



Rapport

Date de la séance du CE : 9 septembre 2020
Direction : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
N° d'affaire : 2019.GEF.1107
Classification : Non classifié

Loi sur la santé publique (LSP) (Modification)

Table des matières

1.	Synthèse	1
2.	Contexte	2
2.1	Législation fédérale régissant les professions de la santé	2
2.2	Interventions parlementaires	3
3.	Caractéristiques de la nouvelle réglementation	4
4.	Mise en œuvre et évaluation	4
5.	Commentaire des articles	4
6.	Répercussions financières, répercussions sur le personnel et l'organisation	11
7.	Répercussions sur les communes et sur l'économie	11
8.	Résultat de la procédure de consultation	11
9.	Proposition	11

1. Synthèse

La présente révision de la [loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique \(LSP\)](#)¹ vise en premier lieu à adapter la législation bernoise au nouveau droit fédéral dans le domaine des professions de la santé et, partant, à restaurer la concordance des prescriptions entre les deux niveaux.

Il s'agit aussi de donner suite aux recommandations formulées dans les rapports du Conseil-exécutif concernant les deux interventions parlementaires suivantes :

- postulat 045-2013 Steiner-Brütsch *Introduction d'une autorisation de cabinet dans le canton de Berne* : le Grand Conseil a pris connaissance du rapport lors de sa session de janvier 2018 en l'assortissant d'une déclaration de planification ;
- motion 142-2016 de la Commission de gestion du Grand Conseil (CGes) *Obtenir une vue d'ensemble des commissions* : il est prévu de supprimer le Collège de santé, comme recommandé dans le rapport du 23 janvier 2019² relatif aux commissions spécialisées selon l'article 37 de la loi

¹ RSB 811.01

² *Fachkommissionen gemäss Art. 37 Organisationsgesetz* (en allemand uniquement)

du 20 juin 1995 sur l'organisation du Conseil-exécutif et de l'administration (loi d'organisation, LOCA)³.

Par ailleurs, la révision permet de mettre à jour diverses dispositions de la loi réglant en particulier les professions de la santé relevant du droit cantonal, le service d'urgence ambulatoire ainsi que la durée de conservation des dossiers médicaux. L'[ordonnance du 24 octobre 2001 sur les activités professionnelles dans le secteur sanitaire \(ordonnance sur la santé publique, OSP\)](#)⁴ sera actualisée en parallèle.

Enfin, la formation postgrade dans les professions médicales universitaires donne lieu à une modification indirecte de la [loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers \(LSH\)](#)⁵, qui permet de réaliser la motion 249-2014 Mühlheim *Deux poids et deux mesures dans la formation postgrade des médecins*, adoptée par le Grand Conseil lors de sa session de juin 2015. Il reviendra au Conseil-exécutif d'examiner et d'actualiser les dispositions correspondantes de l'[ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers \(OSH\)](#)⁶.

N.B. La version française fait l'objet de quelques adaptations purement rédactionnelles (mise à jour de la terminologie et correction de coquilles) aux articles 1, 10, 15, 16a, 25 et 28 ainsi qu'au titre 1.2.

2. Contexte

2.1 Législation fédérale régissant les professions de la santé

La [loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires \(loi sur les professions médicales, LPMéd\)](#)⁷ est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2007. Depuis, les conditions d'octroi des autorisations de pratiquer, les devoirs professionnels ainsi que la surveillance des personnes concernées (médecins, médecins-dentistes, chiropraticiens et chiropraticiennes, pharmaciens et pharmaciennes, vétérinaires)⁸ sont intégralement réglés par la Confédération.

La modification de la LSP entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011, qui avait été adoptée le 19 janvier 2010 en première et unique lecture par le Grand Conseil, avait en particulier pour but d'uniformiser la réglementation pour toutes les professions de la santé requérant une autorisation, en adaptant la LSP à la LPMéd, qui prime le droit cantonal⁹.

Le 1^{er} avril 2013 est par ailleurs entrée en vigueur la [loi fédérale du 18 mars 2011 sur les professions relevant du domaine de la psychologie \(loi sur les professions de la psychologie, LPsy\)](#)¹⁰. Celle-ci règle également de manière finale, au niveau suisse, le régime d'autorisation et de surveillance ainsi que les devoirs professionnels des personnes exerçant la psychothérapie sous leur propre responsabilité.

Ces mêmes éléments sont également réglés de manière harmonisée à l'échelle nationale, depuis le 1^{er} février 2020, par la [loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé \(LPSan\)](#)¹¹, qui porte sur l'exercice sous propre responsabilité des professions suivantes, auparavant régies par le droit cantonal : infirmiers et infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, maïeuticiens et sages-femmes, diététiciens et diététiciennes, optométristes et ostéopathes (art. 2, al. 1 LPSan).

