

**Gesundheits-
und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern**

**Direction de la santé
publique et de la
prévoyance sociale
du canton de Berne**

Spitalamt

Office des hôpitaux

Rathausgasse 1
3011 Berne
Tél. +41 31 633 79 65
Telefax +41 31 633 79 67
www.gef.be.ch
info.spa@gef.be.ch



**Exigences et informations
du canton de Berne concernant
la classification GPPH-BE**

**à l'intention des hôpitaux et maisons de
naissance répertoriés**

**Mandats de prestations selon les groupes
de prestations pour la planification hospita-
lière (version 2017_02.00)**

SOINS AIGUS SOMATIQUES

Table des matières

1	Introduction.....	4
2	Signification pour la liste bernoise des hôpitaux de soins aigus.....	5
2.1	Groupe cible et objectif.....	5
2.2	Structure et bases juridiques.....	5
3	Exigences générales posées aux hôpitaux et maisons de naissance répertoriés.....	6
3.1	Exigences qualitatives générales selon la classification GPPH-BE (version 2017_02.00).....	6
3.2	Modalités selon la classification GPPH-BE (version 2017_02.00).....	7
4	Explications concernant les groupes de prestations.....	9
4.1	Exigences en matière de disponibilité.....	9
4.1.1	Disponibilité des médecins spécialistes (version 2015.1) (<i>exigences adaptées</i>).....	9
4.1.2	Disponibilité des médecins en cas d'urgence.....	10
4.1.3	Disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil.....	11
4.2	Autres exigences.....	12
4.2.1	DER2 Centre ambulatoire de traitement des plaies (V2.0).....	12
4.2.2	NEU3 Maladies cérébrovasculaires (version 2015.1).....	12
4.2.3	NEU4 Epileptologie (version 2017.1).....	12
4.2.4	END1 Consultation en nutrition et diabétologie (V2.0).....	12
4.2.5	VIS1.4 Chirurgie bariatrique (version 2017.1).....	12
4.2.6	HAE4 Transplantation autologue de cellules souches du sang (V2.0).....	13
4.2.7	ANG/GEF Conférence interdisciplinaire d'indication (V2.0) (<i>exigences adaptées</i>).....	13
4.2.8	GEFA: ANG2 Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux et GEF2 Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux (projet GPPH-ZH 2018; <i>exigences adaptées</i>).....	13
4.2.9	NCH, NEU, HER, KAR Participation à des recherches (version 2015.1) (<i>exigences adaptées</i>).....	13
4.2.10	HER Chirurgie cardiaque (version 2015.1) (<i>exigences adaptées</i>).....	13
4.2.11	KAR1.3 Défibrillateur implantable (V2.0).....	14
4.2.12	NEP1 Néphrologie (version 2017.1).....	14
4.2.13	URO1.1: URO1.1.5 Plastie reconstructive de la jonction pyélourétérale, URO1.1.6 Plastie reconstructive de l'urètre et URO 1.1.7 Implantation d'un sphincter urinaire artificiel (projet GPPH-ZH 2018; <i>exigences adaptées</i>).....	14
4.2.14	NEP1 Pneumologie (V2.0).....	14
4.2.15	PNE2 Polysomnographie (V2.0).....	14
4.2.16	BEW3 Chirurgie de la main (V2.0) (<i>exigences adaptées</i>).....	15
4.2.17	BEW7 Reconstruction de membres inférieurs (projet GPPH-ZH 2018; <i>exigences adaptées</i>).....	15
4.2.18	BEW10 Chirurgie du plexus (V2.0).....	15

4.2.19	PLC1 Interventions en lien avec la transsexualité (V2.0).....	15
4.2.20	GYNT: GYN1.1 Néoplasmes malins de la vulve et du vagin, GYN1.2 Néoplasmes malins du col de l'utérus, GYN1.3 Néoplasmes malins du corps utérin et GYN1.4 Néoplasmes malins de l'ovaire (projet GPPH-ZH 2018; <i>exigences adaptées</i>)	15
4.2.21	GYN2 Néoplasmes malins de la glande mammaire (projet GPPH-ZH 2018; <i>exigences adaptées</i>)	16
4.2.22	GEBH Maisons de naissance et NEOG Soins de base aux nouveau-nés en maison de naissance (dès AG 37 SG; version 2017.2)	16
4.2.23	Âge gestationnel (projet GPPH-ZH 2018)	19
4.2.24	GEB1 à GEB1.1.1 Obstétrique (version 2017.1)	20
4.2.25	NEO1 à NEO1.1.1.1 Néonatalogie (version 2017.1)	20
4.2.26	NUK Médecine nucléaire (V2.0) (<i>exigences adaptées</i>)	20
4.2.27	UNF1 Chirurgie d'urgence (polytraumatismes) et UNF1.1 Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crânio-cérébraux) (projet GPPH-ZH 2018).....	20
4.2.28	KINM Pédiatrie et KINC Chirurgie pédiatrique (version 2017.1)	20
4.2.29	KINB Chirurgie pédiatrique de base (version 2017.1).....	21
4.2.30	GER Centre de compétence gériatrie aiguë (version 2015.1) (<i>exigences adaptées</i>).....	22
4.2.31	SpezPalCare Soins palliatifs spécialisés en hôpital (<i>exigences adaptées</i>)...	23
4.2.32	PB Paquet de base / PBE Paquet de base programmé (version 2017.1) (<i>exigences adaptées</i>).....	27
4.2.33	Qualification des spécialistes en pédiatrie (version 2015.1)	28
4.2.34	Radiothérapie: transfert vers un centre de radio-oncologie (RAO1)	28
4.2.35	Services des urgences (version 2015.1) (<i>exigences adaptées</i>).....	29
4.2.36	Unité de soins intensifs (USI) (version 2015.1) (<i>exigences adaptées</i>).....	31
4.2.37	Lien en interne, avec contrat de coopération ou programme de coopération (V2.0) (<i>exigences adaptées</i>).....	33
4.2.38	Tumor board (V2.0).....	34
4.3	Nombres minimaux de cas (projet GPPH-ZH 2018) (<i>exigences adaptées</i>).....	34
4.4	Contrôle des mandats de prestations	35
4.5	Exigences liées au mandat de prise en charge.....	35
5	Autres dispositions	37
5.1	Obligations des hôpitaux et maisons de naissance répertoriés situés dans le canton de Berne	37
5.2	Mandats couvrant plusieurs domaines.....	37
5.3	Formation et perfectionnement	38
5.4	Surveillance et révision.....	38
5.5	Remise des données.....	38
6	Médecine hautement spécialisée	39
7	Annexe	40

1 Introduction

La liste des hôpitaux de soins aigus somatiques du canton de Berne se fonde sur la classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière (classification GPPH) du canton de Zurich, complétée par les *Exigences et explications supplémentaires portant sur des prestations spécifiques*. Cette approche, qui correspond aux recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), a été adoptée en accord avec le réseau diespitäler.be et l'Association des cliniques privées du canton de Berne (VPSB). Le canton de Berne a repris les exigences zurichoises presque intégralement, en ne les adaptant aux spécificités bernoises qu'en cas de nécessité. Il a également utilisé le même groupeur que Zurich, afin d'assurer la comparabilité des planifications hospitalières cantonales, comme l'exige la loi¹.

Les expériences faites ces dernières années par les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés bernois montrent cependant qu'une prise en compte du contexte bernois s'impose dans plusieurs domaines (en particulier la disponibilité des spécialistes, la coopération et les services des urgences). Ce d'autant plus que le canton de Berne n'a que peu de possibilités d'influer sur le développement des exigences zurichoises, qui se poursuit.

C'est pourquoi le Conseil-exécutif bernois a chargé un groupe de travail baptisé ASLA² – composé de représentants des deux associations hospitalières et de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) – d'examiner les exigences zurichoises qui posent problème aux établissements bernois et de proposer des solutions équivalentes, garantissant la même qualité et l'égalité de traitement. En d'autres termes, il s'agissait de constituer le catalogue d'exigences qui servira de base à la future liste des hôpitaux du canton de Berne en tenant compte de la réalité du terrain. La procédure devait respecter le principe de transparence et de traçabilité, les résultats étant à publier sur le site internet de la SAP.

Il convient de souligner que les exigences zurichoises ne sont pas remises en question fondamentalement, mais font uniquement l'objet de corrections ponctuelles. Celles qui n'ont pas à être fondues au moule bernois selon le groupe de travail demeurent inchangées, ce qui assure la comparabilité intercantonale. Toutes les modifications sont indiquées et communiquées clairement. Les catalogues CIM et CHOP ainsi que les versions correspondantes du groupeur du canton de Zurich en vigueur ne sont pas touchés et restent déterminants pour la liste bernoise des hôpitaux.

A noter encore que le canton de Zurich prévoit de modifier ses exigences au 1^{er} janvier 2018, selon un projet daté du 10 février 2017 (ci-après projet GPPH-ZH 2018) qu'il a soumis le 10 avril 2017 au canton de Berne en l'invitant à prendre position au sujet des adaptations envisagées. Lorsque cela est possible et judicieux, ce dernier inclura ces changements dans sa procédure de candidature pour la liste des hôpitaux de soins aigus somatiques 2018. Le projet GPPH-ZH 2018 n'étant pas encore définitif, les exigences reprises pour la liste bernoise pourront subir des modifications jusqu'à fin 2017. Le cas échéant, celles-ci seront communiquées en temps utile aux établissements répertoriés.

Le groupe ASLA examinera périodiquement les exigences liées aux différents GPPH pour les adapter, si nécessaire, à la donne bernoise.

¹ Article 39, alinéa 1, lettre d de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10).

² Arbeitsgruppe Anpassung Spitalistenanforderungen.

2 Signification pour la liste bernoise des hôpitaux de soins aigus

2.1 Groupe cible et objectif

Les présentes *Exigences et informations* sont destinées aux hôpitaux et aux maisons de naissance répertoriés du canton de Berne. Elles apportent un éclairage sur les bases légales et les éléments de planification³ qui sous-tendent la liste des hôpitaux du canton pour le secteur des soins aigus somatiques. Cette dernière se fonde sur les exigences spécifiques aux prestations de la classification GPPH pour les soins aigus somatiques du canton de Berne (ci-après classification GPPH-BE)⁴, sur le présent document et sur les catalogues CIM et CHOP en vigueur (et la version correspondante de leur groupeur) du canton de Zurich⁵, déterminants pour l'attribution des prestations aux GPPH.

2.2 Structure et bases juridiques

Le point 3 porte sur les exigences générales de la classification GPHH-BE, les points 4.1 et 4.2 sur les mandats de prestations qui la composent et les points 4.3 à 4.5 sur le contrôle de ces derniers, sur les nombres minimaux de cas ainsi que sur les exigences liées au mandat de prise en charge. Le point 5 renvoie aux principales prescriptions légales applicables, alors que le point 6 expose la pratique du canton de Berne par rapport aux décisions de l'organe chargé d'exécuter la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)⁶. Quant aux bases juridiques, il s'agit de la loi fédérale du sur l'assurance-maladie, de la législation bernoise sur les soins hospitaliers⁷ et de la CIMHS.

³ www.be.ch/versorgungsplanung.

⁴ Cf. [www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html](http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html) (adresse brève www.be.ch/listedeshopitaux)

⁵ Cf. www.gdk.zh.ch >Themen > Behörden & Politik > Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik > SPLG-Definitionen und Anforderungen. La version française figure sur le site de la CDS: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018&L=1> (www.gdk-cds.ch > Thèmes > Planification hospitalière > Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) > Soins somatiques aigus).

⁶ Organe de décision MHS (CIMHS; RSB 811.08-1).

⁷ Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH; RSB 812.11) et ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (OSH; RSB 812.112).

