

# Rapport présenté par le Conseil-exécutif au Grand Conseil concernant la loi sur la santé publique (révision partielle)

---

## I. Récapitulation

### 1. Une révision nécessaire

Entrée en vigueur le 2 décembre 1984, la loi sur la santé publique doit déjà être révisée et ce, pour plusieurs raisons:

- La Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 (ConstC, RSB 101.1), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995, stipule que «*le canton encourage les médecines douces*» (art. 41, 4<sup>e</sup> al.). Le Grand Conseil a donc chargé le Conseil-exécutif de modifier la loi sur la santé publique afin qu'elle prenne en compte cette disposition.
- Le *régime des autorisations* prévu par la loi sur la santé publique est très précis: les activités diagnostiques et thérapeutiques sont soumises à l'octroi d'une autorisation d'exercer que la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) ne délivre que dans la mesure où elles entrent dans le cadre des professions de la santé reconnues. C'est dire que l'exercice des activités thérapeutiques pour lesquelles il n'est pas possible d'obtenir une autorisation n'est, pour l'heure, pas autorisé. Or, cette réglementation s'avère trop restrictive à plus d'un titre.
- Les *droits et devoirs des patients et patientes* sont réglés uniquement par voie de décret. Or, les exigences parlent aujourd'hui en faveur de leur inscription dans une loi. Par ailleurs, les *mesures médicales de contrainte* ne font l'objet d'aucune disposition dans la législation actuelle.

### 2. La nouvelle réglementation

Le présent projet de révision porte notamment sur les points suivants:

- Le *régime des autorisations d'exercer* une activité sanitaire est libéralisé. Sont désormais seules soumises à autorisation les activités requérant des exigences particulières pour assurer la qualité des soins médicaux. Les activités sanitaires ne présentant pas de risque pour la santé peuvent en revanche être exercées librement sans examen préalable par les autorités, mais des mesures administratives peuvent être ordonnées en cas de mise en danger attestée (cf. titre II, 1<sup>er</sup> chap., art. 14 à 21).
- Le projet contient une liste des *droits et devoirs des professionnels et professionnelles de la santé (ci-après professionnels de la santé)*. Y figurent, outre les obligations d'ordre général, des dispositions sur l'obligation de porter assistance, l'approvisionnement en médicaments, la recherche expérimentale sur l'être humain, le prélèvement d'organes, ou encore l'euthanasie (cf. titre II, 2<sup>e</sup> chap., art. 22 à 38).
- Autre élément nouveau: la réglementation au niveau d'une loi des *droits et devoirs des patients et des patientes* (titre III). Le 1<sup>er</sup> chapitre est consacré aux dispo-

sitions générales (information, consentement: art. 39 à 40c), le second aux *mesures médicales de contrainte* (art. 41 à 41e) applicables aux personnes placées dans une institution en vertu des dispositions fédérales et cantonales sur la privation de liberté à des fins d'assistance.

- Les *dispositions pénales* ont été adaptées aux nouvelles réglementations du présent projet (titre VI, art. 47).
- Les *dispositions transitoires* réglementent les activités vétérinaires – qui ne font plus l'objet d'aucun article dans le corps du texte de loi – ainsi que la validité des autorisations délivrées avant l'entrée en vigueur de la révision.

## II. Situation initiale

### 1. Autorisation d'exercer des activités sanitaires

1.1 Selon la loi sur la santé publique en vigueur, une autorisation doit être délivrée par le service compétent de la SAP aux personnes voulant exercer sous leur propre responsabilité, à titre professionnel ou contre rémunération, les activités suivantes:

- a) diagnostic et traitement des maladies, blessures et autres troubles physiologiques ou psychiques;
- b) obstétrique;
- c) fabrication, transformation, dispensation et utilisation de médicaments.

Aux termes de cette clause générale, toute *activité diagnostique ou thérapeutique* est soumise à autorisation (art. 14, 1<sup>er</sup> al.). La loi énumère même les professions pour lesquelles une autorisation peut être accordée (art. 25 et 38). Le Conseil-exécutif est en outre habilité à soumettre à autorisation l'exercice d'autres professions de la santé.

1.2 Cette interdiction générale d'exercer des activités diagnostiques et thérapeutiques sans autorisation officielle s'est révélée trop restrictive au fil des ans. A titre d'exemple, les tribunaux appelés à traiter de questions liées au massage médical ou à l'acupuncture ont mis en avant la liberté économique et estimé que l'intérêt des personnes exerçant ces deux activités à titre professionnel devait primer sur la protection des patients et patientes préconisée par la législation sur la santé publique.

1.3 L'exercice de la naturopathie n'est pas autorisé par la loi actuelle. De fait, il était prévu d'inclure cette profession dans le projet de loi de 1984 et, partant, de la soumettre à autorisation, mais le Grand Conseil avait alors rejeté cette proposition. Au 4<sup>e</sup> alinéa de l'article 41, la Constitution cantonale prévoit cependant que «*le canton encourage les médecines douces*». Il ressort des débats parlementaires sur cette disposition que sa mise en œuvre implique d'autoriser des thérapeutes non médecins à pratiquer des médecines douces.

De toute évidence, la façon de voir les choses a évolué entre la promulgation de la loi sur la santé publique et celle de la Constitution cantonale. Les prescriptions relatives à l'octroi d'autorisations inscrites dans la loi sur la santé publique ne permettant pas de répondre à la disposition de la Constitution cantonale, le Grand Conseil a chargé la SAP, par voie d'arrêté, de lui soumettre un projet de révision en première lecture d'ici 1999.

1.4 Le 10 septembre 1996, la motion Bigler, adoptée sous forme de postulat, demanda que le canton de Berne crée les bases légales nécessaires pour que (a) «les

naturopathes puissent passer un examen de naturopathe reconnu par le canton de Berne», (b) «les naturopathes possédant un diplôme du canton de Berne ou un diplôme équivalent d'un autre canton obtiennent une autorisation de pratiquer s'ils remplissent les autres conditions prévues par la loi» et (c) «les questions importantes relatives à l'exercice de la profession de naturopathe puissent être réglées au niveau approprié.»

1.5 Vu son système fédéraliste, la Suisse compte 26 réglementations différentes concernant l'autorisation d'exercer une profession de la santé. Ces dernières années, de plus en plus de cantons ont décidé d'introduire une réglementation spéciale pour certaines des médecines douces, appelées aussi médecines alternatives, médecines naturelles, ou encore médecines parallèles. Selon un sondage réalisé le 29 avril 1997 par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), l'activité de naturopathe est réglée de la façon suivante:

- libre exercice: LU, TI, UR, ZG;
- exercice assorti de charges: JU, NE, VS;
- exercice soumis à l'octroi d'une autorisation: AI, AR, BL, BS, GR, SG, SH, TG;
- exercice interdit: AG, BE, FR, GE, GL, SO, SZ, NW, OW, VD, ZH.

Dans le canton de Bâle-Ville, suite à une révision datant du 14 mai 1997, l'exercice par des non-médecins d'activités thérapeutiques relevant des médecines douces peut être pratiqué librement sur l'être humain et l'animal, moyennant le respect de certaines conditions parmi lesquelles figure tout de même, pour la naturopathie, l'homéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, l'acupuncture et l'ayurveda, l'octroi d'une autorisation.

Quant à la loi du 27 janvier 1999 sur la santé publique du canton de Soleure, elle dispose que les naturopathes et les homéopathes peuvent exercer, mais à condition d'être au bénéfice d'une autorisation.

Le projet de nouvelle loi sur la santé publique du 15 juin 1999 mis en consultation par le canton de Zurich prévoit de limiter l'octroi obligatoire d'une autorisation d'exercer aux sciences reconnues, aux professions figurant dans la LAMal et aux activités présentant un danger particulier.

Le canton de Fribourg prévoit pour sa part, dans son projet du 23 mars 1999, d'inscrire dans la nouvelle loi sur la santé publique l'octroi d'une autorisation obligatoire pour les professionnels de la santé et de désigner par voie d'ordonnance les professions touchées par cette obligation.

Les autres cantons qui prévoient de réviser leur loi sur la santé publique ont l'intention d'y inclure une nouvelle réglementation du régime des autorisations. Si celle-ci est nettement axée sur une libéralisation des médecines douces, les projets de révision n'en sont pas moins fort différents et la définition de ces méthodes naturelles n'est de loin pas encore uniforme (cf. la décision de la CDS du 26.3.1999 d'instituer un groupe de travail intitulé «Autorisations de pratiquer les professions du domaine de la santé»).

## 2. Droits et devoirs des professionnels de la santé

2.1 L'actuelle loi sur la santé publique fait la distinction entre les «professions sanitaires» (art. 14 et 25ss) et les «autres professions sanitaires» (art. 14 et 38ss). Si

elle fixe quelques devoirs – peu nombreux – pour toutes les personnes exerçant une profession sanitaire (art. 19 à 23), elle se limite, pour le reste, à définir les droits et devoirs des membres du corps médical (art. 27 à 35). Quant aux droits et devoirs des autres professions sanitaires, ils sont réglés par voie d'ordonnance, chaque profession soumise à autorisation faisant l'objet de son propre texte.

2.2 La notion de «profession médicale» sera désormais définie à l'échelon fédéral conformément à l'avant-projet de mai 1999 concernant la loi sur la formation universitaire aux professions médicales (LPMéd/formation de base).

C'est dire que la distinction entre professions médicales et autres professions sanitaires telle qu'elle figure dans l'actuelle loi sur la santé publique ne se justifie plus. Pas plus d'ailleurs que le fait d'inscrire dans la loi les principes régissant l'exercice de la profession pour les seuls membres du corps médical.

## 3. Droits et devoirs des patients et des patientes

3.1 L'article 39 de la loi actuelle charge le Grand Conseil d'édicter un décret concernant les droits et les devoirs des patients dans le domaine de la santé publique.

3.2 Fort de ce mandat, le Grand Conseil a promulgué le 14 février 1989 le décret sur les droits et les devoirs des patients et des patientes des hôpitaux publics (décret sur les patients, DPat; RSB 812.121.11). Ce texte contient des dispositions portant d'une part sur l'organisation et les activités des hôpitaux et, d'autre part, sur les droits des patients et patientes et les devoirs des médecins et du personnel soignant, tels que l'obligation d'informer (art. 10), le droit pour les patients et patientes de consulter leurs dossiers (art. 11), ou encore l'obligation pour les médecins d'obtenir le consentement de leurs patients et patientes pour toute intervention médicale (art. 14 à 16).

S'agissant de la participation des patients et patientes à des recherches, de l'euthanasie et de la constatation du décès, les articles 7 et 17 renvoient aux directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), pour autant que le Conseil-exécutif les déclare applicables par voie d'ordonnance. Si la recherche sur l'homme est réglementée par l'ordonnance du 17 juin 1998 concernant la recherche expérimentale sur l'homme (RSB 811.05), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1998, l'ordonnance du 11 juin 1997 sur l'euthanasie et le diagnostic de la mort (RSB 811.06) reprend en effet textuellement les directives de l'ASSM.

Selon les principes législatifs en vigueur, il ne suffit plus de régler les droits et devoirs fondamentaux des patients et des patientes uniquement au niveau d'un décret ou d'une ordonnance. La révision de la loi sur la santé publique est donc l'occasion de transférer les principes contenus dans le décret sur les patients dans la loi sur la santé publique, d'y inscrire les dispositions fondamentales et de régler des dispositions d'importance inférieure ou de caractère exécutoire au niveau des ordonnances.

3.3 A ce jour, il n'existe pas de dispositions sur les mesures médicales de contrainte, pas plus dans les lois fédérales que dans la législation cantonale. Certes, le Code civil suisse (CCS) contient des dispositions sur la privation de li-

berté à des fins d'assistance (art. 397a ss) et la loi cantonale du 22 novembre 1989 sur la privation de liberté à des fins d'assistance et sur d'autres mesures de l'assistance personnelle (RSB 213.316) réglemente les conditions requises pour ordonner une privation de liberté. Mais selon la doctrine et la jurisprudence dominantes, cette loi n'aborde pas le problème du traitement médical de contrainte. Résultat: les mesures médicales de contrainte, qui sont inévitables dans des situations données, se fondent uniquement sur la clause générale de police, ou alors, à la rigueur, sur l'article 34 du Code pénal suisse (CPS, «Etat de nécessité»). Cette disposition prévoit que «lorsqu'un acte aura été commis pour préserver d'un danger imminent et impossible à détourner autrement un bien appartenant à l'auteur de l'acte ou à autrui» (p. ex. la vie et la santé), cet acte ne sera pas punissable.

#### **4. Nouveau régime bernois de péréquation financière et de compensation des charges; cantonalisation des frais générés par les soins de santé publique**

4.1 La loi en vigueur stipule que les «frais que l'Etat engage pour les soins de santé publique et la lutte contre les épidémies et la tuberculose au sens des articles 2 à 4a (...) font l'objet d'une répartition entre l'Etat et les communes.» (art. 43, 1<sup>er</sup> al.). Ce même article fixe en outre la clé de répartition entre l'Etat et les communes ainsi que la quote-part de chaque commune (art. 43, al. 2 à 5).

4.2 Conformément au rapport du 17 juin 1998 du Conseil-exécutif au Grand Conseil (approuvé par ce dernier lors de sa session de novembre 1998) concernant le nouveau régime bernois de péréquation financière et de péréquation des charges, les frais engagés pour les soins de santé publique doivent être cantonalisés (ch. 3.5, tabl. 3-7, p. 63; ch. 9.2, principe 11a), p. 110). En clair, la répartition des charges entre le canton et les communes pour les coûts de santé publique au sens de l'article 43 doit être supprimée. (La suppression de la répartition des charges, qui figurait dans le projet de révision envoyé en consultation, est désormais intégrée dans la nouvelle loi sur la péréquation financière et la compensation des charges (LPFC); cf. à ce sujet ch. III., pt. 4.3).

#### **5. Prise en compte du droit de rang supérieur et du droit européen**

Le droit fédéral et le droit intercantonal contiennent bon nombre de dispositions dont il faut tenir compte, notamment en ce qui concerne la reconnaissance des diplômes, l'admission officielle des professions et l'autorisation d'exercer. Quant au droit européen, il comprend, pour le domaine qui nous intéresse, des directives portant sur la reconnaissance réciproque des diplômes professionnels.

5.1 La loi fédérale sur le marché intérieur (LMI) stipule l'accès libre au marché suisse pour toute personne domiciliée en Suisse offrant des marchandises et des services (art. 1 et 2). Elle prévoit toutefois des restrictions à la liberté d'accès au marché sous certaines conditions et dans certains buts, notamment pour protéger la vie et la santé de l'être humain et des animaux (art. 3; cf. à ce sujet l'expertise de la CDS du 17.6.1998). Les conditions requises pour l'octroi d'une autorisation énu-

mérées aux articles 15b et 16b du projet de révision prennent en compte les dispositions de la LMI. Ainsi, le libre exercice est en principe garanti dès lors qu'aucune restriction relevant de la santé publique n'est requise. L'accès au marché est en revanche subordonné à l'octroi d'une autorisation d'exercer si la protection de la vie et de la santé des personnes concernées le justifie. Les conditions d'octroi sont d'ordre professionnel et personnel: elles portent sur (a) le lieu de domicile, (b) la sauvegarde des intérêts publics et (c) le respect du principe de proportionnalité. Conformément à l'article premier LMI, la seule condition requise est que la personne soit domiciliée en Suisse (sous réserve de l'art. 15b, 4<sup>e</sup> al., 2<sup>e</sup> phrase du projet).

