



Intervention parlementaire

Réponse du Conseil-exécutif

N° de l'intervention :	142-2023
Type d'intervention :	Postulat
Motion ayant valeur de directive :	☐
N° d'affaire :	2023.RRGR.191
Déposée le :	14.06.2023
Motion de groupe :	Non
Motion de commission :	Non
Déposée par :	Berger (Burgdorf, PS) (porte-parole) Müller (Langenthal, PS) Walpoth (Bern, PS) Streiff (Oberwangen b. Bern, PEV) Sutter (Langnau i.E., UDC) Ritter (Burgdorf, PVL) Herren-Brauen (Rosshäusern, Le Centre)
Cosignataires :	0
Urgence demandée :	Non
Urgence accordée :	
N° d'ACE :	1130/2023 du 25 octobre 2023
Direction :	Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
Classification :	Non classifié
Proposition du Conseil-exécutif :	Adoption et classement

Une meilleure prise en charge des soins médicaux de base et d'urgence passe par un désengorgement des services d'intervention à domicile

Le Conseil-exécutif est chargé d'examiner et, si besoin est, de modifier les dispositions relatives au service d'urgence de manière à désengorger les services d'intervention à domicile dans les domaines suivants :

1. constatation des décès et abandon des mesures de réanimation,
2. évaluation des placements à des fins d'assistance,
3. constatation des décès dans les cas non équivoques,
4. évaluation de la capacité d'une personne à subir une détention,
5. réintroduction des médecins officiels.

Développement :

Conformément à la loi, les médecins de famille exerçant dans le canton de Berne sont tenus de participer à un service des urgences. Il s'agit d'un service de garde de jour et d'un service de nuit. Dans le cadre du service de garde du jour, les médecins de famille réservent des plages horaires pour les urgences et contribuent ainsi efficacement à désengorger les urgences médicales dans les hôpitaux. Cette permanence est efficace et efficiente du fait de la coordination aisée avec le flux de travail en cabinet.

En revanche, les services de nuit posent problème. Ils sont effectués dans le cadre du système de piquet, sont difficiles à planifier et sont associés à des situations très pénibles. Par ailleurs,

les services d'urgence exacerbent la pénurie de médecins de famille puisqu'ils rendent ce métier peu attrayant pour les jeunes médecins.

Il s'agit de déterminer si, dans les domaines suivants, ces services d'intervention à domicile pourraient faire l'objet d'une réorganisation.

Constatation d'un décès lors de mesures de réanimation :

À l'heure actuelle, une équipe du service ambulancier ne peut stopper une réanimation que si la ou le médecin de garde l'ordonne. Pour cela, celui-ci doit se rendre sur place. Or, bien souvent, il est obligé d'interrompre sa prise en charge des patientes et patients aux urgences, ce qui constitue un risque pour ces derniers. Contrairement à l'équipe du service ambulancier, la ou le médecin se déplace seul et n'est ni débriefé ni soutenu dans l'analyse de la situation. Sur ce point, il faudrait examiner si l'abandon des mesures de réanimation pourrait également être décidé par des services médicaux à distance, si le personnel des services ambulanciers intervenant en cas d'urgence pourrait être formé en conséquence ou si les urgences de l'hôpital pourraient, le cas échéant, le vérifier.

Placement à des fins d'assistance :

Lorsqu'il s'agit d'ordonner une mesure de privation de liberté à des fins d'assistance, il arrive souvent que la police fasse appel à la ou au médecin de garde. Ce genre de mission est également très éprouvant et nécessite que la ou le médecin se déplace. Aussi faudrait-il examiner si la police pourrait être habilitée à amener des personnes, même contre leur gré, directement au service des urgences d'un hôpital doté d'un service de psychiatrie de garde (comme cela se fait dans le canton de Soleure). L'utilisation de l'infrastructure du service des urgences d'un hôpital permet en outre de mieux garantir la sécurité des patientes et patients qu'une évaluation effectuée uniquement sur le « terrain ».

Constatation des décès :

La constatation des décès fait partie des attributions des services d'intervention à domicile. Dans les cas qui nécessitent aussi de faire appel aux médecins légistes, la venue de la ou du médecin de garde n'a guère de sens, d'autant qu'elle peut nuire gravement à la prise en charge des patientes et patients (qui sont encore en vie) aux urgences. En l'occurrence, il conviendrait d'examiner s'il est possible de se passer de l'intervention de la ou du médecin urgentiste dans les cas de décès qui sont sans équivoque et qui rendent manifestement le recours à la médecine légale nécessaire.