3 Exigences générales posées aux hôpitaux et maisons de naissance répertoriés

3.1 Exigences qualitatives générales selon la classification GPPH-BE (version 2017_02.00)

- 3.1.1 Aux termes de la LAMal, les listes cantonales des hôpitaux doivent reposer sur des comparaisons entre établissements relatives à l'économicité et à la qualité⁸. Lors de l'examen de cette dernière, les cantons prennent notamment en considération la justification de la qualité nécessaire⁹. Berne se fonde en cela sur sa stratégie de gestion de la qualité¹⁰.
- 3.1.2 Les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés sont tenus de mettre en œuvre un système d'assurance qualité¹¹. Ils doivent en outre élaborer des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité¹². Le canton de Berne a formulé à cet effet des exigences que les établissements figurant sur sa liste hospitalière doivent remplir, exigences tant générales que spécifiques aux groupes de prestations.
- 3.1.3 Les hôpitaux répertoriés participent aux mesures de qualité effectuées dans toute la Suisse selon les consignes de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)¹³. Sur demande, ils remettent à la SAP les données récoltées à cette occasion et les évaluations qui en résultent. Cette obligation ne concerne pas les maisons de naissance jusqu'à nouvel avis.
- 3.1.4 Les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés appliquent un système d'assurance qualité basé sur des indicateurs, couvrant l'ensemble de leur établissement.
- 3.1.5 Ils gèrent un système de déclaration des incidents critiques (CIRS) couvrant l'ensemble de leur établissement. Ils analysent les erreurs signalées dans ce cadre et prennent les mesures nécessaires.
- 3.1.6 Ils planifient de façon interdisciplinaire la sortie des groupes de patients pour lesquels cela est pertinent. La planification décrit les procédures de traitement et de prise en charge appliquées, qui sont axées sur la personne, interinstitutionnelles et propres à garantir la continuité. Elle vise la collaboration avec les fournisseurs de prestations des secteurs ambulatoire et mobile œuvrant en aval (services d'aide et de soins à domicile, médecins en pratique privée, thérapeutes, pharmacies, cliniques de réadaptation et EMS, entre autres) et atteste les efforts déployés en ce sens.

⁸ Cf. art. 3 des dispositions transitoires concernant la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier) (LAMal ; RS 832.10).

⁹ Cf. art. 58b, al. 5, lit. b de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).

¹⁰ Cf. *Stratégie bernoise de gestion de la qualité des hôpitaux et des cliniques* (www.be.ch/listedeshopitaux).

¹¹ Cf. art. 59d, al. 1, lit. b OAMal.

¹² cf. art.77 OAMal.

¹³ <http://www.anq.ch/index.php?id=77&L=1>.

3.2 Modalités selon la classification GPPH-BE (version 2017_02.00)

3.2.1 Les mandats de prestations que le canton de Berne attribue aux hôpitaux de soins aigus et aux maisons de naissance répertoriés sur la base de la classification GPPH-BE ne sont en principe pas limités dans le temps, de même que les exigences qui vont de pair. Si, par exemple, un établissement répertorié ne remplit pas encore une ou plusieurs conditions lorsque le Conseil-exécutif rend sa décision, celui-ci peut lui octroyer un mandat provisoire assorti d'un délai pour remédier aux lacunes constatées. Lorsque c'est chose faite, un mandat de durée indéterminée peut être accordé à condition que la demande parvienne à la SAP six mois au plus tard avant l'expiration du délai fixé pour le mandat temporaire, faute de quoi ce dernier prend fin à ce moment-là.

Les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés peuvent solliciter l'annulation d'un mandat de prestations en adressant une requête écrite à la SAP.

Ils peuvent aussi postuler pour des mandats de prestations supplémentaires en soumettant une demande écrite à la SAP. Le gouvernement peut généralement adapter la liste des hôpitaux dans un délai d'un an, une période transitoire étant ménagée le cas échéant.

Le Conseil-exécutif peut retirer un mandat de prestations avec effet immédiat ou dans un certain délai lorsque son détenteur ne satisfait pas aux critères d'admission de la LAMal.

3.2.2 Les groupes de prestations de la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques ne sont en principe pas subdivisés, pour les raisons suivantes:

- **Obligation d'admission:**
Les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés sont tenus d'admettre et de traiter tous les patients domiciliés dans le canton de Berne, dans la limite des capacités disponibles. Ils doivent remplir cette obligation sans aucune discrimination pour l'entier des mandats de prestations qui leur sont confiés selon la classification GPPH-BE.
- **Egalité de traitement:**
L'attribution de sous-mandats pourrait inciter certains fournisseurs de prestations à sélectionner les cas, ce qui défavoriserait les autres hôpitaux et maisons de naissance répertoriés soumis à l'obligation d'admission.
- **Comparabilité:**
Les comparaisons intracantoniales et intercantoniales entre hôpitaux exigées par la loi deviendraient compliquées, voire impossibles en cas d'attribution de sous-mandats.

3.2.3 Les mandats de prestations sont attribués par site. La SAP détermine si un établissement précis peut être considéré comme un site sur la base de la directive qu'elle a élaborée à cet effet¹⁴. En conséquence, lorsqu'une maison de naissance ou un hôpital répertorié souhaite proposer le même groupe de prestations sur plusieurs sites, chacun d'entre eux doit remplir les exigences de la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques et obtenir un mandat séparé. Il n'est pas autorisé de transférer la fourni-

¹⁴ Cf. directive *Définition de l'hôpital et du site hospitalier* de la SAP (www.be.ch/listedeshopitaux).

ture d'une prestation d'un lieu à l'autre sans adapter l'arrêté correspondant du Conseil-exécutif, une demande à cet effet devant être déposée auprès de la SAP. Les mandats de prestations octroyés sont indiqués par site dans la liste des hôpitaux et également publiés par site sur la page internet correspondante de la SAP.

3.2.4 Le Conseil-exécutif statue d'office sur les mises à jour de la classification GPPH-BE. Les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés sont consultés au sujet des nouvelles exigences que les modifications intervenues leur imposent.

3.2.5 La classification GPPH-BE est développée périodiquement, tant à l'échelon cantonal dans le cadre du groupe ASLA¹⁵ qu'au niveau supracantonal. Les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés adressent leurs demandes visant à adapter des exigences ou à ajouter des groupes de prestations à la présidence des associations hospitalières par le biais des sociétés médicales concernées.

Les associations hospitalières transmettent ces requêtes jusqu'au 30 avril de l'année en cours à la SAP (Office des hôpitaux, Division Planification des soins, Rathausgasse 1, 3011 Berne).

¹⁵ Cf. note 2.

4 Explications concernant les groupes de prestations

Les points 4.1 à 4.3 commentent les exigences applicables à certains des groupes de prestations de la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques, qui sert de base à la liste des hôpitaux du canton de Berne. Ces explications se fondent sur le document de la Direction de la santé du canton de Zurich intitulé *Exigences et explications supplémentaires portant sur des prestations spécifiques: soins aigus (version 2017.2)*¹⁶. Les spécificités bernoises divergeant des exigences zurichoises sont signalées par une écriture **rouge foncé**.

Les exigences partiellement reprises du **projet GPPH-ZH 2018** (cf. point 1 ci-avant) sont signalées comme telles. Il convient de rappeler ici qu'elles pourront encore subir des modifications, puisque les adaptations des groupes de prestations émanant du canton de Zurich ne sont pas définitives. Les hôpitaux et maisons de naissances répertoriés seront informés en temps utile d'éventuels changements ou compléments apportés aux exigences régissant la procédure de candidature pour la liste des hôpitaux 2018.

4.1 Exigences en matière de disponibilité

4.1.1 Disponibilité des médecins spécialistes (version 2015.1) (*exigences adaptées*)

Spécialistes requis

Des spécialistes déterminés sont requis en fonction du groupe de prestations. Au moins l'un des spécialistes indiqués doit être disponible. Pour les disciplines relevant de la médecine interne, par exemple, il doit s'agir d'internistes et de spécialistes en fonction des nécessités médicales. En principe, ce sont eux qui traitent les patients concernés. L'hôpital et ses spécialistes ont toutefois la compétence de déléguer le traitement.

Les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés règlent obligatoirement les points suivants avec le médecin spécialiste **par voie de contrat** (contrat de travail, contrat de médecin consultant ou de médecin agréé):

- titre post grade fédéral ou titre étranger équivalent
- obligation de détenir une autorisation d'exercer
- lieu de travail (site hospitalier, lieu des consultations)
- compétence de la direction médicale et de la direction de l'hôpital d'édicter des instructions envers la ou le spécialiste
- disponibilité temporelle conformément au niveau prévu pour le groupe de prestations par la classification GPPH-BE (cf. tableau ci-dessous), y compris suppléance en cas d'absence, participation au service médical de garde et au service de piquet
- si la ou le spécialiste n'est pas engagé-e par l'hôpital :
 - o attestation de conclusion d'une police d'assurance responsabilité civile
 - o règlement d'organisation (p. ex. statut opératoire)
- exercice de l'activité médicale dans les règles de l'art, selon les directives des associations professionnelles et les connaissances médicales actuelles (à garantir et vérifier au moyen des attestations de formation continue)
- résiliation des rapports de travail.

¹⁶ Cf. note 5.

La disponibilité attendue des médecins spécialistes est précisément définie pour chaque groupe de prestations (cf. tableau). Elle doit être garantie 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Il convient aussi de régler et d'assurer en tout temps la disponibilité des médecins agréés et des médecins consultants¹⁷.

Niveau 1	Joignabilité < 60 min ou transfert	Les spécialistes sont joignables dans les 60 minutes ou la patiente/le patient est transféré-e vers l'hôpital le plus proche proposant le groupe de prestations nécessaire.
Niveau 2	Intervention < 60 min	Les spécialistes du groupe de prestations concerné sont joignables en permanence. En cas de nécessité médicale, ils peuvent assurer l'intervention diagnostique ou thérapeutique dans les 60 minutes. Celle-ci peut aussi être pratiquée par un autre médecin, dans le même délai, sur la base de contrats ou de programmes ; les documents doivent définir comment l'absence de la ou du spécialiste est réglée sans attente prolongée pour la patiente ou le patient, qui doit uniquement être transféré-e en cas de nécessité (complication).
Niveau 3	Intervention < 30 min	Les spécialistes du groupe de prestations concerné sont joignables en permanence. En cas de nécessité médicale, ils peuvent assurer l'intervention diagnostique ou thérapeutique dans les 30 minutes.
Niveau 4.1 (jusqu'à GEB1)	< 30 minutes de délai décision-naissance	Uniquement pour l'obstétrique, disponibilité 24 h / 24 : les accouchements sont assurés par une ou un spécialiste en gynécologie et obstétrique. Le délai entre la décision (alerte de la ou du spécialiste) et la naissance ne dépasse pas 30 minutes.
Niveau 4.2 (dès GEB1.1)	Intervention < 10 min et < 15 min	Spécialiste en obstétrique présent-e à l'hôpital dans un délai de 10 minutes et spécialiste en néonatalogie ou pédiatre avec expérience en néonatalogie présent-e à l'hôpital dans un délai de 15 minutes, conformément aux <i>Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland</i> .

4.1.2 Disponibilité des médecins en cas d'urgence

Conformément à l'article 44 OSH, la prise en charge des urgences est organisée par le fournisseur de prestations de la manière suivante:

Le plan de prise en charge des urgences de l'hôpital répertorié assure qu'un médecin puisse en règle générale intervenir dans un délai maximal de 15 minutes.

Cette disposition est à mettre en œuvre comme suit, à des fins d'harmonisation entre les différentes unités d'organisation:

- **Hôpitaux de soins aigus somatiques:** un médecin doit en principe pouvoir intervenir dans les 15 minutes au maximum dans l'unité où se trouve la patiente ou le patient. Il n'est pas nécessaire que ce soit une ou un spécialiste : l'intervention peut aussi être assurée par une médecin-assistante ou un médecin-assistant.
- **Maisons de naissance:** un médecin doit en principe pouvoir intervenir auprès de la patiente ou du patient¹⁸ dans les 15 minutes au maximum, à la maison de naissance.

A défaut, la maison de naissance peut faire appel au service de sauvetage, l'intervention d'un médecin devant être assurée dans le même délai: l'ensemble

¹⁷ Les classifications GPPH bernoises pour **la réadaptation et la psychiatrie** prévoient des niveaux de disponibilité différents.

¹⁸ Parturiente ou nouveau-né.

du processus (remise de la patiente au service de sauvetage, transport par ce dernier et remise au médecin) ne doit en principe pas durer plus de 15 minutes.

Le processus est à régler dans les documents suivants¹⁹:

- **Programme de coopération en cas d'urgence** décrivant et schématisant le processus depuis la survenue de l'urgence jusqu'à la remise de la patiente au service de sauvetage²⁰.
- **Contrat de coopération** entre la maison de naissance et le service de sauvetage réglant le processus depuis l'alerte du service de sauvetage jusqu'à la prise en charge de la patiente par ce dernier²¹.

4.1.3 Disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil

Les exigences ci-après concernant la disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil s'appliquent au groupe de prestations **SpezPalCare** des hôpitaux de soins aigus.