5.2 La nouvelle constitution fédérale dispose que les certificats de capacité décernés pour exercer une profession libérale doivent pouvoir être obtenus «dans toute la Confédération» (art. 95, 2<sup>e</sup> al. cst). En exécution de cette disposition, la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse stipule: «Sont autorisés à exercer librement leur profession dans toute l'étendue de la Confédération (a) les médecins, dentistes, vétérinaires et pharmaciens qui, conformément aux dispositions de la présente loi, ont obtenu un diplôme fédéral, (b) les titulaires d'un diplôme délivré par un Etat étranger, pour autant que celui-ci applique la réciprocité et (c) tous les professeurs des universités suisses ou des écoles spéciales chargés d'y enseigner les branches relatives à ces professions» (art. 1<sup>er</sup>). L'avant-projet de loi fédérale sur la formation universitaire aux professions médicales (LPMéd/formation de base), qui date de mai 1999, prévoit l'inscription des chiropraticiens et chiropraticiennes sur la liste des professions médicales. Cela étant, les certificats de capacité et de formation postgrade décernés pour ces activités devront impérativement être reconnus dans le canton de Berne.

5.3 Le 17 mars 1994, le canton de Berne a signé l'Accord intercantonal du 18 février 1993 sur la reconnaissance des diplômes de fin d'études (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995). Cet accord règle la reconnaissance des diplômes de formation de base décernés au niveau cantonal d'une part, et à l'étranger d'autre part. Il encourage le libre accès aux écoles supérieures et entend assurer la qualité des formations dans l'ensemble de la Suisse (art. 1<sup>er</sup>). La convention porte notamment sur les formations de base préparant aux professions de la santé, domaine relevant de la compétence de la CDS (art. 2 et 4). Le canton de Berne est donc tenu de garantir le même accès aux écoles supérieures (art. 8, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.) et aux professions réglementées à l'échelle cantonale aux titulaires d'un diplôme reconnu par cette convention qu'aux diplômés bernois.

5.4 Le 1<sup>er</sup> mars 1999, le Conseil fédéral a approuvé le projet de loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques, LPT). Dans le contexte qui nous occupe, ce projet contient pour la première fois des dispositions réglementant au niveau fédéral l'utilisation, la fabrication, la vente et la dispensation des produits thérapeutiques. Les prescriptions cantonales portant sur les médicaments et les dispositifs médicaux devront donc être axées sur le droit fédéral, c'est-à-dire adaptées en conséquence ou abrogées.

5.5 Bien que la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) contienne elle aussi des dispositions concernant les professionnels de la santé ainsi que les entreprises (art. 35ss), elle n'est pas considérée comme droit de rang supérieur. En effet, alors que les dispositions de la loi sur la santé publique portent sur *l'autorisation professionnelle d'exercer et d'exploiter*, celles de la LAMal traitent de *l'admission des prestations par l'assurance-maladie obligatoire*. Autrement dit, la loi sur la santé publique règle la question de l'exercice – ou non – d'une activité, tandis que la LAMal détermine son financement – ou non – par l'assurance-maladie.

5.6 L'Union européenne (UE) et, avant elle, la Communauté européenne, ont édicté plusieurs directives réglemant la reconnaissance réciproque des diplômes professionnels. Dans l'optique d'une éventuelle entrée en vigueur des accords sectoriels entre la Suisse et l'UE, le droit bernois doit lui aussi harmoniser ses dispositions avec le droit international. Les directives de l'UE concernant les professions médicales ont avant tout pour but d'harmoniser les conditions requises pour l'obtention d'un certificat de capacité et de rendre obligatoire la reconnaissance réciproque des diplômes. Aux côtés de directives spécifiques pour les médecins, les dentistes, les vétérinaires, les pharmaciens et les pharmaciennes, les maïeuticiens et les sages-femmes, ainsi que pour les infirmiers et les infirmières, l'UE a également édicté deux directives générales portant sur la reconnaissance réciproque des diplômes. La première directive couvre les formations de base requérant une maturité et au minimum trois ans d'études universitaires, parmi lesquelles figurent les formations de chiropraticiens et chiropraticiennes et de psychothérapeutes non médecins. Quant à la seconde directive, elle concerne les formations durant au minimum six mois et au maximum trois ans, à savoir la maturité et le degré secondaire II, entre autres.

Le droit européen exige notamment que les diplômes sanctionnant une formation de base ou une formation postgrade soient délivrés et reconnus par des services étatiques. Cette exigence est encore loin d'être garantie dans notre pays, mais la LPMéd devrait permettre d'y parvenir pour les professions libérales et l'Accord intercantonal sur la reconnaissance des diplômes de fin d'études pour les formations sanitaires non libérales. Les questions de fond réglées par les directives de l'UE pour les différents domaines d'activités doivent elles aussi être prises en compte au niveau tant fédéral qu'intercantonal.

5.7 La loi bernoise sur la privation de liberté à des fins d'assistance et sur d'autres mesures de l'assistance personnelle repose sur les articles 397a ss du CCS. La Confédération prévoit de réviser le droit des tutelles et, notamment, d'introduire une nouvelle base légale pour l'exécution des traitements de contrainte. Le groupe d'experts institué à cette fin par l'Office fédéral de la justice a fourni un premier rapport en juillet 1995. Sachant que l'entrée en vigueur d'une réglementation fédérale en la matière n'interviendra pas avant quelques années, il faut qu'existe une réglementation cantonale fondée sur les structures cantonales existantes et sur la loi susnommée.

5.8 Au niveau international, il s'agit de prendre en compte les dispositions contraignantes de la Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine, qui a été

ouverte à la signature en avril 1997 par le Conseil de l'Europe. Sur mandat du Conseil fédéral, le Département fédéral de justice et police a engagé fin 1998/début 1999 une procédure de consultation sur la signature et la ratification de ce document, qui doit encore être approuvé par le Conseil fédéral et soumis aux Chambres fédérales. Les dispositions centrales de la Convention sont les suivantes: droit à l'autodétermination des patients et patientes, protection de leur sphère privée, droit à l'information, autorisation de prendre des mesures médicales de contrainte à l'encontre de personnes souffrant d'un trouble mental, autorisation de procéder à des recherches expérimentales sur l'homme et protection contre les interventions à caractère génétique. Le présent projet de révision tient compte de ces différents principes.

### III. Origine du projet de révision

1. Dans l'*expertise* qu'il a rendue en novembre 1994, Christoph A. Zenger, de Berne, estime que la loi sur la santé publique doit être entièrement révisée et ce, bien qu'elle soit relativement récente. Selon lui, les sujets suivants nécessitent plus particulièrement un remaniement:

- buts de la réglementation (protection de la santé, assistance médicale et paramédicale, promotion de la santé au sens de l'art. 41, 1<sup>er</sup> al. ConstC);
- objet et classification systématique du droit d'exercer une activité professionnelle (inventaire de toutes les activités bénéfiques pour la santé des êtres humains, quels qu'en soient le but déclaré, le mode de rémunération et le rapport de service);
- définition des objectifs visés par la réglementation sur l'exercice des professions de la santé (protéger contre les risques, garantir la bonne foi dans les relations d'échange, assurer l'assistance de base, promouvoir la qualité des soins, prévenir la toxicomanie, encourager les médecines douces, favoriser la diversité des méthodes de traitement);
- établissement de l'enregistrement obligatoire comme règle et de l'autorisation obligatoire comme exception (enregistrement et libre exercice des activités sanitaires assortis de règles, autorisation obligatoire limitée aux activités présentant des risques);
- détermination et réduction des exigences en matière de formation (abandon du monopole dont bénéficient certaines professions, exigences de formation spécifiques pour les activités soumises à autorisation, adaptation aux règles intercantionales et européennes en matière de libre circulation);
- différenciation des besoins de formation continue et postgrade;
- fixation d'exigences en matière de qualité.

Dans une expertise complémentaire rendue en juin 1996, Jost Gross, de St-Gall, a concrétisé l'objectif portant sur l'autorisation d'exercer et l'exercice proprement dit des activités sanitaires et présenté un projet de formulation pour la révision de la loi sur la santé publique. Il proposait notamment

- de soumettre à autorisation les activités pour lesquelles le droit de rang supérieur requiert un titre professionnel ou celles dont les prestations sont rétribuées par les assureurs reconnus par l'Etat;

- d’instaurer l’obligation d’annoncer et d’enregistrer pour toutes les autres activités et installations sanitaires non soumises à autorisation;
- d’obliger les fournisseurs de prestations à prouver, sur demande de la SAP, le caractère inoffensif de leur activité;
- de dresser un inventaire des activités exercées contre rémunération ou bénévolement, à titre indépendant ou dépendant, à des fins thérapeutiques ou autres;
- de réglementer les droits et devoirs des professionnels de la santé ainsi que des patients et patientes.

2. Le 1<sup>er</sup> avril 1996, la SAP nomma un *groupe de travail* afin de préparer l’adaptation de la loi sur la santé publique à la nouvelle Constitution cantonale. Composé de collaborateurs et collaboratrices de la Direction et placé sous l’égide de l’Office de planification, de construction et de formation professionnelle (OPCF), il fut chargé (a) de définir les médecines douces, (b) d’élaborer les instruments et les mesures nécessaires pour répondre à l’article 41 ConstC et (c) de mettre sur pied un projet concret.

Le groupe de travail présenta son rapport final le 15 décembre 1997. En voici les principaux résultats:

- Le terme de «médecines douces» est utilisé par opposition à la médecine classique, dite allopathique. Il est équivalent aux expressions telles que médecines naturelles, parallèles, alternatives, ou encore complémentaires.
- Parmi les médecines douces, il en est qui présentent des risques pour la santé et doivent, de ce fait, être soumises à autorisation. Il s’agit de la naturopathie, de l’homéopathie, de l’acupuncture, de la médecine traditionnelle chinoise et de l’osthéopathie (avec une réserve pour cette dernière quant à sa classification dans la catégorie des «médecines douces»).
- Les autres méthodes et activités relevant des médecines douces doivent pouvoir être exercées librement, moyennant la création d’un régime de surveillance.
- La majorité des membres du groupe de travail se sont prononcés en faveur de l’introduction d’une obligation d’annoncer pour les activités exercées librement et pour leur inscription dans une ordonnance de Direction.

Pour ce qui est du second mandat qui lui avait été confié, le groupe de travail a établi un catalogue des instruments et mesures envisageables pour encourager les médecines douces. Il a notamment proposé de se limiter à inscrire dans la loi sur la santé publique une nouvelle réglementation sur l’autorisation d’exercer et de renoncer, eu égard aux conséquences financières que cela entraînerait, à toute autre forme d’encouragement.

3. C’est sur la base de ces travaux préparatoires que la SAP a élaboré son premier projet de révision, qui portait presque exclusivement sur l’autorisation d’exercer des activités sanitaires et comportait plusieurs variantes. Il fut mis en consultation de mi-juillet à mi-septembre 1997, car les changements proposés étaient importants.

Le *projet soumis à consultation* contenait les dispositions-clés suivantes (cf. le rapport y relatif, ch. 5, p. 4ss, en allemand uniquement):

- Champ d’application:
  - toutes les activités sanitaires exercées à titre professionnel et contre rémunération;
  - activités préventives, diagnostiques et thérapeutiques, et activités pouvant présenter des risques pour la santé.
- Autorisation obligatoire: proposition de deux variantes, soumettant l’une et l’autre l’octroi de l’autorisation à des critères généraux:
  - variante A: subordonner l’autorisation au risque potentiel et dresser la liste des professions et activités soumises à autorisation par voie d’ordonnance;
  - variante B: déterminer les activités soumises à autorisation en fonction de règles juridiques de rang supérieur, à savoir sur la base de (a) la reconnaissance par le droit fédéral, intercantonal ou cantonal ou par un accord international de diplômes de formation de base ou de formation postgrade ou (b) la reconnaissance et, partant, la rétribution des prestations fournies par les assureurs agréés par l’Etat.
- Libre exercice des activités sanitaires non soumises à autorisation dans les limites des prescriptions légales: ici également, proposition de deux variantes:
  - variante A: obligation d’annoncer pour toutes les activités sanitaires et pour les activités susceptibles de présenter un risque pour la santé;
  - variante B: pas d’obligation d’annoncer.
- Introduction d’un nouveau régime de surveillance habilitant la SAP à prononcer des interdictions et à contrôler le caractère inoffensif de l’activité en cas d’abus supposé ou constaté.

Les 51 participants à la procédure de consultation ont, dans l’ensemble, accueilli favorablement le projet de révision et les nouveaux principes qu’il proposait. Seul le Collège de santé du canton de Berne a estimé que la révision de la loi était inutile et, de ce fait, en a refusé les modifications. La Faculté de médecine de l’Université de Berne, la Société des médecins du canton de Berne, l’Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) et l’Association suisse pour la guérison naturelle ont, pour leur part, refusé le principe du libre exercice sauf mention expresse d’une autorisation obligatoire, lui préférant celui de l’autorisation obligatoire sauf mention expresse du libre exercice. Quant à la Direction des finances (FIN) et à la Fédération cantonale bernoise des assureurs-maladie (FBAM), elles ont refusé d’étendre l’octroi d’autorisation à d’autres activités sanitaires par crainte des conséquences financières. Précisons que les organisations de patients n’ont pas été consultées. S’agissant des variantes proposées, la préférence a été donnée dans une proportion de 2:1 à la variante B de l’article 2 (subordination de l’octroi d’autorisation au droit de rang supérieur) et à la variante A de l’article 9 (introduction de l’obligation d’annoncer).

4. Forte de ces résultats, la SAP a élaboré, avec l’aide d’un *groupe de travail interne à la Direction*, un projet de révision daté du 21 décembre 1998, qui fut mis en consultation de fin janvier à fin avril 1999.

4.1 Résultats de la procédure de consultation:

La grande majorité des participants à la procédure se sont déclarés favorables au

principe même des modifications et en ont approuvé les grands axes. Comme il fallait s'y attendre, c'est l'assouplissement du régime des autorisations qui a suscité le plus de critiques, même si la plupart l'ont accepté de leur plein gré ou ont dû se résoudre à le faire en raison de la primauté des principes constitutionnels. Dans l'ensemble, seul un faible nombre de participants ont contesté l'orientation générale du projet, les autres s'étant limités à défendre quelques intérêts particuliers. La SAP a rédigé un rapport regroupant la totalité des prises de position. Vu son ampleur, celui-ci n'est pas annexé au présent document et seuls les principaux éléments sont développés ci-dessous.

#### 4.2 Prises de position par domaine:

*Champ d'application* (art. 14): si le plus grand nombre des participants n'ont élevé aucune objection à ce sujet, quelques-uns d'entre eux ont tout de même émis des propositions, à savoir

- d'étendre le champ d'application aux activités non professionnelles et non rémunérées et/ou à l'ensemble des activités touchant de près ou de loin l'intégrité corporelle (Société des médecins du canton de Berne, Association des médecins principaux d'hôpitaux, FBAM, Jura bernois, Association bernoise des chiropraticiens, Université de Neuchâtel, commune de Berthoud, Société des médecins homéopathes bernois, Association des laboratoires de prothèse dentaire, Société d'odonto-stomatologie, OICM);
- de consacrer une plus large place à la promotion et à la prévention de la santé (ASI, Université de Neuchâtel, Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne).

