



Rapport

Date de la séance du CE : 18 août 2021
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	<i>Législation fédérale régissant les professions de la santé</i>	2
2.2	<i>Interventions parlementaires</i>	3
3.	Caractéristiques de la nouvelle réglementation	4
4.	Mise en œuvre et évaluation	4
5.	Commentaire des articles	4
5.1	<i>Modification de la loi sur la santé publique</i>	4
5.2	<i>Modification indirecte de la loi sur les soins hospitaliers</i>	10
6.	Place du projet dans le programme gouvernemental de législature (programme législatif) et dans d'autres planifications importantes	12
7.	Répercussions financières, répercussions sur le personnel et l'organisation	12
8.	Répercussions sur les communes et sur l'économie	12
9.	Résultat de la procédure de consultation	12
9.1	<i>Modification de la loi sur la santé publique</i>	13
9.2	<i>Modification indirecte de la loi sur les soins hospitaliers</i>	14
10.	Proposition	15

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.

¹ RSB 811.01

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

En outre, la révision de la LSP permet de mettre à jour diverses dispositions 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.

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, 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 notamment de manière exhaustive, 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

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

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 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

cantonal : infirmiers et infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, maïeuticiens et sages-femmes, diététiciens et diététiciennes, optométristes et ostéopathes (art. 2, al. 1 LPSan).

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 de santé 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 les médecins 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. 106-110 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 chiffre 1 :

- adaptation des dispositions de la LSP à la législation fédérale 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 tant de la nouvelle base légale relative à l'inspection de l'ensemble des établissements de santé que 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

5.1 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 chiffre 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 la DSSI, sont indispensables pour pouvoir assumer comme il se doit 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 s'impose

également pour pouvoir mieux faire face aux tâches actuelles (soutien général et conseil de la DSSI sur 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 reformulée, 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 (voir 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 reformulé 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 à l'encontre des titulaires d'une autorisation d'exploiter (art. 17b) ainsi que les inspections 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 un professionnel ou une professionnelle de la santé qui doit disposer d'une autorisation d'exercer selon le droit cantonal viole ses devoirs professionnels ou d'autres prescriptions de santé publique, 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 045-2013](#)¹², 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 afin que le Service du médecin cantonal (SMC) 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 effectuer ou faire effectuer, en cas d'indices concrets de mise en danger de la santé publique, 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.

En précisant « faire effectuer », la disposition permet en particulier de charger le service existant, qui n'exerçait jusqu'ici son activité à titre accessoire que sur mandat de l'Office du pharmacien cantonal (voir art. 65, al. 3 OSP), de procéder également à des inspections en vertu de l'article 17b1. Le cas échéant, le service compétent de la DSSI peut par ailleurs faire appel à un inspecteur ou à une inspectrice ayant des connaissances spécifiques. Les personnes mandatées sont bien entendu aussi soumises au secret de fonction.

Alinéas 2 et 3

S'inspirant de l'article 102 de la nouvelle [loi du 9 mars 2021 sur les programmes d'action sociale \(LPASoc\)](#) ainsi que 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 MTC 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).

Il va de soi que le service compétent de la DSSI est tenu de veiller au respect du principe de proportionnalité : il ne peut consulter les dossiers, et en particulier les données personnelles particulièrement dignes de protection, que dans la mesure nécessaire pour assumer sa mission de surveillance. Il est possible d'imaginer par exemple des contrôles aléatoires de l'obligation de conserver les dossiers médicaux dans l'établissement.

Les personnes concernées ne peuvent invoquer d'obligation de garder le secret dans le cadre de leur obligation de collaborer (secret professionnel en particulier).

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

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

¹⁴ Cf. intervention Mülhheim (pvl), Journal du Grand Conseil, ibidem, p. 1700

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*).

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, en présence d'indices concrets, de se faire une image de la situation sur les lieux, dans le cadre d'une inspection. Le *titre de l'article* et l'*alinéa 1* sont complétés en conséquence.