³ RSB 152.01

⁴ RSB 811.111

⁵ RSB 812.11

⁶ RSB 812.112

⁷ RS 811.11

⁸ Art. 2, al. 1 LPMéd

⁹ Rapport présenté par le Conseil-exécutif au Grand Conseil concernant la modification de la loi sur la santé publique (LSP), in : Journal de la session de janvier 2010 du Grand Conseil du canton de Berne, Année 2010 / document 1, annexe 3, point 1.3, p. 3

¹⁰ RS 935.81

¹¹ RS 811.21

2.2 Interventions parlementaires

Le projet de révision repose en partie sur les exigences qui faisaient l'objet des interventions parlementaires suivantes :

- *Motion 142-2016 de la CGes du 27 juin 2016 (Obtenir une vue d'ensemble des commissions)*
En adoptant cette motion lors de sa *session de mars 2017*, le Grand Conseil a notamment chargé le Conseil-exécutif de « réduire d'un tiers le nombre de commissions, par exemple en supprimant des organes ou en les réunissant » (point 2).
Dans son rapport du 23 janvier 2019 à la CGes précité, le gouvernement a en particulier relevé que, tout comme les Directions cantonales, il disposait de suffisamment d'organes consultatifs et que le Collège sanitaire pouvait donc tout à fait être supprimé.
- *Motion 045-2013 Steiner-Brütsch du 29 janvier 2013 (Introduction d'une autorisation de cabinet dans le canton de Berne)*
Lors de sa *session de septembre 2013*, le Grand Conseil a adopté la motion sous forme de postulat, chargeant le Conseil-exécutif d'étudier l'opportunité d'introduire une autorisation de cabinet, au sens d'une autorisation d'exploitation, pour l'ouverture d'un cabinet de médecin et, « en cas de besoin, une autorisation similaire pour d'autres professions médicales ».
Donnant suite à ce postulat, le gouvernement a adopté le 30 août 2017 un rapport à l'intention du Grand Conseil, dont ce dernier a pris connaissance lors de sa *session de janvier 2018* en formulant une déclaration de planification. Le rapport contient les recommandations suivantes :
 - prévoir la possibilité, moyennant une modification de la LSP, d'effectuer des inspections auprès de tous les professionnels et professionnelles de la santé ;
 - renoncer à introduire une autorisation obligatoire généralisée pour les cabinets médicaux et dentaires ;
 - veiller à l'application rigoureuse de l'obligation d'informer imposée aux professionnels et professionnelles de la santé et définir plus clairement les informations à communiquer ;
 - modifier l'OSP pour introduire l'autorisation d'exploiter obligatoire pour les établissements du secteur ambulatoire qui réalisent des interventions chirurgicales et des actes diagnostiques invasifs, de même que pour les cabinets médicaux et dentaires constitués en personnes morales ;
 - modifier l'OSP de sorte à supprimer l'obligation d'autorisation d'exploiter pour les magasins d'optique.Le Parlement a également adopté la déclaration de planification Brand (78 oui, 62 non, aucune abstention) : « Sur la base des résultats du rapport, il convient d'établir une possibilité d'effectuer des inspections auprès des professionnels de la santé en présence de motifs particuliers. Aucune autre mesure n'est à prendre par ailleurs. »
- *Motion 249-2014 Mühlheim du 19 novembre 2014 (Deux poids et deux mesures dans la formation postgrade des médecins)*
Adoptée par le Grand Conseil lors de sa *session de juin 2015* (141 oui, 2 non, 3 abstentions), cette intervention charge le Conseil-exécutif « d'adapter la loi sur les soins hospitaliers (LSH) de manière à ce que l'actuelle obligation pour les fournisseurs de prestations du secteur hospitalier de participer à la formation postgrade en médecine et en pharmacie (art. 104-105 LSH) soit complétée sur le modèle des professions médicales non-universitaires (art. 110 LSH). Les fournisseurs de prestations qui ne participent pas suffisamment à la formation devront en particulier s'acquitter d'un versement compensatoire comme prévu à l'article 110 LSH. »

3. Caractéristiques de la nouvelle réglementation

Les principaux éléments ont déjà été présentés au point 1 :

- adaptation des dispositions de la LSP à la législation fédérale de rang supérieur sur les professions de la santé ;
- mise en œuvre des recommandations formulées par le Conseil-exécutif suite à l'adoption de plusieurs interventions parlementaires ;
- actualisation de diverses prescriptions : professions de la santé régies par le droit cantonal, délai de conservation des dossiers médicaux et service d'urgence (organisation, taxe de compensation, procédure) ;
- réalisation d'une motion dans le champ d'application de la législation sur les soins hospitaliers (modification indirecte).