Évaluation de la capacité à subir une détention :

À ce jour, la capacité d'une personne à subir une détention est parfois évaluée par une ou un médecin (de famille) de garde. Il conviendrait en l'occurrence de voir si cette capacité à subir une telle mesure pourrait être évaluée au service des urgences, qui dispose des moyens nécessaires pour effectuer des examens.

Ces mesures sont pratiquement sans incidence sur les coûts et, dès leur mise en œuvre, elles pourront représenter une solution de désengorgement efficace pour les médecins de famille. Actuellement, le problème ne se pose pas seulement du côté des médecins de famille, mais aussi dans les services d'urgence hospitaliers et dans d'autres institutions de santé.

Réponse du Conseil-exécutif

En vertu de l'article 30b de la loi sur la santé publique¹, le canton de Berne a confié l'organisation du service d'urgence médical à la Société des médecins du canton de Berne (SMCB). En

¹ Loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (LSP ; RSB 811.01)

sa qualité d'association professionnelle organisée selon le droit sur les associations, celle-ci a pris en charge l'organisation du service d'urgence ambulatoire dans le canton. Son organisation interne et la mise en œuvre du service des urgences incombent aux cercles médicaux (CM) de la SMCB (voir à ce sujet les art. 2 et 4 des statuts de la SMCB, ainsi que l'art. 14a du Règlement sur le complément, l'utilisation et la mise en œuvre du code de déontologie fédéral de la SMCB).

Selon la LSP (art. 30b, al. 4), la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (DSSI) n'intervient que si l'organisation du service d'urgence ambulatoire n'est plus assurée, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Le Conseil-exécutif et le Grand Conseil ont conscience que la pénurie croissante de médecins de famille représente une réelle menace pour les soins d'urgence dans les régions périphériques comme l'Oberland bernois. Afin d'apaiser la situation, le Grand Conseil a, dans son crédit-cadre relatif à la loi sur les soins hospitaliers², alloué des fonds pour soutenir le service d'urgence dans les régions périphériques. Ceux-ci ne peuvent être versés qu'à des hôpitaux.

La DSSI et la SMCB ont donc mis en place un groupe de travail pour élaborer des solutions. Un projet pilote a été lancé avec le CM de l'Oberland bernois et les hôpitaux Frutigen Meiringen Interlaken AG (fmi AG) : une ou un médecin de garde assurera le service de visite à domicile (service d'intervention) pour l'ensemble du périmètre du CM de l'Oberland bernois. La garde sera assurée de manière centralisée depuis l'hôpital d'Interlaken, qui mettra à disposition une salle de garde et l'équipement nécessaire pour les médecins qui participeront au service de garde. De cette manière, des médecins d'autres régions du canton pourront également s'inscrire au service de garde dans cette région.

La ou le médecin de garde accomplit sous sa propre responsabilité l'ensemble des tâches relevant du service d'intervention, comme constater un décès, ordonner un placement à des fins d'assistance, déterminer si une personne est apte à subir une détention ou encore effectuer des visites à domicile ou dans des institutions. Les médecins facturent directement les prestations qu'ils ont fournies dans le cadre de l'astreinte des week-ends ou des jours fériés en indiquant leur numéro RCC. Un montant forfaitaire de 700 francs par jour leur est versé en sus pour la garde.

Ce projet n'a pas vocation à remplacer le service d'urgence assuré au sein des CM des régions. Il s'agit plutôt de proposer et de pérenniser une solution de rechange pour la prise en charge du service d'intervention durant les week-ends et les jours fériés afin de détendre la situation. Le projet pilote fera l'objet d'un suivi scientifique et d'une évaluation. Si les résultats sont probants, la solution sera déployée dans d'autres CM sur le même modèle.

Point 1

Ce point comporte deux volets distincts. Il s'agit, d'une part, de l'autorisation d'abandonner les mesures de réanimation ou d'y renoncer et, d'autre part, de la constatation certaine des décès. L'abandon des mesures de réanimation ne doit pas être mis sur le même plan que l'examen médical du cadavre. Les cas dans lesquels la venue d'une ou un médecin de famille est requise pour autoriser l'abandon de la réanimation sont rares. Selon une enquête menée auprès des services de sauvetage, ils représentent moins de 1 % des interventions.

² Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH ; RSB 812.11)

Les décisions de réanimation et leurs conséquences sont extrêmement délicates pour toutes les parties prenantes. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a publié des directives médico-éthiques très complètes à ce sujet³. On y lit ce qui suit : « la décision de procéder ou non à une tentative de réanimation dans le cas d'un arrêt circulatoire est particulièrement lourde de conséquences. En cas d'arrêt circulatoire, la tentative de réanimation est la seule chance de survie ; la décision d'y renoncer signifie presque toujours la mort de la patiente ou du patient. [...] À l'inverse, une tentative de réanimation peut entraîner de lourdes contraintes pour la patiente ou le patient, par exemple en raison de séquelles neurologiques. À cela s'ajoute que les décisions de réanimation doivent souvent être prises dans l'incertitude. Il est difficile de prévoir la probabilité de survie et la future qualité de vie. C'est pourquoi toute décision de réanimation doit faire l'objet d'une réflexion non seulement médicale mais aussi éthique. »

Ainsi, la décision d'abandonner une réanimation ne doit pas être prise sans un examen approfondi de la situation. Les directives de l'ASSM détaillent la durée de la réanimation, les prédicteurs – c'est-à-dire les facteurs pouvant influencer sur la décision d'abandonner ou de poursuivre des mesures – ainsi que les conditions dans lesquelles une réanimation prolongée est indiquée.

Il semble difficile de tenir compte de toutes ces variables dans le cadre d'une consultation de télémedecine, c'est-à-dire sans que la ou le médecin se trouve auprès de la patiente ou du patient, et de prendre une décision aussi complexe « à distance ». Cependant, il existe déjà dans certaines régions comme l'Emmental ou l'Oberland bernois des directives permettant de renoncer aux mesures de réanimation dans des cas bien précis, en utilisant des algorithmes détaillés et en concertation avec la ou le médecin urgentiste ou la ou le médecin de garde (qui n'a toutefois pas besoin d'être sur place)^{4,5}. D'autres services de sauvetage pourraient appliquer de telles directives. À noter que cette solution requiert toujours la présence d'une ou un médecin pour constater le décès, mais pas dans l'urgence imposée par les cas d'abandon de la réanimation.

Certains services de sauvetage, comme la police sanitaire de la ville de Berne, ont des médecins urgentistes mobilisés 24 heures sur 24 et habilités à décider de l'abandon d'une réanimation. Le cas échéant, ils constatent aussi le décès, ce qui permet de décharger la ou le médecin de famille. Les coûts engendrés par cette solution ne seraient guère couverts dans les zones rurales affichant un nombre d'interventions plus faible.

En Emmental, le CHR RSE AG et le service de sauvetage ont collaboré au lancement d'un projet pilote dans le cadre duquel une ou un anesthésiste de l'hôpital accompagne le service de sauvetage le week-end pour faire office de médecin urgentiste. L'hôpital et le service de sauvetage partagent les frais. Ce projet semble pertinent en particulier dans les zones rurales, où la fréquence des interventions ne justifie pas l'engagement de médecins urgentistes 24 heures sur 24. C'est également l'anesthésiste qui constate les décès.

Dans tous les cas, la présence d'une ou un médecin est requise pour qu'un décès puisse être constaté de manière certaine. « La constatation de la mort est une tâche médicale importante et elle ne doit pas être déléguée à du personnel non médical (infirmières/infirmiers, ambulancières/ambulanciers, etc.). L'attestation du décès doit également se référer aux constatations propres du médecin.⁶ »

Dans le canton de Berne, c'est une ou un médecin qui doit examiner le cadavre et remplir le certificat de décès. Il en va de la constatation certaine du décès et de la distinction entre mort naturelle et non naturelle. Si, pendant l'examen du cadavre, la ou le médecin constate qu'il

³ Décisions de réanimation, Directives médico-éthiques, ASSM, juin 2021

⁴ <https://www.spital-emmental.ch/upload/docs/extranetdokumente/WEISUNG%20Reanimation%20und%20Todesfall%20im%20RD2.pdf> (en allemand)

⁵ Directives internes au CHR STS AG concernant les décisions de réanimation, fondées sur les directives de l'ASSM à ce sujet

⁶ <https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2023.09399>

s'agit d'un décès extraordinaire, aucune analyse ni modification supplémentaire ne doit avoir lieu (pour éviter de détruire des traces et d'en laisser de nouvelles)⁷. Par conséquent, le cadavre ne peut en principe pas être examiné ailleurs, après son évacuation par les services de sauvetage.