*Régime des autorisations* (art. 15 à 20): la révision de ce domaine a rencontré un écho très positif, à commencer par l'ouverture à l'exercice des médecines douces. La Société des médecins du canton de Berne, l'Association des médecins principaux d'hôpitaux, la FBAM, l'ASI, la Société suisse d'homéopathie, l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne et la Société des médecins homéopathes bernois ont toutefois refusé que le danger potentiel soit considéré comme le critère soumettant les activités à une autorisation obligatoire, la CASS, le VLL, l'ASMAC, l'Association suisse pour la guérison naturelle et la commune de Berthoud émettant en outre des critiques. Les arguments des uns et des autres sont les suivants:

- la notion de danger potentiel n'est pas définie de manière suffisamment précise dans la loi, si bien qu'aucune base légale ne permet d'intervenir dans la liberté économique;
- l'autorité qui édictera l'ordonnance y relative aurait une trop grande marge de manœuvre;
- le nouveau régime des autorisations n'est pas en adéquation avec les diplômes reconnus par la CDS ni avec les prestations admises par la LAMal.

En corollaire, les modifications suivantes ont été demandées:

- autorisation obligatoire pour toutes les activités et entreprises sanitaires;
- définition précise de la notion de danger potentiel dans la loi;
- prise en compte des diplômes reconnus par la CDS et des prestations admises par la LAMal;

- énumération dans la loi de toutes les activités et entreprises soumises à autorisation.

A l'exception des remarques ci-dessus, l'octroi d'une autorisation obligatoire lié au seul critère du danger potentiel n'a suscité aucun autre commentaire ou a été approuvé.

*Libre exercice des activités présentant un danger potentiel minime*: la Société des médecins du canton de Berne, l'Association des médecins principaux d'hôpitaux, la FBAM et l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne ont émis des critiques. Exception faite de ce dernier, elles ont demandé que toutes les activités sanitaires soient soumises à l'*obligation d'annoncer ou d'enregistrer*, rejointes en cela par le PRD, l'ASI, l'Association suisse pour la guérison naturelle et l'Université de Neuchâtel. Les autres participants n'ont émis aucune remarque ou ont expressément salué cette modification.

La codification des *droits et devoirs des professionnels de la santé* a été favorablement accueillie à la quasi-unanimité. Ont suscité des commentaires ou des propositions les articles 22 (champ d'application), 23 (liberté de conscience), 26 (documentation obligatoire), 31 (approvisionnement en médicaments), 32 (pharmacies privées), 34 (recherche expérimentale), 35a (Prélèvement d'organes sur des personnes décédées) et 36 (Traitement de personnes en fin de vie).

Quant aux droits et devoirs des patients et des patientes, eux aussi positivement salués, ils ont donné lieu à quelques remarques, notamment en ce qui concerne le traitement des personnes incapables de discernement ainsi que le champ d'application et les conditions prévues pour les mesures médicales de contrainte.

La cantonalisation des frais générés par les soins de santé publique – qui implique la suppression de la répartition des charges prévue par l'article 43 de la loi actuelle – a rencontré un assentiment unanime.

#### 4.3 Projet du 6 décembre 1999 soumis en corapport:

Si toutes les propositions formulées par les participants à la procédure de consultation n'ont pas pu être prises en considération, le projet de loi n'en a pas moins été remanié sur la base de certaines d'entre elles.

Le *champ d'application* (art. 14) n'a pas été étendu à la totalité des activités sanitaires touchant de près ou de loin l'intégrité corporelle et n'englobe donc pas les interventions autres que celles citées aux lettres a à c. C'est dire que les activités cosmétiques et esthétiques, par exemple, en restent exclues et continuent de relever de la responsabilité des deux parties concernées. Une extension du champ d'application aurait entraîné pour le canton une tâche de surveillance supplémentaire qu'il ne saurait assumer avec les ressources dont il dispose actuellement d'une part, et dont la connotation paternaliste ne paraît pas opportune d'autre part. De plus, l'instrument que constituent les dispositions du droit civil et les sanctions pénales permet de veiller au juste exercice de ces activités dans une proportion suffisante.

Le souhait d'énumérer toutes les *activités ou professions sanitaires soumises à autorisation* dans la loi n'a pas été exaucé car, l'offre de prestations ne cessant de se modifier, une adaptation plus ou moins actualisée des normes juridiques ne

peut être assurée que par voie d'ordonnance. En revanche, la notion de subordination à l'octroi d'une autorisation n'est plus liée au «danger potentiel», mais aux «exigences particulières pour assurer la qualité des soins médicaux», formulation plus positive également adoptée dans le projet de LPMéd/formation de base de mai 1999. L'obligation d'annoncer ou d'enregistrer toutes les activités sanitaires n'a pas non plus été intégrée dans le présent projet, car cette nouvelle tâche incombant au canton serait sans effet et requerrait un trop gros investissement en temps et en argent. Par ailleurs, les mesures de surveillance (art. 19a) permettent d'intervenir en cas d'abus attesté ou présumé.

Les dispositions portant sur les *droits et devoirs des professionnels de la santé* d'une part et des *patients et patientes* d'autre part ont été en partie remaniées. Principale modification: le champ d'application des mesures médicales de contrainte a été restreint aux personnes privées de liberté à des fins d'assistance, comblant ainsi la lacune provenant du fait que les dispositions du CSS et de la loi bernoise sur la privation de liberté à des fins d'assistance permettent le placement de personnes dans une institution pour des raisons sociales et non pour y subir un traitement médical contre leur volonté. Il a en revanche été décidé de ne pas soumettre les mesures médicales de contrainte à une réglementation plus poussée, parce que les conditions institutionnelles (p. ex. possibilités de recours) et les bases consensuelles requises font défaut et que, comme le droit des tutelles est en cours de révision au niveau fédéral, il serait inopportun pour le canton de légiférer pour le moment.

Le présent projet de révision ne stipule plus la suppression des articles 43 et 43a de la loi actuelle, car il est prévu d'abroger ces dispositions par le biais de la LPFC, afin de faire coïncider la suppression du système de répartition des charges avec son entrée en vigueur.

Les avant-projets de l'ordonnance sur les activités sanitaires (OSP) et de l'ordonnance sur les commissions spécialisées (OCom) n'étaient pas partie intégrante de la procédure de consultation et ne seront donc remaniés qu'une fois le présent projet de loi approuvé par le parlement. Il s'agira alors, notamment, d'examiner avec la plus grande attention les professions soumises à autorisation énumérées à l'article 2 OSP.

#### 4.4 Résultats de la procédure de corapport:

Les Directions et la Chancellerie d'Etat (CHA), qui avaient déjà accueilli très positivement le premier projet mis en consultation, ont donné leur assentiment unanime au second projet du 6 décembre 1999. La remarque de la JCE concernant l'article 17a, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre c, de même que les observations de la CHA portant sur des questions de technique législative, ont été intégrées dans le présent rapport. Quelques petites divergences ont en outre pu être aplanies après discussion avec la ou les Directions concernées.

## IV. Caractéristiques du projet de révision

### 1. Autorisation d'exercer des activités sanitaires

1.1 *Le champ d'application* des nouvelles dispositions s'étend aux activités sanitaires exercées par une personne à titre professionnel ou contre rémunération, sous sa propre responsabilité ou sous surveillance. Entrent dans cette catégorie:

- a) le diagnostic et le traitement de maladies, de blessures ou d'autres troubles physiologiques ou psychiques et le recours à des mesures prophylactiques;
- b) l'obstétrique;
- c) la fabrication, la vente, la prescription, la dispensation ou l'utilisation de médicaments.

Ne sont en revanche pas prises en compte les autres activités – notamment d'ordre cosmétique ou esthétique – touchant à l'intégrité corporelle d'un client ou d'une cliente d'une manière pouvant mettre sa santé en danger. Il n'incombe en effet pas à l'Etat d'exercer un contrôle en lieu et place des personnes concernées, car celles-ci sont responsables de leurs choix dans ce domaine.

Précisons par ailleurs que les dispositions se limitent à la médecine humaine. Il n'est en effet pas paru opportun d'intégrer la médecine vétérinaire dans la nouvelle loi sur la santé publique. Dans l'attente d'une réglementation spéciale, celle-ci fait cependant l'objet d'une disposition transitoire (Titre V., Dispositions transitoires, chiffre 1).

1.2 Les activités sanitaires requérant des exigences particulières pour assurer la qualité des soins médicaux doivent être *subordonnées à l'octroi d'une autorisation*, l'appréciation relevant uniquement d'un critère dicté par la santé publique. Vu que ce type d'activité – et les formations qui y conduisent – ne cesse d'évoluer, il convient d'en dresser la liste non pas dans une loi, mais dans une ordonnance. La variante B n'a pas été retenue, car la reconnaissance de diplômes et de certificats de capacité comme celle des prestations que les assureurs acceptent de rétribuer ne répondent pas au critère susmentionné – le risque potentiel –, mais à d'autres facteurs étrangers au domaine.

1.3 Les activités qui ne sont pas soumises à autorisation peuvent en principe être *exercées librement*. La SAP est toutefois habilitée, en cas d'abus manifeste, à prononcer des interdictions d'exercer ou à exiger la preuve de leur caractère inoffensif. Tout nouveau domaine d'activité requérant des exigences particulières pour assurer la qualité des soins médicaux qui verrait le jour devrait être soumis à autorisation et figurer sur la liste établie par le Conseil-exécutif.

L'introduction de l'obligation d'annoncer pour les activités pouvant être exercées librement (variante B) n'a pas été retenue, car la dépense a été jugée proportionnellement trop élevée aussi bien pour les fournisseurs de prestations que pour l'autorité compétente. De plus, si l'obligation d'annoncer était officialisée, l'opinion publique et, surtout, les clients et clientes concernés pourraient supposer que l'Etat exerce un contrôle sur les prestations.

L'absence d'obligation d'annoncer n'empêche de toute manière pas la prise de mesures de surveillance en cas d'abus manifeste ou supposé (art. 19a du projet).

1.4 Si cette nouvelle réglementation en matière d'autorisation permet de libéraliser l'exercice des médecines douces – dans le cadre des dispositions légales en vigueur, bien sûr –, celles-ci peuvent cependant faire l'objet d'une autorisation obligatoire après coup s'il s'avère qu'elles présentent un danger pour la santé. L'intention visée par l'article 41, 4<sup>e</sup> alinéa de la ConstC est donc respectée, les médecines douces étant désormais encouragées, et non plus contrecarrées par la loi.

## 2. Droits et devoirs des professionnels de la santé

Le projet consacre un chapitre aux droits et devoirs des professionnels de la santé, à savoir des personnes exerçant une activité sanitaire soumise à autorisation au sens de l'article 15. La loi se limite à fixer les principes de portée générale les plus importants. Quant aux normes propres aux diverses professions, elles doivent être considérées comme «soft law» dans le cadre de l'article 24 (Devoir de diligence). S'agissant des droits et devoirs applicables à un seul domaine qui ne nécessitent pas une base légale formelle, ils doivent être définis par voie d'ordonnance.

## 3. Droits et devoirs des patients et des patientes

Les droits et devoirs fondamentaux des patients et des patientes qui, comme nous l'avons vu plus haut, doivent désormais être inscrits dans une loi et non plus un décret, font l'objet du titre III.

3.1 Le 1<sup>er</sup> chapitre établit les droits et devoirs de tous les patients et patientes traités dans le canton de Berne, que ce soit dans un établissement public ou privé ou dans le cabinet d'une personne exerçant à titre privé. La compétence du législateur cantonal en la matière est aujourd'hui incontestée (ce qui n'était pas le cas dans le rapport concernant le décret sur les patients, p. 3). En effet, dès lors que les rapports de traitement sont aussi réglés par le droit privé fédéral (p. ex. droit des mandats, protection de la personnalité), le droit cantonal ne fait que mettre en œuvre les dispositions de ce dernier pour le domaine spécifique des activités sanitaires et ne l'enfreint en aucune manière (cf. l'expertise Zenger, p. 62s et 87s, *en allemand uniquement*).

3.2 Le second chapitre pose les conditions requises pour appliquer des mesures médicales de contrainte, c'est-à-dire pour traiter des patients ou patientes contre leur volonté.

3.3 Les dispositions de détail en la matière devront être édictées par voie d'ordonnance.

## V. La loi, article par article

### Article 11 Tâches du préfet ou de la préfète

*Lettre b* La réglementation sur le service des urgences prévue par l'article 27, 2<sup>e</sup> alinéa de la loi actuelle a été révisée en tenant compte des expériences enregistrées à ce jour par le service compétent de la SAP et d'une demande de la Société des

médecins du canton de Berne déposée le 11 mars 1997 (cf. art. 30a du projet). Le partage des compétences entre la SAP et les préfectures ne s'étant pas avéré concluant, décision a été prise de décharger le service compétent de la SAP de l'organisation du service des urgences et de ne lui confier la responsabilité des dispenses qu'en cas de litige. Il est en effet difficile de savoir si une personne peut être dispensée sans être au fait de l'organisation dans son ensemble. D'ailleurs, les réglementations en la matière des différents services des urgences sont, déjà à l'heure actuelle, établies par les associations médicales de district dans le cadre de l'organisation de leur service respectif, en fonction du personnel dont elles disposent. Il s'agit donc de répartir les compétences de la façon suivante: les personnes obligées de prendre part à un service des urgences – ou l'organe chargé de son organisation – doivent s'organiser entre elles et régler elles-mêmes la question des dispenses, le service compétent de la SAP n'intervenant que sur demande, en cas de litige portant sur l'organisation, les dispenses ou la rémunération (cf. plus bas, art. 30a). La réglementation en vigueur, selon laquelle les préfets sont compétents pour organiser «lorsque cela s'impose le service médical des urgences», est donc abrogée.

*Lettre c* La disposition de la loi actuelle prévoit que les préfets assermentent les membres du corps médical. Or, le projet de révision renonce à la notion de «membres du corps médical», suivant en cela la future loi fédérale sur la formation de base, la formation postgrade et la formation continue (LPMéd/formation postgrade), qui donne de cette notion une autre définition que celle stipulée par l'article 25 de la loi sur la santé publique. Si la procédure d'assermentation était maintenue, il faudrait déterminer quelles catégories de professions seraient concernées: les professions médicales au sens de la loi actuelle ou selon la LPMéd, ou encore un certain nombre d'activités sanitaires sur la base d'autres critères. Une question s'impose avant d'entamer pareil débat: l'assermentation est-elle réellement nécessaire? Cette procédure n'a pas d'autre objet que d'exprimer formellement l'existence d'une relation de confiance et d'un rapport d'obligation entre les personnes assermentées et l'Etat. En clair, même des personnes assermentées ne peuvent se voir imposer des devoirs allant à l'encontre des principes constitutionnels (liberté économique, base légale formelle suffisante) et, à l'inverse, compte tenu de ces principes, toutes les personnes exerçant une profession de la santé peuvent se voir imposer des devoirs, même si elles n'ont pas été assermentées. Aucun préjudice, donc, à supprimer cette procédure, mais l'avantage de décharger aussi bien les personnes concernées que les préfets et les préfètes.

### II. Activités sanitaires

Cette partie est composée de deux sections. La première, intitulée *Dispositions générales*, réglemente l'octroi d'autorisations pour les activités sanitaires et la seconde, les *droits et devoirs des professionnels de la santé*.

### Article 14 Définitions

*1<sup>er</sup> alinéa* La notion d'«activité sanitaire» est une des principales nouveautés du projet de révision, raison pour laquelle un article est consacré à sa définition. Celle-



ci reprend pour une bonne part l'intitulé de l'article 14 de la loi actuelle. Sont considérées comme sanitaires les activités suivantes:

- a) diagnostic et traitement de maladies, de blessures ou d'autres troubles physiologiques ou psychiques et recours à des mesures prophylactiques. Ce dernier élément d'ordre préventif ne figurait pas à l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a de la loi en vigueur;
- b) obstétrique (analogue à l'art. 14, 1<sup>er</sup> al., lit. b);
- c) fabrication, vente, prescription, utilisation ou dispensation de médicaments (idem art. 14, 1<sup>er</sup> al., lit c). La fabrication, la vente et la dispensation de médicaments (ce qui inclut leur prescription et leur utilisation) seront bientôt régies par la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques, LPT; cf. le *Message du 1<sup>er</sup> mars 1999 concernant une loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux [Loi sur les produits thérapeutiques, LPT]*). Aux termes de ce texte, les cantons seront habilités à édicter des dispositions d'exécution concernant la prescription, l'utilisation et la dispensation de médicaments. Le décret du 4 septembre 1974 sur la fabrication et le commerce de gros des médicaments restera applicable jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPT.