Lors de la mise à jour des dispositions d'exécution, il conviendra de vérifier si la modification de la loi implique aussi une révision de l'ordonnance.

4. Mise en œuvre et évaluation

Après l'entrée en vigueur de la présente modification, la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) s'assurera en particulier de la pertinence de la nouvelle base légale relative à l'inspection de l'ensemble des établissements de santé et des dispositions actualisées concernant le service d'urgence ambulatoire. Pour ce qui est de ce dernier, des échanges réguliers avec les associations professionnelles chargées de son organisation sont indispensables.

5. Commentaire des articles

1. Modification de la loi sur la santé publique

Article 4a (2.3 Maladies transmissibles)

La législation fédérale sur la tuberculose a été abrogée le 1^{er} janvier 2016, suite à la révision totale de la législation fédérale sur les épidémies, d'où la suppression des renvois correspondants aux alinéas 1 et 2.

Article 9 (3 Commissions)

Dans son rapport à la CGes du 23 janvier 2019 portant sur la mise en œuvre de la motion 142-2016, le Conseil-exécutif recommande notamment de supprimer le Collège de santé, comme indiqué au point 2.1. Dans l'appréciation des questions relatives à l'exercice du droit de surveillance, il précise que seule la section dentaire a été active les années précédentes et qu'en cas de disparition du Collège de santé, il conviendrait de créer un poste de médecin-dentiste cantonal ou cantonale, comme il en existe dans la plupart des autres cantons. La suppression du Collège n'aurait pas d'autres incidences directes selon le gouvernement, qui estime disposer, tout comme les Directions cantonales, de suffisamment d'organes consultatifs (spécialistes travaillant dans les différents offices, experts et expertes externes sur mandat, etc.).

Au vu de ce qui précède, l'alinéa 1 est abrogé et le titre marginal adapté. La création d'un poste de médecin-dentiste cantonal ou cantonale, partant l'étoffement de la dotation en personnel de l'Office du médecin cantonal (OMC), sont indispensables pour pouvoir assumer les futures tâches de surveillance des dentistes exerçant dans le canton de Berne. Il s'agit en premier lieu de mener des procédures de dénonciation (parfois de longue haleine) en cas de manquements, procédures pouvant être associées, en vertu du nouvel article 17b1, à une inspection du cabinet. La création de ce poste au sein de l'OMC

s'impose également pour pouvoir mieux faire face aux tâches actuelles (soutien général et conseil de l'OMC et du directeur de la DSSI dans les questions de médecine dentaire, surveillance du service médical scolaire, etc.). Le canton de Berne pourra en outre défendre ses intérêts concernant la prise en charge médico-dentaire au sein des organes nationaux tels que l'Association des médecins-dentistes cantonaux de Suisse (AMDCS). Il convient enfin de préciser que seuls quelques cantons, dont Berne, ne disposent pas encore d'un poste spécifiquement affecté à la médecine dentaire.

Les alinéas 2 et 3 sont adaptés en conséquence. L'habilitation du Conseil-exécutif à constituer des commissions pour l'étude de questions spécifiques dans le domaine de la santé publique est maintenue.

Article 15, alinéa 3 (1 Autorisation d'exercer ; principe)

La réserve (déclaratoire) faisant l'objet de l'*alinéa 3* est formulée de manière plus générale, étant donné qu'outre la LPMéd, deux autres lois fédérales (LPSy et LPSan) règlent désormais de manière exhaustive l'obligation de disposer d'une autorisation imposée à certaines catégories de professionnels et professionnelles de la santé exerçant sous leur propre responsabilité.

Article 15b, alinéas 1 et 2 (3 Conditions d'octroi de l'autorisation)

L'*alinéa 1* définit les conditions d'octroi d'une autorisation à des personnes qui exercent sous leur propre responsabilité une profession de la santé relevant du droit cantonal. Il s'agit actuellement des droguistes, des hygiénistes dentaires, des ambulanciers et ambulancières, des naturopathes, des homéopathes, des acupuncteurs et acupuntrices ainsi que des thérapeutes en médecine traditionnelle chinoise (cf. art. 2, lit. *l, o, p, q, r, s* et *t* OSP). La modification vise à adapter ces conditions à celles prévues par la LPSan. Il n'existe pas de raison objective de prévoir d'autres exigences pour les professions de la santé qui continuent d'être régies par le droit cantonal, ni de dispenser ces dernières d'une autorisation de police sanitaire.

