

13.060

**Message
concernant la modification de la loi
sur les professions médicales (LPMéd)**

du 3 juillet 2013

Madame la Présidente,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Par le présent message, nous vous soumettons le projet d'une modification de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, en vous proposant de l'adopter.

Nous vous proposons simultanément de classer les interventions parlementaires suivantes:

- | | | | |
|------|---|---------|--|
| 2010 | M | 10.3009 | Acquisition de connaissances appropriées en médecine complémentaire dans le cadre de la formation
(E 9.3.10 Commission de la science, de l'éducation et de la culture CE 09.463, N 28.9.10) |
| 2009 | M | 08.3608 | Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours
(N 19.12.08, Fehr Jacqueline, E 4.6.09) |
| 2009 | P | 09.3159 | Statut des médecins généralistes (E 4.6.09, Cramer Robert) |

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

3 juillet 2013

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Ueli Maurer
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

Condensé

La loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (LPMéd) est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2007. La situation a depuis changé, tant en droit international qu'en droit national, rendant certaines adaptations nécessaires. Les objectifs de formation ont été complétés dans le souci d'intégrer la médecine complémentaire, suite au nouvel art. 118a Cst., et de mettre l'accent sur la médecine de famille et les soins médicaux de base. Cette révision permet en outre d'optimiser certaines dispositions, à la lumière de l'expérience acquise lors de la mise en œuvre de la loi. Ainsi, la notion d'exercice «à titre indépendant», qui s'est révélée peu satisfaisante, a été remplacée par la notion plus extensive (précise) d'exercice «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle».

Au vu de la jurisprudence européenne, puis de la reprise par la Suisse, dans le cadre de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne (ALCP), de la directive européenne 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, les dispositions de la LPMéd relatives à la reconnaissance des diplômes et des titres postgrades doivent être adaptées.

Dans le domaine de l'exercice des professions médicales universitaires, il est apparu lors de l'exécution de la loi que la notion d'exercice «à titre indépendant» n'était pas satisfaisante. C'est pourquoi cette expression est remplacée par celle d'exercice «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle». Ce remplacement a pour conséquence d'étendre à plus de praticiens l'obligation d'être titulaire d'une autorisation de pratiquer en vertu de cette loi.

En droit national, le nouvel art. 118a Cst. prévoit que la Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte de la médecine complémentaire. Plusieurs modifications dans ce sens sont donc apportées aux objectifs de la formation universitaire.

En complétant les objectifs de la formation universitaire et de la formation postgrade, la révision répond également à une visée légitime de l'initiative «Oui à la médecine de famille». A l'issue de leur formation universitaire, les membres des professions médicales universitaires doivent connaître les rôles et les fonctions des différentes catégories de professionnels impliqués dans les soins médicaux de base. Quant à la formation postgrade, elle doit les rendre capables d'accomplir leurs tâches dans ce cadre.

Enfin, les dispositions sur le registre ont été formulées de manière plus précise, si bien que notamment toutes les inscriptions concernant les personnes ayant atteint l'âge de 80 ans ne seront plus éliminées du registre.

Message

1 Présentation du projet

1.1 Contexte

La loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (LPMéd)¹ est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2007. Succédant à une réglementation fragmentée de la formation universitaire et postgrade et de l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste, de pharmacien et de vétérinaire, la LPMéd a répondu au souhait de régler au niveau national la formation et l'exercice de ces professions, ainsi que celle de chiropraticien. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, cependant, des changements intervenus tant en droit international qu'en droit national rendent sa révision nécessaire.

Les dispositions de la loi qui touchent aux connaissances linguistiques doivent être adaptées au droit européen, au vu de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Cette jurisprudence a été codifiée dans la directive 2005/36/CE² sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (notamment à son art. 53, consacré aux connaissances linguistiques), qui est entrée en vigueur pour les Etats membres de l'UE le 20 octobre 2005, et que la Suisse a reprise dans le cadre de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne (ALCP)³. La Suisse applique la directive provisoirement depuis le 1^{er} novembre 2011, à l'exception de son titre II (libre prestation de services), qui doit d'abord être mis en œuvre dans la législation suisse. Ainsi, le 14 décembre 2012, le Parlement a approuvé la loi fédérale portant sur l'obligation des prestataires de services de déclarer leurs qualifications professionnelles dans le cadre des professions réglementées et sur la vérification de ces qualifications, qui va probablement entrer en vigueur en septembre 2013. La directive 2005/36/CE, y compris le titre II, sera à ce moment définitivement applicable dans les relations entre la Suisse et l'UE.

En droit national, le nouvel art. 118a Cst.⁴ prévoit que la Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires. L'initiative parlementaire Graf-Litscher «Intégration des médecines complémentaires dans la formation des futurs médecins, médecins-dentistes et pharmaciens» (09.463) visait à intégrer les médecines complémentaires dans la LPMéd par l'introduction d'une let. j à l'art. 8 et par la modification de l'art. 9, let. a, LPMéd. La Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil des Etats (CSEC-CE), puis le Conseil national (CN) ont décidé de ne pas donner suite à l'initiative. La CSEC-CE a cependant déposé une motion «Acquisition de connaissances appropriées en médecine complémentaire dans le cadre de la formation» (10.3009) le 1^{er} février 2010, qui charge le Conseil fédéral de présenter des mesures visant à ce que les futurs médecins, chiropraticiens, médecins-dentistes et pharmaciens acquièrent des connaissances appropriées en médecine

1 RS 811.11

2 Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255 du 30.9.2005, p. 22.

3 RS 0.142.112.681

4 RS 101

complémentaire dans le cadre de leur formation. Le Conseil fédéral considère l'exigence exprimée dans la motion comme justifiée, et plusieurs modifications allant dans ce sens sont donc apportées aux objectifs de la formation universitaire figurant dans la LPMéd.

L'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» (11.062), déposée le 1^{er} avril 2010, a pour objectif de garantir la pérennité de la médecine de famille dans toute la Suisse, de lui assurer des possibilités optimales de diagnostic et de traitement, et d'encourager la relève des médecins de famille. Elle vise essentiellement à ce que la médecine de famille soit, en règle générale, la médecine de base pour le traitement des maladies et des accidents et pour les questions d'éducation sanitaire et de prophylaxie. Au vu de la pénurie de professionnels de la santé formés en Suisse, il est nécessaire d'assurer des soins médicaux de base coordonnés et multiprofessionnels de haute qualité dans lesquels les médecins de famille tiennent un rôle central. Le Conseil fédéral reproche cependant à l'initiative sa focalisation exclusive sur les médecins de famille au niveau de la Constitution. Selon lui, elle n'est pas adéquate pour répondre aux défis futurs du point de vue de l'approvisionnement en soins de base et institue une inégalité de traitement injustifiée à l'égard d'autres professionnels de la santé. Le Conseil fédéral a donc élaboré un contre-projet direct⁵, qui a lui-même été suivi d'un contre-projet direct de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil des Etats. En parallèle au contre-projet direct du Conseil fédéral, un masterplan «médecine de famille et médecine de base» a été proposé par le conseiller fédéral Alain Berset et lancé en juin 2012 avec les principaux partenaires intéressés. Ce masterplan, dont des aspects ont été repris dans la motion du 19 juin 2012 de la CSSS-CE «Renforcer la médecine de famille» (12.3643), prévoit différentes mesures pour traiter rapidement certains problèmes avérés des soins médicaux de base. La révision de la LPMéd, en complétant les objectifs de la formation universitaire et de la formation postgrade contenus dans la loi dans le sens de la médecine de famille, fait partie intégrante du masterplan et répond à une visée légitime de l'initiative qui a été reprise dans le cadre de l'élaboration du contre-projet du Conseil fédéral.

Les cantons, qui assurent une partie importante de l'exécution de la LPMéd, jugent que la réglementation de l'exercice des professions qui figure dans la loi n'est pas satisfaisante. Ils critiquent le fait que la LPMéd règle uniquement l'exercice d'une activité professionnelle à titre indépendant. Ils demandent à la Confédération de réglementer aussi complètement que possible l'exercice des professions médicales universitaires. C'est pourquoi il est proposé de remplacer la notion d'exercice «à titre indépendant» par celle d'exercice «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle».

1.2 Dispositif proposé

1.2.1 Contrôle des connaissances linguistiques

La jurisprudence de la CJUE ainsi que la reprise de la directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles rendent nécessaire l'adaptation de la LPMéd en ce qui concerne l'exigence des connaissances linguistiques. En effet,

⁵ FF 2011 6953 7337

selon les règles européennes, les connaissances linguistiques ne peuvent être une condition de la reconnaissance du diplôme ou titre postgrade étranger, mais sont à examiner dans le cadre de l'autorisation de l'exercice de la profession. Comme les cantons sont chargés d'octroyer les autorisations de pratiquer, ils vérifieront désormais si les personnes qui demandent une autorisation de pratiquer au sens de la LPMéd possèdent les connaissances linguistiques requises pour exercer la profession visée. Cette vérification doit être proportionnée, c'est-à-dire que les connaissances linguistiques exigées ne doivent pas dépasser le niveau objectivement nécessaire pour exercer la profession médicale concernée. Des explications plus détaillées figurent dans le commentaire des art. 15, al. 1, 21, al. 1, et 36, al. 1, let. c, au ch. 2.