Les hôpitaux répertoriés règlent obligatoirement les points suivants avec la collaboratrice ou le collaborateur **par voie de contrat**²²:

- diplômes (formation de base et formation continue) ou titre étranger équivalent pour la fonction en question, conformément aux exigences du mandat de prestations
- lieu de travail (site hospitalier, lieu du traitement²³)
- compétence de la direction du secteur et de la direction de l'hôpital d'édicter des instructions envers la collaboratrice ou le collaborateur
- disponibilité temporelle (selon les besoins²⁴), y compris suppléance en cas d'absence et participation aux services de garde et de piquet
- si la personne n'est pas engagée par l'hôpital:
 - attestation de conclusion d'une police d'assurance responsabilité civile
 - obligation de détenir une autorisation d'exercer la profession selon les prescriptions légales
- exercice de l'activité selon les directives de la profession
- résiliation des rapports de travail

¹⁹ Un plan de prise en charge des urgences prévoyant uniquement le recours au service de sauvetage, sans garantir l'intervention d'un médecin dans les délais, ne répond pas aux exigences en matière de police sanitaire à remplir pour l'octroi d'une autorisation d'exploiter selon l'article 120, alinéa 1, lettre f LSH en corrélation avec l'article 44 OSH.

²⁰ Cf. point 4.2.37, lettre b pour les éléments du programme.

²¹ Cf. point 4.2.37, lettre a pour les éléments du contrat.

²² Type de contrat au choix de l'hôpital (contrat de travail ou mandat, p. ex.).

²³ Selon l'indication médicale, le traitement est à dispenser sur le site (hospitalier) pour lequel le mandat a été attribué ou peut être proposé dans les locaux du fournisseur de prestations.

²⁴ La disponibilité temporelle est à régler dans le contrat choisi par l'hôpital, selon les besoins de l'exploitation (cf. note 22).

4.2 Autres exigences

4.2.1 DER2 Centre ambulatoire de traitement des plaies (V2.0)

Les prestations aux patients blessés sont en règle générale fournies de manière ambulatoire. Cela suppose un service ambulatoire pour blessés, c'est-à-dire une consultation hebdomadaire spécifique avec des spécialistes (médecins et soignants) ayant une expérience spécifique dans le traitement des plaies.

4.2.2 NEU3 Maladies cérébrovasculaires (version 2015.1)

La prise en charge Stroke s'effectue sous la responsabilité de médecins spécialistes en neurologie ou médecine interne générale dans une Stroke Unit ou intégrée dans le service des urgences / de médecine interne. L'hôpital dispose de TDM ou IRM avec possibilité d'angiographie 24 heures sur 24. Les médecins traitants disposent de la certification NIH Stroke Scale. Tous les Stroke patients sont recensés dans un registre national uniforme (vraisemblablement Swiss Stroke Register).

Un rattachement télémédical impératif à un Stroke Center est réglé dans un programme de coopération²⁵. Triage et établissement de la procédure ont lieu dans l'hôpital le plus proche avec mandat de prestations NEU3 (possibilité de lyse). Les directives de triage ainsi que les cas devant être coordonnés avec le Stroke Center sont définis et contraignants. L'hôpital périphérique applique les recommandations du Stroke Center dans la mesure où celles-ci sont transposables. Les pratiques s'écartant doivent être documentées. Les informations issues des activités de formation continue et postgrade du Stroke center sont transmises au personnel médical, thérapeutique et soignant concerné (participation ou formation adéquate).

4.2.3 NEU4 Epileptologie (version 2017.1)

Dans le diagnostic d'une crise psychogène non épileptique, un co-examen et une co-évaluation psychiatriques sont obligatoires. Une Vidéo de longue durée / monitoring EEG est obligatoire, disponibilité de personnel technique spécialement formé (SDN) en cas de besoin.

4.2.4 END1 Consultation en nutrition et diabétologie (V2.0)

Pour les patients présentant des troubles endocriniens, un conseil nutritionnel et un conseil aux diabétiques doivent être offerts. Dans le conseil nutritionnel, les patients sont conseillés par des spécialistes qui donnent des recommandations pour l'alimentation et leur application pendant et après le séjour hospitalier. Dans le conseil aux diabétiques, les connaissances nécessaires sur la maladie et sur l'usage des moyens d'aide et des médicaments sont transmises.

4.2.5 VIS1.4 Chirurgie bariatrique (version 2017.1)

*Critères SMOB*²⁶ : le traitement des patients bariatriques requiert le respect des critères du SMOB ou la certification et reconnaissance en tant que centre primaire (VIS1.4).

²⁵ Cf. point 4.2.37, lettre b pour les éléments du programme.

²⁶ Directives médicales pour le traitement chirurgical de l'obésité du Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) : <http://www.smob.ch/fr/component/jdownloads/send/1-root/21-smob-directives-medicales-2013> (www.smob.ch/fr/ > Directives > Directives médicales).

4.2.6 HAE4 Transplantation autologue de cellules souches du sang (V2.0)

Accréditation-JACIE²⁷ : pour la transplantation de cellules souches du sang, une accréditation-JACIE est nécessaire.

4.2.7 ANG/GEF Conférence interdisciplinaire d'indication (V2.0) (*exigences adaptées*)

Pour tous les patients de la chirurgie vasculaire et de l'angiologie, l'indication doit être posée dans une conférence interdisciplinaire d'indication avec des chirurgiens et des médecins interventionnels. Un programme spécifique de collaboration des prestataires concernés est nécessaire.

Liens avec d'autres groupes de prestations:

- GEF1 Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle):
L'exigence d'un lien « en interne uniquement » avec ANG1 peut aussi être satisfaite par le biais de la Conférence interdisciplinaire d'indication.
- ANG1 Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels) :
L'exigence d'un lien « en interne ou par contrat ou programme de coopération » avec GEF1 peut aussi être satisfaite par le biais de la Conférence interdisciplinaire d'indication.

4.2.8 GEFA: ANG2 Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux et GEF2 Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux (projet GPPH-ZH 2018; *exigences adaptées*)

Ces groupes de prestations sont réunis pour former le groupe **GEFA** Traitement interventionnel et chirurgical des vaisseaux intra-abdominaux. Ce regroupement s'impose en raison des progrès de la médecine, qui impliquent souvent une collaboration étroite entre interventionnistes et chirurgiens dans ce domaine.

4.2.9 NCH, NEU, HER, KAR Participation à des recherches (version 2015.1) (*exigences adaptées*)

Les commentaires concernant la stratégie globale de médecine hautement spécialisée du canton de Zurich figurant dans les *Exigences et explications supplémentaires portant sur des prestations spécifiques (version 2017.2)* de la Direction zurichoise de la santé ne sont pas applicables dans le canton de Berne. La SAP étudiera les modalités d'un éventuel monitoring de l'assurance qualité et les exposera dans un document séparé.

4.2.10 HER Chirurgie cardiaque (version 2015.1) (*exigences adaptées*)

Les hôpitaux répertoriés **bernois** avec mandats de prestations dans la chirurgie cardiaque sont tenus de réaliser le monitoring de l'assurance qualité décidé par la SSCC (Société suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique) dans tous les groupes de prestations de la chirurgie cardiaque et de mettre les données et résultats à la disposition de la SAP. Le monitoring de la SSCC comprend les points suivants:

²⁷ Joint Accreditation Committee ISCT EBMT. JACIE (www.jacie.org) est une organisation européenne non commerciale qui a été fondée en 1998 par les deux organisations leader en Europe pour les transplantations de cellules souches, le European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) et la International Society for Cellular Therapy (ISCT). L'objectif de JACIE est l'établissement et le contrôle de standards de qualité pour la transplantation de cellules souches en Europe. Les centres qui remplissent les exigences de qualité de JACIE peuvent obtenir une certification.

- saisie de tous les patients de la chirurgie cardiaque dans le registre national pour la chirurgie cardiaque (obligatoire depuis 2013),
- définition et indication des données caractéristiques (automne 2014),
- contrôle de la qualité de la saisie des données par un monitoring (audit) de 5% des cas saisis par an à partir de 2015,
- système d'alerte en cas de dépassement des valeurs limites définies à partir de 2015 («Green & Red Flag-System»).

La SAP peut prescrire le relevé de données caractéristiques et de spécifications supplémentaires sur la base de celles définies par la SSCC.

Ces données caractéristiques et résultats du monitoring doivent être communiqués par l'hôpital répertorié concerné à la SAP si elle en fait la demande. D'éventuelles mesures interviennent de manière analogue au « Green & Red Flag-System » de la société médicale.

4.2.11 KAR1.3 Défibrillateur implantable (V2.0)

Thérapie par défibrillateur : les directives de la Société suisse de cardiologie sur la thérapie par défibrillateur doivent être remplies. Le registre des activités doit être tenu et communiqué à la SAP. Si le groupe de prestations HER1.1 est proposé en coopération avec un autre prestataire, un **contrat de coopération** avec ce prestataire est nécessaire. La prise en charge des patients doit être garantie 24 heures sur 24.

4.2.12 NEP1 Néphrologie (version 2017.1)

Hémodialyse et dialyse péritonéale ambulatoires: les hôpitaux répertoriés avec un mandat de prestations pour NEP1 Néphrologie doivent offrir l'hémodialyse ambulatoire eux-mêmes ou en étroite coopération avec un centre de dialyse indépendant. Ils ont l'obligation d'offrir et de promouvoir la dialyse péritonéale.

4.2.13 URO1.1: URO1.1.5 Plastie reconstructive de la jonction pyélourétérale, URO1.1.6 Plastie reconstructive de l'urètre et URO 1.1.7 Implantation d'un sphincter urinaire artificiel (projet GPPH-ZH 2018; exigences adaptées)

Ces trois groupes de prestations sont supprimés. Leurs codes sont transférés dans le groupe URO1.1 Urologie avec titre de formation approfondie Urologie opératoire.

4.2.14 NEP1 Pneumologie (V2.0)

Surveillance des patients, intubation et respiration artificielle : la possibilité de la surveillance continue des patients, de l'intubation et de la respiration artificielle mécanique momentanée doit être garantie.

4.2.15 PNE2 Polysomnographie (V2.0)

Laboratoire du sommeil par certification SSRSMSC²⁸: pour les polysomnographies, une certification du laboratoire du sommeil par la SSRSMSC est nécessaire.

²⁸ Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie : <http://swiss-sleep.ch/>.

4.2.16 BEW3 Chirurgie de la main (V2.0) (*exigences adaptées*)

Service ambulatoire de chirurgie de la main: les hôpitaux répertoriés avec chirurgie de la main **et réimplantations** doivent exploiter un service ambulatoire de chirurgie de la main dans lequel toutes les affections aiguës et chroniques de la main sont traitées et le suivi post-opératoire est assuré. A défaut, ils doivent garantir qu'une institution dotée d'une unité spécialisée possédant l'expérience et le savoir-faire correspondants prodigue ce traitement et ce suivi sur ordonnance médicale. Une thérapie spécialisée de la main doit être disponible en appui.

Lorsque la prestation est fournie par une institution ambulatoire (externe), il convient de conclure un contrat de coopération avec cette dernière²⁹. L'hôpital répertorié reste dans tous les cas responsable de l'exécution correcte du mandat de prestations.

4.2.17 BEW7 Reconstruction de membres inférieurs (projet GPPH-ZH 2018; *exigences adaptées*)

Ce groupe de prestations englobe actuellement les opérations de la hanche, du genou et du pied. Les reconstructions de hanche et de genou seront désormais classées séparément et assorties d'exigences supplémentaires. Le groupe de prestations BEW7 Reconstruction de membres inférieurs se voit ainsi divisé en trois sous-groupes: BEW7.1 Premières prothèses de la hanche, BEW7.2 Premières prothèses du genou et BEW7.3 Opérations de remplacement de prothèse de la hanche et du genou. La subdivision s'impose en raison de la spécialisation croissante des opératrices et opérateurs de cette discipline, qui nécessite une expertise élevée. Les opérations de remplacement représentent en outre un défi particulier pour les hôpitaux répertoriés, notamment en matière d'infectiologie.

Cela étant, le groupe BEW7 Reconstruction de membres inférieurs est maintenu sous une forme nettement réduite.

4.2.18 BEW10 Chirurgie du plexus (V2.0)

Monitoring neurologique intraopératoire: les prestataires qui pratiquent la chirurgie du plexus ou des replantations doivent réaliser en collaboration avec la neurologie un monitoring neurologique intraopératoire.

4.2.19 PLC1 Interventions en lien avec la transsexualité (V2.0)

Endocrinologie gynécologique et prise en charge psychiatrique: lors d'interventions en lien avec la transsexualité, la prise en charge endocrino-gynécologique et psychiatrique doit être garantie avant et après les interventions.