Par conséquent, l'exigence de bénéficier de l'expérience pratique (*al. 1, lit. b*) est supprimée, dès lors qu'elle ne figure pas dans la LPSan. En revanche, la maîtrise d'une langue officielle du canton est intégrée à la nouvelle *lettre c1 de l'alinéa 1*, par analogie avec l'article 12, alinéa 1, lettre c LPSan.

Comme à l'article 15, alinéa 3, le renvoi (déclaratoire) au droit fédéral supérieur figurant à l'*alinéa 2* est formulé de manière plus générale suite à l'introduction de la LPSy et de la LPSan.

Article 17 (Mesures de l'autorité de surveillance ; 1 Retrait de l'autorisation)

Le titre est précisé. Les mesures de l'autorité de surveillance comprennent le retrait (administratif) d'une autorisation (art. 17), les mesures disciplinaires envers des titulaires d'une autorisation d'exercer (art. 17a), les mesures envers des titulaires d'une autorisation d'exploiter (art. 17b) et les mesures d'exploitation (nouvel art. 17b1).

Article 17a (2 Mesures disciplinaires)

L'*alinéa 1* spécifie que le service compétent de la DSSI doit se référer à la loi fédérale applicable en l'espèce (LPMéd, LPSy ou LPSan) pour ordonner des mesures disciplinaires.

Si ces dernières concernent un professionnel ou une professionnelle de la santé qui nécessite une autorisation d'exercer selon le droit cantonal, les mesures disciplinaires prévues par la LPSan (art. 19) sont applicables par analogie (*al. 2*).

Comme ces mesures sont réglées de manière uniforme dans les trois lois fédérales précitées et que celles prévues par la LSP dans sa teneur actuelle correspondent déjà à la LPMéd ou y renvoient, la modification de l'article 17a n'entraîne aucune adaptation majeure dans l'exécution.

Article 17b1 (3a Inspections et mesures d'exploitation) (nouveau)

Alinéa 1

Lors du débat sur le rapport du Conseil-exécutif concernant le postulat 045-2013¹², une large majorité du Grand Conseil a estimé que, pour des raisons de politique sanitaire, la possibilité pour l'autorité de surveillance de mener si nécessaire des inspections répondait à un besoin réel pour toutes les professions de la santé. De l'avis des députés et députées, il fallait axer ces inspections sur les risques, c'est-à-dire y procéder en particulier en présence de motifs particuliers ou de dénonciations. Il a été jugé nécessaire d'inscrire une norme de compétence dans la LSP pour que l'autorité de surveillance puisse prendre les mesures requises¹³ et d'introduire des instruments plus efficaces pour que l'OMC dispose, en cas de soupçon, des moyens requis pour mettre fin à l'activité des rares professionnels et professionnelles de la santé qui ne se conforment pas aux règles¹⁴.

Le nouvel article 17b, alinéa 1 concrétise ces objectifs, très largement admis, en habilitant le service compétent de la DSSI à procéder ou faire procéder, en cas d'indices de mise en danger de la santé publique, à des inspections annoncées ou inopinées dans des établissements de santé ambulatoires exerçant des activités soumises à autorisation et à traiter les données requises à cet effet. Sont considérées comme établissements de santé ambulatoires – indépendamment de leur forme juridique – toutes les structures ambulatoires qui ne requièrent pas d'autorisation d'exploiter, telles que cabinet individuel de médecine, de chiropraxie ou d'ergothérapie, centre de médecine traditionnelle chinoise (MTC), centre dentaire, cabinet médical ou physiothérapeutique de groupe, centre d'urgences ambulatoires ou permanence ambulatoire. Le critère décisif est la pratique d'activités nécessitant une autorisation d'exercer selon le droit fédéral ou cantonal.

Alinéas 2 et 3

S'inspirant de l'article 131 LSH, ces prescriptions imposent une obligation légale de collaborer aux responsables des établissements de santé inspectés. Dès lors que ces structures ne nécessitent pas d'autorisation d'exploiter, l'obligation ne peut revenir à la personne physique ou morale titulaire d'une telle autorisation, mais incombe aux personnes chargées de la gestion de l'établissement de santé et à celles qui y travaillent, quelle que soit leur fonction. Pour les cabinets individuels, il s'agit en règle générale du professionnel ou de la professionnelle de la santé en personne ; pour les centres TCM ou les permanences ambulatoires (que ce soit une société à responsabilité limitée ou une société anonyme), des organes de gestion de la personne morale ainsi que des professionnels et professionnelles de la santé qui y pratiquent (auxiliaires inclus). Les personnes concernées ne peuvent invoquer d'obligation de garder le secret dans le cadre de leur obligation de collaborer (secret professionnel en particulier).