1.2.2 Notion d'exercice «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle»

La notion d'exercice «à titre indépendant» employée jusqu'ici pose des problèmes d'exécution. En effet, selon le message du 3 décembre 2004 relatif à la LPMéd⁶ seule l'activité à titre indépendant est réglée. La réglementation des conditions de l'exercice de l'activité dépendante ressort comme par le passé de la compétence des cantons. Pour la notion d'activité indépendante, le message renvoie au «rapport du 14 novembre 2001⁷ du Conseil fédéral sur un traitement uniforme et cohérent des activités lucratives dépendantes et indépendantes en droit fiscal et en droit des assurances sociales». Ce rapport constate que les critères développés par la jurisprudence pour délimiter l'activité lucrative dépendante de l'activité indépendante (en droit fiscal, en droit des assurances sociales et en droit du travail) ne présentent que des différences mineures. Dénotent une activité à titre dépendant par ex. l'existence d'un rapport de subordination, le devoir d'accomplir une tâche personnellement, la présence obligatoire, l'absence de risque d'entrepreneur ou de responsabilité vis-à-vis de tiers. Démontrent à l'inverse une activité à titre indépendant par ex. des investissements d'envergure, l'utilisation de ses propres locaux, le risque d'entrepreneur, la pleine responsabilité vis-à-vis de tiers et l'engagement de personnel. Cette notion pose des difficultés à certains cantons, qui n'utilisent pas la même délimitation. Notamment, la notion actuelle d'exercice «à titre indépendant» ne prend pas en compte le critère de la responsabilité professionnelle.

L'application des critères utilisés jusqu'à présent exclut par exemple le médecin travaillant dans un cabinet constitué en société anonyme, ou le pharmacien salarié par le propriétaire de l'officine où il travaille. Ces praticiens ne sont donc actuellement pas considérés comme exerçant à titre indépendant au sens de la loi et ne sont par conséquent pas soumis aux dispositions régissant l'exercice des professions médicales. Ils échappent en particulier au régime de l'autorisation de pratiquer. Une telle situation n'est pas dans l'intérêt de la qualité des soins.

Le remplacement de la notion d'exercice «à titre indépendant» par celle d'exercice «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle» se base sur l'art. 95, al. 1, Cst. et a repris l'expression usitée dans la loi du 18 mars 2011 sur les professions de la psychologie⁸. Ce changement de terminologie aura

6 FF 2005 157, ch. 2.6, p. 207

7 FF 2002 1076

8 RS 935.81

pour conséquence d'assujettir au régime de l'autorisation de la LPMéd les personnes qui ne sont actuellement pas considérées comme indépendantes, mais qui exercent leur profession à titre d'activité économique privée et sous leur propre responsabilité. La LPMéd régira désormais les activités économiques lucratives privées de toutes les personnes exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle. Des explications plus détaillées sur la notion «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle» figurent au ch. 2.

1.2.3 Intégration de la médecine complémentaire aux objectifs de formation

Le nouvel art. 118a Cst. prévoit que la Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires. La motion de la Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil des Etats (CSEC-CE) «Acquisition de connaissances appropriées en médecine complémentaire dans le cadre de la formation» (10.3009) demande en conséquence que les futurs médecins, chiropraticiens, médecins-dentistes, vétérinaires et pharmaciens acquièrent des connaissances appropriées en médecine complémentaire dans le cadre de leur formation. En effet, une grande partie de la population a recours à des prestations relevant de la médecine complémentaire. Les personnes qui exercent une profession médicale universitaire doivent avoir des connaissances appropriées pour pouvoir le cas échéant conseiller de manière compétente. Elles doivent par exemple être en mesure d'estimer l'impact d'une méthode complémentaire sur une thérapie traditionnelle, ainsi que de repérer les interactions possibles entre les produits thérapeutiques traditionnels et ceux de la médecine complémentaire. Il faut donc adapter dans ce sens les objectifs de la formation universitaire inscrits dans la LPMéd. Pour plus de détails, voir le commentaire des art. 8, let. j, 9, let. i, et 10, let. i.

1.2.4 Promotion des soins médicaux de base et de la médecine de famille

La révision de la loi sur les professions médicales offre la possibilité de tenir compte d'une visée légitime de l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» (11.062) qui a été reprise dans le contre-projet du Conseil fédéral. Des compétences relevant des soins médicaux de base ont été ajoutées dans les objectifs de la formation universitaire et de la formation postgrade, tel que cela a été prévu par le Masterplan «médecine de famille et médecine de base». A l'issue de leur formation universitaire, les membres des professions médicales doivent connaître les rôles et les fonctions des différentes catégories de professionnels impliqués dans les soins médicaux de base, dans lesquels les médecins de famille tiennent un rôle central. Quant à la formation postgrade, elle doit les familiariser avec l'accomplissement de leurs tâches dans ce cadre. Face aux défis du futur – soit le vieillissement de la population qui va de pair avec un nombre croissant de maladies chroniques, multiples et complexes –, il est nécessaire de mettre l'accent sur la coopération des professionnels, sur les interfaces et la coopération entre les médecins, les hôpitaux et les soins à domicile. L'idée des soins médicaux de base est définie par le besoin général de la population de disposer de services médicaux en matière de soins curatifs, de réadap-

tation et de soins palliatifs. Ce qui est déterminant pour la définition des soins médicaux de base, c'est que ces prestations sont effectivement sollicitées de façon régulière par une grande partie de la population. Pour plus de détails, voir le commentaire des art. 4, al. 2, let. d, 8, let. k, 9, let. h, et 17, al. 2, let. i.

1.2.5 Registre des professions médicales

Le registre des professions médicales (MedReg) devrait contenir à l'avenir des données concernant les diplômes et les titres postgrades des professions médicales universitaires ainsi que les autorisations d'exercer à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle, délivrées à leurs titulaires. Outre la création d'une base légale formelle pour l'utilisation systématique du numéro AVS (art. 51, al. 4^{bis}), la révision permet quelques petites adaptations au vu des problèmes rencontrés dans la pratique: par exemple, toutes les inscriptions relatives aux personnes seront éliminées non plus quand elles auront atteint l'âge de 80 ans, mais seulement après leur décès (art. 54, al. 4), et les dispositions concernant la radiation et l'élimination des données sont formulées de manière plus précise (art. 53 et 54). En outre, le Conseil fédéral devrait avoir maintenant la possibilité de prévoir des exceptions à l'accessibilité de certaines données du registre (art. 53, al. 3).

1.3 Appréciation de la solution retenue

Une grande majorité des participants à la consultation ont approuvé la révision et l'ont jugée globalement positive, notamment l'extension du champ d'application, s'agissant de l'exercice des professions médicales (remplacement de l'expression «à titre indépendant» par «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle»). D'aucuns estiment toutefois qu'elle ne va pas suffisamment loin, faute d'englober encore tous les médecins, et demandent de soumettre tous les médecins, y compris ceux employés et ceux occupés dans le secteur public, aux dispositions régissant l'exercice de leur profession, ce qui n'est pas possible pour des raisons de droit constitutionnel. En effet, le régime de l'autorisation et les devoirs professionnels exigés pour l'exercice d'une profession à titre d'activité économique privée sous sa propre responsabilité professionnelle constituent une atteinte grave à la liberté économique. Cette atteinte doit être limitée à ce qui est nécessaire pour garantir les buts de la LPMéd, en particulier la protection de la santé. La solution retenue, qui oblige à obtenir une autorisation de pratiquer uniquement pour l'activité économique privée, exercée sous sa propre responsabilité professionnelle, respecte la répartition des compétences constitutionnelles ainsi que le principe de proportionnalité.

Les objectifs de la formation universitaire et de la formation postgrade ont suscité de nombreuses réactions, qui dénonçaient notamment que la révision soit utilisée pour introduire de nouvelles dispositions en la matière, n'ayant pas leur place dans une loi formelle. Les objectifs de formation ne devraient ainsi pas être réglementés en détail au niveau de la loi, mais dans les catalogues des objectifs de formation. Pour cette raison, les dispositions les plus controversées sur l'assurance-qualité, la sécurité des patients et le traitement électronique des données ont été abandonnées.

La majorité des cantons s'est montrée réfractaire à la perspective de devoir contrôler les connaissances linguistiques des personnes ayant obtenu leurs qualifications professionnelles à l'étranger, lorsque celles-ci demandent une autorisation de pratiquer. A leurs yeux, le contrôle des connaissances linguistiques devrait être centralisé auprès de l'organe chargé des questions de reconnaissance.