Article 20, alinéa 1 (Communications, publication)

Comme indiqué précédemment (voir ch. 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 ainsi que la nature et l'étendue de l'activité professionnelle soumise à autorisation. Ces informations doivent être actualisées périodiquement. 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 précisera les modalités d'annonce à l'article 10 OSP. Les communications doivent se faire par voie électronique afin de simplifier les démarches autant que faire se peut pour toutes les parties impliquées. Les modifications essentielles sont à annoncer immédiatement, les autres indications n'étant vérifiées et actualisées qu'une fois par an.

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 doivent disposer d'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 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 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.

Il conviendra d'examiner, au moment d'élaborer les dispositions d'exécution requises suite à la révision de la LSP, si et dans quelle mesure il est judicieux de conserver l'ordonnance sur les patients et les professionnels de la santé (OPat)¹⁵, qui contient différentes prescriptions portant sur les dossiers médicaux. Il serait aussi envisageable d'intégrer les dispositions ad hoc dans l'OSP.

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'Office du médecin cantonal (OMC ; aujourd'hui SMC) 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 arrêts¹⁶. La présente révision offre l'occasion de préciser et de 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)

Par souci d'exhaustivité, l'*alinéa 1* dispose désormais explicitement qu'hormis les médecins, les dentistes, les maïeuticiens et les sages-femmes titulaires d'une autorisation d'exercer, les pharmaciens et les pharmaciennes sont aussi tenus de participer à un service d'urgence ambulatoire. Dans les localités comptant au moins deux pharmacies publiques, leurs exploitants et exploitantes doivent assurer une permanence pour l'approvisionnement en médicaments (*al. 2*), comme c'était le cas jusqu'à présent. La possibilité d'être dispensé ou exclu de la participation au service d'urgence en présence de justes motifs (*anc. art. 30b, al. 1*) est désormais inscrite – avec une formulation légèrement modifiée – à l'*alinéa 3*. En cas de litige, la personne et l'association professionnelle concernées en l'espèce peuvent demander, justifications à l'appui, au service compétent de la DSSI de le régler de façon contraignante (*art. 30d, al. 2*). Dans ce cas, ce dernier rend une décision formelle susceptible de recours (*art. 30d, al. 1*), la personne et l'association professionnelle concernées ayant toutes deux qualité de partie dans la procédure administrative (*art. 30d, al. 3*).

¹⁵ Ordonnance du 23 octobre 2002 sur les droits et les devoirs des patients et patientes et des professionnels et professionnelles de la santé (RSB 811.011)

¹⁶ Cf. 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>

Article 30b (2 Organisation)

La nouvelle disposition de l'*alinéa 1* établit que la responsabilité d'organiser le service d'urgence ambulatoire cantonal incombe entièrement aux associations professionnelles, qui disposent pour ce faire d'une grande latitude¹⁷. Ces dernières édictent des règlements en la matière contraignants pour l'ensemble des professionnels et professionnelles de la santé qui doivent prendre part au service d'urgence (*al. 2*). Elles sont tenues d'informer sans délai le service compétent de la DSSI des règlements élaborés et des modifications qui y sont apportées (*al. 3*).

L'*alinéa 4* habilite la DSSI à ordonner 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 sur le fond 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 soit¹⁸, ne participent pas au service d'urgence doivent verser une taxe de compensation aux organisateurs de ce service. Le montant de la taxe est fixé à 500 francs *au maximum* par garde, le plafond annuel restant à 15 000 francs. A des fins d'égalité de droit et de sécurité juridique, les associations professionnelles doivent toutefois indiquer clairement dans leurs règlements relatifs au service d'urgence les cas et les raisons justifiant la perception d'une taxe inférieure.

La loi prévoit désormais expressément l'imputation des taxes perçues 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 médicaux¹⁹. Comme il ressort clairement de la formulation de cet alinéa, les taxes ne 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 devront dorénavant fournir chaque année au service compétent de la DSSI un relevé qui rend compte du montant et de l'utilisation des taxes perçues ainsi que du nombre de professionnels et professionnelles de la santé dispensés ou exclus de la participation à ce service, avec indication des motifs spécifiques à chaque cas (*al. 3*). Si l'élaboration d'un tel relevé occasionne un surcroît de travail (raisonnable) aux organisateurs, les informations récoltées sont d'une grande utilité pour le service compétent de la DSSI. Ce dernier dispose ainsi d'une vue d'ensemble du respect de l'obligation de contribuer au service de garde (par une prestation en nature ou par le paiement d'une taxe de compensation) pour les diverses catégories professionnelles dans les différentes régions du canton.