4.2.20 GYNT: GYN1.1 Néoplasmes malins de la vulve et du vagin, GYN1.2 Néoplasmes malins du col de l'utérus, GYN1.3 Néoplasmes malins du corps utérin et GYN1.4 Néoplasmes malins de l'ovaire (projet GPPH-ZH 2018; *exigences adaptées*)

Ces quatre groupes de prestations sont rassemblés en un seul, le groupe GYNT Tumeurs gynécologiques. Il s'agit en grande partie de tumeurs pouvant requérir des opérations exigeantes du petit bassin ou des lymphadénectomies, ce qui présuppose une expérience opératoire spécifique acquise pendant la formation postgrade ainsi que dans la pratique quotidienne. Quelques-unes de ces tumeurs nécessitent en

²⁹ Cf. point 4.2.37, lettre a pour les éléments du contrat.

revanche des thérapies et des interventions moins élaborées, dont l'indication doit être posée en tenant compte des options non chirurgicales actuellement disponibles. Pour ces raisons, l'ensemble des traitements de tumeurs gynécologiques est regroupé.

Dans le canton de Berne, le mandat de prestations GYNT peut être attribué avec la restriction suivante: «Le mandat de prestations GYNT comprend uniquement les groupes Néoplasmes malins du corps utérin (anciennement GYN1.3) et Néoplasmes malins de l'ovaire (anciennement GYN1.4). Les groupes Néoplasmes malins de la vulve et du vagin (anciennement GYN1.1) et Néoplasmes malins du col de l'utérus (anciennement GYN1.2) en sont exclus.»

4.2.21 GYN2 Néoplasmes malins de la glande mammaire (projet GPPH-ZH 2018; exigences adaptées)

Le canton de Berne renonce à renommer le groupe de prestations GYN2 Néoplasmes malins de la glande mammaire en *Centre du sein certifié reconnu* et, partant, à exiger la certification correspondante.

4.2.22 GEBH Maisons de naissance et NEOG Soins de base aux nouveau-nés en maison de naissance (dès AG 37 SG; version 2017.2)

Exigences envers une maison de naissance

Introduction

La sage-femme est une professionnelle de la santé reconnue qui est responsable de ses actes professionnels. Elle travaille en partenariat avec les patientes et leur assure le soutien, l'encadrement et le conseil nécessaires durant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et la période d'allaitement. Elle dirige l'accouchement sous sa propre responsabilité et prend en charge le nouveau-né et le nourrisson. Le travail de la sage-femme comprend des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, l'identification de complications chez la femme et l'enfant, la garantie du traitement médical nécessaire ou d'un autre soutien approprié ainsi que l'exécution de mesures d'urgence.

Exigences structurelles

- Les sages-femmes en service garantissent la prise en charge des patientes 365 jours par an et 24 heures sur 24. La garantie s'effectue par au moins 3 sages-femmes avec autorisation de pratiquer à titre indépendant.
- Disponibilité:
 - une sage-femme est toujours atteignable pour les patientes dès la 37^e semaine de grossesse jusqu'à la fin du post-partum;
 - une sage-femme doit à tout moment être dans la maison de naissance en 30 minutes (des services de piquet sont possibles);
 - si une patiente se trouve dans la maison de naissance, une professionnelle (sage-femme, infirmière/infirmier) est toujours présente sur place;
 - lors de chaque accouchement, 2 personnes sont présentes vers la fin de la phase d'expulsion: soit 1 infirmière/infirmier et 1 sage-femme soit 2 sages-femmes.

- Contrat de coopération³⁰ avec clinique de naissance et clinique de néonatalogie:
 - réglementation de la coopération en situation d'urgence (plan de prise en charge des urgences³¹),
 - réglementation en vue de garantir l'encadrement médical spécialisé sur place (dans la maison de naissance) ou par un transport d'urgence immédiat.
- Cours de formation continue pour réanimation du nouveau-né
- Instruction de travail pour situations d'urgence chez les parturientes, les accouchées et l'enfant
- Manuel à jour sur l'assurance qualité
- Equipement technique:
 - perfusions, utérorelaxants, médicaments d'urgence, matériel pour soins de suture
 - oxygène, respirateur manuel de type Ambu et oxymètre
 - trousse d'urgence pédiatrique
 - CTG
 - poste de premiers soins pour nouveau-né avec radiateur rayonnant et suffisamment de luminosité
 - optionnel : BiliBed (photothérapie en cas d'hyperbilirubinémie)

Critères d'inclusion pour un accouchement en maison de naissance

- Accomplissement d'accouchements spontanés vraisemblablement sans complication.
La sage-femme responsable décide de l'accouchement, du post-partum et de la période d'allaitement dans la maison de naissance. Les diagnostics d'admission sont signalés par GEBH et NEOG dans l'annexe 2 *Attribution des prestations médicales aux groupes de prestations* (codes CIM et CHOP) de la liste hospitalière zurichoise 2012 de soins aigus³².
- Accomplissement d'accouchements simples
- Au moins 1 contrôle avant la 37^e semaine
 - au moins un examen préalable et relevé de l'anamnèse auprès de la sage-femme de la maison de naissance
 - un ultrason auprès d'un médecin spécialiste en gynécologie/obstétrique est recommandé et exigé en cas d'anomalie. Une renonciation après information et conseil est documentée par la sage-femme.
- Accouchement et prise en charge du nouveau-né à partir de la 37^e semaine (36 0/7) et d'un poids à la naissance de 2000g ou davantage.
- En cas de dépassement de terme (à partir de la fin de la 42^e semaine), concertation avec l'hôpital (obstétrique) ou le médecin spécialiste gynécologie/obstétrique.
- Soins des lésions du périnée du 1^{er} ou du 2^e degré.

³⁰ Cf. point 4.2.37, lettre a pour les éléments du contrat.

³¹ Cf. point 4.1.2 concernant la disponibilité des médecins en cas d'urgence.

³² Cf. note 5.

- Admission après accouchement (prise en charge uniquement dans le post-partum) pour cas adressé par un hôpital ayant un mandat de prestations NEO1 à partir de la semaine de grossesse 35 0/7 et d'un poids minimum de 2000g (indépendamment du poids à la naissance).
- La maison de naissance est tenue d'instruire la femme enceinte oralement et par écrit des possibilités et limites de la maison de naissance. La déclaration de consentement de la maison de naissance doit être signée par la femme avec mention de la date. Le contenu suivant doit en substance être communiqué:

Un accouchement est dans la plupart des cas un processus corporel normal. Sont disponibles dans la maison de naissance l'équipement et les médicaments nécessaires pour un accouchement normal. Un équipement d'urgence pour femme et enfant est constamment disponible. La femme enceinte a été informée que malgré l'exécution correcte des mesures susmentionnées, l'apparition de problèmes médicaux imprévus n'est pas totalement exclue. Il relève à tout moment de l'appréciation des sages-femmes de décider si un médecin ou une clinique doit poursuivre la prise en charge. Dans une situation d'urgence, chaque sage-femme de la maison de naissance est autorisée selon ses compétences à fournir une première aide ou à envoyer mère et enfant dans un hôpital.

Critères d'inclusion après examen préalable (critères d'inclusion relatifs)

La sage-femme peut refuser d'assumer la responsabilité médicale pour une femme si aucune appréciation d'un médecin spécialiste n'existe ou si la sage-femme ne veut pas assumer la responsabilité en raison de l'appréciation médicale. L'examen est documenté par écrit par la sage-femme. Comptent parmi les critères d'inclusion qui exigent un examen préalable par la sage-femme ou – si nécessaire – par le médecin spécialiste ou le gynécologue:

- problèmes du bassin (p. ex. status après fracture du bassin, lésions du plancher pelvien, arc du bassin incomplet)
- maladies du sang et des organes hématopoïétiques
- inflammations chroniques de la région estomac-intestin (p. ex. maladies de Crohn, colitis ulcerosa)
- maladies autoimmunes ou maladies génétiques
- malformations cardiaques, maladies cardiaques, status après opérations du cœur
- maladies neurologiques
- contrôle diététique du diabète ou diabète gestationnel.

Critères d'exclusion pour un accouchement dans la maison de naissance

Les critères d'exclusion pour un accouchement dans la maison de naissance ou les motifs de transfert avant, durant et après l'accouchement ou le post-partum dans un hôpital sont signalés par GEBH (codes CIM et CHOP) ou par NEOG (codes CIM et CHOP non spécifiés pour l'obstétrique et la néonatalogie) dans l'annexe 2 *Attribution des prestations médicales aux groupes de prestations* de la liste hospitalière zurichoise 2012 soins aigus³³.

³³ Cf. note 5.

Critères d'exclusion (mentionnés à titre d'exemple):

- présentation par le siège (pour autant qu'elle soit prévisible)
- status après opérations transmurales sur l'utérus (nucléation des myomes, sectio caesarea)
- polyhydramnios (possible si risques fœtaux ont été exclus par une évaluation médicale avec ultrason)
- placenta praevia, avant tout Placenta increta/percreta (dans la mesure où décelable avant accouchement)
- état après transplantations (rein, poumon, pancréas, cœur, etc.)
- abus d'alcool, opiacés, cocaïne
- révisions utérines étendues (possibles si un obstacle à l'accouchement a été exclu par une évaluation médicale avec ultrason)

Motifs de transfert à l'hôpital (mentionnés à titre d'exemple):

- émission de méconium en cas de critères défavorables supplémentaires comme accouchement difficile, CTG pathologique, etc.
- rupture des membranes plus de 48 heures sans progression de l'accouchement

4.2.23 Âge gestationnel (projet GPPH-ZH 2018)

**GEB1 Soins de base en obstétrique (à partir de la 34^e sem. et \geq 2000 g),
NEO1 Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 34 0/7 SG et PN 2000g) et
GEB1.1 Obstétrique (à partir de la 32^e sem. et \geq 1250 g)**

Les titres des groupes de prestations GEB et NEO ci-dessus ne concordent pas en raison de nomenclatures différentes. Il convient de les unifier en les complétant d'indications précises sur l'âge gestationnel, à l'instar de la désignation actuelle du groupe NEO (« dès AG 35 0/7 SG et PN 2000g » au lieu de « à partir de la 36^e sem.» p. ex). Cette modification concerne les groupes GEB1 et GEB 1.1.

Dans les groupes GEB1 et NEO1, il s'agit par ailleurs de relever la limite inférieure de l'âge gestationnel des nouveau-nés de AG 34 0/7 à AG 35 0/7 SG selon les directives de la société de néonatalogie (*Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland*, version du 5.12.2012)³⁴. Ce rehaussement apparaît judicieux, entre autres, parce que l'évaluation des données des dernières années a montré qu'un quart des nouveau-nés présentant l'âge gestationnel 34 0/7 à 6/7 SG ont dû être transférés d'un hôpital disposant des mandats de prestations GEB1 et NEO1 vers un autre établissement.

Les changements de désignations suivants résultent de ce qui précède:

- GEB1 Soins de base en obstétrique (à partir de la 34^e sem. et \geq 2000 g) devient **Soins de base en obstétrique (dès 35 0/7 SG et PN \geq 2000g)**
- NEO1 Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 34 0/7 SG et PN 2000g) devient **Soins de base aux nouveau-nés (dès 35 0/7 SG et PN \geq 2000g)**
- GEB1.1 Obstétrique (à partir de la 32^e sem. et \geq 1250 g) devient **Obstétrique (dès 32 0/7 SG et PN \geq 1250g)**

³⁴ Cf. Swiss Society of Neonatology, www.neonet.ch.

Les autres groupes de prestations GEB et NEO restent inchangés:

- NEO1.1 Néonatalogie (dès AG 32 0/7 SG et PN 1250g)
- GEB1.1.1 Obstétrique spécialisée
- NEO1.1.1 Néonatalogie spécialisée (dès AG 28 0/7 SG et PN 1000g)
- NEO1.1.1.1 Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SG et PN < 1000g)

4.2.24 GEB1 à GEB1.1.1 Obstétrique (version 2017.1)

Hospitalisations prénatales: lors d'hospitalisations prénatales dans une clinique de naissance GEB1, un entretien doit avoir lieu avec un service de néonatalogie, au minimum NEO1.1.

Pour l'accouchement, la femme doit être transférée en temps utile dans un hôpital ayant un mandat de prestations pour l'état attendu de l'enfant.

Les accouchements de triplés ne peuvent avoir lieu que dans des hôpitaux ayant un mandat de prestations GEB1.1.1.

4.2.25 NEO1 à NEO1.1.1.1 Néonatalogie (version 2017.1)

Exigences selon les Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland³⁵:

La ventilation mécanique au-delà de la ventilation CPAP et de plus de deux heures nécessite un mandat de prestations NEO1.1.1.

4.2.26 NUK Médecine nucléaire (V2.0) (exigences adaptées)

Dispositions de l'OFSP en matière de radioprotection³⁶: dans la médecine nucléaire, les dispositions de l'OFSP en matière de radioprotection doivent être remplies.