La jurisprudence de la CJUE ainsi que la reprise de la directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles ne permettant plus de considérer les connaissances linguistiques comme une condition de la reconnaissance des diplômes et titres postgrades, le contrôle des connaissances linguistiques lors de l'octroi de l'autorisation de pratiquer permet une pratique conforme au droit européen. La charge de travail supplémentaire que cela impose aux cantons devrait être mesurée, puisqu'il ne sera pas nécessaire de mettre sur pied des examens de langue, mais de vérifier l'existence de connaissances de la langue officielle du canton, par exemple au moyen de certificats de langue.

Les modifications préconisées dans le projet de consultation aux art. 19, 52, al. 2, (obligation de notifier toute admission dans une filière de formation postgrade) et 55, let. a^{bis}, (décision d'admission permettant de suivre une formation postgrade accréditée) ont été qualifiées par la plupart des organisations de formation postgrade de bureaucratisme inutile de la formation postgrade. Par conséquent, seule la formulation allemande de l'art. 19, al. 1, a été modifiée, pour une meilleure clarté du texte. Quant à l'art. 55, let. a^{bis}, du projet de consultation, il a été remplacé par un al. 2, qui prévoit que, sur demande du requérant, l'organisation responsable de la formation postgrade compétente doit pouvoir rendre une décision formelle sujette à recours pour l'admission dans les filières de formation postgrade accréditées.

1.4 Mise en œuvre

La mise en œuvre de la loi, notamment en ce qui concerne le contrôle de l'exercice de la profession, est avant tout du ressort des cantons. Avec les modifications prévues, ces derniers devront à présent vérifier les compétences linguistiques des personnes qui leur demandent une autorisation de pratiquer. Il ne sera cependant pas nécessaire de mettre sur pied des examens de langue, mais de vérifier l'existence de connaissances linguistiques de la langue officielle du canton, par exemple au moyen de certificats de langue.

En outre, il s'agira également d'intégrer la nouvelle terminologie «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle», qui remplace l'expression «à titre indépendant» dans les législations cantonales (cf. ch. 3.2 pour plus de précisions).

1.5 Classement d'interventions parlementaires

La révision répond favorablement à la motion de la CSEC-CE du 1^{er} février 2010 «Acquisition de connaissances appropriées en médecine complémentaire dans le cadre de la formation» (10.3009), en complétant dans ce sens les objectifs de la formation universitaire.

Elle répond également à la motion Jacqueline Fehr du 2 octobre 2008 (08.3608) qui charge le Conseil fédéral d'élaborer, en collaboration avec les cantons et les organisations spécialisées, une stratégie visant à empêcher une pénurie de médecins en Suisse et à encourager la médecine de premier recours.

Finalement, elle fait suite au postulat Cramer du 18 mars 2009 (09.3159) qui a chargé le Conseil fédéral de fournir au Parlement un rapport sur le statut des médecins généralistes en Suisse, sur leur rôle dans le système de santé et sur l'importance, pour eux et pour le système de santé, d'une rémunération adéquate de leurs prestations, notamment des analyses de laboratoire.

2 **Commentaire des dispositions**

Remplacement de l'expression «à titre indépendant» par «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle».

L'introduction de l'expression *«à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle»* constitue une des principales nouveautés de la présente révision; elle remplace l'expression *«à titre indépendant»* employée jusqu'à présent. Cette modification est effectuée dans l'intérêt de la protection de la santé publique. Par la même occasion, elle prend en compte les remarques justifiées émises par les cantons dans le cadre de l'exécution de la LPMéd actuelle.

La LPMéd ne prévoit dorénavant plus d'autorisation pour l'exercice de la profession «à titre indépendant», mais une autorisation pour «l'exercice d'une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle». La nouvelle notion est plus large qu'«à titre indépendant» au sens de l'actuelle LPMéd (concernant la notion, cf. ch. 1.2.2). Désormais, la LPMéd règle l'activité économique privée de toutes les personnes qui exercent leur profession sous leur propre responsabilité professionnelle. Ainsi, sera soumis au régime de l'autorisation par exemple le médecin travaillant dans un cabinet constitué en société anonyme, à condition qu'il ne se trouve pas dans un rapport de subordination avec un collègue. Ceci est souligné par l'expression «sous sa propre responsabilité professionnelle». Pour l'interprétation, il faut, par exemple, se référer au droit du travail. Contrairement aux rapports de travail au sens des art. 320 ss CO⁹, l'activité en question ici ne fait pas l'objet de directives ou d'instructions (cf. art 321d CO). L'obligation d'obtenir une autorisation de pratiquer est limitée à l'activité exercée sous sa propre responsabilité professionnelle, en vertu du principe de proportionnalité. Le régime de l'autorisation et, le cas échéant, l'obligation de formation continue exigés pour l'exercice d'une profession à titre d'activité économique privée constituent une atteinte grave à la liberté économique. Cette atteinte doit être limitée à ce qui est nécessaire pour garantir les buts de la LPMéd, en particulier la protection de la santé. Lorsqu'une personne travaille dans un rapport de subordination, il faut partir de l'idée que la surveillance offre un contrôle suffisant pour assurer la sécurité des patients, sans qu'il soit nécessaire de demander encore une autorisation. Cette conception garantit que la responsabilité du traitement incombe à un professionnel titulaire de la formation correspondante.

⁹ RS 220

Les dispositions suivantes sont concernés par le changement d'expression: art. 1, al. 3, let. e, art. 5, al. 2, art. 34, art. 35, al. 1 à 3, art. 36, al. 1 à 3, art. 37, art. 40, art. 41, al. 1, art. 43, al. 1, let. d et e, art. 43, al. 3, art. 44, al. 2, art. 45, titre et al. 2, art. 52, al. 1, art. 65, al. 1, art. 66, al. 1, art. 67, al. 2.

Art. 4, al. 2, let. d

Les objectifs de formation mettent désormais l'accent sur les soins médicaux de base. Le complément correspondant dans les objectifs de la formation universitaire et de la formation postgrade est lié au contre-projet direct à l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» (cf. message concernant l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille»¹⁰). Le Conseil fédéral présente en effet ce contre-projet, dont le but est d'assurer des soins médicaux de base de grande qualité, accessibles à tous. Ces soins ne peuvent être garantis que par la coopération des membres des professions médicales. Il faut souligner ici le rôle central tenu par les médecins de famille. En effet, la médecine de famille constitue l'épine dorsale des soins médicaux de base; elle assume une tâche importante dans la prise en charge globale des patients. Dans ce contexte, la médecine de famille est considérée comme un domaine médical axé principalement sur les soins de premier recours (ou soins médicaux de base). Les exigences posées pour la formation universitaire et la formation postgrade doivent être formulées en conséquence.

Les objectifs généraux de formation et particulièrement l'*art. 4, al. 2, let. d*, constituent la base normative destinée à renforcer les soins médicaux de base dans la formation universitaire et dans la formation postgrade. Les objectifs de formation sont à la base de la formulation des catalogues des objectifs de formation pour les professions médicales universitaires. A titre comparatif, il faut citer, par ex., le «Swiss Catalogue of Learning Objectives for undergraduate Medical Training» (SCLO)¹¹ de la Commission interfacultés de médecine suisse (CIMS), qui a force obligatoire dans toutes les facultés de médecine humaine. Les catalogues d'objectifs de formation constituent aussi la base pour le contenu des examens fédéraux (art. 12 ss), qui ont été réglementés dans l'ordonnance du 26 novembre 2008 concernant les examens LPMéd¹². Les compétences pour les soins médicaux de base doivent être concrétisées dans les catalogues des objectifs de formation de toutes les professions médicales universitaires. Elles sont étroitement liées aux objectifs généraux de formation, qui ont été introduits sur la base du modèle CanMEDS dans les catalogues des objectifs de formation. Le modèle CanMEDS est un cadre éducatif destiné aux professions de la santé. Son objectif principal est d'améliorer les soins aux patients. Ce modèle a été repris et adapté dans le monde entier. Il subdivise l'activité professionnelle dans le domaine de la santé en sept rôles menant à une santé et à des résultats de soins de santé optimaux: expert médical (rôle central), communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel. Dans l'esprit de la formation universitaire et des stratégies internationales de formation, les termes «connaissances, aptitudes, compétences et attitude» sont inclus dans le terme «compétence» (à propos des différents termes, cf. le «Cadre européen des

¹⁰ FF 2011 6953

¹¹ <http://sclo.smifk.ch/sclo2008/>

¹² RS 811.113.3

certifications (CEC)»¹³ et le rapport «Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world»¹⁴).

Art. 7, phrase introductive et let. c

La nouvelle formulation de cette lettre en allemand précise que les étudiants doivent respecter vraiment le droit à l'autodétermination dans la pratique. Par ailleurs, le terme «programmes de formation» est remplacé par «filières d'études», employé ailleurs dans le texte (cf., par ex., art. 24).