Article 30d (4 Litiges)

Ce nouvel article permet de codifier des dispositions de procédure qui faisaient défaut jusqu'ici lors d'un différend concernant l'obligation de participer au service d'urgence.

Tant la personne que l'association professionnelle concernées peuvent demander au service compétent de la DSSI de trancher, en exposant leurs motifs (*al. 1*). Toutes deux ont qualité de partie dans la procédure administrative (*al. 3*). Il convient de signaler que, d'après la jurisprudence du Tribunal administratif²⁰, il ne s'agit pas ici d'une procédure sur requête standard au sens des articles 50 ss de la

¹⁷ Cf. JTA 2015/321 du 8 août 2018 consid. 2.6.1

¹⁸ Cf. JTA 2015/321 du 8 août 2018 consid. 1.5.5

¹⁹ *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](#)

²⁰ Cf. JTA 2015/246 du 2 décembre 2016 consid. 3.4

loi du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA)²¹. Cela implique notamment que le principe de disposition ne s'applique pas a priori et que les parties ne peuvent donc pas librement décider de régler leur litige d'une autre manière que par le prononcé d'une décision administrative. Le service compétent de la DSSI n'est pas non plus lié par leurs éventuelles conclusions.

En cas de litige concernant l'obligation de participer au service d'urgence, le service compétent de la DSSI statue (en première instance) par voie de décision (*al.* 2). Les associations professionnelles n'ayant pas compétence pour rendre des décisions, elles ne peuvent régler le différend de manière juridiquement contraignante.

Par souci d'exhaustivité, il est par ailleurs précisé à *l'alinéa 3* que la procédure et les voies de droit sont régies par la LPJA. En tant que parties à la procédure, tant la personne que l'association professionnelle concernées sont habilitées à recourir contre les décisions du service compétent de la DSSI.

Adaptations rédactionnelles

Les articles 1, 10, 15, 16a, 28 et 46 ainsi que le titre 1.2 font l'objet d'adaptations mineures purement rédactionnelles dans le texte français (mise à jour de la terminologie et correction de coquilles). Il en va de même des articles 25, alinéa 3 et 46 en allemand.

5.2 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 ch. 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 hospitaliers 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) enregistrées par l'ensemble des fournisseurs de prestations du domaine de soins (dividende) ; d'autre part la somme des prestations de formation postgrade effectivement réalisées, 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 établissements 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 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).

²¹ RSB 155.21

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 réalisée 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)

Ainsi que l'exige expressément la motion 249-2014 (voir ch. 2.2 supra), les fournisseurs de prestations qui ne participent pas suffisamment à la formation postgrade devront s'acquitter d'un versement compensatoire analogue à celui 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 utiliser les versements compensatoires pour 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.

Article 105c (Délégation)

Le Conseil-exécutif est habilité à déléguer à la DSSI ses compétences en matière de réglementation dans le domaine de la formation postgrade en médecine et en pharmacie, par analogie avec le domaine non universitaire. Sont déterminantes à cet égard les dispositions de l'article 43, alinéa 1 LOCA, selon lesquelles la délégation de la compétence d'édicter une ordonnance est autorisée uniquement si la réglementation revêt un caractère éminemment technique, qu'elle est régie par des circonstances en constante évolution ou qu'elle est de portée mineure.

Il convient en particulier de concrétiser dans l'ordonnance les dispositions visant à promouvoir les disciplines médicales dans lesquelles l'offre est insuffisante ou risque de le devenir (art. 105b, al. 4). Il

s'agira d'élaborer les critères de cette mise en œuvre, en sus des dispositions générales relatives à la définition des disciplines scientifiques où règne une pénurie et aux offres de formation postgrade méritant d'être encouragées. Ces critères sont notamment de nature technique et doivent pouvoir s'adapter en temps utile à l'évolution des besoins cantonaux en termes de couverture des besoins, mais aussi à celle du système de soins et du paysage de la formation postgrade en médecine.