Alinéa 4

S'il constate un risque pour la santé publique, le service compétent de la DSSI doit avoir la possibilité d'ordonner les mesures d'exploitation nécessaires pour la protection de la patientèle. Concrètement, il devrait s'agir de cas particuliers dans lesquels l'hygiène des locaux ou de l'équipement n'est plus garantie. Les mesures en question doivent bien entendu être notifiées à l'exploitant ou à l'exploitante sous forme de décision formelle susceptible de recours.

Article 18 (5 Prescription)

Comme pour la modification de l'article 17a, alinéa 1, il est tenu compte du fait que les conditions d'autorisation, de diligence et de surveillance applicables aux diverses professions de la santé sont désormais régies par trois lois fédérales (LPMéd, LPSy et LPSan), dont les dispositions ont été harmonisées (*al. 1*).

¹² Journal du Grand Conseil, Année 2017 / Cahier 5, p. 1699 ss

¹³ Voir intervention Brand (UDC), Journal du Grand Conseil, ibidem, p. 1700

¹⁴ Voir intervention Mülheim (pvl), Journal du Grand Conseil, ibidem, p. 1700

En cas de violation du devoir de diligence lié à la profession ou à l'entreprise par des personnes ou exploitations soumises à autorisation selon le droit cantonal, les dispositions en matière de prescription de la LPSan (art. 22) s'appliquent par analogie (*al. 2*).

Article 19a, alinéa 1 (2 Inspections et mesures de l'autorité de surveillance)

Pour pouvoir s'assurer en cas de doute qu'un établissement de santé ambulatoire n'exerce effectivement que des activités non soumises à autorisation, le service compétent de la DSSI doit avoir la possibilité de se faire une image de la situation sur les lieux, dans le cadre d'une inspection. Le titre marginal et l'alinéa 1 sont complétés en conséquence.

Article 20, alinéa 1 (Communications et publication)

Comme indiqué précédemment (voir point 2.2 supra), le Conseil-exécutif a notamment recommandé dans son rapport du 30 août 2017 concernant le postulat 045-2013 de veiller à l'application rigoureuse de l'obligation d'informer imposée aux professionnels et professionnelles de la santé et de définir plus clairement les éléments à communiquer.

Par conséquent, l'*alinéa 1* est précisé comme suit : les titulaires d'une autorisation d'exercer sont désormais tenus de communiquer au service compétent de la DSSI non seulement l'adresse de leur cabinet et l'arrêt définitif de leur activité, mais aussi leurs coordonnées, la nature et l'étendue de l'activité professionnelle soumise à autorisation. Ces informations doivent être actualisées à chaque changement. L'autorité cantonale a besoin de ces indications supplémentaires pour la planification des soins ambulatoires, étant donné qu'il n'existe pas d'obligation générale de détenir une autorisation d'exploiter dans ce domaine. Le gouvernement peut régler les détails à l'article 10 OSP.

Article 22, alinéa 1 et alinéa 1a (nouveau) (Devoirs professionnels)

La LSP est également adaptée à la législation fédérale pour ce qui est des devoirs professionnels : l'*alinéa 1* dispose (à titre déclaratoire) que ceux-ci sont régis par la loi fédérale applicable à l'activité en question.

Conformément au nouvel *alinéa 1a*, les devoirs professionnels prescrits par la LPSan s'appliquent par analogie aux professionnels et professionnelles de la santé qui nécessitent une autorisation d'exercer en vertu du droit cantonal.

Article 26, alinéa 2 (Documentation obligatoire)

La Confédération a révisé le droit de la prescription au 1^{er} janvier 2020. Le délai relatif de prescription a ainsi été porté d'un à trois ans, alors que le délai absolu a été allongé à vingt ans au lieu de dix en cas de dommage corporel (mort d'homme ou lésion corporelle) pour les actions en responsabilité délictuelle et contractuelle.

Le délai général de conservation des dossiers médicaux, fixé actuellement à dix ans, avait été établi avant tout en fonction du délai général de prescription de dix ans qui permettait de faire valoir des prétentions relevant de la relation thérapeutique. Il y a lieu de l'adapter au délai absolu de prescription s'appliquant aux actions en réparation d'un dommage corporel.