Art. 8, let. c

Le terme «médicaments» est remplacé par le terme plus général «produits thérapeutiques». En vertu de l'art. 2, al. 1, let. a, en relation avec l'art. 4, al. 1, let. a et b, de la loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques¹⁵, le nouveau terme englobe non seulement les médicaments (les produits d'origine chimique ou biologique destinés à agir médicalement sur l'organisme humain ou animal, ou présentés comme tels, et servant notamment à diagnostiquer, à prévenir ou à traiter des maladies, des blessures et des handicaps; le sang et les produits sanguins sont considérés comme des médicaments), mais aussi les dispositifs médicaux (les produits, y compris les instruments, les appareils, les diagnostics in vitro, les logiciels et autres objets ou substances destinés à un usage médical, ou présentés comme tels, dont l'action principale n'est pas obtenue par un médicament).

Les personnes ayant terminé leurs études de médecine humaine, de médecine dentaire ou de chiropratique doivent être capables d'utiliser les médicaments et les dispositifs médicaux de façon professionnelle, respectueuse de l'environnement et économique.

Art. 8, let. g

Cette disposition a été modifiée d'un point de vue rédactionnel. La compétence centrale dans les professions médicales universitaires est la combinaison entre le savoir professionnel, les aptitudes relationnelles et les compétences sociales. La formation universitaire doit fournir les connaissances, aptitudes et capacités nécessaires au développement des qualités et comportements scientifiques, professionnels et relationnels nécessaires à l'évaluation et à la gestion des problèmes de santé des patients. Ainsi, il est important pour les patients que les praticiens les comprennent en tant qu'individus, dans leur environnement social, et répondent à leurs préoccupations ainsi qu'à celles de leurs proches. Dans ce contexte, il y a lieu de prendre en compte également les aspects culturels et les difficultés causées par l'interculturalité.

Art. 8, let. j (nouvelle)

Les objectifs de formation pour la médecine humaine, la médecine dentaire et la chiropratique sont complétés afin de tenir compte de la mise en œuvre de l'art. 118a Cst. et de la motion de la CSEC-CE «Acquisition de connaissances appropriées en

¹³ Cadre européen des certifications (CEC), http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/eqf_fr.htm

¹⁴ Frenk J et al., *The Lancet*, vol. 376, n° 9756, 2010

¹⁵ RS 812.21

médecine complémentaire dans le cadre de la formation» (10.3009). Chaque étudiant de ces trois disciplines doit acquérir des connaissances sur les méthodes de la médecine complémentaire. Les facultés doivent désormais rendre opérationnel cet objectif de formation dans leur catalogue des objectifs de formation et l'intégrer dans les programmes. Les établissements de formation déterminent quelles sont les méthodes qui doivent être intégrées dans les programmes et le degré de profondeur qui doit être visé dans la transmission des connaissances (cf. également ch. 1.2.3).

Art. 8, let. k (nouvelle)

Vu l'évolution démographique et sociale, les soins médicaux de base, et particulièrement la médecine de famille, qui forment l'interface entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers, vont gagner en importance. En plus des soins aigus, la prise en charge des malades chroniques présentant des pathologies multiples implique l'acquisition de compétences non seulement en matière de soins curatifs, mais aussi en matière de soins préventifs, de réadaptation et de soins palliatifs. Les soins médicaux de base nécessitent, d'une part, des médecins qui ont acquis des compétences en matière de médecine de famille et la possibilité, pour tous les autres médecins, médecins-dentistes ou chiropraticiens, de travailler en réseau de façon optimale. D'autre part, les soins médicaux de base ne sont pas seulement fournis par des médecins, mais aussi par des équipes interdisciplinaires constituées par d'autres membres des professions médicales universitaires (par ex. pharmaciens et chiropraticiens) et d'autres professionnels de la santé (par ex. personnel soignant, physiothérapeutes, sages-femmes, diététiciens, ergothérapeutes et podologues). C'est pourquoi il est important d'intégrer les connaissances et les compétences correspondantes dans les programmes au stade de la formation universitaire en médecine humaine, en médecine dentaire et en chiropratique. La sensibilisation aux activités, aux rôles et aux fonctions dans les soins médicaux de base et l'aptitude à pouvoir les accomplir sont nécessaires. Les médecins doivent en particulier acquérir des connaissances, des compétences et des aptitudes en médecine de famille, en vue d'un éventuel exercice de cette profession. Ils doivent se familiariser avec les rôles et les fonctions des différents professionnels des soins médicaux de base et connaître l'importance centrale, dans la politique sanitaire, de la médecine de famille. A cet égard, il est important de consolider la formation et la recherche dans les facultés.

Art. 9, let. c

Une précision linguistique est apportée à cette disposition. Les études en pharmacie doivent permettre d'acquérir des connaissances non seulement sur des médicaments, mais aussi sur certains dispositifs médicaux importants pour la pharmacie. Cette précision indique que le pharmacien n'est pas tenu de posséder des connaissances complètes sur tous les dispositifs médicaux, mais seulement sur ceux qui sont importants pour la pharmacie (cf. art. 8, let. c).

Art. 9, let. h (nouvelle)

Les pharmaciens sont des partenaires importants dans les soins médicaux de base; ils apportent leurs connaissances et leurs compétences dans les réseaux multiprofessionnels. Comme les médecins, les médecins-dentistes et les chiropraticiens (cf. commentaire de l'art. 8, let. k), ils doivent être préparés à leurs tâches, leur rôle et leurs fonctions dans les soins médicaux de base pendant leur formation universitaire.

Ceci est aussi valable dans l'optique des nouvelles formations postgrades en pharmacie d'officine ou en pharmacie hospitalière qui sont réglées au niveau fédéral.

Art. 9, let. i (nouvelle)

Les objectifs de la formation universitaires pour les pharmaciens sont complétés afin de tenir compte de la mise en œuvre de l'art. 118a Cst. et de la motion de la CSEC-CE «Acquisition de connaissances appropriées en médecine complémentaire dans le cadre de la formation» (10.3009). Chaque étudiant en pharmacie doit acquérir des connaissances sur les principes de la médecine complémentaire et les bases professionnelles pour la fabrication, la remise, la distribution, la documentation et l'élimination des médicaments de la médecine complémentaire. Là aussi, il appartient aux facultés de rendre opérationnel cet objectif de formation dans leur catalogue des objectifs de formation et de l'intégrer dans les programmes. Les établissements de formation déterminent quels sont les principes qui doivent être intégrés dans les programmes et le degré de profondeur qui doit être visé dans la transmission des connaissances (cf. également ch. 1.2.3).

Art. 10, let. i (nouvelle)

Par analogie avec les autres professions médicales universitaires, il faut aussi prévoir des compétences en matière de médecine complémentaire pour les vétérinaires. Les objectifs de formation pour les vétérinaires sont complétés en lien avec la mise en œuvre de l'art. 118a Cst. et de la motion de la CSEC-CE «Acquisition de connaissances appropriées en médecine complémentaire dans le cadre de la formation» (10.3009). Chaque étudiant en médecine vétérinaire doit acquérir des connaissances sur les méthodes de la médecine complémentaire. Là aussi, il appartient aux facultés de rendre opérationnel cet objectif de formation dans leur catalogue des objectifs de formation et de l'intégrer dans les programmes. Les établissements de formation déterminent quelles sont les méthodes qui doivent être intégrées dans les programmes et le degré de profondeur qui doit être visé dans la transmission des connaissances (cf. également ch. 1.2.3).

Art. 12, al. 2 (phrase introductive)

Pour plus de clarté, la phrase introductive est désormais formulée spécifiquement pour la chiropratique. Si la formation universitaire en chiropratique est bien possible en Suisse depuis 2008, la chiropratique n'a pas encore pu être établie comme une branche de formation et de recherche à part entière. Il est donc toujours nécessaire d'offrir la possibilité d'étudier à l'étranger, dans les hautes écoles universitaires énumérées dans la liste figurant dans l'ordonnance du DFI du 20 août 2007 sur les filières d'études de chiropratique reconnues offertes par des hautes écoles universitaires étrangères¹⁶.

L'expression «crédits d'études», employée dans la loi, correspond comme actuellement aux crédits attribués par les universités selon le système de Bologne «European Credit Transfer and accumulation System (ECTS)».

¹⁶ RS 811.115.4

Art. 13 Dispositions d'exécution relatives aux examens fédéraux

Cette modification purement formelle du titre et de l'*al. 1* précise qu'il s'agit ici de dispositions d'exécution du Conseil fédéral qui ont été édictées sous la forme de l'ordonnance du 26 novembre 2008 concernant les examens LPMéd¹⁷. En outre, le nouveau titre reflète mieux le contenu de l'article. L'actuel al. 2 est transféré dans le nouvel art. 13a.