6. Place du projet dans le programme gouvernemental de législature (programme législatif) et dans d'autres planifications importantes

La présente révision législative n'est mentionnée explicitement ni dans le programme législatif ni dans d'autres planifications importantes.

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

Comme indiqué dans le commentaire de l'article 9 LSP, la création de la fonction de médecin-dentiste cantonal ou cantonale exige un étoffement de l'effectif. 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 décidé que la création de ces nouveaux postes se ferait dans le cadre de la dotation en personnel existante.

Pour ce qui est du nouvel article 17b1, il est prévu, ainsi que précisé plus haut, 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, d'autant plus que les inspections de cabinets dentaires relèveront du nouveau poste de médecin-dentiste cantonal ou cantonale et seront financées dans ce cadre.

8. Répercussions sur les communes et sur l'économie

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

9. Résultat de la procédure de consultation

Conformément à l'arrêté du Conseil-exécutif du 9 septembre 2020, la DSSI a mené une procédure de consultation relative au projet de révision entre le 15 septembre et le 18 décembre 2020. Les explications ci-après se concentrent sur les aspects de la consultation qui ont été au cœur des préoccupations.

La grille d'évaluation, publiée sur le [site de la DSSI](#)²² durant la procédure législative en cours, détaille les avis remis.

²² www.gef.be.ch > La Direction > Organisation > Office juridique > Procédures législatives en cours > [Loi sur la santé publique \(LSP\)](#) (en allemand uniquement)

9.1 Modification de la loi sur la santé publique

La plupart des changements proposés ont recueilli un large consensus. Les dispositions relatives au service d'urgence ambulatoire (art. 30a à 30d) ont suscité de loin le plus grand nombre de remarques. Plusieurs associations professionnelles ont en outre critiqué l'élargissement de l'obligation d'informer imposée aux professionnels et professionnelles de la santé (art. 20, al. 1). Enfin, des réserves ont également été exprimées quant au nouvel article 17b1 (inspections et mesures d'exploitation).

En ce qui concerne l'article 17b1, qui permet au service compétent d'effectuer des *inspections* dans les établissements de santé ambulatoires, différentes associations professionnelles²³ ont insisté sur le fait qu'il convenait de faire usage de ce pouvoir avec toute la retenue nécessaire et que les inspections ne devaient être réalisées qu'en fonction des risques, par conséquent uniquement en présence d'indices concrets de mise en danger de la santé publique. Elles ont en outre souligné que le principe de proportionnalité devait être respecté (s'agissant en particulier de la consultation des dossiers médicaux). Ces préoccupations et réserves ont été prises en compte de la manière suivante dans le projet remanié : d'une part, la réalisation d'une inspection présuppose des indices *concrets* de mise en danger de la santé publique (al. 1). D'autre part, le service compétent de la DSSI ne peut exiger la collaboration des personnes responsables de la gestion de l'établissement de santé et de celles qui y travaillent que *dans la mesure nécessaire à l'exercice de la surveillance* (al. 2).

De nombreuses associations professionnelles²⁴ se sont opposées à la nouvelle obligation imposée aux professionnels et professionnelles de la santé de *communiquer au service compétent de la DSSI des informations sur la nature et l'étendue* de leur activité et d'*actualiser ces indications en continu* (art. 20, al. 1). Elles ont argué que cette nouvelle prescription était disproportionnée et engendrerait un surcroît de bureaucratie considérable.

L'obligation de fournir des informations sur la nature et l'étendue de l'activité exercée est maintenue pour les raisons suivantes : étant donné que le canton de Berne n'exige pas d'autorisation de cabinet pour les professionnels et professionnelles de la santé, ces indications sont essentielles pour les autorités, qui ont besoin d'une vue d'ensemble des professions de la santé. La disposition en question satisfait par ailleurs à une recommandation émise dans le rapport du Conseil-exécutif concernant le postulat 015-2013 (voir ch. 2.2 supra). S'agissant de l'actualisation des données, l'expression « en continu » est remplacée par *périodiquement*. Il conviendra de préciser dans l'ordonnance (art. 10 OSP) que les modifications essentielles doivent être communiquées sans délai, alors que les autres indications sont à *vérifier et actualiser seulement une fois par année*. En outre, un outil en ligne sera mis à disposition pour les annonces, de sorte que le surcroît de travail ainsi généré restera dans des limites raisonnables pour les professionnels et professionnelles concernés.