4.2.27 UNF1 Chirurgie d'urgence (polytraumatismes) et UNF1.1 Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crânio-cérébraux) (projet GPPH-ZH 2018)

Les deux groupes de prestations relèvent dorénavant de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), conformément aux lignes directrices sur l'octroi des mandats de prestation de médecine de pointe par le canton de Berne figurant au point 6 ci-après.

4.2.28 KINM Pédiatrie et KINC Chirurgie pédiatrique (version 2017.1)

Exigences relatives à la pédiatrie et à la chirurgie pédiatrique : le traitement hospitalier des enfants et des adolescents a lieu en principe dans une clinique pédiatrique. Une clinique pédiatrique est une institution ou une unité dans un hôpital où les enfants et les jeunes jusqu'à 16 ans sont pris en charge en ambulatoire, en clinique de jour ou en résidentiel. Une clinique pédiatrique garantit que tous les traitements aux enfants et aux adolescents sont effectués par un personnel qualifié pour ce type de patients. Des unités de soins distinctes de celles des adultes sont offertes pour le traitement des enfants et des adolescents. Les mêmes exigences en matière de qualité que pour tous les hôpitaux répertoriés s'appliquent fondamentalement pour les hôpitaux pédiatriques. D'entente avec la SAP, des règles particulières sont possibles

³⁵ Cf. note 34.

³⁶ Cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-strahlenschutz.html> (www.bag-admin.ch > Services > Législation > Législation Santé humaine > Législation Radioprotection).

dans des cas exceptionnels justifiés, par exemple le renoncement à l'application du nombre minimum de cas en raison du petit nombre de cas ou les exigences relatives au service des urgences.

Critères pour une clinique pédiatrique

1. Service médical avec médecins spécialistes en pédiatrie ou chirurgie pédiatrique
2. Professionnels des soins avec formation spécialisée en soins pédiatriques
3. Lits et infrastructure spécifiques aux enfants et adaptés aux enfants
4. Possibilités d'hébergement des personnes de référence
5. Ecole hospitalière pour enseignement par âge à partir du septième jour d'hospitalisation.

Les prestataires qui remplissent les exigences envers une clinique pédiatrique peuvent demander des mandats de prestations en pédiatrie et chirurgie pédiatrique.

Pédiatrie

- Les patients pédiatriques en dessous de 16 ans (jusqu'au 16^e anniversaire) à hospitaliser doivent en principe être traités dans une clinique pédiatrique.
- La pédiatrie est dirigée par un spécialiste en pédiatrie.

Chirurgie pédiatrique

- Les patients chirurgicaux en dessous de 16 ans (jusqu'au 16^e anniversaire) à hospitaliser doivent en principe être traités dans une clinique pédiatrique.
- La chirurgie pédiatrique est dirigée par un spécialiste en chirurgie pédiatrique.
- Pour les enfants de moins de 6 ans (jusqu'au 6^e anniversaire), une anesthésie pédiatrique³⁷ doit être garantie.
- Les interventions chirurgicales complexes peuvent être réalisées par la clinique pédiatrique en collaboration avec un hôpital pour adultes. La condition en est que les conditions anesthésiologiques soient remplies et qu'une prise en charge adaptée aux enfants soit garantie.

Un mandat de prestations spécifique à l'organe touché est de plus attribué.

4.2.29 KINB Chirurgie pédiatrique de base (version 2017.1)

Les prestataires qui ne remplissent PAS les exigences envers une clinique pédiatrique peuvent demander un mandat de prestations pour la chirurgie pédiatrique de base.

Chirurgie pédiatrique de base:

Les prestations chirurgicales simples chez l'enfant par ailleurs en bonne santé peuvent à certaines conditions être fournies dans des hôpitaux de la médecine de l'adulte. Les prestations chirurgicales en question comme p. ex. l'appendicite sans complication, les fractures simples et l'hyperplasie des amygdales sont réunies dans une liste CHOP exhaustive figurant sur le site internet de la Direction de la santé du canton de Zurich³⁸.

³⁷ Une anesthésie chez l'enfant de moins de 6 ans doit fondamentalement être réalisée par une équipe de spécialistes expérimentés en anesthésie pédiatrique (y c. infrastructure correspondante) (voir standards et recommandations de la SSAR / SGAR 2004). En cas de complications postopératoires, l'anesthésie pédiatrique doit être disponible en 30 minutes durant les 24 heures suivant l'intervention.

³⁸ Cf. note 5.

Les conditions suivantes doivent être remplies pour un mandat de prestations dans la chirurgie pédiatrique de base:

- L'hôpital dispose d'un mandat de prestations en médecine de l'adulte pour les traitements correspondants.
- Pour les enfants de moins de 6 ans (jusqu'au 6^e anniversaire), une anesthésie pédiatrique³⁹ doit être garantie.

4.2.30 GER Centre de compétence gériatrie aiguë (version 2015.1) (*exigences adaptées*)

Exigences envers un centre de compétence en gériatrie aiguë

Le diagnostic et le traitement des patients gériatriques font fondamentalement partie des soins de base de tous les hôpitaux de soins aigus. Seuls les patients pour qui un traitement gériatrique spécifique est indiqué doivent être pris en charge médicalement dans un centre de compétence en gériatrie aiguë.

Centre de compétence en gériatrie aiguë:

Dans un centre de compétence en gériatrie aiguë, le diagnostic et le traitement des personnes âgées présentant une maladie aiguë nécessitant une hospitalisation et le plus souvent multimorbides sont particulièrement pris en compte, avec l'objectif de la réintégration dans l'environnement social personnel. Pour les traitements dans un centre de compétence en gériatrie aiguë, le code CHOP 93.89.9x « Traitements complexes de réhabilitation précoce gériatrique » est prévu. Pour pouvoir coder ce CHOP, des exigences minimales sont définies que la SAP prévoit également comme condition pour un mandat de prestations en gériatrie aiguë.

Exigences minimales envers un centre de compétence en gériatrie aiguë:

1. Traitement par une équipe gériatrique dirigée par un médecin spécialiste en gériatrie (spécialisation ou formation postgrade exigée dans le domaine «Gériatrie clinique»).
2. Examen gériatrique standardisé dans quatre domaines au moins (mobilité, autonomie, cognition et émotion) au début du traitement et dans deux domaines au moins avant la sortie (autonomie et mobilité).
3. Evaluation sociale du statut actuel dans au moins cinq domaines (environnement social, habitat, activités domestiques/extradomestiques, besoin de produits de soins/de moyens d'aide, décisions juridiques).
4. Chaque semaine discussion en équipe des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement sur la base de la documentation hebdomadaire, avec participation de tous les groupes professionnels.
5. Soins thérapeutiques et mobilisateurs dispensés par un personnel soignant spécialement formé.
6. Application coordonnée par équipes d'au moins deux des quatre domaines thérapeutiques suivants: physiothérapie/médecine physique, ergothérapie, logopédie/traitement orofacial, psychologie/neuropsychologie.
7. Codage séparé de diagnostics ou traitements simultanés (continus ou intermittents).

³⁹ Cf. Note 37.

La gériatrie aiguë est dans certains hôpitaux encore en cours d'établissement. D'où actuellement l'existence de petits services disposant parfois de moins de 10 lits. Il est essentiel pour les patients qu'un médecin spécialiste en gériatrie dirige le traitement prodigué par l'équipe gériatrique également dans de petits centres de compétence en gériatrie aiguë. Pour satisfaire à cette exigence, une présence minimum sur place du médecin spécialiste en gériatrie est nécessaire.

C'est pourquoi un «médecin spécialiste en gériatrie ou médecine générale avec formation approfondie en gériatrie» doit **à l'avenir garantir une disponibilité équivalant à 5%** de poste au minimum par lit de gériatrie aiguë. Les hôpitaux avec 20 lits de gériatrie aiguë doivent donc disposer d'un ou de plusieurs médecins spécialistes en gériatrie ou médecine générale avec formation approfondie en gériatrie dont l'activité totale représente au moins un poste à 100%. Afin de garantir une compétence gériatrique suffisante sur place, le médecin spécialiste en gériatrie doit être présent dans l'hôpital au moins trois jours ouvrables (entre lundi et vendredi) et l'être chaque jour ouvrable dans les institutions de plus de 20 lits.

Le canton de Berne ne compte pas encore suffisamment de spécialistes en médecine interne générale avec formation approfondie en gériatrie. Dès lors, les exigences du mandat GER en matière de médecins peuvent aussi être satisfaites avec le mandat PB Paquet de base, et les prestations de gériatrie peuvent également être fournies par les spécialistes en médecine interne générale.

4.2.31 SpezPalCare Soins palliatifs spécialisés en hôpital (exigences adaptées)

Le mandat de prestations *Soins palliatifs spécialisés en hôpital* du canton de Berne se fonde sur les lignes directrices nationales de l'organisation palliative ch, comme le recommande l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il diffère fortement du mandat de prestations *Centre de compétences en soins palliatifs (PAL)* figurant sur la liste zurichoise des hôpitaux, qui n'est pas attribué dans le canton de Berne.

Les exigences à remplir pour bénéficier du mandat *SpezPalCare* sont énumérées ci-après.

➤ Exigences en matière de personnel

Médecins et psychologues				
Médecins	Disponibilité ⁴⁰	Service médical de garde	Service consiliaire	Psychologues
- Spécialisation Diplôme de formation postgrade dans le domaine de la médecine palliative (niveau de compétences B1 selon l'association palliative.ch)	Niveau 1	- Médecin de service disponible en 15 minutes pour assurer les mesures de premiers secours A défaut, respect du délai d'intervention garanti par l'appel au service de sauvetage ⁴²	- Spécialistes (p. ex. anesthésie, pharmacologie, radiothérapie, oncologie, psychiatrie, accompagnement psychologique et spirituel)	- Spécialisation Titre postgrade fédéral dans un des domaines de la psychologie énumérés à l'art. 8 de la loi fédérale sur les professions de la psychologie

⁴⁰ Cf. point 4.1.1.

⁴² Cf. point 4.1.2.

<ul style="list-style-type: none"> - Expérience professionnelle Deux années au minimum d'activité en médecine palliative - Disponibilité⁴¹ Selon les exigences de la SAP relatives à la disponibilité des médecins spécialistes. 		<ul style="list-style-type: none"> - En cas de nécessité, transfert garanti vers un hôpital doté d'un service des urgences. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité Selon les exigences de la SAP relatives à la disponibilité des médecins spécialistes et à celle de la disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil⁴³. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience professionnelle Une année au minimum d'activité en médecine palliative - Disponibilité Selon les exigences de la SAP relatives à la disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil⁴⁴.
Personnel thérapeutique				
Physiothérapie		Ergothérapie		Autres
<ul style="list-style-type: none"> - Formation Diplôme d'une école de physiothérapie reconnu à l'échelle fédérale selon art. 47, al. 1, lit. a OAMal - Formation continue Niveau de compétences A1 selon l'association palliative ch attesté dans le domaine de la médecine palliative - Expérience professionnelle Deux années au minimum pour 50% au moins du personnel - Disponibilité Selon les exigences de la SAP relatives à la disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil⁴⁵ 		<ul style="list-style-type: none"> - Formation Diplôme d'une école d'ergothérapie reconnu à l'échelle fédérale selon art. 48, al. 1, lit. a OAMal - Formation continue Niveau de compétences A1 selon l'association palliative ch attesté dans le domaine de la médecine palliative - Expérience professionnelle Deux années au minimum pour 50% au moins du personnel - Disponibilité Selon les exigences de la SAP relatives à la disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil⁴⁶. 		<ul style="list-style-type: none"> - Formation Logopédie, musicothérapie, art-thérapie ou thérapie par la danse et le mouvement - Disponibilité Selon les exigences de la SAP relatives à la disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil⁴⁷.
Services de conseil				
Service social		Conseils nutritionnels		Education sociale
<ul style="list-style-type: none"> - Formation Diplôme en travail social reconnu à l'échelle fédérale 		<ul style="list-style-type: none"> - Formation Diplôme d'une école de diététique reconnu à l'échelle fédérale selon art. 50a OAMal 		<ul style="list-style-type: none"> - Formation Diplôme en éducation sociale reconnu à l'échelle fédérale

⁴¹ Cf. point 4.1.1.

⁴³ Cf. points 4.1.1 et 4.1.3.

⁴⁴ Cf. point 4.1.3.

⁴⁵ Cf. point 4.1.3.

⁴⁶ Cf. point 4.1.3.

⁴⁷ Cf. point 4.1.3.