Art. 13a (nouveau) Institution des commissions d'examen

Jusqu'à présent, cette disposition figurait à l'art. 13, al. 2. Pour plus de transparence, l'institution des commissions d'examen est maintenant réglée dans un article distinct.

Art. 15, al. 1

Jusqu'à présent, la maîtrise d'une langue nationale était une condition pour la reconnaissance d'un diplôme ou d'un titre postgrade étranger (cf. art. 21, al. 1). Conformément à la jurisprudence de la CJUE, la directive 2005/36/CE règle désormais les connaissances linguistiques au titre IV (modalités d'exercice de la profession). Par conséquent, les personnes dont les qualifications professionnelles sont reconnues doivent disposer des connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de leur profession dans l'Etat membre d'accueil. Les exigences en matière de connaissances linguistiques sont donc réglées avec les conditions requises pour l'exercice de la profession (cf. art. 36, al. 1, let. c, et le commentaire correspondant).

Art. 17, al. 2, let. i (nouvelle)

Un nouvel objectif de formation postgrade (let. i) a été introduit à l'al. 2 afin d'encourager la collaboration dans les soins médicaux de base: pendant la formation postgrade, s'appuyant sur leur formation universitaire précédente, les étudiants doivent approfondir et élargir leurs connaissances relatives à leurs tâches, leur rôle et leurs fonctions futurs dans les soins médicaux de base. Ils doivent acquérir les connaissances, les aptitudes, les compétences et une compétence sociale leur permettant de garantir, en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, des soins médicaux de base qui répondent aux besoins de la population. Pour pouvoir assurer une collaboration qui fonctionne bien, les différents professionnels doivent bien comprendre quelles sont les tâches spécifiques à leur profession dans les soins médicaux de base.

En plus de la formation théorique, une formation postgrade pratique est indispensable pour les soins médicaux de base et la compréhension du rôle central tenu par la médecine de famille dans ce système. C'est pourquoi il faudrait tenir compte notamment des régions d'activité concernées (région, ville/campagne), des domaines d'activité (hospitalier, ambulatoire) et des spécificités relatives aux patients (âge, sexe, contexte culturel) déjà pendant la formation postgrade. Pour garantir la qualité de l'exercice futur de la profession, une formation postgrade adéquate et cohérente, qui englobe aussi des formations axées sur la pratique, est indispensable.

¹⁷ RS 811.113.3

La notion «sous leur propre responsabilité» telle qu'elle est employée à l'art. 17 concerne l'approfondissement des connaissances, des aptitudes, des compétences, de la compétence sociale et du comportement qui doivent être acquis dans le cadre de la formation postgrade. Il ne faut pas confondre cette notion avec «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle», visée à l'art. 34, al. 1. Pour l'exercice de leur profession, les médecins-dentistes, les pharmaciens et les vétérinaires acquièrent les compétences nécessaires pour pratiquer à titre d'activité économique privée, sous leur propre responsabilité personnelle, avec le diplôme fédéral (cf. art. 36, al. 1). Les objectifs de formation mentionnés à l'al. 2 indiquent la plus-value que la formation postgrade représente pour les médecins-dentistes, les pharmaciens et les vétérinaires. Par contre, en vertu de l'art. 36, al. 2, les médecins et les chiropraticiens doivent acquérir un titre postgrade, en plus du diplôme fédéral, avant de pouvoir demander une autorisation de pratiquer «à titre d'activité économique privée, sous leur propre responsabilité professionnelle».

Art. 17, al. 3 (nouveau)

L'assistantat au cabinet médical doit être inscrit dans le programme de formation postgrade en «médecine interne générale». Ceci est valable en particulier pour le cursus relatif à la médecine de famille, pour lequel il faut déterminer quelle doit être la durée obligatoire de l'assistantat au cabinet médical. Ceci paraît indispensable pour garantir une formation postgrade de grande qualité permettant aux personnes qui la suivent d'exercer à l'avenir dans les soins médicaux de base sous leur propre responsabilité professionnelle. Il est important de pouvoir acquérir une expérience de la pratique quotidienne d'un cabinet de médecine de famille en plus de l'expérience hospitalière.

L'assistantat au cabinet médical dans le cadre d'une formation postgrade en «médecine interne générale» est important pour acquérir les connaissances, les aptitudes et les capacités nécessaires à l'exercice de la profession de médecin de famille. L'assistantat au cabinet médical peut être effectué dans toutes les formes de la médecine de famille: cabinets privés ou de groupe ou autres structures équivalentes.

Art. 19, al. 1

Le terme «absolvieren» est repris dans la version actuelle allemande de la loi aux art. 12, al. 1, let. b, et 19, mais dans un sens différent, ce qui peut prêter à confusion pour l'interprétation du texte. La terminologie allemande utilise le substantif «Absolvieren» à l'art. 12, al. 1, let. b, dans le sens de «terminer» (cf. la version française de l'article dont l'énoncé est «avoir terminé») et à l'art. 19, al. 1, dans celui de «participer à». Dans un souci de cohérence, la terminologie allemande de l'art. 19, al. 1, doit par conséquent être modifiée et utiliser le terme «teilnehmen», à comprendre dans le sens de «participer». La version française de la loi, qui reste inchangée, parle de «suivre une formation postgrade».

Le diplôme fédéral correspondant ou étranger correspondant (pour autant qu'il soit reconnu) est obligatoire pour accéder à la formation postgrade accréditée. L'entrée en formation postgrade est marquée soit par une décision formelle (cf. art. 55, al. 2), soit par un autre moyen, comme le e-Logbuch. Un tel instrument permet de mieux structurer et de rendre plus transparente la formation.

Comme auparavant, les restrictions suivantes s'appliquent¹⁸:

- En cas de manque de places de formation postgrade, le législateur ne saurait obliger l'organisation responsable de la formation ou les cantons à en créer. La création d'une place de formation postgrade ne peut être imposée par une action en justice.
- Entrent en ligne de compte comme établissements de formation postgrade les entités telles que les hôpitaux universitaires ou cantonaux et leurs instituts, mais aussi de plus petits hôpitaux, des cabinets privés ou des pharmacies.
- La formation postgrade doit être accessible à tout titulaire d'un diplôme fédéral, qu'il soit membre ou non d'une association professionnelle. On ne saurait faire dépendre l'accès à cette formation de l'adhésion à la politique d'une association professionnelle.

Art. 21, al. 1

Jusqu'à présent, la maîtrise d'une langue nationale était une condition pour la reconnaissance d'un diplôme étranger ou d'un titre postgrade (cf. art. 15, al. 1). Conformément à la jurisprudence de la CJUE, la directive 2005/36/CE règle désormais les connaissances linguistiques au titre IV (modalités d'exercice de la profession). Par conséquent, les personnes dont les qualifications professionnelles sont reconnues doivent disposer des connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de leur profession dans l'Etat membre d'accueil. Les exigences en matière de connaissances linguistiques sont donc réglées désormais avec les conditions requises pour l'exercice de la profession (cf. art. 36, al. 1, let. c, et le commentaire correspondant) et elles sont supprimées à l'*al. 1* comme condition de la reconnaissance d'un titre postgrade.

Comme jusqu'à présent, l'*al. 1* prévoit que la reconnaissance des titres postgrades étrangers n'est possible que si elle est établie par un traité international qui traite expressément de l'équivalence des titres postgrades et la reconnaît. La Commission des professions médicales (MEBEKO) reste compétente pour la reconnaissance des diplômes et des titres postgrades étrangers (art. 21, al. 3, cf. aussi art. 50, al. 1, let. d).

Art. 21, al. 4

La reconnaissance des qualifications professionnelles n'est possible que sur la base d'un traité international. L'*al. 1* concerne la libre circulation réglée par un traité. Jusqu'à présent, l'*al. 4* réglait l'obtention de titres postgrades fédéraux par les membres des professions médicales dont le titre postgrade ne pouvait pas être reconnu, par ex. parce qu'il avait été octroyé dans un Etat qui n'avait pas conclu d'accord de reconnaissance réciproque des qualifications professionnelles avec la Suisse, c'est-à-dire un Etat tiers.

Vu l'impossibilité de reconnaître l'équivalence de ces titres postgrades étrangers, leurs titulaires peuvent demander, sur la base du droit en vigueur, que soit examiné à quelles conditions ils pourraient obtenir un titre fédéral de formation postgrade.

¹⁸ FF 2005 200

Jusqu'à présent, c'est la MEBEKO qui procédait à cet examen, après avoir entendu l'organisation responsable de la filière de formation postgrade concernée, et qui fixait les conditions auxquelles le titre postgrade fédéral pouvait être obtenu dans de tels cas. La pratique a toutefois montré qu'il est préférable que la fixation des conditions pour l'obtention d'un titre postgrade fédéral soit effectuée directement par l'organisation responsable de la filière de formation postgrade concernée et de l'octroi du titre postgrade. Seule cette organisation est réellement capable, sur la base de ses connaissances scientifiques, de juger de façon efficace quelles sont les qualifications qui font éventuellement défaut et doivent encore être obtenues.