Le projet de loi sur la santé publique ne régleme pas les activités purement cosmétiques. Dans ce domaine, qui ne relève ni du diagnostic, ni du traitement, ni de la prévention de troubles de la santé physique ou psychique, la responsabilité incombe en effet en premier lieu aux consommateurs et consommatrices. De plus, l'introduction d'une surveillance cantonale de ce domaine serait une tâche trop coûteuse pour laquelle il faudrait engager du personnel supplémentaire.

L'activité sanitaire au sens du projet de révision présuppose en outre que l'activité soit pratiquée à titre professionnel, c'est-à-dire exercée contre rémunération, régulièrement ou à titre occasionnel. N'entrent donc pas dans cette catégorie les prestations fournies gratuitement, comme le prévoit déjà l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa de la loi actuelle (cf. ci-dessus, ch. II, pt. 1.1 et IV, pt. 1.1 et ci-après, Dispositions transitoires, ch. 1).

**2<sup>e</sup> alinéa** Sont considérées comme professionnels de la santé au sens du présent projet les personnes

- qui exercent une activité sanitaire au sens du 1<sup>er</sup> alinéa;
- dont l'activité requiert des exigences particulières pour assurer la qualité des soins médicaux et doit de ce fait être soumise à autorisation au sens de l'article 15;
- dont l'activité est exercée à titre indépendant ou sous la surveillance et la responsabilité d'une personne possédant une autorisation d'exercer.

#### **Article 15** Autorisation d'exercer, principe

**1<sup>er</sup> alinéa** Cette disposition – dont l'importance est primordiale – prévoit que les personnes exerçant une activité sanitaire (au sens de l'art. 14, 1<sup>er</sup> al. du projet) qui requiert des exigences particulières pour assurer la qualité des soins médicaux (cf. l'avant-projet de LPMéd/formation de base de mai 1999, art. 2, 2<sup>e</sup> al., lit. b) doivent être au bénéfice d'une autorisation octroyée par le service compétent de la

SAP. Fondé sur le critère de santé publique fondamental qu'est la protection de la santé et, partant, la notion de risque potentiel (cf. ci-dessus, ch. IV, pt. 1.2), le régime des autorisations est donc réglé au niveau de la loi selon des aspects de portée générale assortis d'un certain degré d'abstraction.

**2<sup>e</sup> alinéa** Les activités (ou professions) soumises à autorisation sont définies par le Conseil-exécutif par voie d'ordonnance. Cette procédure permet d'adapter sans trop tarder les conditions d'octroi à l'évolution du marché, ce qui est important dans un secteur où l'offre de prestations se modifie rapidement. La désignation des différentes autorisations au niveau de la loi renforcerait certes la portée de l'obligation, mais cela ne permettrait pas de réagir assez vite à l'émergence de nouvelles prestations, vu la lenteur des processus législatifs.

Des exigences particulières doivent notamment être posées pour assurer la qualité des soins médicaux lorsque les professionnels de la santé posent des diagnostics, soignent des personnes malades, blessées ou atteintes d'une quelconque autre manière dans leur santé en procédant à des interventions sous-cutanées, traitent des maladies contagieuses au sens de la législation sur les épidémies, interviennent au niveau du système moteur, fabriquent, prescrivent, vendent ou utilisent des médicaments, ou soignent des maladies ou des troubles psychiques. Concrètement, sont soumises à autorisation les activités exercées par les médecins, les dentistes, les pharmaciens et pharmaciennes, les chiropraticiens et chiropraticiennes, les psychothérapeutes, les maïeuticiens et les sages-femmes, les infirmiers et infirmières, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les opticiens et opticiennes et les droguistes.

La nouvelle loi prévoit également de soumettre à autorisation les sauveteurs et sauveteuses, les osthéopathes et les thérapeutes pratiquant des médecines douces relevant du diagnostic et de la thérapie et faisant l'objet, en Suisse également, de filières de formation structurées. Devraient entrer dans cette catégorie la naturopathie et, éventuellement, l'homéopathie, l'acupuncture et la médecine traditionnelle chinoise.

En revanche, les pédicures, les techniciens-dentistes et techniciennes-dentistes ainsi que les diététiciens et diététiciennes ne seront plus soumis à autorisation, car le risque que présente leur activité respective est minime. La tenue d'un laboratoire pourrait ne plus requérir d'autorisation non plus, car les dispositions fédérales et cantonales sur les analyses microbiologiques et sérologiques, de même que les prescriptions fédérales de la législation sur l'assurance-maladie et les contrôles requis par cette dernière offrent une sécurité suffisante.

#### **Article 15a** Exceptions

L'autorisation d'exercer au sens de l'article 15 n'est pas obligatoire dans les cas suivants:

- a) lorsqu'un professionnel ou une professionnelle de la santé exerce son activité exclusivement sous la surveillance et la responsabilité d'une personne possédant l'autorisation nécessaire (analogue à l'art. 14, 1<sup>er</sup> al. de la loi actuelle). Le projet de loi ne prévoit pas d'étendre l'obligation aux activités exercées de façon dépendante, car la tâche qui en résulterait ne pourrait de toute manière pas – et

de loin – être assurée, vu les ressources disponibles. La surveillance cantonale est ici remplacée par la surveillance et la responsabilité du professionnel ou de la professionnelle de la santé titulaire de l'autorisation d'exercer. Cette réglementation vaut aussi bien pour les cabinets privés que pour les établissements dispensant des soins en mode ambulatoire ou résidentiel. Ainsi, le professionnel ou la professionnelle de la santé exerçant dans un hôpital et ayant charge de surveillance et de responsabilité doit posséder une autorisation, mais pas la personne placée sous sa surveillance. Il incombe donc à l'établissement concerné de veiller à ce que les postes dirigeants soient attribués à des personnes possédant l'autorisation d'exercer requise. Quant aux personnes exerçant sous surveillance, elles doivent avoir achevé la formation correspondant à l'activité qu'elles exercent, et il appartient aux titulaires d'une autorisation de s'assurer que tel est bien le cas;

- b) lorsqu'un professionnel ou une professionnelle de la santé est autorisé(e) à exercer dans un autre canton ou à l'étranger et qu'il ou elle n'est appelé(e) à pratiquer dans le canton de Berne que dans des cas isolés pour donner son avis à un ou une collègue possédant une autorisation (idem art. 15, lit. a de la loi actuelle, qui prévoit cette exception pour les médecins, les dentistes et les vétérinaires);
- c) lorsque le professionnel ou la professionnelle de la santé est autorisé à exercer dans les régions frontalières du pays en vertu de conventions internationales (idem art. 15, lit. b de la loi actuelle; exemple: la Convention du 29 mai 1889 entre la Suisse et la France concernant l'admission réciproque des médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires domiciliés à proximité de la frontière, à l'exercice de leur art dans les communes limitrophes des deux pays).

#### **Article 15b** Conditions d'octroi de l'autorisation

*1<sup>er</sup> alinéa* L'autorisation d'exercer est accordée aux professionnels de la santé à condition qu'ils

- a) soient titulaires d'un certificat de capacité reconnu par un traité international ou par le droit fédéral, intercantonal ou cantonal. Les certificats de capacité relevant du domaine de la santé à proprement parler sont reconnus essentiellement à l'échelle intercantonale (CDS) ou fédérale (professions médicales), alors que les autres activités soumises à autorisation sont régies par le droit cantonal (p. ex. psychothérapie, naturopathie, osthéopathie);
- b) bénéficient de l'expérience pratique requise par la législation d'exécution;
- c) aient l'exercice des droits civils (idem art. 16, lit. b de la loi);
- d) ne souffrent pas d'une maladie incompatible avec l'exercice de leur activité (idem art. 16, lit. c de la loi);
- e) n'aient pas été condamnés pour un délit les rendant indignes de la confiance publique (formulation plus précise que «la bonne réputation» prévue par l'art. 16, lit. d de la loi);
- f) aient conclu une assurance responsabilité civile (couvrant les risques liés à leur profession ou, le cas échéant, à leur entreprise). Cette nouvelle disposition est

motivée par la fréquence des cas de responsabilité civile et la sévérité des mesures en cas de jugement (cf. à cet égard les lois sur la santé publique des cantons du Valais et du Jura; l'expertise de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel: Harmonisation de la législation cantonale au sein des cantons de GRSP, p. 31; modification du 26 novembre 1997 de la loi sur le notariat, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1998);

- g) aient leur domicile en Suisse: cette disposition tient compte de la LMI, selon laquelle les personnes ayant leur siège ou leur établissement en Suisse doivent avoir l'accès libre et non discriminatoire au marché afin qu'elles puissent exercer une activité lucrative sur tout le territoire suisse. (Dans la perspective de l'euro-compatibilité, cette exigence devra peut-être être supprimée pour les citoyens et citoyennes de l'UE pour autant que des accords internationaux soient conclus.)

*2<sup>e</sup> alinéa* Si le requérant ou la requérante s'est déjà vu retirer l'autorisation d'exercer la même activité ou une activité analogue par le service compétent en Suisse ou à l'étranger, l'autorisation d'exercer dans le canton de Berne peut lui être refusée. Outre les motifs de retrait pour cause de non-respect des conditions énumérées au 1<sup>er</sup> alinéa, l'autorisation peut également être refusée pour des raisons disciplinaires au sens de l'article 17a du présent projet. En lieu et place d'un refus, l'autorisation peut être accordée moyennant des charges ou des conditions.

*3<sup>e</sup> alinéa* Tous les documents nécessaires pour examiner une demande ou pour s'assurer que les charges et conditions sont respectées doivent être remis par les requérants et requérantes au service compétent de la SAP. L'ordonnance d'exécution définira comment les preuves requises doivent être apportées.

*4<sup>e</sup> alinéa* Le Conseil-exécutif définit par voie d'ordonnance les conditions requises pour la reconnaissance de certificats de capacité étrangers en se fondant sur le principe de la liberté économique ainsi que sur les conventions internationales y relatives (cf. à cet égard la LMI, les accords du GATT/OMC, le droit européen et, en particulier, l'extension du principe du «Cassis-de-Dijon», selon lequel tout diplôme décerné par un pays membre est reconnu dans les autres pays membres). Il peut également soumettre la reconnaissance à la condition que l'Etat étranger applique la réciprocité.

#### **Article 16** Autorisation d'exploiter, principe

*1<sup>er</sup> alinéa* Tout comme l'autorisation d'exercer, l'autorisation d'exploiter est subordonnée au niveau de la loi à des conditions abstraites de portée générale. Elle est obligatoire pour toute personne qui exploite une entreprise offrant des activités soumises à autorisation dont les locaux et l'équipement requièrent un contrôle officiel afin de protéger la santé des personnes concernées.

*2<sup>e</sup> alinéa* Il appartient au Conseil-exécutif de désigner par voie d'ordonnance les entreprises requérant une autorisation et de réglementer les contrôles de qualité (cf. art. 17 de la loi en vigueur).

Entrent dans cette catégorie les pharmacies, les drogueries et les magasins d'optique. Les organisations de soins à domicile devraient dorénavant aussi être sou-

mises à autorisation, de manière que le canton puisse surveiller la qualité de leurs locaux, de leur équipement et de leur programme d'exploitation. Les ergothérapeutes, en revanche, ne nécessitent pas d'autorisation d'exploiter (cf. art. 51 et 52 OAMal). En effet, les réglementations portant sur l'autorisation d'exercer (art. 15), les professionnels de la santé exerçant sous surveillance (art. 18), le libre exercice (art. 19) ainsi que les droits et devoirs des professionnels de la santé (en particulier l'art. 24a) couvrent suffisamment leur domaine.

Les services de sauvetage sont actuellement soumis à autorisation en vertu de la loi sur les situations extraordinaires (LEExtra), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1999, mais cette disposition sera probablement intégrée dans la loi sur les soins hospitaliers.

#### **Article 16a** Exceptions

Les entreprises requérant une autorisation d'exploiter sur la base de la législation sur les hôpitaux ou sur les œuvres sociales, ou d'autres lois spéciales cantonales ou fédérales (p. ex. autorisations délivrées aux hôpitaux et aux foyers en vertu de la loi sur les hôpitaux ou de la loi sur les œuvres sociales) ne sont pas soumises à autorisation au sens de la présente loi.

#### **Article 16b** Conditions d'octroi de l'autorisation

*1<sup>er</sup> alinéa* L'autorisation d'exploiter est accordée à condition que l'entreprise

- a) soit dotée de locaux, d'installations et d'équipements adéquats (art. 17, 2<sup>e</sup> al. de la loi actuelle);
- b) soit placée sous la responsabilité d'au minimum un professionnel ou une professionnelle de la santé possédant l'autorisation d'exercer (art. 17, 2<sup>e</sup> al.);
- c) bénéficie d'une organisation appropriée et de personnel suffisamment qualifié;
- d) ait conclu une assurance responsabilité civile (cf. commentaires sur l'art. 15b, 1<sup>er</sup> al., lit. e).

*2<sup>e</sup> alinéa* L'autorisation d'exploiter peut être accordée à des personnes physiques ou (contrairement à l'autorisation d'exercer) à des personnes morales ainsi qu'à des sociétés commerciales (cf. art. 17, 4<sup>e</sup> al. de la loi actuelle). Elle peut être limitée dans le temps ou assortie de conditions ou de charges si des faits concrets le justifient.

*3<sup>e</sup> alinéa* Pour l'autorisation d'exploiter, il appartient également au requérant ou à la requérante de fournir tous les documents requis pour examiner sa demande ou s'assurer qu'il ou elle respecte les conditions ou charges dont est assortie l'autorisation.

#### **Article 17** Mesures de l'autorité de surveillance, avertissement

La loi actuelle ne réglemente pas l'avertissement par le biais d'une disposition, mais prévoit que ce dernier doit précéder un retrait éventuel de l'autorisation d'exercer ou d'exploiter. Dans le projet de révision, en revanche, l'avertissement

est considéré comme une mesure de surveillance à proprement parler. En clair, l'avertissement peut constituer une étape préalable au retrait de l'une ou l'autre des autorisations en cas de violation des devoirs liés à la profession ou à l'exploitation, de non-respect des conditions ou charges dont sont assorties les autorisations ou d'autres violations contre des dispositions de la loi sur la santé publique ou de ses textes d'exécution.

#### **Article 17a** Révocation et retrait de l'autorisation

*1<sup>er</sup> alinéa* La révocation peut être prononcée lorsque des faits qui auraient justifié le refus de l'autorisation sont établis postérieurement à son octroi.

*2<sup>e</sup> alinéa* L'autorisation doit être retirée lorsqu'une ou plusieurs des conditions requises pour son octroi au sens des articles 15b ou 16b ne sont plus réunies.