Les dispositions modifiées relatives au *service d'urgence ambulatoire* ont certes été largement saluées, mais des adaptations ont néanmoins été souhaitées sur différents points :

- Certains éléments ont été catégoriquement refusés, en particulier par la SMCB²⁵. L'article 30b, *alinéa 2* (édiction des règlements relatifs au service d'urgence en concertation avec le service compétent de la DSSI) et l'article 30c, *alinéa 3* (remise d'un rapport) ont ainsi été jugés disproportionnés et juridiquement impossibles à mettre en œuvre, d'où la demande de leur suppression. De l'avis des opposants, soit les associations professionnelles restent responsables de l'organisation en toute autonomie, soit cette tâche est intégralement reprise et financée par le canton. Une solution intermédiaire dans laquelle la DSSI a partiellement voix au chapitre n'est pas envisageable pour ces associations. Quant à l'obligation de rendre chaque année un rapport sur le montant et l'utilisation des taxes de compensation perçues ainsi que sur le nombre de professionnels et professionnelles de la santé dispensés ou exclus de la participation à ce service en précisant les motifs d'exemption ou d'exclusion, elle est jugée injustifiée et là aussi disproportionnée. Selon la SMCB, les cercles médicaux ne sont pas disposés à financer cette

²³ Société des médecins du canton de Berne (SMCB), Association des médecins indépendants bernois (BBV+), association bernoise des chiropraticiens (BCG), Société suisse des podologues (SSP), Swiss Dental Hygienists (SDH), association cantonale bernoise de physiothérapie (physiobern)

²⁴ SMCB, BBV+, BCG, SSP, SDH, Fédération Suisse des Ostéopathes (FSO-SVO)

²⁵ Même avis : Association des pharmaciens du canton de Berne, BBV+, BCG, Union faîtière des PME bernoises, PLR, Les Libéraux-Radicaux du canton de Berne

mesure. Qui plus est, celle-ci ne suffirait pas à fournir à la DSSI une vue d'ensemble du respect, par les professionnels et professionnelles, de l'obligation de participer au service de garde (par une prestation en nature) dans les différentes régions du canton. Toujours du point de vue des opposants, de telles réglementations ne sont pas conciliables avec l'approche ascendante de l'organisation actuelle et elles ne peuvent pas non plus être raisonnablement exigées des membres de la SMCB, étant donné que l'aménagement du service d'urgence dans les cercles médicaux repose en grande partie sur le bénévolat.

Il est renoncé à l'obligation, pour les associations professionnelles, d'impliquer le service compétent de la DSSI dans l'édiction des règlements relatifs au service d'urgence, même si la démarche visait simplement à offrir auxdites associations un soutien à titre consultatif. Celles-ci restent bien sûr libres de faire tout de même appel au service compétent de la DSSI avant d'édicter leurs règlements ou d'y apporter des modifications, comme l'a fait par exemple la section bernoise de la Société suisse des médecins-dentistes. Les associations professionnelles demeurent toutefois tenues, comme sous le régime du droit actuel, de communiquer sans délai au service compétent de la DSSI leurs règlements relatifs au service d'urgence ainsi que les modifications qui leur sont apportées. Par contre, l'obligation imposée aux associations professionnelles d'informer le service compétent de la DSSI, dans le cadre d'un *relevé annuel*, du montant et de l'utilisation des taxes de compensation perçues ainsi que du nombre de professionnels de la santé dispensés ou exclus de la participation à ce service est maintenue. Ces indications concernant la gestion du service d'urgence ambulatoire permettent à l'autorité sanitaire d'avoir du moins une certaine vue d'ensemble et semblent pouvoir être raisonnablement exigées de la part des associations professionnelles compte tenu du faible nombre de personnes concernées, sans que cela remette sérieusement en question leur organisation de type ascendant.