Avec la suppression de l'art. 21, al. 4, la MEBEKO restera ainsi compétente pour se prononcer sur les demandes de reconnaissances de titres postgrades étrangers, non seulement pour accorder la reconnaissance lorsque les conditions sont remplies mais aussi pour rejeter les demandes de reconnaissance lorsque les conditions ne sont pas remplies, par exemple parce que le titulaire provient d'un pays avec lequel la Suisse n'a pas conclu de traité de reconnaissance.

Les organisations chargées de la formation postgrade seront compétentes pour statuer sur les demandes de validation de périodes de formation postgrade, en particulier pour les détenteurs de titres postgrades étrangers qui ne sont pas susceptibles d'être reconnus.

À la place d'une demande de reconnaissance de leur titre postgrade auprès de la MEBEKO, les personnes titulaires d'un titre étranger sont libres de déposer directement auprès de l'organisation chargée de la formation postgrade correspondante une demande en vue de la validation de leurs périodes de formation postgrade effectuées à l'étranger, aux fins d'obtention d'un titre postgrade fédéral.

Pour ces cas, ce n'est pas la reconnaissance du titre qui fait l'objet de la demande, mais la prise en compte des périodes de formation postgrade effectuées à l'étranger et la fixation des conditions nécessaires à l'obtention du titre postgrade fédéral correspondant. L'organisation responsable de la formation postgrade examine et fixe les conditions auxquelles le titre postgrade fédéral correspondant peut être obtenu (cf. aussi art. 20 et 55, let. a et d).

Art. 27, al. 5, phrase introductive

L'expérience tirée des accréditations en cours ou déjà effectuées montre que la double audition de la MEBEKO dans le cadre de la procédure d'accréditation n'apporte pas de plus-value. Il apparaît suffisant que la MEBEKO soit consultée par l'instance d'accréditation en vertu de l'art. 28 avant la décision d'accréditation.

Art. 29 Durée de validité

Jusqu'à présent, la durée de validité de l'accréditation pour les filières de formation universitaire et postgrade était fixée à sept ans au plus par la LPMéd. Pour les filières de formation universitaire, l'al. 1 renvoie désormais à la loi du 30 septembre 2011 sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles (LEHE)¹⁹, dont l'art. 34 délègue la compétence de fixer la durée de l'accréditation au Conseil des hautes écoles. Ce renvoi assure une réglementation uniforme de la durée d'accréditation des filières de formation universitaire.

¹⁹ FF 2011 6863

Pour les filières de formation postgrade, la durée de validité de l'accréditation reste de sept ans au plus (*al. 2*).

Art. 31 Modification d'une filière de formation postgrade accréditée

Etant donné que l'accréditation des filières de formation universitaire est désormais réglée par la LEHE, cet article n'est valable que pour les filières de formation postgrade. Le titre est adapté en conséquence.

A l'avenir, toutes les modifications sur le fond, c'est-à-dire les modifications qui concernent le contenu de la filière de formation postgrade accréditée, doivent être portées à la connaissance de l'instance d'accréditation et non pas les seules modifications fondamentales, comme c'était le cas jusqu'à présent (*al. 1*). Les modifications purement formelles qui servent à l'application des règles sur le contenu n'ont toujours pas besoin d'être communiquées à l'instance d'accréditation. L'adaptation d'un objectif de formation ou le nombre d'heures ou d'interventions nécessaires sont des exemples de modifications du contenu. Les modifications formelles sont celles qui n'ont aucune influence sur le contenu. Il peut s'agir de modifications de type purement organisationnel, comme les modalités d'inscription aux examens ou l'encaissement des taxes d'examens. Ces modifications ne doivent pas être communiquées. Il était nécessaire d'apporter ces précisions, car le terme «modifications fondamentales» s'est révélé imprécis et impraticable.

Art. 31a (nouveau) Obligation de renseigner

Les organisations responsables de la formation postgrade fournissent, sur demande de l'instance d'accréditation (*art. 47, al. 2*), toutes les informations nécessaires à ses tâches de surveillance. Ces organisations doivent fournir gratuitement les informations ainsi que les rapports et documents nécessaires. Ainsi, tous les documents internes de contrôle de qualité des organisations professionnelles et des sociétés de discipline, mais aussi les informations pertinentes émanant des établissements de formation postgrade, doivent pouvoir être fournis. Doivent par exemple pouvoir être présentés: les rapports de visite des établissements et cabinets de formation, les concepts de formation des établissements de formation, les organigrammes, les résultats et statistiques des évaluations des médecins-assistants, les logbuch, etc. Comme moyen d'aide, les standards de qualité pour l'accréditation des filières de formation postgrade ainsi que les guides (d'autoévaluation et d'évaluation externe) pour l'accréditation des filières de formation postgrade élaborés pour chaque discipline pourront contenir une liste des documents les plus importants qui peuvent notamment être exigés.

Art. 34, al. 2 (nouveau)

La nouvelle disposition (*al. 2*) délimite la nouvelle notion d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle, en relation avec la base constitutionnelle de la LPMéd. En vertu de l'*art. 95, al. 1, Cst.*, la Confédération ne peut édicter que des prescriptions relatives à l'activité économique lucrative privée. En revanche, la Confédération n'a pas la compétence, en vertu de cette disposition constitutionnelle, d'édicter des prescriptions pour les activités économiques qui relèvent des tâches ou prestations de service public des cantons ou des communes. Ce domaine reste de la compétence des cantons. Ceux-ci peuvent prévoir, dans le

droit cantonal, un régime d'autorisation pour l'activité professionnelle «sous sa propre responsabilité» en la matière. Le terme «service public» a été introduit par le Parlement dans le cadre de la consultation sur la loi du 18 mars 2011 sur les professions de la psychologie²⁰ (cf. message à propos de l'art. 22, al. 2¹, LPsy). Par analogie, ce terme est repris dans la LPMéd.

En vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, le traitement des malades dans un hôpital relève de l'accomplissement d'une tâche publique s'il s'agit d'un hôpital public, si le traitement est effectué par des personnes employées dans cet hôpital et si le traitement est effectué dans le cadre du cahier des charges de ces personnes²².

Les critères de l'hôpital public et de l'accomplissement d'une tâche publique sont liés: si le droit cantonal leur attribue une tâche publique, l'hôpital ou la clinique doivent être considérés comme étant publics, quels que soient leur forme juridique et le statut du personnel. Le droit cantonal doit concrétiser la tâche publique en prescrivant un cadre de droit public à l'établissement pour l'accomplissement de cette tâche. L'obligation d'admettre des patients à certaines conditions ou l'obligation de fournir les prestations prévues par le mandat de prestations en font partie²³.

Le régime de l'autorisation de l'al. 1 n'est valable que pour les activités professionnelles qui relèvent d'une activité économique lucrative privée au sens de l'art. 95, al. 1, Cst. et non pour les activités professionnelles relevant du service public. Il appartient aux cantons d'assurer une application uniforme des notions «service public» et «activité économique privée» puisque le droit cantonal détermine quelles parties du système de santé font partie des tâches publiques.

Art. 36, al. 1, let. c (nouvelle)

En vertu de la directive 2005/36/CE et de la jurisprudence de la CJUE, les connaissances linguistiques ne peuvent être une condition de la reconnaissance du diplôme ou du titre postgrade, mais sont à examiner dans le cadre de l'exercice effectif de la profession. Il s'ensuit une modification relative à l'instance compétente pour examiner si les connaissances linguistiques sont suffisantes. Etant donné que ce sont les cantons qui examinent, dans le cadre de l'octroi de l'autorisation de pratiquer, si les conditions de l'exercice de l'activité économique privée par les membres des professions médicales universitaires, sous leur propre responsabilité professionnelle, sont remplies, l'examen des connaissances linguistiques est désormais de leur compétence. Les cantons sont libres de déterminer les modalités de l'examen des connaissances linguistiques, par ex. à l'aide de certificats linguistiques obtenus ou d'examens linguistiques spécifiques.

Les exigences en matière de connaissances linguistiques doivent respecter le principe de la proportionnalité et ne doivent en aucun cas dépasser la mesure de ce qui est objectivement nécessaire à l'exercice de la profession concernée²⁴. L'autorité cantonale compétente est tenue d'examiner si le requérant maîtrise une langue officielle du canton. Pour ce faire, les cantons peuvent se référer au Cadre européen commun

²⁰ RS 935.81

²¹ FF 2009 6275

²² ATF 133 III 462, consid. 2.1; ATF 122 III 101, consid. 2a cc; ATF 111 II 149, consid. 3a.

²³ FF 2009 6275, message relatif à la loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie, ad art. 22, al. 2.