Point 2

Le service d'intervention qui va, si nécessaire, examiner la patientèle chez elle ou sur son lieu de séjour, fait depuis toujours partie intégrante du service médical d'urgence ambulatoire. Parmi ses tâches figure également la décision de placement à des fins d'assistance. Cela vaut aussi bien pour le service d'urgence assuré par les médecins de famille que pour le service d'urgence psychiatrique assuré par les spécialistes.

Dans certaines régions, pour compenser le faible nombre de psychiatres et décharger le service d'urgence médical général, on a adopté un modèle selon lequel les patientes et patients sont amenés à la porte des urgences d'un hôpital ou d'une clinique, où ils sont examinés et où d'éventuelles décisions sont prises. C'est généralement la police qui les y conduit. Un tel modèle nécessite un accord entre le CM et l'hôpital régional. Il est par exemple appliqué dans le CM de Haute-Argovie.

À l'inverse, le CM de la région de Berne (ABV Bern Regio) a mis en place un service d'urgence spécialisé en psychiatrie il y a des années, notamment pour répondre au souhait des psychiatres établis. Dans une zone qui a été définie précisément et acceptée par toutes les parties, les médecins interviennent par exemple pour prononcer un placement à des fins d'assistance. Par ailleurs, un projet pilote est en cours dans le cadre duquel des psychiatres indépendants assurent, à certaines périodes, un service d'urgence à la porte des urgences de l'Hôpital de l'Île.

Il existe donc bien des modèles dans lesquels les patientes et patients sont amenés directement à l'hôpital pour que l'opportunité d'un placement à des fins d'assistance puisse être évaluée. C'est aux CM compétents qu'il incombe de mettre en place de tels modèles. Le service d'urgence peut ainsi être adapté aux conditions locales et régionales, ce qui constitue un avantage pour l'hétérogénéité des structures du canton de Berne.

Point 3

Comme pour le point 1, il faut distinguer deux choses : la constatation médicale du décès et l'examen médico-légal s'il s'agit d'un décès extraordinaire. Or il ne peut pas y avoir de décès extraordinaire requérant l'intervention de la médecine légale tant que le décès n'a pas été constaté médicalement. Et, pour cela, il faut que la décision d'abandonner la réanimation ou d'y renoncer ait été prise et que le décès ait été constaté cliniquement. Ne disposant pas des compétences cliniques requises, la ou le médecin légiste ne peut pas prendre cette décision. Autrement dit, la constatation du décès et la décision même de faire intervenir un médecin clinique ou un médecin clinicien pour la réanimation, demandées au point 3, incomberaient alors à du personnel non médical, par exemple des membres de la police cantonale bernoise (POCA) dépourvus de connaissances médicales, puisque le recours à la médecine légale ne saurait être mis sur le même plan que la constatation médicale du décès.

Néanmoins, l'Institut de médecine légale de l'université de Berne collabore avec la POCA pour définir les situations et les paramètres rendant, même pour une personne non avertie, la cons-

⁷ https://www.irm.unibe.ch/unibe/portal/fak_medizin/ber_dlb/inst_remed/content/e40010/e136547/e136554/section136559/files208443/online-SkriptumRechtsmedizin2023-25.04.2023_ger.pdf (en allemand)

tatation du décès si indubitable qu'il est possible de renoncer en toute conscience à la réanimation. Les cas de figure envisageables ne sont toutefois pas nombreux (p. ex. lésions revenant à une issue fatale, telle une décapitation).

Pour les raisons susmentionnées, le Conseil-exécutif est d'avis que la constatation du décès et donc la décision de ne pas entreprendre de mesures de réanimation relèvent de la compétence des médecins cliniciens, à de rares exceptions près restant à définir (en concertation avec l'Institut de médecine légale et la POCA). Par ailleurs, la constatation des décès n'est généralement pas urgente, ce qui permet à la ou au médecin de mieux la concilier avec ses urgences au cabinet.