L'autorisation est notamment retirée si le ou la titulaire

- a) a gravement manqué aux devoirs liés à sa profession ou à son entreprise ou persiste à le faire en dépit d'avertissements, mettant ainsi en danger la santé de ses patients. Est également compris dans cette disposition le fait de pratiquer des tarifs trop élevés, qui ne fait plus l'objet d'une disposition à part entière. L'autorisation n'est généralement pas retirée sans jugement préalable (civil ou pénal) pour violation des devoirs liés à la profession ou à l'exploitation; la procédure disciplinaire n'a pas pour but de recourir à des expertises pour confirmer ou infirmer le respect ou la violation de ce devoir dans l'optique d'engager une procédure pénale ou civile;
- b) n'observe pas les conditions ou charges dont est assortie l'autorisation et persiste à le faire en dépit d'avertissements;
- c) a gravement enfreint les dispositions de la loi sur la santé publique ou de ses textes d'exécution et persiste à le faire en dépit d'avertissements.

*3<sup>e</sup> alinéa* Le retrait peut porter sur tout ou partie de l'autorisation (pour une activité ou pour un secteur d'exploitation) pour une durée déterminée ou indéterminée. Pour se forger une opinion, l'autorité chargée de l'octroi des autorisations doit en règle générale s'appuyer sur des avis prononcés par des experts et peut, à cette fin, demander une expertise au Collège de santé, même si cela n'est pas explicitement exprimé dans la loi (cf. art. 18, 4<sup>e</sup> al. de la loi actuelle). Le recours à une expertise peut s'avérer nécessaire si, exceptionnellement, la question de la violation d'un devoir n'a pas encore fait l'objet d'une expertise dans le cadre d'une procédure pénale ou civile.

*4<sup>e</sup> alinéa* Le retrait prononcé par un juge, notamment un juge pénal au sens de l'article 54 du Code pénal suisse (CPS), est réservé.

#### **Article 18** Prescription

La loi contient une nouvelle disposition consacrée à la prescription de l'action pénale, principe ayant une portée générale en droit public. Pour en déterminer le délai, il convient de tenir compte du fait qu'en cas de violation d'obligations liées à la profession ou à l'exploitation, l'examen porte sur des éléments très spécifiques

nécessitant de recourir à une ou plusieurs expertises. Il y a donc lieu de fixer à cinq ans à dater de la violation la prescription portant sur la poursuite administrative ayant pour motif le retrait de l'autorisation et de préciser qu'elle est interrompue par chaque mesure de poursuite engagée par le service compétent de la SAP. La prescription absolue intervient au bout de dix ans à compter de la violation. S'il y a également action pénale, les délais de prescription prévus par le droit pénal – qui peuvent être plus longs – sont applicables pour la mesure de surveillance.

### **Article 19** Libre exercice, principe et limites

*1<sup>er</sup> alinéa* Les activités sanitaires qui, vu le faible danger qu'elles présentent pour la santé, ne requièrent pas d'autorisation et, de ce fait, ne tombent pas sous le coup de l'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, peuvent en principe être exercées librement. La nouveauté par rapport à la loi actuelle est que seules sont désormais soumises à autorisation les activités requérant des exigences particulières pour assurer la qualité des soins médicaux. Les restrictions concernant les activités autorisées et, par voie de conséquence, soumises à autorisation au sens de l'article 14 en corrélation avec les articles 25 et 38 de la loi en vigueur sont donc supprimées. Il en va de même pour la distinction implicite entre les activités à vocation thérapeutique, soumises à autorisation, et les activités visant au bien-être, non soumises à autorisation, qui non seulement posait des problèmes d'ordre pratique, mais n'était souvent pas respectée. La nouvelle différenciation entre les activités requérant des exigences particulières et, partant, soumises à autorisation, et celles qui peuvent être exercées librement du fait de leur faible risque (art. 15 et 19 du projet), ne repose certes pas sur des critères précis, mais la sécurité du droit est garantie par le fait que le Conseil-exécutif tracera la limite par voie d'ordonnance (cf. plus haut, ch. IV, pt. 1 et V, art. 15).

*2<sup>e</sup> alinéa* Les personnes exerçant librement une activité sanitaire sont tenues de respecter les conditions suivantes:

- a) elles n'ont pas le droit de poser un diagnostic ni d'entreprendre un traitement qui requiert les connaissances d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé (cette disposition sera détaillée dans une ordonnance);
- b) elles ne sont pas autorisées à traiter des maladies contagieuses au sens de la législation sur les épidémies, dont aussi bien le diagnostic que le traitement doivent être assurés par des professionnels de la santé formés pour ce faire, à savoir des médecins;
- c) elles ne sont pas autorisées à faire de la publicité trompeuse ou mensongère ni à utiliser des titres ou des qualifications pouvant prêter à confusion sur leur formation.

*3<sup>e</sup> alinéa* Certaines activités sanitaires pouvant désormais être exercées librement, il est important de stipuler que l'une ou l'autre ne puisse cependant l'être que si elle est pratiquée sous la surveillance et la responsabilité d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé ayant les qualifications requises. Le droit en vigueur prévoit cette condition pour les hygiénistes dentaires.

### **Article 19a** Mesures de l'autorité de surveillance

*1<sup>er</sup> alinéa* Il y a lieu d'engager des mesures de surveillance s'il apparaît qu'une activité librement exercée met gravement en danger la santé des personnes traitées. En pareil cas, le service compétent de la SAP peut en interdire l'exercice ou imposer des charges. Ces mesures peuvent être assorties de conditions et limitées ou non dans le temps, si la protection des patients et patientes ou clients et clientes le justifie.

*2<sup>e</sup> alinéa* Si aucun élément ne prouve l'existence d'un danger pour la santé, mais qu'il existe une présomption sérieuse, le service compétent de la SAP peut exiger des fournisseurs de prestations qu'ils attestent du caractère inoffensif de leur activité (cf. à ce sujet l'expertise Gross, p. 73, *en allemand uniquement*). Pour éviter d'éventuelles atteintes à la santé dans l'intervalle, il peut leur interdire d'exercer jusqu'à ce qu'ils aient apporté la preuve requise.

### **Article 20** Communications, publication

*1<sup>er</sup> alinéa* Les personnes dont l'activité est soumise à autorisation sont tenues de communiquer au service compétent de la SAP l'adresse de leur cabinet de même que l'arrêt définitif de leur activité.

*2<sup>e</sup> alinéa* Le service compétent de la SAP inscrit dans un registre officiel – dont la consultation est gratuite – les titulaires d'une autorisation d'exercer ou d'exploiter.

*3<sup>e</sup> alinéa* Le retrait d'une autorisation d'exercer ou d'exploiter et l'interdiction d'exercer une activité sanitaire font l'objet d'une publication (p. ex. dans la Feuille officielle) si l'intérêt public le justifie, en particulier s'il est à craindre que la personne concernée ne respecte pas la mesure prise.

### **Article 21** Dispositions d'exécution, réserve du droit de rang supérieur

*1<sup>er</sup> alinéa* Les dispositions d'exécution concernant l'autorisation d'exercer des activités sanitaires doivent être édictées par le Conseil-exécutif par voie d'ordonnance. Outre les prescriptions portant sur les différents domaines d'activité et d'exploitation soumis à autorisation, il doit également arrêter des dispositions concernant les conditions d'octroi, la direction d'une entreprise et les compétences au sein de la SAP. Vu que toutes les dispositions générales et particulières sur les activités sanitaires feront l'objet d'une seule ordonnance d'exécution, les ordonnances actuelles concernant les différentes professions – qui contiennent nombre de dispositions identiques – pourront être abrogées.

*2<sup>e</sup> alinéa* Les dérogations prévues par des traités internationaux ou par le droit fédéral ou intercantonal priment sur la présente loi.

#### *2<sup>e</sup> section: Droits et devoirs des professionnels de la santé*

Le contenu de cette section constitue une unité avec le titre III, consacré aux droits et devoirs des patients et patientes, en ce sens que les droits et devoirs des professionnels de la santé sont le reflet des droits et devoirs des patients et des patientes.

**Article 22** Champ d'application

*1<sup>er</sup> alinéa* Les droits et devoirs énumérés dans cette section valent pour tous les professionnels de la santé titulaires d'une autorisation d'exercer au sens de l'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa du projet. En réalité, tous ceux qui constituent des règles de portée générale relevant du droit privé s'appliquent également aux personnes exerçant librement leur activité. Cette section est cependant volontairement limitée aux titulaires d'autorisations, car c'est dans le cadre de l'octroi et du retrait de ces dernières seulement que la SAP dispose d'instruments de surveillance différenciés lui permettant de sanctionner d'éventuelles infractions.

*2<sup>e</sup> alinéa* Les titulaires d'autorisations qui délèguent des activités à des personnes placées sous leur surveillance et leur responsabilité sont tenus de veiller à ce que ces dernières n'enfreignent pas les droits et devoirs énumérés ci-dessous.

**Article 23** Domaine de compétence, liberté de conscience

*1<sup>er</sup> alinéa* Les professionnels de la santé ne peuvent fournir des prestations qu'à condition d'avoir la formation et l'expérience requises pour ce faire.

*2<sup>e</sup> alinéa* Ils doivent engager leur patient ou leur patiente à solliciter l'aide d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé compétent en la matière s'ils soupçonnent une maladie ou une blessure pour le diagnostic ou le traitement desquels ils n'ont pas la formation suffisante.

*3<sup>e</sup> alinéa* Les professionnels de la santé ne peuvent pas être contraints à effectuer un traitement ou à s'y associer s'il va à l'encontre de leurs convictions éthiques ou religieuses, à une exception près: si le traitement est nécessaire pour écarter un danger grave et imminent pour la santé d'un patient ou d'une patiente. Ils doivent cependant faire part des problèmes de conscience que cela pourrait leur poser avant d'entamer le traitement, afin que le patient ou la patiente ou, le cas échéant, leur employeur, aient le temps de faire appel à quelqu'un d'autre. Cette disposition traduit un principe juridique de portée générale dont l'inscription dans la loi a été demandée par la motion Dätwyler, déposée le 13 novembre 1996 et adoptée sous forme de postulat («Protection de la liberté de conscience et de croyance du personnel de santé des hôpitaux publics»).

**Article 24** Devoir de diligence, formation postgrade

*1<sup>er</sup> alinéa* Les professionnels de la santé sont tenus d'observer les devoirs de diligence relevant de leur profession et de respecter les règles de l'art de leur domaine spécialisé (cf. art. 19 de la loi actuelle). Les notions de «devoirs de diligence» et de «règles de l'art du domaine spécialisé» recouvrent plusieurs aspects des exigences professionnelles en matière de diligence, lesquelles doivent ensuite être formulées de façon précise pour les différents domaines d'activité.

*2<sup>e</sup> alinéa* Ils doivent veiller eux-mêmes à conserver leurs connaissances et capacités professionnelles en suivant régulièrement des cours de formation continue une fois leur formation de base achevée.

**Article 25** Exercice personnel, remplacement

*1<sup>er</sup> alinéa* Les professionnels de la santé doivent exercer leur activité personnellement (cf. art. 19, 28, 32, 33 de la loi actuelle). Cela ne veut cependant pas dire qu'ils doivent exécuter eux-mêmes toutes les tâches y relatives: ils peuvent en déléguer une partie à des personnes placées sous leur surveillance et responsabilité, à condition qu'elles possèdent les certificats de capacité et les qualifications nécessaires. Les activités devant impérativement être effectuées par les titulaires de l'autorisation peuvent être désignées par voie d'ordonnance.

*2<sup>e</sup> alinéa* Les professionnels de la santé ne peuvent se faire remplacer par une autre personne que si cette dernière est titulaire d'une autorisation d'exercer la même activité. Elle n'a donc pas besoin de demander une autorisation de remplacement.

*3<sup>e</sup> alinéa* A titre exceptionnel, les professionnels ou professionnelles de la santé peuvent se faire remplacer par une personne non titulaire d'une autorisation d'exercer, pour autant qu'elle remplisse les conditions professionnelles requises. Entrent dans ces exceptions les absences pour cause de maladie, de vacances ou d'autre empêchement momentané. Il convient alors de demander une autorisation extraordinaire au service compétent de la SAP (pour les médecins, les dentistes, les vétérinaires et les pharmaciens et pharmaciennes, cf. art. 28, 4<sup>e</sup> al., art. 32, 2<sup>e</sup> al., art. 33, 3<sup>e</sup> al. et art. 35, 4<sup>e</sup> al. de la loi actuelle, aux termes de laquelle tout remplacement est soumis à une autorisation de la SAP).

**Article 26** Documentation obligatoire

*1<sup>er</sup> alinéa* Les professionnels de la santé ont l'obligation d'établir un dossier contenant les principaux éléments liés au traitement de leurs patients et patientes, à savoir notamment des observations concernant l'anamnèse, le diagnostic, la forme de thérapeutique choisie, ainsi que les informations qu'ils leur ont fournies. Doivent également figurer dans le dossier les rapports d'opération, résultats de laboratoire, radiographies, ECE, ECG, enregistrements vidéo et indications ou rapports de tierces personnes.

*2<sup>e</sup> alinéa* La documentation relative aux traitements doit être conservée aussi longtemps qu'elle revêt de l'importance pour la santé du patient ou de la patiente, mais au minimum dix ans après la fin du traitement, à moins que le droit fédéral prévoit un délai plus long. Le Conseil-exécutif peut en outre fixer des durées plus longues pour certaines activités, ce qui pourrait notamment être le cas pour les dossiers médicaux établis dans les hôpitaux (anamnèses). Fait nouveau: la distinction entre les institutions publiques (au moins vingt ans) et les autres (au moins dix ans) prévue par le droit en vigueur (art. 20, 2<sup>e</sup> al.) a été supprimée. Il incombe aux professionnels de la santé de veiller à ce qu'aucune personne non autorisée ne puisse consulter leurs dossiers. Si les données sont saisies et conservées par voie informatique, il convient de s'assurer que les documents y relatifs soient accessibles. De même, il importe de recourir à un logiciel programmé de manière que toute modification apportée ultérieurement aux données d'origine soit signalée, afin

que celles-ci puissent, au besoin, être utilisées comme moyen de preuve en leur état initial.

*3<sup>e</sup> alinéa* La conservation des dossiers médicaux reste obligatoire en cas de cessation d'activité. Les professionnels de la santé ou, après leur décès, leurs héritiers, doivent veiller à ce que la documentation soit conservée et à ce que les patients et patientes y aient accès s'ils le demandent. L'obligation de garder le secret devant être respectée, il convient de la conserver de façon appropriée et conforme à la loi et, partant, de la confier à une personne soumise au même secret professionnel. En clair, les héritiers ne sont pas autorisés à la garder, pas plus qu'à la consulter.

*4<sup>e</sup> alinéa* Cette disposition – qui ne figure pas dans la loi actuelle – prévoit que les professionnels de la santé peuvent se libérer de leur obligation de conservation dès lors qu'ils en conviennent par écrit avec les patients ou patientes concernés et qu'ils leur remettent leurs dossiers ou les transmettent au professionnel ou à la professionnelle de la santé assurant la suite du traitement. Il ne faut en effet pas perdre de vue que les dossiers sont avant tout établis dans l'intérêt des patients et patientes. Toutefois, vu que les professionnels de la santé ne peuvent plus rendre compte de leur activité après avoir remis les dossiers originaux, il conviendrait que la cession n'intervienne pas avant le délai de prescription ou, à tout le moins, qu'ils en conservent une copie. Si tel n'est pas le cas, il faudrait que soit stipulé par écrit le fait que le patient ou la patiente souhaite la remise des documents originaux et que la cession ne sera aucunement préjudiciable au professionnel ou à la professionnelle de la santé concerné (cf. également art. 39a ci-après). Conformément aux principes juridiques de portée générale, les conventions de ce type peuvent être conclues uniquement avec des personnes capables de discernement.

*5<sup>e</sup> alinéa* Si une personne faillit à son obligation légale de conserver, le service compétent de la SAP peut ordonner une exécution par substitution et désigner un remplaçant ou une remplaçante. Les frais y relatifs sont à la charge de ladite personne ou de ses héritiers.