²⁴ CJCE, 4.7.2000, Salomone Haim c. kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Rs. C-424/97, recueil 2000, I-5123.

de référence pour les langues²⁵. L'exigence de connaissances linguistiques du niveau B2 (utilisateur indépendant) semble appropriée afin qu'une compréhension optimale entre le praticien et ses patients soit possible. Le niveau B2 donne en effet la garantie que la personne concernée comprend le contenu essentiel de sujets concrets ou abstraits dans un texte complexe, y compris une discussion technique dans sa spécialité, qu'elle peut communiquer avec un degré de spontanéité et d'aisance tel qu'une conversation avec un locuteur natif ne comporte de tension ni pour l'un ni pour l'autre, et qu'elle peut s'exprimer de façon claire et détaillée sur une grande gamme de sujets, émettre un avis sur un sujet d'actualité et exposer les avantages et les inconvénients de différentes possibilités.

Art. 36, al. 4 (nouveau)

En vertu du principe du marché intérieur et suite à l'uniformisation des conditions d'autorisation au niveau fédéral, il faut partir de l'idée que chaque personne qui est déjà titulaire d'une autorisation de pratiquer dans un canton remplit en principe les conditions d'octroi de l'autorisation dans un autre canton. En règle générale, le deuxième canton octroie donc simplement l'autorisation correspondante. Exceptionnellement, certaines conditions de l'autorisation peuvent ne plus être remplies après l'octroi de la première autorisation (par ex. maladie grave du requérant); l'autorisation doit alors être refusée. On peut aussi imaginer que des connaissances linguistiques lacunaires doivent être complétées dans le nouveau canton (par ex. en cas de passage d'un canton germanophone à un canton francophone). Par ailleurs, l'art. 37 est réservé. Il faut encore relever que les dispositions sur le marché intérieur trouvent ici une application subsidiaire. Notamment, une personne qui est titulaire d'une autorisation cantonale et qui veut exercer sa profession dans un autre canton a droit à une procédure d'autorisation simple, rapide et gratuite en vertu de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur le marché intérieur (LMI)²⁶ (art. 3, al. 4, LMI).

Art. 38, al. 2 (nouveau)

Le nouvel *al. 2* prévoit un échange d'informations entre les cantons concernés en cas de retrait de l'autorisation. Si l'autorisation est retirée à une personne qui est aussi titulaire d'une autorisation dans un autre canton, l'autorité chargée du retrait informe l'autorité de surveillance de l'autre canton.

Art. 50, al. 2

La compétence de la MEBEKO a été étendue en ce sens qu'elle peut désormais laisser à des tiers le soin de traiter les données personnelles dans le cadre de l'exécution de ses tâches. Ceci s'est avéré nécessaire étant donné que le *Global Location Number (GLN)* est attribué par un organisme externe à l'administration en Suisse. Le GLN est déjà utilisé par les organisations faitières (FMH, Pharmasuisse) dans le cadre du TARMED comme identifiant univoque et joue un rôle-clé dans le système de santé suisse. Il est attribué par la fondation Refdata, sur mandat de la MEBEKO, au moment de l'octroi ou de la reconnaissance du diplôme. La MEBEKO transmet à la fondation Refdata les données personnelles et celles relatives au diplôme qu'elle a enregistrées dans sa banque de données et qui sont nécessaires à l'accomplissement

²⁵ <http://europass.cedefop.europa.eu/LanguageSelfAssessmentGrid/fr>

²⁶ RS 943.02

de cette tâche. Ces données, complétées par le GLN, représentent une partie des données de base pour le registre des professions médicales universitaires (MedReg) (cf. art. 51 ss). En vertu de l'art. 50e, al. 1, de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)²⁷, le nouveau numéro AVS fait aussi partie de ces données de base. Ce numéro sera dorénavant enregistré au moment de l'inscription à l'examen fédéral. Le nouveau numéro AVS est demandé par la MEBEKO auprès de la Centrale de compensation (CdC) pour compléter les données déjà enregistrées relatives aux membres des professions médicales universitaires et des détenteurs de diplômes ou de titres postgrades étrangers nouvellement reconnus.

Art. 51, al. 4bis (nouveau)

En vertu de l'art. 50e, al. 1, LAVS, une base légale est nécessaire pour que le nouveau numéro AVS puisse être systématiquement utilisé dans le registre. Cette base légale est donnée par l'al. 4bis. Le numéro AVS sera utilisé de manière systématique, tel que le prévoit l'art. 50e, al. 1, LAVS, pour l'identification univoque des personnes figurant dans le registre ainsi que pour la mise à jour des données personnelles (décès, changement de nom, etc.). En vertu de la disposition de la LAVS citée ci-dessus, le nouveau numéro AVS ne sera pas accessible au public, mais uniquement aux collaborateurs de l'OFSP responsables du registre ainsi qu'aux autorités cantonales chargées de l'octroi des autorisations de pratiquer.

Art. 52, al. 1

Al. 1: la nouvelle terminologie «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle» amène à étendre corrélativement l'obligation de notification des cantons au MedReg. En outre, à présent, l'obligation qu'ont les autorités cantonales de notifier aussi les retraits d'autorisation selon l'art. 38 au MedReg est désormais expressément mentionnée. Les motifs de retrait d'autorisation constituent des données personnelles sensibles (cf. art. 53, al. 2). Pour des raisons de protection des données, ces données ne peuvent pas être consultées ou modifiées directement par voie électronique dans le MedReg. Les autorités cantonales doivent communiquer les données sensibles à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à l'aide d'un formulaire. Les données sensibles sont accessibles uniquement aux autorités cantonales compétentes (cf. art. 53, al. 2). Les personnes autorisées des autorités compétentes peuvent demander un renseignement sur les données sensibles par voie électronique auprès de l'OFSP.

Pour des raisons juridiques, seules les mesures disciplinaires entrées en force peuvent être enregistrées; par contre il n'est pas possible d'enregistrer l'ouverture d'une procédure disciplinaire ou une procédure en cours dans le registre. Ceci porterait clairement atteinte à la présomption d'innocence dont bénéficie chaque personne qui ne fait pas l'objet d'un jugement entré en force et reviendrait à porter un jugement prématuré, ce qui est inadmissible. L'enregistrement dans le registre n'est d'ailleurs pas nécessaire puisqu'en vertu de l'art. 44, l'autorité de surveillance d'un canton est tenue d'informer l'autorité de surveillance de l'autre canton dans lequel la personne concernée est encore titulaire d'une autorisation de pratiquer, de l'ouverture d'une procédure disciplinaire. Si elle envisage d'interdire l'exercice de la profession, elle

doit même la consulter. De cette manière, la transmission des informations nécessaires à la protection des patients entre les autorités concernées est garantie.

En outre, l'autorité cantonale compétente peut restreindre préventivement, le cas échéant pendant la procédure disciplinaire, l'autorisation de pratiquer de la personne concernée, l'assortir de charges ou la retirer (cf. art. 43, al. 4). Les autorités compétentes pour l'octroi de l'autorisation de pratiquer peuvent aussi demander un renseignement sur ces données par voie électronique auprès de l'OFSP.

Art. 53, al. 2, 2^{bis} (nouveau) et 3 (nouveau)

À l'al. 2, pour des raisons de proportionnalité, les données relatives à des restrictions levées portant sur l'autorisation de pratiquer ont été supprimées et sont réglées dans un nouvel al. 2^{bis}. Etant donné que les cantons ont réglementé la surveillance des membres des professions médicales universitaires de façon différente et que l'autorité cantonale compétente pour l'octroi de l'autorisation de pratiquer n'est pas forcément identique à l'autorité de surveillance, cette dernière est aussi mentionnée ici. Pour des raisons matérielles et du point de vue de la protection des patients, les deux autorités doivent pouvoir disposer de ces données, pour autant qu'elles respectent les mesures de sécurité.

Al. 2^{bis}: pour des raisons de proportionnalité, les données relatives à des restrictions levées ou à des interdictions temporaires de pratiquer qui sont dotées de la mention «radié» ne peuvent faire l'objet d'une demande de renseignement que si cette demande émane de l'autorité chargée de la procédure disciplinaire en cours et non, plus généralement, des autorités de surveillance dans le cadre d'une simple demande d'autorisation.

Le nouvel al. 3 reprend une partie de l'actuel al. 2, qui dispose que toutes les autres données sont accessibles au public. Le Conseil fédéral a toutefois la compétence de prévoir des exceptions à la publicité si l'accès public ne répond pas à l'intérêt de la santé publique. C'est le cas, par ex., pour la langue de correspondance ou pour la base légale de l'autorisation de pratiquer. Les exceptions à la publicité de certaines données doivent être comprises dans l'esprit d'une communication des données qui respecte la proportionnalité et qui prend en compte la protection de la personnalité des personnes concernées. Les questions de détail sont réglées dans l'ordonnance sur le registre LPMéd.