Point 4

Même s'il serait possible, du point de vue médical, d'évaluer la capacité d'une personne à subir une détention lors de sa prise en charge par les urgences, comme évoqué au point 2 pour les placements à des fins d'assistance, toutes les propositions faites consistent uniquement en un transfert de cette activité médicale. Or les urgences, tout comme les médecins de famille, sont souvent surchargées. Déléguer cette activité aux services ambulanciers est en principe envisageable, mais reviendrait seulement à la transférer d'un secteur problématique à un autre.

Les formations continues proposées par la SMCB à la POCA au sujet de l'évaluation de la capacité à subir une détention se sont révélées être un instrument important pour soutenir les médecins dans cette tâche et réduire les obstacles à sa réalisation. Ces formations n'ont pas pu avoir lieu pendant la pandémie. Maintenant qu'elles sont de nouveau dispensées, les CM concernés sont priés d'en informer le public cible. La situation est régulièrement analysée de concert avec la SMCB. En outre, un contrat a été signé en 2020 avec la POCA prévoyant que les médecins lui envoient directement les factures relatives à des traitements effectués sur mandat de la police (comme le placement à des fins d'assistance et l'évaluation de la capacité à subir une détention) et que celle-ci les leur règle.

En résumé, le Conseil-exécutif est d'avis que, pour soutenir l'évaluation de la capacité à subir une détention, la poursuite des formations ciblées, en particulier, vaut mieux que le transfert à un autre secteur. Bien sûr, les CM peuvent mettre en place des modèles – comme pour le placement à des fins d'assistance – en collaboration avec les hôpitaux et la police, dans le cadre desquels les personnes susceptibles d'être placées en détention ou les patientes et patients sont amenés à la porte des urgences d'un hôpital ou d'une clinique pour évaluation.

Point 5

Dans le canton de Berne, les médecins officiels ont seulement existé dans le contexte des mesures de lutte contre les maladies transmissibles que l'Office du médecin cantonal d'alors pouvait les charger d'exécuter (voir art. 4, al. 1 de l'ordonnance du 22 mai 1979 portant exécution de la législation fédérale sur les épidémies et la tuberculose [état au 1^{er} janvier 2013])⁸.

Il existait également des médecins d'arrondissement qui pratiquaient, sur mandat des autorités judiciaires ou des autorités d'instruction, des examens externes de cadavres ou des examens de personnes pour sauvegarder des preuves. Ils étaient nommés à titre accessoire pour quatre ans par la Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques d'alors (voir ordonnance du 13 mai 1998 sur les médecins d'arrondissement)⁹. Excepté l'évaluation de la capacité à subir une détention, ces tâches sont aujourd'hui accomplies par l'Institut de médecine légale et non par les médecins de famille.

Si l'on voulait, comme le proposent les motionnaires, instituer à nouveau la fonction de médecin officiel pour soutenir les médecins de famille, le Grand Conseil devrait approuver les ressources

⁸ <https://www.lexfind.ch/fe/fr/tol/20101/versions/105082/fr>

⁹ <https://www.lexfind.ch/tol/123426/fr>

correspondantes. Il faudrait pour cela modifier la loi sur la santé publique et débloquer les ressources nécessaires à la création de tels postes au sein de l'administration.

Le centre de psychiatrie et psychologie forensiques de la Clinique universitaire de psychiatrie et psychothérapie propose des offres stationnaires, de jour, mais aussi ambulatoires et de proximité aux patientes et patients souffrant de troubles psychiatriques qui sont privés de liberté ou qui suivent un traitement ambulatoire ordonné par une juridiction. On pourrait envisager de confier à ce centre tout placement à des fins d'assistance de personnes habitant le canton de Berne. Comme la création de postes de médecin officiel, cette mesure engendrerait toutefois des coûts supplémentaires pour ce dernier. Une autre solution consisterait à ce que ce centre embauche des internistes pour constater les décès et évaluer la capacité à subir une détention à l'échelle cantonale. Le risque étant, pour ce modèle aussi, de ne pas trouver suffisamment de médecins à embaucher en raison de la pénurie actuelle de personnel qualifié.

Pour résumer, le Conseil-exécutif considérerait une révision de la loi comme pertinente seulement si les CM n'étaient plus en mesure d'assurer l'organisation du service d'urgence. Outre une telle réintroduction, il faudrait dans ce cas étudier différents modèles (dont la délégation à des tiers) pour garantir une exécution efficace de ces tâches. Le Conseil-exécutif propose l'adoption et le classement du présent postulat.

Destinataire

– Grand Conseil