érige la responsabilité individuelle en valeur cardinale, et l'obstacle qu'elles représentent pour l'émergence et la consécration législative d'un droit à la santé. L'abondante jurisprudence rendue par les tribunaux suisses, dont la portée est parfois très politique, offre toutefois quelques pistes solides pour envisager une telle perspective.

La présente est une publication de l'Unité « Bibliothèque de droit comparé »
EPRS | Service de recherche du Parlement européen

Ce document a été préparé à l'attention des députés et du personnel du Parlement européen comme documentation de référence pour les aider dans leur travail parlementaire. Le contenu du document est de la seule responsabilité de l'auteur et les avis qui y sont exprimés ne reflètent pas nécessairement la position officielle du Parlement.



PE 729.419

Imprimé ISBN 978-92-846-9451-8 | doi:10.2861/227903 | QA-07-22-320-FR-C

PDF ISBN 978-92-846-9452-5 | doi:10.2861/163914 | QA-07-22-320-FR-N