## Article 27 Devoir de discrétion

*1<sup>er</sup> alinéa* Les professionnels de la santé ne sont pas autorisés à faire part à de tierces personnes des faits que leur communiquent leurs patients et patientes et des observations dont ils prennent note. Cette obligation traduit le devoir de fidélité prévu par le droit des mandats, dont l'importance est capitale dans le domaine des activités sanitaires. Le cercle des personnes concernées par ce devoir de discrétion est donc plus large que celui prévu par l'article 321 CPS, qui concerne exclusivement les «médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes ainsi que leurs auxiliaires» et qui, de par les conséquences pénales sévères qu'il prévoit, offre une protection renforcée. Le devoir de discrétion disparaît lorsque les patients ou patientes autorisent le professionnel ou la professionnelle de la santé à communiquer des éléments les concernant ou lorsque d'autres obligations de déclarer ou droits d'informer l'exigent. Le droit cantonal prévoit déjà le devoir de discrétion pour le personnel employé dans des institutions exécutant des tâches publiques (art. 12 DPat), ainsi que, dans les ordonnances qui leur sont consacrées, pour les

techniciens-dentistes et les techniciennes-dentistes (art.6), les sages-femmes (art. 10), les physiothérapeutes (art. 14) et les psychothérapeutes (art.8).

*2<sup>e</sup> alinéa* Les professionnels de la santé ne sont pas soumis au devoir de discrétion dans les cas suivants:

- a) lorsque le patient ou la patiente ou le service compétent de la SAP y consentent (cf. également art. 8, 3<sup>e</sup> al. de la loi actuelle, fondé sur l'art. 321 CPS). Si le droit en vigueur prévoyait, par le biais d'actes législatifs spéciaux, un devoir de discrétion pour certains professionnels de la santé, il ne stipulait pas qu'ils pouvaient en être déliés par l'autorité. La situation est maintenant plus claire dans la mesure où, dorénavant, tous les professionnels de la santé sont tenus au devoir de discrétion et qu'ils peuvent tous en être déliés par l'autorité. A relever qu'en principe, la personne concernée est compétente pour accepter ou refuser de déposer. L'autorité ne peut intervenir qu'en de rares cas, par exemple lorsque le patient ou la patiente concerné(e) n'est pas en mesure de donner son accord pour des raisons bien précises;
- b) lorsqu'une disposition légale prévoit un droit ou une obligation d'informer (cf. également art. 28).

## Article 28 Droit et obligation d'informer

Cette disposition est quasiment analogue à l'article 22 de la loi actuelle, aux exceptions suivantes près: les «professionnels de la santé» remplacent les «personnes qui exercent une profession sanitaire» (1<sup>er</sup> et 4<sup>e</sup> al.), les «autorités de poursuite pénale» les «autorités compétentes» (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al.), l'«intégrité sexuelle» les «mœurs» (2<sup>e</sup> al.), et la réserve a été étendue au droit d'informer (5<sup>e</sup> al.). Précision: est considérée comme «décès extraordinaire» (1<sup>er</sup> al.) la mort consécutive à un accident, un suicide ou un délit, mais également à une erreur de traitement.

## Article 29 Publicité et annonce

*1<sup>er</sup> alinéa* La loi actuelle prévoit que seuls les titulaires d'une autorisation d'exercer une activité médicale ou sanitaire sont en droit d'afficher leur activité (art. 21, 1<sup>er</sup> al.). Ce principe est désormais étendu à tous les professionnels de la santé, qui doivent en outre remplir les conditions légales et professionnelles requises pour l'exercice de leur activité dans le canton de Berne.

*2<sup>e</sup> alinéa* La publicité est en principe autorisée, pour autant qu'elle ne soit pas insistante ou trompeuse (cf. également art. 21, 3<sup>e</sup> al. de la loi actuelle). Elle doit respecter les conditions suivantes:

- a) elle ne doit être ni trompeuse, ni mensongère, ni garantir une guérison;
- b) l'utilisation de titres ou de qualifications pouvant prêter à confusion sur la formation du professionnel ou de la professionnelle de la santé est interdite (nouveau; cf. également art. 47, lit. c du projet);
- c) la publicité pour une activité requérant une autorisation doit mentionner le nom de son ou de sa titulaire: les désignations fantaisistes ou le nom d'un institut ne suffisent pas.

L'autorisation de faire de la publicité, que prévoit déjà la loi actuelle, satisfait aux règles établies par la jurisprudence, selon laquelle une interdiction totale de la publicité contredirait le principe de la liberté économique.

*3<sup>e</sup> alinéa* Lorsque la protection des patients et patientes le requiert, notamment pour éviter qu'ils ne soient trompés ou abusés, le service compétent de la SAP peut limiter ou interdire la publicité de certaines méthodes thérapeutiques (cf. art. 31 et 32 du projet de LPT).

#### **Article 30** Obligation de porter assistance, mission officielle

*1<sup>er</sup> alinéa* La loi actuelle prévoit que tous les membres du corps médical sont tenus de porter assistance en cas d'urgence (art. 27, 1<sup>er</sup> al.). Le projet de révision y apporte un complément, en ce sens que les professionnels de la santé doivent également porter assistance en dehors de leur obligation contractuelle de traitement lorsque le cas relève de leurs aptitudes.

*2<sup>e</sup> alinéa* L'article 23, 1<sup>er</sup> alinéa de la loi en vigueur pose problème par rapport au principe de la légalité, car la formulation en est trop vague («La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale peut charger des personnes exerçant une profession sanitaire d'une mission particulière au service de la santé publique»). Le projet limite cette compétence au cas où la santé publique est menacée et l'assortit d'un mandat de prestations confié aux professionnels de la santé contre rémunération (cf. la critique formulée à l'encontre du projet de répartition des tâches entre le canton et les communes, projet partiel 4, annexe II au second rapport adressé au comité de projet global le 29 novembre 1995).

Les professionnels de la santé sont tenus de porter assistance à tout le monde sans exception, ce qui inclut les personnes dans le besoin. Il ne saurait donc être question d'exiger le versement d'une avance. Depuis l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire, les patients et les patientes sont en outre assurés que les coûts occasionnés par un traitement médical leur seront remboursés. C'est la raison pour laquelle les dispositions de la loi actuelle en la matière peuvent être abrogées («Le médecin est tenu de traiter également les personnes de condition modeste.» [art. 31, 1<sup>er</sup> al.]; «Dans la mesure où il veut faire valoir les frais médicaux auprès de la collectivité tenue à assistance, il doit en informer celle-ci (...)» [art. 31, 2<sup>e</sup> al.]). Il n'est plus nécessaire non plus de fixer le tarif des honoraires des médecins agissant pour le compte des autorités des œuvres sociales (art. 31, 3<sup>e</sup> al.). A relever que le système du tiers garant pose parfois problème, en ce sens qu'il arrive que des patients ou des patientes ne reversent pas à leur médecin l'argent que leur a versé leur assurance-maladie. Pour pallier cette situation, une seule solution: recourir au système du tiers payant.

#### **Article 30a** Service des urgences, principe

Pour l'organisation du service des urgences et la répartition des compétences, voir également plus haut, article 11, lettre *b*.

*1<sup>er</sup> alinéa* Les médecins et les dentistes ainsi que les maïeuticiens et les sages-femmes titulaires d'une autorisation d'exercer sont tenus de prendre part à un service des urgences (cf. art. 27, 2<sup>e</sup> al. de la loi actuelle, qui ne parle que des membres du corps médical; le service des urgences des pharmaciens et pharmaciennes est réglé par le 2<sup>e</sup> al. ci-après). Ils doivent également en assurer l'organisation, qu'ils peuvent toutefois confier désormais à leurs associations professionnelles.

*2<sup>e</sup> alinéa* Dans les localités comptant au moins deux pharmaciens ou pharmaciennes d'officine (c.à.d. exploitant des pharmacies publiques), ceux-ci sont tenus d'assurer une permanence pour l'approvisionnement en médicaments (l'art. 36 de la loi actuelle parle de «plusieurs» pharmacies publiques, mais l'ATF 118 la 175ss précise que «plusieurs» veut dire «au moins deux».).

*3<sup>e</sup> alinéa* Le service compétent de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale doit être informé de l'organisation du service des urgences. Si celle-ci n'est assurée ni par les participants eux-mêmes, ni par leur association professionnelle ou un autre organisme nommé à cet effet, il appartient de désigner, par voie d'ordonnance, un service de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale qui fera également office d'instance de décision en cas de différends entre les personnes directement concernées.

#### **Article 30b** Exceptions

*1<sup>er</sup> alinéa* Pour de justes motifs, les professionnels de la santé peuvent être dispensés du service des urgences à leur demande ou en être exclus si, par exemple, ils ne remplissent plus les exigences professionnelles requises.

*2<sup>e</sup> alinéa* Qu'ils aient été dispensés ou exclus, ils peuvent être obligés d'y participer ultérieurement si le motif de la dispense ou de l'exclusion devient caduc ou que la sécurité de l'assistance médicale le requiert.

*3<sup>e</sup> alinéa* Les personnes dispensées ou exclues peuvent être obligées de verser une indemnité à titre de participation aux frais encourus pour que le service des urgences soit assuré par d'autres personnes. Le montant de l'indemnité – fixé par les participants au service des urgences eux-mêmes – doit être calculé de sorte qu'il ne dépasse pas les coûts proportionnels occasionnés, mais tienne compte du dédommagement de la personne assurant le service de piquet à la place des personnes dispensées ou exclues.

#### **Article 31** Approvisionnement en médicaments, principe

*1<sup>er</sup> alinéa* La LPT entrera probablement en vigueur avant la présente révision. Le projet de LPT contient des dispositions sur la fabrication, la vente et la dispensation de produits thérapeutiques, ainsi que sur leur prescription et leur utilisation. C'est dire que le droit cantonal en la matière devra être adapté aux dispositions fédérales. Par conséquent, la loi sur la santé publique ne peut plus régler cet objet que dans les limites de compétence que le législateur fédéral a prévues pour les cantons. S'agissant de la prescription et de l'utilisation, ces limites sont fixées aux articles 23ss du projet de LPT. Le présent projet doit donc régler l'approvi-

sionnement en médicaments en fonction des compétences actuelles et futures, raison pour laquelle il contient une disposition de principe précisant que la fabrication, la vente et la dispensation de médicaments sont soumises à la législation fédérale, aux accords intercantonaux et à la législation spéciale cantonale, mais également aux dispositions de la présente loi et de ses textes d'exécution.

*2<sup>e</sup> alinéa* Conformément à l'article 24 du projet de LPT, la dispensation de médicaments sans autorisation de tenir une pharmacie privée est accordée, dans le cadre de leur compétence professionnelle, aux médecins, dentistes, maïeuticiens et sages-femmes lors d'administration directe aux patients ou patientes, en cas d'urgence, lors de consultations à domicile et en début de traitement. Sont donc autorisées les personnes qualifiées à l'article 29, 3<sup>e</sup> alinéa de la loi actuelle de «membres du corps médical».

*3<sup>e</sup> alinéa* En vertu de l'article 24, 3<sup>e</sup> alinéa du projet de LPT, les cantons doivent autoriser les personnes bénéficiant de la formation appropriée à prescrire certains médicaments soumis à ordonnance pour les administrer directement aux consommateurs et consommatrices. Fort de cette compétence, le Conseil-exécutif peut étendre cette autorisation à d'autres professionnels de la santé, à savoir notamment aux chiropraticiens et chiropraticiennes, au personnel infirmier et aux thérapeutes exerçant des médecines douces (cf. également art. 25, 4<sup>e</sup> al. du projet de LPT).

### **Article 32** Pharmacies privées

*1<sup>er</sup> alinéa* Les médecins ne sont autorisés à tenir une pharmacie privée que si l'approvisionnement de médicaments en urgence n'est pas assuré par au moins deux pharmaciens ou pharmaciennes d'officine (cf. également art. 30a, 2<sup>e</sup> al. concernant le service des urgences obligatoire des pharmacies). Depuis sa promulgation en 1984, cette réglementation a été remise en question à plusieurs reprises, particulièrement une fois le délai transitoire de dix ans échu (cf. par exemple l'initiative populaire «Pour une obtention facilitée des médicaments à l'usage des patients», rejetée en votation populaire le 12 juin 1984; ATF 118 la 175ss; JAB 1995, p. 312ss). S'étant toutefois avérée concluante dans la pratique, elle a été maintenue telle quelle (lit. a).

Fait nouveau, le service compétent de la SAP peut autoriser une institution de santé publique (p. ex. un foyer pour personnes âgées ou un foyer médicalisé) à tenir une pharmacie privée pour autant qu'un pharmacien, une pharmacienne ou un médecin titulaire d'une autorisation d'exercer en assume la responsabilité (lit. b).

*2<sup>e</sup> alinéa* La tenue d'une pharmacie privée par des médecins est liée à l'octroi d'une autorisation d'exploiter au sens de l'article 16b.

### **Article 33** Stocks de médicaments

Les stocks de médicaments doivent être conservés conformément aux règles en vigueur (cf. art. 51 du projet de LPT). Il appartient à la SAP de veiller au respect

des dispositions en la matière par des inspections périodiques effectuées par sondage. Fait nouveau: le projet prévoit le recensement de tous les médicaments stockés par les professionnels de la santé autorisés à en détenir, et non plus seulement par les pharmaciens et pharmaciennes privés.

### **Article 34** Recherche expérimentale sur l'être humain

La recherche expérimentale sur l'être humain est actuellement réglée par les textes cantonaux suivants:

- Le décret sur les patients, dont l'article 7 stipule que, dans les établissements auxquels des tâches publiques ont été déléguées au sens de la loi sur les hôpitaux, les patients et les patientes ne peuvent participer à des recherches qu'avec leur consentement exprès. Il convient d'observer les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) dans la mesure où le Conseil-exécutif les a déclarées applicables par voie d'ordonnance.
- L'ordonnance du 17 juin 1998 concernant la recherche expérimentale sur l'homme (ordonnance sur la recherche, ORech), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1998, qui a pour but d'assurer la protection des sujets de recherche et la qualité des recherches expérimentales pratiquées sur l'homme. Elle prévoit la constitution d'une commission d'éthique, répondant ainsi aux dispositions de la Convention intercantonale du 3 juin 1971 sur le contrôle des médicaments, à laquelle le canton de Berne a adhéré en promulguant la loi y relative du 6 novembre 1972 (cf. le rapport sur l'ORech).
- La loi du 5 septembre 1996 sur l'Université, qui prévoit elle aussi, pour son domaine de compétence, la soumission des expériences menées sur des personnes à une commission d'éthique chargée de protéger les sujets d'expériences (art. 10, 3<sup>e</sup> al.).  
La révision de la loi sur la santé publique permet de conférer une base légale formelle à la recherche expérimentale sur l'homme.

*1<sup>er</sup> alinéa* Toute recherche expérimentale effectuée dans le canton de Berne doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la Commission cantonale d'éthique.

*2<sup>e</sup> alinéa* Les personnes ayant donné leur consentement pour se prêter à une recherche expérimentale doivent être informées du but de l'étude ainsi que de son utilité et de ses dangers conformément aux Bonnes pratiques des essais cliniques, annexe 1 du règlement de l'OICM sur les médicaments au stade d'essai clinique. Plutôt que de faire une distinction détaillée entre personnes capables et incapables de discernement au niveau de la loi, le Conseil-exécutif est chargé de déterminer à quelles conditions des personnes incapables de discernement, mineures ou interdites peuvent, à titre exceptionnel, être incluses dans une recherche, en se fondant sur les normes reconnues dans l'ensemble de la Suisse (Bonnes pratiques des essais cliniques, directives de l'ASSM et, une fois ratifiée, Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine).