Remarque préliminaire aux articles 30a à 30d (Service d'urgence ambulatoire)

Les dispositions actuelles sur le service d'urgence se sont avérées peu praticables et fortement sujettes à interprétation. En 2014 et 2015, l'OMC a clos en première instance de nombreuses procédures, dont certaines pendantes depuis longtemps, concernant des litiges portant sur l'obligation de participer à ce service. Plusieurs décisions de l'OMC ont été contestées par les médecins ou cercles médicaux concernés auprès de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP ; aujourd'hui DSSI). Dans quelques cas, les décisions sur recours de la SAP ont été portées devant le Tribunal administratif du canton de Berne. Ce dernier a concrétisé les prescriptions rudimentaires de la LSP en la

matière dans plusieurs de ses arrêts¹⁵. La présente révision offre l'occasion de préciser et clarifier le régime du service d'urgence ambulatoire à la lumière de cette jurisprudence récente.

Titre (Service d'urgence ambulatoire)

Le titre allemand des articles 30a à 30d, qui portait sur l'obligation de participer au service d'urgence, est formulé de manière plus générale, dès lors que les dispositions qui suivent concernent aussi l'organisation de ce service. Le titre français, moins spécifique, est précisé (ajout de l'adjectif « ambulatoire »).

Article 30a (1 Obligation)

Comme jusqu'ici, les médecins, les dentistes, les maïeuticiens et les sages-femmes titulaires d'une autorisation d'exercer sont tenus de participer à un service d'urgence ambulatoire (*al. 1*). De même, dans les localités comptant au moins deux pharmacies publiques, leurs exploitants et exploitantes doivent assurer une permanence pour l'approvisionnement en médicaments (*al. 2*, inchangé). La possibilité d'être libéré ou exclu de la participation au service d'urgence en présence de justes motifs (anc. art. 30, al. 1) est désormais inscrite – avec une formulation légèrement modifiée – à l'*alinéa 3*. En cas de contestation, tant la personne que l'association professionnelle concernées en l'espèce peuvent demander, justifications à l'appui, au service compétent de la DSSI de rendre une décision formelle susceptible de recours (art. 30d, al. 1).

Article 30b (2 Organisation)

La nouvelle disposition de l'*alinéa 1* établit sans équivoque que la responsabilité d'organiser le service d'urgence ambulatoire cantonal incombe entièrement aux associations professionnelles, qui disposent pour ce faire d'une grande latitude¹⁶. Ces dernières sont toutefois tenues de consulter le service compétent de la DSSI lors de l'élaboration des règlements en la matière ou de leur modification. Ces règlements sont contraignants pour l'ensemble des professionnels et professionnelles de la santé qui doivent prendre part au service d'urgence (*al. 2*).

L'*alinéa 3* habilite la DSSI à ordonner, en concertation avec les associations professionnelles, les mesures requises pour couvrir les besoins de la population en soins d'urgence ambulatoires, lorsque l'organisation du service ad hoc n'est plus assurée. Ce droit s'étend à la perception et à l'utilisation des taxes de compensation prévues à l'article 30c, alinéa 1. La compétence de régler à titre subsidiaire l'organisation du service d'urgence ambulatoire est confiée à la Direction et non pas au service compétent de la DSSI, notamment pour que les règles et mesures requises puissent être arrêtées par voie d'ordonnance de Direction.

Article 30c (3 Taxe de compensation)

L'*alinéa 1* correspond à l'article 30b, alinéa 3 de la loi actuelle, selon lequel les professionnels et professionnelles de la santé qui, pour quelque raison que ce soit¹⁷, ne participent pas au service d'urgence doivent verser en compensation une taxe de 500 francs par garde, mais au plus de 15 000 francs par année, aux organisateurs de ce service.

La loi prévoit désormais expressément que les taxes perçues sont à affecter au service d'urgence ambulatoire du canton (*al. 2*). Cette affectation à des fins déterminées est aussi inscrite dans les principes adoptés le 7 juin 2016 par la Société des médecins du canton de Berne (SMCB) à l'intention des cercles médicaux¹⁸. Comme il ressort clairement de la formulation de cet alinéa, les taxes ne

¹⁵ JTA 2015/246 du 2 décembre 2016, JTA 2015/321 du 8 août 2018 et JTA 2017/283 du 15 octobre 2018, disponibles sur internet sous <https://www.vg-urteile.apps.be.ch/tribunapublikation>

¹⁶ JTA 2015/321 du 8 août 2018 consid. 2.6.1

¹⁷ JTA 2015/321 du 8 août 2018 consid. 1.5.5

¹⁸ *Principes de la SMCB concernant la réglementation du service d'urgence ambulatoire dans les cercles médicaux ; annexe : critères de reconnaissance des services médicaux d'urgence spécialisés dans les cercles médicaux (CM) du canton de Berne*, disponibles sur internet sous www.berner-aerzte.ch > Pour médecins > [Service des urgences](#)

peuvent ni ne doivent être utilisées pour garantir les soins ambulatoires d'urgence dans une région donnée, mais sont destinées, selon les besoins, à la couverture de l'ensemble du territoire cantonal.