<ul style="list-style-type: none"> - Formation continue Niveau de compétences A1 selon l'association palliative ch attesté dans le domaine de la médecine palliative - Expérience professionnelle Deux années au minimum - Disponibilité Selon les exigences de la SAP relatives relatives à la disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil⁴⁸. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation continue Niveau de compétences A1 selon l'association palliative ch attesté dans le domaine de la médecine palliative - Expérience professionnelle Deux années au minimum - Disponibilité Selon les exigences de la SAP relatives relatives à la disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil⁴⁹. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience professionnelle Deux années au minimum - Disponibilité Selon les exigences de la SAP relatives à la disponibilité du personnel des secteurs de la psychologie, de la thérapie et du conseil⁵⁰.
Personnel soignant		
Direction des soins infirmiers		Personnel des unités de lits
<ul style="list-style-type: none"> - Formation Diplôme d'une école de soins infirmiers reconnu selon art. 49 OAMal - Formation continue <ul style="list-style-type: none"> - Expertise clinique dans le domaine des soins palliatifs (niveau de compétences B1 selon l'association palliative ch) - Gestion des soins - Expérience professionnelle Deux années au minimum d'activité dans le domaine des soins palliatifs - Disponibilité Poste fixe (60% min.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation Diplôme d'une école de soins infirmiers reconnu selon art. 49 OAMal - Formation continue Par équipe, au moins une infirmière diplômée ou un infirmier diplômé disposant de connaissances particulières dans le domaine des soins palliatifs (niveau de compétences B1 selon l'association palliative ch) et une infirmière expérimentée ou un infirmier expérimenté disposant de connaissances particulières dans le domaine des soins palliatifs (niveau de compétences A2 selon l'association palliative ch / ASSC également possible si l'équilibre global entre types et niveaux de formation le permet) - Expérience professionnelle Par équipe, au moins une infirmière diplômée ou un infirmier diplômé attestant six mois au minimum d'activité dans le domaine des soins palliatifs spécialisés et une infirmière ou un infirmier ayant au minimum deux ans d'expérience professionnelle - Disponibilité Statut: poste fixe Disponibilité : 365 jours / an ; 24 h / 24 	
Collaboration multiprofessionnel		
<p>Des échanges réguliers sont cultivés entre les personnes suivantes: médecins spécialistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistants sociaux, diététiciens, logopédistes, personnel infirmier, aumôniers, musicothérapeutes, art-thérapeutes, éducateurs sociaux, personnel bénévole.</p>		

⁴⁸ Cf. point 4.1.3.

⁴⁹ Cf. point 4.1.3.

⁵⁰ Cf. point 4.1.3.

➤ **Autres exigences**

Processus

- **Soutien dans le choix du lieu de soins:**
Lors de l'admission, les patients, leurs proches et les médecins qui les adressent sont conseillés par du personnel spécialisé qualifié de l'hôpital afin de choisir le cadre le plus approprié pour le traitement (selon un processus défini). Ils reçoivent des informations sur les possibilités de soins ambulatoires, semi-hospitaliers et de proximité. Les préférences des patients et, le cas échéant, de leurs proches sont prises en compte.
- **Information et collaboration:**
Pour autant que la patiente ou le patient y consente, les médecins de premier recours et les proches sont informés, dès l'admission, sur les traitements proposés, les médecins responsables et les autres personnes compétentes (service social, soins infirmiers), ainsi que sur les possibilités de contact.
- **Planification du traitement:**
Un plan de traitement interdisciplinaire est établi pour chaque patiente et patient. Il porte sur les problèmes faisant l'objet du traitement, le diagnostic, les objectifs du traitement, les critères d'un changement d'approche (p. ex. transfert ou sortie) ainsi que les mesures d'évaluation. Pour autant que la patiente ou le patient y consente, les proches sont intégrés de manière appropriée dans ce processus. La réalisation des objectifs est attestée individuellement.
- **Planification des départs et des transferts:**
Les lignes directrices de l'hôpital en la matière tiennent compte des aspects tant médicaux que sociaux. A la sortie, un bref rapport, qui précise aussi les prochaines étapes, est remis à la patiente ou au patient. Un compte rendu de sortie détaillé est envoyé dans les dix jours aux responsables du suivi ultérieur, pour autant que la personne y consente.
- **Assistance au suicide:**
L'institution dispose d'un cadre de référence concernant la question de l'assistance au suicide. Ce cadre est porté à la connaissance des patients ainsi que de leurs proches.
- **Label de qualité:**
L'institution dispose du label de qualité de l'Association suisse pour la qualité en soins palliatifs⁵¹.

➤ **Infrastructure**

- Analyses d'urgence et de routine disponibles 24 h / 24
- Radiologie conventionnelle
- Dispositifs d'appel d'urgence dans les chambres, couloirs, toilettes, salles de séjour et de thérapie
- Chambres et salles de séjour, de thérapie et d'eau accessibles aux fauteuils roulants et adaptées aux besoins des personnes handicapées

⁵¹ Cf. www.palliative.ch/fr/professionnels/groupe-de-travail-standards/qualite/ (www.palliative.ch > Professionnels > Groupes de travail / standards > Qualité).

- Raccordement mural d'oxygène et dispositif (mobile) de vide d'air/aspiration dans les chambres
- Capacité d'accueil : au minimum 8 lits ou 100 patients par an

4.2.32 PB Paquet de base / PBE Paquet de base programmé (version 2017.1) (*exigences adaptées*)

Exigences pour le paquet de base et le paquet de base programmé

Pour qu'un hôpital fonctionne parfaitement, il est absolument nécessaire que les soins de base soient assurés 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Pour cela, la direction zurichoise de la santé a défini deux paquets qui constituent la base de tous les autres groupes de prestations : le paquet de base (PB) et le paquet de base programmé (PBE). Le PB représente la base pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences et il est pour eux obligatoire, tandis que le PBE forme la base pour les prestataires qui travaillent avant tout de manière programmée et ne disposent pas pour la plupart d'un service des urgences.

Le PB comprend toutes les prestations relevant des soins de base dans tous les domaines de prestations. En règle générale, elles sont fournies au quotidien par les spécialistes en médecine interne et en chirurgie, sans recours à d'autres médecins spécialistes. Le PB est obligatoire pour tous les hôpitaux disposant d'un service des urgences. Il représente une condition que doivent remplir tous les groupes de prestations comportant un fort pourcentage de patients admis en urgence. Comme ces derniers arrivent souvent à l'hôpital avec des troubles non encore définis, il ne suffit pas qu'il y ait un service des urgences adéquat, il faut aussi une offre large en soins de base. C'est le seul moyen de garantir que ces patients bénéficieront d'un diagnostic complet et, le cas échéant, qu'ils recevront immédiatement un premier traitement. La médecine interne et la chirurgie sont des services essentiels dans un hôpital. Les spécifications et autres exigences figurent dans le tableau ci-après : urgences, soins intensifs, laboratoire, radiologie, coopération avec l'infectiologie et la psychiatrie, *gériatrie*.

Le PBE fait partie du PB et englobe uniquement les prestations relevant des soins de base dans les domaines de prestations programmées pour lesquels l'hôpital dispose d'un mandat de prestations. Si un prestataire a par exemple un mandat pour les groupes de prestations urologiques, le PBE inclut toutes les prestations de base urologiques. Il constitue la base pour tous les prestataires sans service des urgences. Les hôpitaux avec PBE ne peuvent offrir que des groupes de prestations comprenant principalement des interventions programmées dans les domaines suivants : ophtalmologie, ORL, appareil locomoteur, gynécologie et urologie. Une condition importante est la disponibilité d'un médecin (interniste, anesthésiste, etc.) en permanence. Les exigences ne s'appliquent que lorsque des patients sont en cours de traitement à l'hôpital. Les spécifications et autres exigences figurent dans le tableau ci-après : laboratoire, coopération avec hôpital doté du paquet de base et infectiologie.

	Paquet de base (PB)	Paquet de base programmé (PBE)
Médecins spécialistes et services à l'hôpital	Clinique médicale dirigée par un-e spécialiste en médecine interne générale Clinique chirurgicale dirigée par un-e chirurgien-ne Anesthésie dirigée par un-e anesthésiste	Suivi médical 24 h / 24 sur place
Service des urgences (cf. point 4.2.35)	Niveau 1	-

(suite)	Paquet de base (PB)	Paquet de base programmé (PBE)
Unité de soins intensifs (cf. point 4.2.36)	Niveau 1	-
Laboratoire	365 jours / an ; 24 h / 24	De 7 h à 17 h
Radiologie avec appareils de radiologie et scanner	365 jours / an ; 24 h / 24 Scanner en 30 minutes par un-e médecin-assistant-e en radiologie (minimum 2 années d'expérience comme assistant-e en radiologie) ou, en cas de nécessité médicale, par un médecin spécialiste	--
Coopération avec un hôpital ou un médecin consultant	Infectiologie Psychiatrie ou psychosomatique	Infectiologie
GER Centre de compétence en gériatrie aiguë	Le PB satisfait aux exigences du mandat GER en matière de médecins. Outre le titre « Médecine générale avec formation approfondie en gériatrie », celui de spécialiste en médecine interne générale est donc également admis pour le mandat GER (cf. point 4.2.30).	
Soins palliatifs de base	Soins de base ⁵²	

4.2.33 Qualification des spécialistes en pédiatrie (version 2015.1)

Le tableau suivant met en parallèle les titres de spécialiste en médecine de l'adulte et en pédiatrie:

Médecine de l'adulte	Pédiatrie
Médecine interne générale	Médecine interne Pédiatrie
Chirurgie	Chirurgie pédiatrique
Neurologie	Formation approfondie en neuropédiatrie
Endocrinologie / diabétologie	Formation approfondie en endocrinologie / diabétologie péd.
Gastroentérologie	Formation approfondie en gastroentérologie et hépatologie péd.
Hématologie, oncologie médicale	Formation approfondie en oncologie-hématologie pédiatrique
Cardiologie	Formation approfondie en cardiologie pédiatrique
Radio-oncologie / radiothérapie	Formation approfondie en radiologie pédiatrique
Néphrologie	Formation approfondie en néphrologie pédiatrique
Pneumologie	Formation approfondie en pneumologie pédiatrique
Rhumatologie	Formation approfondie en rhumatologie pédiatrique

4.2.34 Radiothérapie: transfert vers un centre de radio-oncologie (RAO1)

La réglementation suivante s'applique en ce qui concerne les centres de radio-oncologie du canton de Berne :

Pour autant que le transfert soit supportable pour la patiente ou le patient, les hôpitaux répertoriés peuvent faire effectuer les radiothérapies ambulatoires requises dans le cadre d'un traitement hospitalier dans le centre de radio-oncologie du canton de Berne prévu à cet effet (Centre de radio-oncologie Bienne-Seeland-Jura bernois, à Bienne, ou Radio-Onkologie Berner Oberland AG, à Thoun). Ils concluent un contrat de coo-

⁵² Les soins palliatifs de base font fondamentalement partie des soins de base de tous les hôpitaux de soins aigus. Seuls les patients pour qui un traitement palliatif spécifique est indiqué doivent être pris en charge médicalement dans un hôpital titulaire du mandat de prestations SpezPalCare selon le point 4.2.31.

pération avec ce dernier⁵³. L'hôpital reste responsable de l'exécution correcte du mandat de prestations.

4.2.35 Services des urgences (version 2015.1) (*exigences adaptées*)

Un service des urgences adéquat est obligatoire dans les hôpitaux proposant le paquet de base et qui admettent donc des patients en urgence. Pour certains groupes de prestations, le canton de Berne prescrit en outre un tel service aux établissements dotés du paquet de base PBE (base pour fournisseurs de prestations programmées)⁵⁴.

Les exigences comprennent **trois niveaux, en fonction de l'urgence des traitements** dans chaque groupe de prestations. L'obstétrique fait l'objet d'exigences particulières (niveau 4). Une possibilité de délégation est prévue pour les services des urgences de niveau 1 (voir détails ci-après).

a.) Niveaux d'exigences

- **Services des urgences de niveau 1**

Les hôpitaux répertoriés ne sont pas tenus de proposer eux-mêmes un service des urgences 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pour les groupes de prestations de la classification GPPH-BE de ce niveau d'urgence, pour autant qu'ils concluent **un contrat de coopération**⁵⁵ avec un autre hôpital répertorié.

La décision de transférer une patiente ou un patient est de la responsabilité du médecin traitant.

Les hôpitaux concernés participent au groupe de pairs constitué pour examiner les cas conflictuels et les régler de manière structurée.

- **Services des urgences de niveau 2 ou 3**

Les hôpitaux répertoriés sont tenus de proposer eux-mêmes un service des urgences adéquat, sur place, pour les groupes de prestations de la classification GPPH-BE de ces niveaux d'urgence. Ce service des urgences doit aussi prendre en charge les urgences de niveau 1 des groupes de prestations attribués à l'hôpital.