*3<sup>e</sup> alinéa* Les recherches expérimentales peuvent être pratiquées exclusivement par des personnes possédant les qualifications scientifiques requises et respectant les principes en vigueur, à commencer par le devoir de diligence.



*4<sup>e</sup> alinéa* Le Conseil-exécutif doit promulguer des dispositions d'exécution sur la protection des patients et patientes ainsi que sur la mise sur pied et le domaine d'activités de la Commission d'éthique basées sur les normes en vigueur dans l'ensemble de la Suisse.

Pour ce faire, il doit veiller à ce que ces dispositions concordent avec les autres réglementations sur la recherche expérimentale, qu'elles soient intercantionales (Convention intercantonale sur le contrôle des médicaments et ses dispositions d'exécution) ou fédérales (ordonnance fédérale du 26.6.1996 sur les essais cliniques de produits immunologiques). Cette harmonisation a été réalisée avec l'ordonnance sur la recherche expérimentale, qui a été l'occasion de déclarer applicables les Bonnes pratiques des essais cliniques dans leur version valable au moment de l'entrée en vigueur de l'ORech. Si la Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine est ratifiée par le Conseil fédéral, la Suisse sera tenue d'en appliquer les dispositions et les Bonnes pratiques des essais cliniques devront être adaptées en conséquence.

### **Articles 35** Autopsie

Reprises telles qu'elles de la loi actuelle (art. 40), ces dispositions avaient donné lieu à l'époque à des débats parlementaires nourris, notamment pour ce qui est du prélèvement d'organes.

*1<sup>er</sup> alinéa* L'autopsie est autorisée si la personne décédée, sa famille ou ses proches ont donné leur consentement exprès (consentement explicite).

*2<sup>e</sup> alinéa* Le prélèvement d'un organe à des fins diagnostiques est possible si les personnes directement concernées n'en ont pas disposé autrement (consentement présumé).

*3<sup>e</sup> alinéa* Les dispositions de la procédure pénale et les mesures spécifiques du service compétent de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale destinées à garantir le diagnostic sont réservées.

### **Article 35a** Prélèvement d'organes sur des personnes décédées

Il est prévu de promulguer une loi fédérale sur la transplantation d'organes et d'inscrire dans la constitution fédérale un nouvel article 119a. Lorsque les dispositions d'exécution y relatives entreront en vigueur, la compétence en matière de réglementation sera du seul ressort de la Confédération. La question de savoir si le prélèvement d'organes doit être autorisé uniquement avec le consentement exprès de la personne concernée ou aussi en cas de consentement présumé suscite actuellement des débats animés au niveau tant national qu'international. Cette controverse n'a en revanche pas lieu d'être au plan cantonal puisque le canton ne sera sous peu plus compétent dans ce domaine. Il n'en demeure pas moins que le consentement doit impérativement être requis pour le prélèvement d'organes et le projet de loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules ne peut, en ce sens, qu'être salué.

*1<sup>er</sup> alinéa* La solution adoptée dans la loi de 1984 (consentement présumé pour le prélèvement d'organes à des fins de transplantation, consentement exprès pour le prélèvement à d'autres fins ou pour l'autopsie) avait donné lieu à l'époque à des discussions sans fin. Conformément aux dispositions en vigueur (art. 41) et à la réglementation en cours dans quinze cantons, il convient de maintenir pour le prélèvement d'organes à des fins de transplantation le principe du consentement présumé, aux termes duquel le prélèvement d'organes et de tissus effectué dans ce but est autorisé dès lors que la personne décédée, sa famille ou ses proches n'en ont pas disposé autrement.

*2<sup>e</sup> alinéa* Le prélèvement d'organes et de tissus à d'autres fins n'est en revanche possible que si la personne décédée, sa famille ou ses proches ont donné leur consentement exprès. Cette réglementation, déjà prévue par le droit en vigueur, est ici explicitée.

*3<sup>e</sup> alinéa* Le décès doit être constaté par un médecin ne prenant part ni au prélèvement ou à la transplantation, ni au traitement du receveur (art. 41, 3<sup>e</sup> al. de la loi actuelle). Cette disposition a pour but de garantir que la personne posant le diagnostic de la mort ne soit pas influencée par le but prévu.

*4<sup>e</sup> alinéa* Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu, en cas d'application du consentement présumé, d'informer la population des droits et devoirs des patients et patientes afin qu'ils sachent qu'ils sont en droit de refuser un prélèvement d'organes. Cette information pourra être réglée par voie d'ordonnance.

### **Article 35b** Prélèvement d'organes sur des personnes vivantes

Le prélèvement d'organes sur des personnes vivantes ne figure pas dans la loi en vigueur. Cette lacune est désormais comblée.

*1<sup>er</sup> alinéa* Le prélèvement d'organes et de tissus sur des personnes vivantes à des fins de transplantation telle que prévue par les principes juridiques de portée générale est autorisé uniquement si la personne concernée donne son consentement écrit.

*2<sup>e</sup> alinéa* Afin d'éviter tout risque d'influence, le consentement doit être demandé par une personne autre que celle qui traite le receveur.

*3<sup>e</sup> alinéa* Il est interdit de prélever un organe vital qui ne se régénère pas, même si la personne donne son consentement.

*4<sup>e</sup> alinéa* Le prélèvement de tissus fœtaux est autorisé à la seule condition que la mère donne son consentement écrit.

### **Article 36** Traitement de personnes en fin de vie

La loi actuelle ne régit pas le traitement de personnes en fin de vie. En revanche, le décret sur les patients stipule (art. 17) que les directives de l'Académie suisse des sciences médicales sont contraignantes en matière d'euthanasie et de

constatation du décès, dans la mesure où le Conseil-exécutif les a déclarées applicables par voie d'ordonnance. La présente révision permet de créer une base légale formelle pour ces deux objets.

*1<sup>er</sup> alinéa* Les professionnels de la santé sont tenus de dispenser les soins nécessaires aux patients et patientes en fin de vie en tenant compte de leurs souhaits. Cette disposition a pour but d'autoriser ces derniers à demander non pas un traitement intensif, mais des soins adaptés à leur état. Ainsi, s'ils refusent un traitement ou des soins visant à les maintenir en vie, leur volonté doit être respectée, car aucune mesure ne doit être entreprise contre leur gré. La volonté est valable uniquement pour les patients et patientes capables de discernement (cf. également art. 40b du présent projet).

*2<sup>e</sup> alinéa* Il appartient au Conseil-exécutif d'édicter – en se conformant aux règles reconnues dans l'ensemble de la Suisse – des dispositions d'exécution pour les cas où les mesures visant à maintenir un patient ou une patiente en vie peuvent être abandonnées même sans l'expression de volonté de la personne concernée. Il l'a d'ailleurs déjà fait par le biais de l'ordonnance du 11 juin 1997 sur l'euthanasie et le diagnostic de la mort: l'annexe I déclare en effet applicables les directives de l'ASSM du 24 février 1995 sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes.

### **Article 37** Diagnostic de la mort

Le présent projet de loi prévoit également la création d'une base légale formelle pour le diagnostic de la mort.

*1<sup>er</sup> alinéa* Le diagnostic de la mort est explicitement qualifié d'activité médicale.

*2<sup>e</sup> alinéa* Le moment du décès à des fins de transplantation doit être défini par le Conseil-exécutif par voie d'ordonnance en respectant les règles reconnues dans l'ensemble de la Suisse, ce qu'il a fait dans l'ordonnance du 11 juin 1996 sur l'euthanasie et le diagnostic de la mort: l'annexe II déclare en effet applicables les directives de l'ASSM du 13 juin 1996 pour la définition et le diagnostic de la mort en vue d'une transplantation d'organes.

### **Article 38** Dispositions d'exécution

Le Conseil-exécutif doit promulguer par voie d'ordonnance des dispositions d'exécution sur les droits et devoirs des professionnels de la santé. Il peut toutefois déléguer le pouvoir d'édicter et d'appliquer celles qui concernent l'exercice d'une activité sanitaire et la formation postgrade à des institutions intercantionales, à des particuliers ou à la SAP (cf. à ce sujet l'expertise Gross, p. 86, *en allemand uniquement*). Les différents domaines d'activité des professionnels de la santé ainsi que les compétences de ces derniers et les conditions professionnelles requises pour exercer leur activité doivent faire l'objet d'une ordonnance d'exécution.

### *III. Droits et devoirs des patients et des patientes*

La loi actuelle ne contient aucune disposition sur les droits et devoirs des patients. Elle se limite à charger le Grand Conseil d'édicter un décret en la matière, ce qui fut fait par la promulgation du décret du 14 février 1989 sur les patients (DPat; cf. plus haut, ch. I., pt. 3).

La présente révision permet d'introduire ces droits et devoirs généraux et fondamentaux dans la loi (*1<sup>re</sup> section*) et d'élaborer une ordonnance d'exécution. Le décret sur les patients peut donc être abrogé (cf. également plus haut, ch. IV, pt. 3).

La *seconde section* est consacrée aux traitements et autres mesures médicales de contrainte.

### **Article 39** Information

Cet article énonce les principes généraux sur l'information qui doit être fournie aux patients et patientes, compte tenu de l'évolution du droit privé.

*1<sup>er</sup> alinéa* L'obligation incombant aux professionnels de la santé constitue un droit fondamental des patients et patientes. L'information doit être exhaustive et exprimée en termes compréhensibles.

*2<sup>e</sup> alinéa* Les professionnels de la santé doivent en particulier informer leurs patients et patientes de leur état de santé et du diagnostic qu'ils ont posé (pour autant que cela relève de leur compétence), de l'objet, des modalités, du but, des risques, des avantages et inconvénients et des coûts des mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques prévues ainsi que d'autres possibilités de traitement (cf. art. 10, 1<sup>er</sup> al. DPat).

*3<sup>e</sup> alinéa* L'information doit être donnée avec ménagement lorsqu'elle risque d'avoir une influence négative sur l'évolution de la maladie. Si une action immédiate s'impose dans l'intérêt du patient ou de la patiente, l'information peut être différée et fournie dès que l'état du malade ou de la malade le permet. Elle doit être suffisamment complète afin que les patients et patientes puissent donner leur consentement en toute connaissance de cause. (cf. art. 10, 2<sup>e</sup> al. DPat).

### **Article 39a** Consultation et remise du dossier médical

*1<sup>er</sup> alinéa* Les patients et patientes ont le droit de consulter tous les dossiers concernant leur traitement, à savoir les notes rédigées par les professionnels de la santé, mais aussi les résultats d'analyse, les radiographies, les rapports d'opération, ou encore les indications fournies par de tierces personnes (cf. également ci-dessus, art. 26). Les professionnels de la santé doivent donner à leurs patients et patientes qui le souhaitent des explications orales sur le contenu de leurs dossiers, qu'ils sont tenus de leur remettre si ceux-ci l'exigent. La remise s'effectue en règle générale sous forme de copie, car les professionnels de la santé sont obligés de conserver leurs dossiers et doivent, en outre, pouvoir rendre compte de leur activité (cf. art. 26).

*2<sup>e</sup> alinéa* Si les patients et patientes peuvent consulter leurs dossiers gratuitement, les copies peuvent en revanche leur être facturées au prix coûtant (cf. art. 11, 3<sup>e</sup> al. DPat).

*3<sup>e</sup> alinéa* La consultation et la remise de dossiers peuvent être limitées ou refusées

a) s'il s'agit de notes rédigées par les professionnels de la santé pour leur usage personnel, auquel cas elles ne doivent pas être intégrées dans les dossiers établis en vertu des dispositions légales;

b) si des données concernant des tiers pouvant faire valoir des intérêts dignes de protection le justifient (cf. art. 11, 2<sup>e</sup> al. DPat).

#### **Article 40** Consentement, principe

*1<sup>er</sup> alinéa* Toute mesure diagnostique ou thérapeutique requiert de la part des professionnels de la santé qu'ils aient informé leurs patients ou patientes et obtenu leur consentement, ce que les anglo-saxons appellent un «informed consent» (cf. art. 39). Un traitement effectué sans accord valable des patients ou patientes est considéré comme une lésion corporelle au sens du Code pénal. Le consentement peut être exprès ou tacite et exprimé par oral ou par écrit. Il est toutefois recommandé, pour des motifs de preuve, de consigner dans le dossier que le patient ou la patiente a été informé en bonne et due forme.

*2<sup>e</sup> alinéa* Un traitement doit cependant pouvoir être entrepris immédiatement en cas d'urgence, afin de préserver la vie ou la santé des patients et patientes. Leur consentement est alors présumé – pour autant qu'ils n'aient pas antérieurement manifesté le souhait qu'aucune mesure thérapeutique ne soit prise (cf. art. 40b) – et doit leur être demandé aussitôt que leur état le permet.

#### **Article 40a** Incapacité de discernement

*1<sup>er</sup> alinéa* Si la représentation légale des patients et patientes incapables de discernement est assurée, les professionnels de la santé sont tenus d'en obtenir le consentement. Ils peuvent toutefois exécuter la mesure nécessaire sans ou contre la volonté du représentant légal ou de la représentante légale si la vie ou la santé du patient ou de la patiente ne peuvent être préservées d'une autre manière et que l'urgence de la situation ne leur laisse pas le temps de s'enquérir de son avis. Ils peuvent également intervenir lorsque, par exemple, un enfant a impérativement besoin d'une transfusion sanguine et que ses parents, qui sont également ses représentants légaux, s'opposent à ce qu'on lui transfuse du sang étranger pour des motifs religieux (ce qui est le cas des témoins de Jehova, p. ex.).

Le consentement de la représentation légale suppose donc qu'il s'agisse d'un acte ne touchant pas les droits strictement personnels du patient ou de la patiente comme, par exemple, une interruption de grossesse ou une stérilisation, ou que la vie ou la santé ne soient pas en danger.

*2<sup>e</sup> alinéa* Le consentement des patients et patientes prévu par l'article 40 suppose que ceux-ci soient capables de discernement. Dans le cas contraire, ils ne sont pas en mesure de consentir à une mesure diagnostique ou thérapeutique, même si

celle-ci est indiquée d'un point de vue médical. En l'absence de représentation légale, les professionnels de la santé doivent agir selon leur appréciation et ce, que l'incapacité de discernement soit provisoire ou durable (p. ex. respectivement suite à un accident ou pour cause de maladie d'Alzheimer). Ce faisant, ils doivent tenir compte des intérêts objectifs de leurs patients ou patientes et – en cas d'incapacité provisoire – de leur volonté présumée. Ils doivent également respecter leur décision s'ils avaient pris des dispositions lorsqu'ils étaient encore capables de discernement et prendre l'avis de leurs proches. Par ailleurs, ils ne sont autorisés à pratiquer des interventions importantes et risquées qu'en cas de danger grave pour la vie ou la santé de leurs patients et patientes auquel il serait impossible de remédier d'une autre manière (cf. art. 16, 2<sup>e</sup> al. DPat).

#### **Article 40b** Dispositions des patients et des patientes

*1<sup>er</sup> alinéa* Cette réglementation répond à un besoin de plus en plus manifeste. En effet, la validité juridique des dispositions prises par les patients et patientes doit être prise en compte et, partant, figurer dans la loi sur la santé publique. Comme pour toutes les autres dispositions concernant les droits et devoirs des patients et patientes, il s'agit ici aussi d'un principe de droit qui a évolué dans le droit civil. Aux termes de ce principe, les professionnels de la santé sont tenus de prendre en compte les déclarations exprimées oralement ou par écrit – pour autant qu'elles soient conformes au droit en vigueur – par des personnes capables de discernement concernant les mesures thérapeutiques qu'elles seraient d'accord de subir ou qu'elles refuseraient au cas où elles deviendraient incapables de discernement. L'annexe I de l'ordonnance sur l'euthanasie et le diagnostic de la mort, qui correspond aux directives de l'ASSM du 23 février 1995 sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes, contient des dispositions d'exécution applicables à ce principe de loi (cf. en particulier le pt. 3.4).