Par ailleurs, les organisateurs du service d'urgence ambulatoire doivent désormais fournir chaque année au service compétent de la DSSI un rapport sur le montant et l'utilisation des taxes perçues ainsi que sur le nombre de professionnels et professionnelles de la santé ayant été libérés ou exclus de l'obligation de participer à ce service, avec indication des motifs spécifiques à chaque cas (*al. 3*). Si l'élaboration de ces rapports occasionne un (léger) surcroît de travail aux organisateurs, les informations récoltées sont d'une grande utilité pour le service compétent de la DSSI, qui dispose ainsi d'une vue d'ensemble du respect de l'obligation de participer au service de garde dans l'ensemble du canton, par région.

Article 30d (4 Litiges)

Ce nouvel article permet de codifier des dispositions de procédure fondamentales, qui faisaient défaut, en cas de différend concernant l'obligation de participer au service d'urgence.

Il est tout d'abord précisé que tant le professionnel ou la professionnelle de la santé que l'association concernés ont la possibilité de demander au service compétent de la DSSI d'édicter une décision formelle susceptible de recours, par requête dûment motivée (*al. 1*).

Comme il s'agit ici d'une procédure impliquant deux parties et non d'une procédure de demande standard, il est spécifié, par souci de clarté, que le service compétent de la DSSI doit constater les faits d'office et également appliquer le droit d'office (*al. 2*).

Enfin, la loi accorde expressément des droits de partie à la personne et à l'association concernée, qui sont habilitées à interjeter recours contre les décisions du service compétent de la DSSI conformément aux dispositions de la loi du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA)¹⁹ (*al. 3*).

II. Modification indirecte de la loi sur les soins hospitaliers

Article 104 (Obligation)

L'article 104 est adapté suite à l'adoption de la motion 249-2014 (voir point 2.2 supra). Il est ainsi souligné que – de manière analogue à la formation et au perfectionnement dans les professions de la santé non universitaires (art. 106) – tous les fournisseurs de prestations du secteur hospitalier sont tenus de participer à la formation postgrade en médecine et en pharmacie dès lors qu'ils emploient du personnel de ces secteurs.

Article 105 (Prestation de formation postgrade)

La prestation de formation postgrade à fournir concrètement par chaque établissement de santé est définie au moyen d'un ratio (*al. 1*). Celui-ci est spécifique à chaque domaine : soins aigus somatiques, psychiatrie, réadaptation et soins universitaires (*al. 2*).

Alinéa 3

Le ratio est une moyenne qui se fonde sur les deux grandeurs suivantes : d'une part le total des recettes provenant de l'assurance obligatoire des soins (AOS) engrangées par l'ensemble des fournisseurs de prestations du domaine de soins (dividende) ; d'autre part la somme des prestations de formation postgrade effectivement fournies, en équivalents plein temps (diviseur). Son montant en francs se calcule donc en divisant les recettes de l'AOS par la somme des prestations.

Les recettes annuelles de l'AOS en mode hospitalier ont été choisies comme indicateur car celui-ci est applicable à tous les fournisseurs de prestations et qu'il entretient un lien étroit avec la prestation réalisée. En outre, la récolte des données n'entraîne aucun surcroît de travail pour les institutions. Seuls les cas hospitaliers sont pris en compte, faute d'indicateurs relatifs au secteur ambulatoire. Le canton a également étudié d'autres indicateurs tels que l'indice de casemix (ICM) ou le niveau de complexité

¹⁹ RSB 155.21

clinique du patient (*patient clinical complexity level* ou PCCL), qui permet de calculer le degré de gravité des cas. Le résultat n'a cependant pas été jugé plus concluant pour ce qui est de la formation postgrade. La prestation en équivalents plein temps à fournir durant l'exercice dans chaque domaine de soins est définie sur la base des ratios de formation de l'avant-dernière année (*al. 4*).

Article 105a (Indemnisation)

Tout comme pour la formation et le perfectionnement dans les professions de la santé non universitaires (art. 109), les fournisseurs de prestations doivent communiquer en fin d'année au service compétent de la DSSI la prestation de formation postgrade effectivement fournie pendant ledit exercice, en équivalents plein temps (*al. 1*). Ce dernier indemnise la prestation (*al. 2*) sous la forme d'un forfait annuel par équivalent plein temps fixé par le Conseil-exécutif (*al. 3*), comme jusqu'ici. Le forfait s'élève actuellement à 15 000 francs (art. 31, al. 1 OSH).