- **Services des urgences de niveau 4**

Les hôpitaux répertoriés sont tenus de proposer eux-mêmes un service des urgences adéquat, sur place, pour les groupes de prestations de la classification GPPH-BE de ce niveau d'urgence (obstétrique).

⁵³ Cf. point 4.2.37, lettre a pour les éléments du contrat.

⁵⁴ Cf. classification GPPH-BE en soins aigus somatiques: www.be.ch/listedeshopitaux.

⁵⁵ Cf point 4.2.37, lettre a pour les éléments du contrat.

b.) Exigences par niveau (version 2015.2 valable à partir du 1^{er} janvier 2015) (*exigences adaptées*)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4 (obstétrique)
Soins médicaux d'urgence	8-17 h lu-ve Des spécialistes <i>en médecine ou en chirurgie</i> sont disponibles pour les urgences (service hospitalier multifonctionnel).	8-17 h lu-ve Des spécialistes <i>en médecine ou en chirurgie</i> sont disponibles en première priorité pour les urgences et, en cas de nécessité médicale, sont présents au service des urgences dans un délai de 5 minutes (les interventions chirurgicales ne sont admises qu'en cas d'urgence).	8-23 h lu-ve Des spécialistes <i>en médecine ou en chirurgie</i> sont disponibles en première priorité pour les urgences et, en cas de nécessité médicale, sont présents au service des urgences dans un délai de 5 minutes (les interventions chirurgicales ne sont admises qu'en cas d'urgence).	24 h sur 24 Un médecin au bénéfice d'une spécialisation en gynécologie-obstétrique <i>est disponible sur place pour l'obstétrique⁵⁶</i> . Les <i>césariennes en urgence doivent être pratiquées dans un délai décision-naissance (DDN) inférieur à 15 minutes.</i>
	17-8 h lu-ve et 24 h sur 24 durant les week-ends et les jours fériés Des médecins-assistants <i>en médecine ou en chirurgie</i> sont disponibles pour les urgences.	17-8 h lu-ve et 24 h sur 24 durant les week-ends et les jours fériés Des médecins-assistants <i>en médecine ou en chirurgie</i> sont disponibles pour les urgences.	23-8 h lu-ve et 24 h sur 24 durant les week-ends et les jours fériés Des médecins-assistants sont disponibles en première priorité pour les urgences et, en cas de nécessité médicale, sont présents au service des urgences dans un délai de 5 minutes. Au moins un de ces médecins-assistants doit se trouver dans la 2 ^e moitié de sa formation de spécialiste. Par ailleurs, en cas de nécessité médicale, le service des urgences dispose d'un médecin au bénéfice d'une spécialisation en chirurgie dans un délai de 15 minutes (les interventions chirurgicales	<i>(cf. point 4.1.1 concernant la disponibilité des médecins spécialistes)</i>

⁵⁶ Depuis les premiers signes indiquant la survenue d'un danger potentiel aigu pour le fœtus jusqu'à d'éventuelles lésions fœtales, il y a un processus continu qui rend impossible la détermination d'un intervalle défini entre le 1^{er} signe d'alarme et l'extraction fœtale. Pour les grossesses à risque normal ou à bas risque, on peut admettre que cet intervalle ne devrait pas dépasser 30 minutes. Lorsqu'il s'agit d'une grossesse ou d'un accouchement à risque, ayant déjà montré des signes d'alerte, l'intervalle de temps devrait être plus court. De fait, les grossesses à haut risque devraient être prises en charge dans des maternités équipées aussi bien en personnel qu'en infrastructure pour assumer une telle prise en charge. (cf. *Guideline sectio caesarea* in www.sggg.ch/fr/informations-dexperts/quidelines/).

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4 (obstétrique)
Soins médicaux d'urgence (suite)			ne sont admises qu'en cas d'urgence) et d'un médecin au bénéfice d'une spécialisation en médecine dans un délai de 30 minutes.	
Spécialisations obligatoirement disponibles sur place	Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale durant la nuit (17-8 h) ainsi que le week-end et les jours fériés : - médecine interne (dans un délai de 30 min) ⁵⁷ - chirurgie (dans un délai de 30 min) ⁵⁸ - anesthésie (dans un délai de 15 min)		Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale : - anesthésie (sur place) - médecine intensive (sur place)	Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: - anesthésiste : délai de 30 min au max. entre l'appel de la ou du spécialiste et la naissance (lignes directrices obligatoires) ⁵⁹ - sage-femme : sage-femme présente à l'hôpital à l'admission de la parturiente.

4.2.36 Unité de soins intensifs (USI) (version 2015.1) (exigences adaptées)

Exigences pour les unités de soins intensifs (version 2016)

Pour les groupes de prestations qui exigent des transferts fréquents aux soins intensifs, une unité de soins intensifs est obligatoire. On en distingue trois niveaux, définis suivant la complexité du traitement pour chaque groupe de prestations.

	Niveau 1 Unité de surveillance	Niveau 2 Unité de soins intensifs (USI) selon la SSMI	Niveau 3 Unité de soins intensifs (USI) selon la SSMI
Directives de base	Voir indications détaillées ci-après	Respecter les directives de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) du 3 septembre 2015 sur la reconnaissance des unités de soins intensifs, y c. annexe I Critères de qualité (https://www.swiss-icu-cert.ch/fr/directives.html)	
Conditions supplémentaires		Spécialistes de piquet (joignables en permanence par téléphone, sur place dans un délai de deux heures)	Spécialiste présent sur place en permanence

⁵⁷ Une présence permanente sur place n'est pas nécessaire.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Il convient d'élaborer des lignes directrices indiquant comment garantir le délai maximum de 30 minutes en cas de césarienne. L'autorité de surveillance peut examiner des cas spécifiques sur la base des rapports établis par l'hôpital. Le personnel d'anesthésie non médical n'est pas concerné par cette réglementation et doit être disponible selon le tableau de service.

Unité de soins intensifs (USI) de niveau 1, exigences pour une unité de surveillance selon la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques : exigences spécifiques aux groupes de prestations (version 2015.1 valable à partir du 1^{er} janvier 2015) (*exigences adaptées*)

Les conditions à remplir dans le canton de Berne pour le niveau 1 ont été précisées. Dans la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques, la mention des directives IMC est remplacée par le renvoi aux règles applicables à l'unité de surveillance, selon les recommandations du groupe de travail *Planification hospitalière* de la CDS.

Une unité de surveillance (selon USI de niveau 1) est requise **sur le site** pour:

- la surveillance post-opératoire des patients (en premier lieu interventions programmées),
- la prise en charge des patients du service des urgences (paquet de base),
- la prise en charge des patients d'une unité de lits.

Bases:

1. Si nécessaire, un fonctionnement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 doit être possible **sur le site**.
2. L'hôpital a conclu, pour le transfert immédiat de patients, des contrats **de coopération**⁶⁰ avec les hôpitaux environnants qui disposent d'une USI de niveau 2 selon la liste bernoise des hôpitaux.
3. L'hôpital ne traite que des patients ASA I-II ou des patients ASA III stables (pas de patients à risques).
4. La nécessité d'un contrôle ou d'un soutien respiratoire fréquent après l'opération n'est pas prévisible avant celle-ci.

Personnel spécialisé:

5. La responsabilité de l'encadrement en collaboration avec d'autres disciplines (chirurgie, médecine) incombe à l'anesthésiste. Cela concerne la sécurité des patients pour les interventions planifiées ainsi que la prise en charge des patients du service des urgences ou de l'unité de lits compte tenu de l'état de santé du patient et de l'infrastructure de l'hôpital. L'anesthésiste doit être disponible **sur le site**.
6. Le directeur médical est responsable de ce que, pendant les heures de fonctionnement, un médecin avec expérience (2 ans d'anesthésie ou 6 mois d'USI) soit **sur le site** et disponible en 5 minutes pour l'intervention.
7. Un médecin représentant de la discipline de base (en cas de transfert depuis l'unité de lits) ou l'opérateur qui a transféré le patient dans l'unité de surveillance doit être atteignable en permanence **sur le site** et l'intervention doit être possible en ≤ 1 heure.
8. Le personnel soignant dispose d'une année d'expérience soit en salle de surveillance soit en soins intensifs, d'anesthésie ou d'urgence.

Conformément aux directives IMC, l'hôpital remplit concerné les exigences suivantes:

9. Des examens radiologiques conventionnels sont possibles 24 heures sur 24 **sur le site**.
10. Des analyses de laboratoire telles que chimie, hématologie, coagulation du sang, tests pour transfusions sanguines, analyse du sang sont possibles 24 heures sur 24 **sur le site**.

⁶⁰ Cf. point 4.2.37, lettre a pour les éléments du contrat.

11. ECG, mesure PS et PVC invasive, pulsoxymétrie sont disponibles en nombre suffisant **sur le site**.
12. ECG à 12 dérivations, 1 défibrillateur / stimulateur cardiaque externe, des transfuseurs, des perfuseurs, du matériel d'intubation, des respirateurs sont disponibles **sur le site**.
13. Il est garanti que des mesures médicales d'urgence (comme réanimation, intubation, cathéter artériel et central, drainage thoracique, etc.) peuvent en permanence être exécutées **sur le site**.
14. Le monitoring (selon les standards SSAR) est garanti **sur le site**.
15. La surveillance centrale incluant le contact visuel avec tous les patients (si > 4 places, p. ex. par moniteur) est assurée **sur le site**.
16. Il existe au moins 2 prises d'oxygène fixes (pas par lit), si nécessaire d'autres prises mobiles par lit **sur le site**.
17. Au moins 2 prises de vide (vacuum) mobiles sont à disposition **sur le site**.
18. L'unité de surveillance est une unité en soi qui est fermée.

4.2.37 Lien en interne, avec contrat de coopération ou programme de coopération (V2.0) (exigences adaptées)

De nombreux traitements nécessitent un savoir médical interdisciplinaire. Pour garantir cela, les prestations qui sont étroitement liées du point de vue médical doivent être offertes ensemble. Si le lien interdisciplinaire est particulièrement étroit et la disponibilité attendue particulièrement importante, ces prestations doivent être assurées **en interne**, à savoir **sur le même site**.

D'autres prestations sont certes également étroitement liées du point de vue médical, mais la disponibilité attendue joue un rôle secondaire. C'est pourquoi ces prestations ne doivent pas impérativement être assurées sur le même site, mais peuvent l'être – conformément aux indications de la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques – soit dans le cadre d'un contrat de coopération conclu avec un autre hôpital répertorié, soit par le biais d'un programme de coopération daté et régulièrement mis à jour.

Il convient toutefois de privilégier l'option du contrat de prestations.

Eléments du contrat de coopération ou du programme de coopération

Les aspects formels dont l'hôpital externalisant la prestation doit tenir compte lors de la rédaction d'un contrat ou d'un programme de coopération sont énumérés ci-après. Des modèles sont par ailleurs disponibles sur le site internet de la SAP⁶¹.

a. Contrat de coopération

Points à inclure:

- description des processus de traitement et des groupes de prestations faisant l'objet de la coopération, compte tenu des interfaces entre les partenaires;
- nom des parties et des interlocuteurs;
- nature, contenu et rémunération des prestations médicales;
- disponibilité;

⁶¹ Cf. modèles de contrat de coopération et de programme de coopération sur www.be.ch/listedeshopitaux.

- documentation médicale : la documentation définie doit être mise à la disposition de l'hôpital coopérant en temps utile. Une consultation réciproque et intégrale des dossiers doit être garantie au besoin ou sur demande.

b. Programme de coopération de l'hôpital répertorié

Points à inclure:

- description des processus de traitement et des groupes de prestations faisant l'objet de la coopération, compte tenu des interfaces entre les partenaires;
- information sur la nature du programme à l'intention des partenaires de coopération potentiels;
- type et étendue des prestations médicales;
- disponibilité du partenaire;
- description de la documentation médicale à remettre au partenaire en temps utile. Une consultation réciproque et intégrale du dossier du patient doit être garantie au besoin ou sur demande.

4.2.38 Tumor board (V2.0)

Pour les prestations aux patients atteints de carcinome, un tumor board est en règle générale nécessaire. Ce groupe interdisciplinaire, qui se réunit régulièrement, comprend un-e spécialiste en radiooncologie/radiothérapie, des oncologues, des internistes, des radiologues, un-e pathologiste ainsi qu'un-e spécialiste de l'organe touché. Avec la discussion interdisciplinaire cas par cas, un traitement optimisé et sur mesure selon les connaissances les plus modernes de la science médicale doit être rendu possible pour chaque patient atteint de carcinome. En fonction du stade et du type de la maladie, un choix est fait entre opération, méthode interventionnelle, irradiations, chimiothérapie ou approche combinée.