*2<sup>e</sup> alinéa* Les personnes peuvent également préciser à qui s'adresser au cas où elles ne seraient plus capables de discernement.

*3<sup>e</sup> alinéa* Les professionnels de la santé ne sont en revanche pas liés par la volonté exprimée antérieurement par leurs patients et patientes s'ils apprennent que ces derniers ont changé d'avis dans l'intervalle. Ils doivent alors prendre en compte le dernier avis énoncé.

#### **Article 40c** Dispositions d'exécution

Le Conseil-exécutif est compétent pour édicter la législation d'exécution nécessaire, à savoir entre autres pour les dispositions sur la documentation, notamment celle qu'établissent des institutions assurant des tâches publiques.

#### *2<sup>e</sup> section: Mesures médicales de contrainte*

Toute mesure médicale effectuée contre la volonté du patient ou de la patiente représente une atteinte au droit fondamental qu'est la liberté personnelle. En l'occurrence, il s'agit ici d'une atteinte à son intégrité physique et psychique. Confor-

mément à la jurisprudence du Tribunal fédéral – constante depuis de nombreuses années –, des mesures de ce type sont autorisées a) si elles reposent sur une base légale suffisante, b) si elles répondent à l'intérêt public, c) si elles sont conformes au principe de proportionnalité et d) pour autant qu'elles ne touchent pas à l'essence même du droit fondamental. Les dispositions doivent en outre être formulées de façon claire et précise. Cette seconde section constitue la base légale requise en la matière (cf. également ch. II, pt. 3.3 et III, pt. 2).

#### **Article 41** Champ d'application, principe

*1<sup>er</sup> alinéa* Le champ d'application est limité aux mesures médicales de contrainte prises à l'encontre de personnes placées dans une institution en vertu des dispositions fédérales et cantonales sur la privation de liberté à des fins d'assistance (PLA). Une lacune est ainsi comblée, à savoir celle provenant du fait que les dispositions du Code civil suisse et de la loi bernoise sur la privation de liberté à des fins d'assistance prévoient le placement de personnes dans une institution pour des raisons sociales et non pour y subir un traitement médical. Entrent dans la catégorie des mesures médicales de contrainte les mesures prises dans le cadre d'une PLA, mais également des restrictions de la liberté personnelle qui peuvent être imposées à des patients ou patientes hospitalisés.

Plusieurs questions restent encore ouvertes en ce qui concerne les mesures adoptées par des membres du personnel médical et infirmier à l'égard de patients ou patientes au comportement confus ou désorienté ou violant les règles fondamentales de la vie commune d'une clinique. Le présent projet n'entend cependant pas étendre le champ d'application à ce domaine – au demeurant délicat du point de vue tant juridique que concret –, car cette question sera traitée dans le cadre de la révision du droit des tutelles. Limiter la réglementation aux cas de PLA permet en outre de tenir compte du fait que, pour l'heure, le droit prévoit uniquement les prescriptions de procédure requises à cette fin ainsi qu'une instance de recours (cf. la loi cantonale sur la privation de liberté à des fins d'assistance et sur d'autres mesures de l'assistance personnelle).

*2<sup>e</sup> alinéa* Cette disposition de principe a pour but d'explicitier la notion de mesure médicale de contrainte au sens de la présente loi: il s'agit de mesures prises contre la volonté des personnes concernées dans le but de garantir ou d'améliorer leur état de santé ou de protéger des tiers. Entrent en ligne de compte le traitement médicamenteux, l'isolement, la contention ou la limitation des contacts avec l'extérieur.

*3<sup>e</sup> alinéa* Les droits et devoirs généraux des patients et des patientes sont également applicables lorsque des mesures médicales de contrainte sont ordonnées, pour autant que les prescriptions de la présente section n'en disposent autrement.

#### **Article 41a** Conditions

Vu leur caractère interventionniste, les mesures médicales de contrainte sont subordonnées à des conditions très strictes. Elles ne peuvent être ordonnées que

si le patient ou la patiente a refusé des mesures volontaires ou que ces dernières font défaut pour le cas d'espèce considéré. Il faut en outre que le comportement du patient ou de la patiente

- a) compromette gravement sa sécurité ou sa santé;
- b) présente un danger immédiat pour des tiers;
- c) perturbe gravement la vie commune en raison d'une attitude asociale marquée ou d'un potentiel très destructeur.

#### **Article 41b** Dispositions générales

*1<sup>er</sup> alinéa* Est seule habilitée à ordonner, exécuter et lever une mesure médicale de contrainte la direction médicale compétente de l'institution à laquelle le médecin traitant soumet sa proposition. Cette réglementation a pour but de veiller à ce que les mesures ne soient pas exécutées sur la base du jugement d'une seule personne. La possibilité de former recours (art. 41d) permet par ailleurs de contrôler rapidement la situation en faisant appel à un groupe interdisciplinaire.

*2<sup>e</sup> alinéa* Les mesures médicales de contrainte doivent être évitées dès lors qu'un autre moyen permet d'arriver au résultat escompté, ce qui suppose de la part de la personne qui les ordonne une très grande compétence afin d'analyser scrupuleusement la situation. S'il n'est pas possible d'y renoncer, elles doivent être adaptées au cas d'espèce et la personne concernée doit bénéficier de la liberté maximale compatible avec sa propre sécurité d'une part, et la sécurité publique d'autre part.

*3<sup>e</sup> alinéa* S'il s'agit dans tous les cas d'opter pour la mesure la moins rigoureuse possible, il n'appartient cependant pas au législateur d'en déterminer le degré d'intensité, car seule la situation concrète permet de l'apprécier. Il ne faut toutefois jamais perdre de vue qu'une mesure médicale de contrainte n'est justifiée qu'aussi longtemps que perdurent les raisons qui l'ont motivée et qu'elle doit être levée sitôt que ces raisons n'ont plus lieu d'être.

#### **Article 41c** Information, dispositions des patients et patientes

*1<sup>er</sup> alinéa* Les personnes à l'encontre desquelles une mesure médicale de contrainte est prononcée doivent en être averties au préalable ou, si cela n'est pas possible, ultérieurement. Elles doivent également avoir connaissance de leur droit de recours. Ces deux informations doivent aussi être communiquées à leur famille ou à un proche par elles désignés.

*2<sup>e</sup> alinéa* Les dispositions des patients et patientes (art. 40b) valent également pour les personnes qui se voient ordonner une mesure médicale de contrainte, pour autant que ces dispositions n'aillent pas à l'encontre du but visé par la mesure.

#### **Article 41d** Recours

Conformément à la Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine, les personnes souffrant d'un trouble mental et devant être traitées sans leur consentement doivent être protégées par le biais de procédures de surveillance, de contrôle

et de recours, tâches qu'il convient de déléguer à la Commission de recours en matière de privation de liberté à des fins d'assistance. Conformément à la loi y relative, les proches peuvent également recourir.

#### **Article 41e** Dispositions d'exécution

Si le législateur doit user avec beaucoup de réserve des délégations, il n'a pas pour autant besoin de tout régler au niveau de la loi: ainsi, les dispositions concernant les procédures requises pour ordonner, exécuter et lever les mesures médicales de contraintes devraient être édictées par voie d'ordonnance.

#### *V. Voies de recours, dispositions pénales et introduction de la loi*

#### **Article 47** Dispositions pénales, violation des dispositions sur les autorisations

L'article 47 de la loi actuelle contient déjà des dispositions pénales à l'encontre des personnes qui en violeraient les prescriptions. Le présent projet prévoit de compléter la liste des infractions par celles énumérées aux *lettres c et d*. Sont donc désormais également passibles d'une amende ou des arrêts les personnes prétendant être les représentantes d'une profession requérant une autorisation sans en posséder le titre correspondant ainsi que celles qui exercent une activité sanitaire alors qu'elles en ont l'interdiction ou qui ne respectent pas la charge qui lui est assortie au sens de l'article 19a.

#### **Article 49a** Information

Il est prévu d'introduire une nouvelle disposition aux termes de laquelle les tribunaux sont tenus de communiquer au service compétent de la SAP les jugements exécutoires concernant des violations d'obligation commises par des titulaires d'autorisation. La SAP doit en effet être informée par ce biais-là pour pouvoir, au titre d'autorité de surveillance, ordonner des mesures disciplinaires telles que l'avertissement ou le retrait de l'autorisation d'exercer ou d'exploiter (cf. la loi sur les avocats, dont l'art. 30 prévoit également ce type d'obligation).

#### *II.*

Le décret du 14 février 1989 sur les droits et les devoirs des patients et des patientes des hôpitaux publics (D sur les patients, Dpat) est abrogé (cf. ch. II., pt. 3, ch. IV., pt. 3 et ch. V., titre III.).

#### *III. Dispositions transitoires, chiffre 1*

La loi actuelle – en particulier son article 14 – ne précise pas expressément si elle est aussi applicable à la médecine vétérinaire. En revanche, plusieurs dispositions mentionnent explicitement les vétérinaires, eux aussi soumis à autorisation. Le projet mis en consultation en juillet 1997, qui incluait le traitement des animaux, a suscité plusieurs critiques portant notamment sur le fait que (a) l'intégration de la médecine vétérinaire dans une loi sur la médecine humaine ne paraissait guère convaincante et que (b) les activités vétérinaires devaient faire l'objet d'une nouvelle réglementation. Il convient donc d'examiner l'opportunité d'édicter une législation spéciale pour la médecine vétérinaire. Il importe toutefois, aussi long-

temps qu'aucune législation spéciale, cantonale ou fédérale, ne réglemente l'activité des vétérinaires, de déclarer applicables par analogie les dispositions prévues dans le présent projet et dans les textes d'exécution pour les médecins, afin que la réglementation existante en la matière – déjà fort rudimentaire – ne devienne pas caduque au moment de l'entrée en vigueur de la révision.

#### *Chiffre 2*

En principe, toutes les autorisations octroyées sur la base de la loi actuelle resteront valables après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Sont toutefois réservées (a) les autorisations délivrées pour les activités sanitaires et les entreprises au sens des articles 15 et 16 du projet, qui ne sont plus soumises à autorisation, et (b) les autorisations pour lesquelles le Conseil-exécutif prévoirait éventuellement de limiter la durée par voie d'ordonnance. Dans ces deux cas, les autorisations accordées avant l'entrée en vigueur du présent projet de révision perdront leur validité ou ne seront valables que pour la durée limitée prescrite.

#### *Entrée en vigueur*

L'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la loi sur la santé publique est fixée par le Conseil-exécutif.

#### *Durée de validité limitée*

La compétence législative en matière de transplantation d'organes, de tissus et de cellules relève désormais de la Confédération. La législation y relative étant en cours d'élaboration, la réglementation cantonale ne sera applicable que jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale. Il convient donc de préciser que les articles 35a et 35b perdront leur validité dès ce moment-là.

## **VI. Répercussions en matière de personnel et de finances**

### **1. Personnel**

Le nouveau régime des autorisations occasionnera pour la SAP un surcroît de travail dans le domaine des autorisations bien sûr, mais également dans celui de la surveillance des nouvelles activités qui y sont soumises. La surcharge de travail reste toutefois dans des limites acceptables, vu qu'il n'est pas obligatoire d'annoncer et d'enregistrer toutes les activités sanitaires. La SAP sera en outre déchargée d'une part de son travail actuel, puisque certaines activités ne présentant pas de risque pour la santé, qui requièrent aujourd'hui une autorisation, ne devraient plus y être soumises. Ce n'est qu'au moment où les ordonnances d'exécution actuellement à l'état d'avant-projets auront été approuvées que l'augmentation et la diminution de travail réelles pourront être quantifiées. L'introduction des médecines douces – pour lesquelles les formations ne sont pas encore reconnues au niveau fédéral ou intercantonal -, requerra probablement 200 pour cent de postes supplémentaires, durant la phase initiale tout au moins. Il est en outre prévu de nommer une commission spécialisée au sein de laquelle siègeront également des membres externes à l'administration.

## 2. Finances

Si le projet lui-même n'a aucune incidence directe sur les finances publiques, la mise en œuvre de la loi révisée et de ses ordonnances d'exécution entraînera des dépenses supplémentaires occasionnées par

- la création probable de deux postes à 100 pour cent pour le domaine des autorisations et de la surveillance;
- la mise sur pied d'une nouvelle commission spécialisée pour élaborer la législation d'exécution.

Il n'est en revanche pas prévu que le canton organise ou finance des formations pour les nouvelles activités autorisées, si bien que ce secteur n'engendrera aucun frais. S'agissant du régime des autorisations d'exercer, le présent projet a pour seul but d'offrir une plus grande marge de manœuvre aux personnes qui fournissent et demandent des prestations dans le domaine de la santé – répondant en cela aux principes de la liberté économique –, sans dicter aucune obligation d'ordre financier à la collectivité (cf. également plus haut ch.II, pt. 4.5). L'extension de la gamme des prestations autorisées n'accroît pas non plus la charge des pouvoirs publics dans le domaine de l'assurance-maladie, car la LAMal régleme l'admission des prestations au financement par l'assurance-maladie selon ses propres critères. Ainsi, les nouvelles prestations autorisées par le canton de Berne ne seront pas couvertes par l'assurance de base. En revanche, si l'assurance complémentaire prévoit leur remboursement, elles sont alors financées dans leur intégralité par les primes que paient les assurés.

## VII. Répercussions sur les communes

La révision n'a pas d'incidence financière sur les communes.

## VIII. Impact prévisible sur l'économie

Le projet de révision devrait avoir des répercussions favorables sur le marché du travail. En effet, de nouvelles activités sanitaires non soumises à autorisation, jusqu'ici interdites, pourront désormais être exercées, ce qui devrait accroître le nombre d'indépendants dans le domaine des activités professionnelles liées à la santé.

Berne, le 12 avril 2000

Au nom du Conseil-exécutif,  
le président: *Bhend*  
le chancelier: *Nuspliger*

### Annexes:

- Annexe 1: ordonnance sur les activités sanitaires (Osan), projet de la SAP du 21 décembre 1998
- Annexe 2: ordonnance sur les commissions spécialisées (Ocom), projet de la SAP du 21 décembre 1998

**Liste des abréviations**

ASMAC	Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
CASS	Commission cantonale des affaires sanitaires et sociales
CDS	Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
CHA	Chancellerie d'Etat
CPS	Code pénal suisse
DPat	Décret sur les patients
FBAM	Fédération bernoise des assureurs-maladie
FIN	Direction des finances
JAB	Jurisprudence administrative bernoise
JCE	Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LEExtra	Loi sur les situations extraordinaires
LMI	Loi fédérale sur le marché intérieur
LPFC	Loi sur la péréquation financière et la compensation des charges
LPMéd	Loi fédérale sur la formation universitaire aux professions médicales
LPT	Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques)
OAMal	Ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie
OCom	Ordonnance sur les commissions spécialisées
OICM	Office intercantonal de contrôle des médicaments
OPCF	Office de planification, de construction et de formation professionnelle
ORech	Ordonnance du 17 juin 1998 concernant la recherche expérimentale sur l'homme (ordonnance sur la recherche)
PLA	Privation de liberté à des fins d'assistance
RSB	Recueil systématique des lois bernoises
SAP	Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
VLL	Verts – Liste Libre