- Il n'est par ailleurs pas donné suite à la proposition de l'association bernoise des chiropraticiens (soutenue par la SMCB) d'inscrire aussi à l'article 30a, alinéa 1 l'obligation légale de prendre part au *service d'urgence chiropratique* ambulatoire. Une prescription de l'Etat n'est pas absolument nécessaire à la prise en charge ambulatoire d'urgence de la population dans ce domaine et impliquerait un certain investissement. Toutefois, l'association elle-même est bien sûr libre d'organiser et d'exploiter un service d'urgence ou de garde volontaire. En revanche, rien ne s'oppose à l'admission des pharmaciens et pharmaciennes à l'article 30a, alinéa 1, comme le demande l'association cantonale concernée, étant donné que l'approvisionnement d'urgence en produits thérapeutiques doit être assuré par des pharmacies publiques, et donc par un exploitant ou une exploitante titulaire d'une autorisation d'exercer (art. 30a, al. 2).
- La requête de la Fédération suisse des sages-femmes (section de Berne) et du Parti socialiste du canton de Berne (PS) concernant l'article 30c, alinéa 1 est prise en compte : la taxe de compensation est fixée désormais à 500 francs *au maximum* par garde et à 15 000 francs au plus par année. Cette réglementation devrait être conciliable avec le principe de la légalité strictement appliqué dans le droit fiscal²⁶. Comme l'a relevé à juste titre le Tribunal administratif dans son avis, les *Principes de la SMCB concernant la réglementation du service d'urgence ambulatoire dans les cercles médicaux* évoquent déjà à l'heure actuelle le montant maximum de 500 francs par service d'urgence. Les associations professionnelles devront toutefois indiquer clairement dans leurs règlements relatifs au service d'urgence les cas et les raisons justifiant la perception d'une taxe inférieure, ce afin de garantir l'égalité de droit et la sécurité juridique.
- Pour terminer, les dispositions de l'article 30d (litiges) en matière de procédure ont été revues et précisées suite aux remarques du Tribunal administratif.

9.2 **Modification indirecte de la loi sur les soins hospitaliers**

Dans le cadre de la procédure de consultation, plusieurs partis politiques (PEV, PS, UDC et UDF) ainsi que des organisations médicales (SMCB, Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique) se sont prononcés globalement en faveur des modifications proposées.

²⁶ Cf. arrêt 2C_807/2010 du Tribunal fédéral du 25 octobre 2011

Le réseau des hôpitaux bernois diespitäler.be, l'Association des cliniques privées du canton de Berne (VPSB) et le groupe de l'Ile (Insel Gruppe AG) ont certes admis l'objectif du projet, mais critiqué la mise en œuvre proposée. Suite à la procédure de consultation, le directeur de la DSSI a invité les deux associations et le groupe de l'Ile à une discussion, qui a eu lieu le 19 mars 2021. Le réseau diespitäler.be a levé ses réserves avant même l'entretien et accordé par la suite son appui inconditionnel au projet. L'association des cliniques privées, pour sa part, a exigé diverses adaptations : soit tous les fournisseurs de prestations devaient être admis comme établissements de formation postgrade, soit seuls les fournisseurs de prestations reconnus comme tels avaient à s'acquitter d'un versement compensatoire. Il convenait par ailleurs d'envisager une possibilité d'exemption si l'objectif de la prestation de formation postgrade à réaliser n'était involontairement pas atteint. L'indemnisation fixée actuellement à 15 000 francs par place de formation continue n'était en outre pas jugée suffisante et la marge de tolérance non définie. Enfin, l'association ne comprenait pas pourquoi il fallait créer une catégorie spéciale pour l'hôpital universitaire. De son côté, le groupe de l'Ile ne voyait pas la nécessité, pour le canton, de réglementer la formation postgrade en médecine et craignait un travail administratif disproportionné lors de la mise en œuvre de l'obligation de formation. Tous ces doutes ont pu être dissipés à l'occasion de la discussion du 19 mars 2021. L'association des cliniques privées et le groupe de l'Ile soutiennent désormais également le projet.

10. 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.