Des tumor boards peuvent en principe être fournis en coopération avec un autre hôpital. Les exigences suivantes doivent être remplies à cet égard:

- lors de son admission, chaque patiente ou patient atteint d'une tumeur est automatiquement présenté dans le tumor board de l'une des cliniques spécialisées participantes;
- les spécialistes nommés pour le tumor board sont tenus de participer régulièrement à ses réunions. Une réglementation de la représentation des spécialistes existe;
- les décisions prises dans le tumor board sur le mode de traitement sont documentées par écrit (procès-verbal) et intégrées dans les dossiers des patients de sorte qu'elles puissent en tout temps être contrôlées.

4.3 Nombres minimaux de cas (projet GPPH-ZH 2018) (*exigences adaptées*)

Les cantons peuvent inclure un nombre minimal de cas dans les critères d'économicité et de qualité des prestations, en particulier pour les soins aigus somatiques dispensés en mode hospitalier.

La classification GPPH-BE prescrit un nombre minimal de cas pour 26 groupes de prestations, généralement fixé à 10 par site et par année. Ce nombre constitue une exigence qualitative supplémentaire pour les traitements requérant un degré élevé de spécialisation. Il vise à éviter que des patients soient pris en charge dans des hôpitaux ou des sites qui ne pratiquent ces interventions que tous les trois ou quatre mois, voire

moins souvent, en empêchant que ceux-ci puissent les facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Pour quelques groupes de prestations, le canton de Berne adapte cependant le nombre minimal de cas prescrit par le projet GPPH-ZH 2018 en fonction des spécificités bernoises. Ainsi, pour le groupe GYNT, le nombre minimal de 20 cas par site est obligatoire systématiquement, même pour un mandat de prestations partiel.

En outre, Berne ne reprend pas pour le moment les nombres minimaux de cas par opératrice ou opérateur prévus dans le projet zurichois. La SAP évaluera l'opportunité d'instaurer et d'appliquer une telle exigence dans le cadre du processus d'assurance qualité.

En fonction des expériences faites, il n'est pas exclu que les nombres minimaux de cas soient redéfinis dans une prochaine liste des hôpitaux.

Dans le cadre du contrôle des mandats de prestations (cf. point 4.4), la SAP s'assure systématiquement que leurs détenteurs respectent le nombre minimal de cas qui leur est imposé. Si ce n'est pas ou plus le cas, le Conseil-exécutif peut retirer les mandats concernés moyennant un délai transitoire de six mois en règle générale.

4.4 Contrôle des mandats de prestations

La SAP procède généralement une fois par année à un contrôle des mandats de prestations sur la base de la statistique médicale des maisons de naissance et hôpitaux répertoriés.

Ce faisant, elle vérifie en premier lieu:

- que l'établissement répertorié a atteint le nombre minimal de cas exigé;
- qu'il a effectivement fourni les prestations prévues dans les mandats qui lui ont été octroyés et qu'aucun de ceux-ci n'a pas été exécuté du tout;
- qu'il dispose d'un mandat de prestations sur la liste des hôpitaux bernoise pour les cas qu'il a facturés ou, à l'inverse, qu'il n'a pas facturé de cas pour lesquels il ne détient pas de tel mandat. La SAP évalue séparément les cas qui ont été attribués au «mauvais» groupe de prestations GPPH en raison d'un problème connu au niveau du logiciel de groupement (polytraumatismes simples à traiter, p. ex.).

La SAP retire les cas jugés « hors mandat » du décompte des prestations et, partant, ne les rétribue pas.

En outre, elle se réserve le droit signaler les cas « hors mandat » de patients non bernois au canton de domicile de ces personnes.

4.5 Exigences liées au mandat de prise en charge

- 4.5.1 Le canton de Berne autorise et astreint les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés à fournir des soins à sa population conformément au mandat de prestations qui leur a été attribué. Comme l'assurance obligatoire des soins ne lui permet pas de prévoir des surcapacités, il part du principe que les mandats qu'il octroie couvrent exactement les besoins et que la défaillance partielle ou totale d'un établissement répertorié dans un ou plusieurs groupes de prestations compromettrait la prise en charge appropriée de la population bernoise.

- 4.5.2 Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés sont tenus d'admettre et de traiter sans discrimination tous les patients domiciliés dans le canton de Berne, quels que soient leur âge, leur sexe, leur origine et leur couverture d'assurance. Il leur est interdit de privilégier les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire lors de l'admission (art. 49 LAMal). Ils garantissent, y compris par l'intermédiaire de leurs médecins agréés, que l'obligation d'admission est appliquée sur leurs sites pour tous les mandats de prestations confiés à leur établissement. La SAP vérifie le respect de cette obligation et du principe de l'égalité de traitement.
- 4.5.3 Le Conseil-exécutif fixe les prestations à fournir. Il est également compétent pour toute modification de la liste des hôpitaux telle que la création, la suppression, le transfert de mandats ou l'ajout de conditions ou de délais à ces derniers, que ce soit à la demande d'un établissement répertorié ou d'office.
- 4.5.4 Les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés sont tenus de fournir les prestations prévues dans leur mandat. Ils informent immédiatement la SAP de toute modification majeure (un changement de structure p. ex.) susceptible de compromettre l'accomplissement de cette tâche (art. 132, al. 1, lit. b LSH).
- 4.5.5 Les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés situés dans le canton de Berne sont tenus de prodiguer les premiers secours (art. 49, al. 2 LSH). Cette obligation comprend les premiers secours, l'aiguillage et l'organisation du suivi des patients, en temps normal comme lors d'une catastrophe ou d'un autre événement extraordinaire. Ils doivent appliquer les directives cantonales et nationales en matière d'épidémie et de pandémie.
- 4.5.6 Ils fournissent les prestations définies dans la liste des hôpitaux de manière économique et dans la qualité requise (art. 58b, al. 4 et 5 OAMal) et observent les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)⁶².

⁶² <http://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>

5 Autres dispositions

5.1 Obligations des hôpitaux et maisons de naissance répertoriés situés dans le canton de Berne

Les obligations légales suivantes, entre autres, découlent des mandats de prestations:

- Admission, soins et premiers secours (art. 49 LSH)
Dans les limites des mandats de prestations qui leur sont attribués selon l'article 39, alinéa 1, lettre e LAMal, les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés sont tenus de prendre en charge et de soigner les personnes domiciliées dans le canton de Berne.
- Convention collective de travail (art. 50 LSH):
Les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés concluent une convention collective de travail de la branche ou offrent à leur personnel des conditions de travail conformes à ladite convention, en particulier en ce qui concerne le temps de travail, la rémunération et les prestations sociales.
- Rapport sur les indemnités (art. 51 LSH):
Les hôpitaux répertoriés publient un rapport sur le total des indemnités qu'ils ont versées.
- Gestion administrative des patients et consultation sociale (art. 52 LSH):
Les hôpitaux répertoriés exploitent un service de gestion administrative des patients ainsi qu'un service de consultation sociale ouvert aux patients et à leurs proches.
- Aumônerie (art. 53 LSH):
Les hôpitaux répertoriés disposent d'une aumônerie ouverte aux patients et à leurs proches.
- Présentation des comptes (art. 54 LSH):
Les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés établissent leurs comptes annuels sur la base d'un modèle de présentation des comptes reconnu à l'échelle nationale ou internationale.
- Comptabilité analytique (art. 55 LSH):
Les hôpitaux répertoriés tiennent une comptabilité analytique complète et certifiée.
- Gestion du cycle de vie (art. 56 LSH):
Les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés mettent sur pied un système de gestion du cycle de vie de leur infrastructure.

La SAP peut prononcer des sanctions contre les établissements répertoriés qui violent partiellement ou totalement les obligations énoncées ci-dessus (art. 57 LSH).

5.2 Mandats couvrant plusieurs domaines

Les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés détenant des mandats de prestations sur plusieurs listes hospitalières bernoises (soins aigus somatiques, réadaptation, psychiatrie) sont tenus de gérer ces derniers séparément au niveau de l'exploitation et de la comptabilité analytique. Il leur incombe aussi de dissocier clairement les champs d'application des divers tarifs hospitaliers (DRG ou non, en particulier). Les facturations internes entre unités de différents domaines hospitaliers exploitées par une

même entité juridique ou par deux entités distinctes sont à effectuer après le paiement des prestations. Il convient également d'opérer une séparation claire entre prestations ambulatoires et hospitalières.

5.3 Formation et perfectionnement

Les fournisseurs de prestations participent à la formation post grade en médecine et en pharmacie reconnue par la loi sur les professions médicales⁶³ ainsi qu'à la formation et au perfectionnement pratiques dans les professions de la santé non universitaires désignées par le Conseil-exécutif.

5.4 Surveillance et révision

La SAP vérifie que les mandats de prestations sont respectés et mis en œuvre. Les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés collaborent avec la SAP et lui fournissent les renseignements et les documents requis à cet effet (art. 131 LSH).

5.5 Remise des données

Les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés remettent à la SAP les données et les indicateurs nécessaires au contrôle de la qualité et de l'économicité des prestations, portant notamment sur les soins fournis, les coûts par cas, les structures, les processus et les résultats (art. 127 LSH).

La SAP est habilitée à traiter ces données et à les publier sous une forme permettant d'identifier chaque fournisseur de prestations (art. 129 LSH).

⁶³ Loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (LPMéd; RS 811.11).

6 Médecine hautement spécialisée

Ce domaine est régi par la Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), que le canton de Berne a ratifiée le 4 septembre 2008. Les cantons signataires transfèrent à l'organe de décision MHS qui y est défini selon l'article 2 leur compétence découlant de l'article 39, alinéa 1, lettre e LAMal d'arrêter la liste des hôpitaux pour le domaine de la médecine hautement spécialisée⁶⁴. A partir du moment où sont effectives la désignation d'un secteur de cette médecine et son attribution par l'organe de décision aux centres chargés de la réalisation de la prestation concernée conformément à l'article 3, alinéas 3 et 4 de la convention, les admissions divergentes sur les listes hospitalières cantonales sont annulées en conséquence⁶⁵.

La planification intercantonale des prestations de médecine hautement spécialisée est mise en œuvre conformément à la CIMHS et consignée dans une liste intercantonale⁶⁶.

Les prestations réglées par la CIMHS (décisions de rattachement à la MHS et d'attribution entrées en force) font tout de même l'objet de groupes de prestations spécifiques dans la liste des hôpitaux bernoise, pour autant que la classification GPPH les ait retenues. La liste cantonale reflète ainsi la répartition nationale des mandats de prestations à titre subsidiaire et sous réserve d'autres décisions de l'organe MHS, et ce pour la raison suivante :

Lorsqu'un mandat de prestations entré en force ne figure pas sur la liste intercantonale parce que l'organe de décision MHS ne l'a pas encore entériné, ne l'a pas approuvé dans les délais ou ne l'a pas prolongé à temps, il est important que la population du canton de Berne bénéficie malgré tout des prestations hautement spécialisées correspondantes en vertu d'un mandat existant. La base légale permettant de reporter les mandats de la liste intercantonale sur la liste bernoise réside dans l'article 9, alinéa 2 CIMHS mentionné plus haut, selon lequel la seconde s'applique subsidiairement à la première. Soucieux d'éviter une lacune législative, le Conseil-exécutif reprend ainsi les mandats de prestations de médecine hautement spécialisée dans la liste du canton de Berne sans limitation temporelle, avec l'ensemble des charges, limitations, etc. dont l'organe MHS les a assortis, sous réserve de nouvelles décisions de ce dernier.

Etant donné que l'organe de décision MHS exige l'organisation en réseau du traitement des accidents vasculaires cérébraux⁶⁷, la différence entre centres spécialisés (comprehensive stroke centers, réglés à l'échelle nationale) et centres primaires (primary stroke units, relevant du canton) est maintenue. La collaboration et la fonction des fournisseurs de prestations concernés est mentionnée en conséquence sur la liste cantonale.

⁶⁴ Article 9, alinéa 1 CIMHS.

⁶⁵ Article 9, alinéa 2 CIMHS.

⁶⁶ www.gdk-cds.ch/ >Thèmes > Médecine hautement spécialisée > Liste des hôpitaux MHS.

⁶⁷ Feuille fédérale du 21 juin 2011 (<https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2011/4343.pdf>).

7 Annexe

- Classification GPPH-BE en soins aigus somatiques (version 2017)
- Directive Définition de l'hôpital et du site hospitalier de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne
- Stratégie bernoise de gestion de la qualité des hôpitaux et des cliniques
- Modèles de contrat de coopération et de programme de coopération

Ces documents sont disponibles sur le site de la SAP :

<https://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html>
(adresse brève www.be.ch/listedeshopitaux)