Article 105b (Versement compensatoire)

Comme exigé expressément par la motion 249-2014 (voir point 2.2 supra), les fournisseurs de prestations qui ne participent pas suffisamment à la formation postgrade devront en particulier s'acquitter du versement compensatoire prévu à l'article 110 LSH.

Par conséquent, *l'alinéa 1* dispose qu'un versement compensatoire est dû par tout établissement de santé qui ne peut pas attester la prestation de formation postgrade à fournir durant l'exercice selon le ratio défini (lit. *a*). Comme prévu pour la formation et le perfectionnement dans les professions non universitaires (art. 110, al. 3), l'obligation du versement compensatoire naît uniquement par le dépassement d'une marge de tolérance fixée par le Conseil-exécutif (lit. *b*). Cette marge tient compte du fait que l'établissement peut, pour différentes raisons, ne pas être en mesure de fournir précisément la prestation de formation et de perfectionnement fixée, sans faute de sa part. Il y a notamment lieu de considérer l'évolution des recettes de l'AOS durant l'année en question, la demande de places de formation ainsi que les interruptions de formation attestées. De manière analogue à la réglementation adoptée dans le domaine non universitaire (art. 40, al. 1 OSH), le gouvernement fixera l'écart toléré par rapport à la prestation de formation prescrite de manière globale, en pourcentage. Il a la possibilité de définir temporairement, pendant la phase d'introduction, une marge plus importante, partant un versement compensatoire réduit, comme il l'avait fait à l'article 52 OSH pour les professions non universitaires (marge de 40% pour 2013 et de 25% pour 2014 au lieu des 10% de l'article 40 OSH).

Le montant du versement compensatoire doit correspondre à la différence entre l'indemnité potentielle pour la prestation de formation postgrade à fournir selon le ratio correspondant et celle due pour la prestation effectivement fournie durant l'exercice (*al. 2*), sous réserve de la marge de tolérance fixée par le Conseil-exécutif par voie d'ordonnance (al. 1, lit. *b*). Comme indiqué dans le commentaire de l'article 105a, le forfait annuel par équivalent plein temps pour la formation postgrade en médecine et en pharmacie s'élève actuellement à 15 000 francs (art. 31, al. 1 OSH).

Les offres de formation spécifiques du fournisseur de prestations peuvent être prises en compte dans la détermination du versement compensatoire (*al. 3*). Sont par exemple visés ici les cours d'ultrasonographie destinés aux futurs et futures médecins de premier recours ainsi que les supervisions pour les psychiatres en formation.

Enfin, *l'alinéa 4* contraint les autorités à affecter les versements compensatoires à la promotion des disciplines médicales dans lesquelles l'offre est insuffisante ou menace de le devenir. L'affectation ne doit pas être garantie par la constitution d'un fonds, mais par la présentation d'un rapport spécifique informant de manière transparente sur l'usage des versements compensatoires.

6. Répercussions financières, répercussions sur le personnel et l'organisation

Comme indiqué dans le commentaire de l'article 9, la création de la fonction de médecin-dentiste cantonal ou cantonale exige l'étoffement de l'effectif de l'OMC. Sont planifiés un poste de responsable de division (classe de traitement 25) ainsi qu'un poste de collaborateur administratif ou de collaboratrice administrative (classe 14), tous deux à 60 pour cent. Il devrait en découler des charges de personnel de l'ordre de 200 000 francs par année. Le Conseil-exécutif a refusé la création de ces postes lors du processus de planification 2020, vu la situation financière globale du canton.

Pour ce qui est du nouvel article 17b1, il est prévu de confier les inspections au service qui y procède actuellement à titre accessoire, sur mandat de l'Office du pharmacien cantonal uniquement, en vertu de l'article 65, alinéa 3 OSP, service composé surtout de médecins et de pharmaciens et pharmaciennes. Une modification de l'OSP sera nécessaire à cet effet. Cette solution permet d'éviter des charges de personnel supplémentaires pour l'OMC, d'autant plus que les inspections de cabinets dentaires relèveront du nouveau poste de médecin-dentiste cantonal ou cantonale créé à l'OMC et seront financées dans ce cadre.

7. Répercussions sur les communes et sur l'économie

Le projet n'a d'incidence ni sur les communes ni sur l'économie.

8. Résultat de la procédure de consultation

9. Proposition

Au vu de ce qui précède, le Conseil-exécutif invite le Grand Conseil à adopter le présent projet de modification de la loi sur la santé publique.