Art. 54 Radiation et élimination d'inscriptions dans le registre

La structure de cet article a été remaniée: l'actuel al. 3 devient l'al. 1, l'actuel al. 1 devient l'al. 2 et l'actuel al. 2 devient l'al. 3. Les modifications suivantes ont été apportées sur le fond:

Au vu du principe de la proportionnalité, il paraît approprié d'éliminer définitivement du registre les restrictions cinq ans après leur levée, mais aussi les avertissements, les blâmes et les amendes cinq ans après le prononcé de la mesure disciplinaire en question (al. 1 et 2). Par contre, pour les interdictions temporaires de pratiquer, un délai de dix ans après la levée de ces mesures, comme la loi actuelle le prévoit, respecte le principe de la proportionnalité (al. 3).

L'expérience montre que des personnes de plus de 80 ans continuent souvent d'exercer leur profession. C'est pourquoi il n'y a pas de limite d'âge relative à l'élimination des données personnelles du MedReg au niveau fédéral (al. 4). Par

contre, les cantons sont libres de prévoir une limite d'âge appropriée dans leur législation.

Art. 55, al. 2 (nouveau)

Pour des raisons pratiques, les organisations responsables des filières de formation postgrade ne peuvent pas rendre une décision d'admission pour toutes les personnes qui souhaitent suivre une formation postgrade (cf. commentaire de l'art. 19, al. 1). Sur demande de la personne concernée, l'organisation responsable de la formation postgrade compétente doit toutefois rendre une décision formelle sujette à recours pour l'admission dans les filières de formation postgrade.

Art. 67a (nouveau)

Disposition transitoire de la modification du ...

Cette disposition transitoire est liée à la modification de l'expression «à titre indépendant», qui devient «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle». Elle n'est applicable qu'aux personnes qui remplissent les critères suivants: (1) elles exerçaient déjà la profession soumise aux dispositions de la loi avant l'entrée en vigueur de la présente modification. (2) Elles n'exerçaient pas leur profession «à titre indépendant» au sens du droit actuel. (3) Par contre, elles exerçaient leur profession à titre d'activité économique privée, sous leur propre responsabilité professionnelle et (4) le droit cantonal n'a pas soumis cette activité au régime de l'autorisation.

Ce cas de figure peut se présenter, par ex., pour les membres d'une société anonyme de médecins ou pour les médecins qui exercent leur profession sous leur propre responsabilité professionnelle dans une clinique privée (mais pas à titre indépendant au sens de la loi en vigueur) dans un canton qui n'a soumis au régime de l'autorisation que l'activité à titre indépendant. Ces personnes auront désormais besoin d'une autorisation de pratiquer.

La disposition transitoire accorde aux personnes concernées un délai de cinq ans pour demander une autorisation de pratiquer, pour se réorganiser si besoin est ou pour compléter leurs qualifications.

Modification de la loi du 18 mars 2011 sur les professions de la psychologie²⁸

Art. 43, al. 4

La disposition concernée de la loi sur les professions de la psychologie est adaptée par analogie avec l'art. 54, al. 4, LPMéd.

Modification de la loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants²⁹

Art. 9, al. 1 et 3

Afin d'harmoniser la terminologie, l'expression «à titre indépendant», telle qu'elle figure dans cette disposition de la loi sur les stupéfiants, est aussi remplacée par «à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle». La loi sur les stupéfiants (LStup) régit l'utilisation de stupéfiants non seulement

²⁸ RS 935.81

²⁹ RS 812.121

par des personnes exerçant une profession médicale à titre d'activité économique privée, mais aussi par des personnes exerçant une profession médicale dans un service public cantonal ou communal (cf. nouvel art. 34, al. 2, LPMéd). L'utilisation de stupéfiants est autorisée pour toutes les personnes exerçant une profession médicale sous leur propre responsabilité professionnelle qui sont mentionnées dans l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les autorisations dans le domaine des médicaments³⁰, sans autorisation supplémentaire, à condition qu'elles soient titulaires d'une autorisation au sens de la LPMéd ou qu'elles exercent leur profession sous leur propre responsabilité professionnelle dans un service public cantonal ou communal et qu'elles disposent d'une autorisation cantonale de traitement correspondante. Les personnes exerçant une profession médicale à titre d'activité économique privée sont donc traitées de la même manière que les personnes qui exercent leur profession dans un service public cantonal ou communal sous leur propre responsabilité professionnelle pour ce qui concerne l'utilisation de stupéfiants. Les autorisations exceptionnelles visées à l'art. 8 LStup sont explicitement réservées, ce qui permet de délimiter les autorisations exceptionnelles visées à l'art. 8 des autorisations visées à l'art. 9 LStup.

L'al. 3 est abrogé, car il devient caduque avec la nouvelle formulation de l'al. 1.

3 Conséquences

3.1 Conséquences pour la Confédération

La présente révision n'aura pas de conséquence financière pour la Confédération. Elle n'engendre pas la création de postes de travail supplémentaires.

La possibilité nouvelle pour l'instance d'accréditation d'obtenir plus de documents pour l'exercice de ses tâches de surveillance (nouvel art. 31a) ne devrait pas causer un surcroît de travail.

L'allègement de la charge de travail de la MEBEKO ne sera pas important, car les modifications apportées par la révision aux tâches de la commission ne concernent qu'une faible partie de son travail. En effet, le contrôle des connaissances linguistiques, à l'avenir transmis aux cantons (nouvel art. 36, al. 1, let. c), consistait jusqu'à présent en la vérification de l'existence d'un certificat de langue, et non en la mise sur pied d'un examen. Le transfert des compétences pour la fixation des conditions d'obtention des titres postgrades fédéraux aux organisations responsables de la formation postgrade, dans le cas de titres étrangers qui ne peuvent pas être reconnus (suppression de l'art. 21, al. 4), ne représente également pas une grosse diminution de travail, car ces organisations étaient dans la pratique actuelle consultées par la MEBEKO et effectuaient de fait déjà la majeure partie de l'examen qu'exigeaient ces cas (cf. art. 21, al. 4). Enfin, la consultation unique de la MEBEKO lors de la procédure d'accréditation (cf. art. 27, al. 5, et 28) ne réduira pas de manière conséquente le travail de la commission.

³⁰ RS 812.212.1

3.2 Conséquences pour les cantons et les communes

Jusqu'à présent, la maîtrise d'une langue nationale était une condition pour la reconnaissance d'un diplôme ou d'un titre postgrade étranger et était vérifiée par la MEBEKO dans le cadre de la procédure de reconnaissance. Or, cette exigence, comme mentionné ci-dessus (cf. ch. 1.2.1) n'est pas compatible avec la jurisprudence de la CJUE et la réglementation instaurée par la directive 2005/36/CE. Ce sont désormais les cantons qui devront vérifier les connaissances linguistiques des personnes qui présentent une demande d'autorisation de pratiquer. Cette vérification doit être proportionnée, c'est-à-dire que les connaissances linguistiques exigées ne doivent pas dépasser le niveau objectivement nécessaire pour exercer la profession médicale concernée. Des explications plus détaillées figurent dans le commentaire des dispositions suivantes: art. 15, al. 1, art. 21, al. 1, art. 36, al. 1, let. c. Le niveau de connaissances exigé devrait correspondre au minimum au niveau B2 (utilisateur indépendant) du portefeuille européen des langues. Le surplus de travail engendré par ce changement dépendra de la procédure de contrôle choisie par le canton.

En outre, il s'agira également d'intégrer dans les législations cantonales la nouvelle terminologie «à titre économique privé, sous sa propre responsabilité professionnelle», qui remplace l'expression «à titre indépendant».

Finalement, l'amélioration de l'échange d'informations entre les cantons concernés en cas de retrait de l'autorisation de pratiquer (art. 38, al. 2, et art. 52, al. 1) mènera, par une meilleure transparence, à une gestion plus efficace des autorisations, qui compensera un éventuel surcroît de travail.

3.3 Autres conséquences

Les institutions de formation devront, si cela n'est pas déjà le cas, intégrer à leur cursus une formation en médecine complémentaire ainsi que mettre l'accent sur la médecine de famille afin de répondre aux objectifs de formation qui sont insérés dans la loi. En matière de médecine complémentaire, il reviendra aux institutions de formation de déterminer quelles connaissances seront transmises dans leur faculté.

4 Relation avec le programme de la législature

Le projet a été annoncé dans le message du 25 janvier 2012 sur le programme de la législature 2011 à 2015³¹ et dans l'arrêté fédéral du 15 juin 2012 sur le programme de la législature 2011 à 2015³².

³¹ FF 2012 349, ici 435

³² FF 2012 6667, ici 6674

5 Aspects juridiques

5.1 Constitutionnalité et légalité

La LPMéd réglemeute désormais l'«activité économique privée, sous leur propre responsabilité professionnelle,» des membres des professions médicales universitaires, en lieu et place de l'«activité à titre indépendant». La nouvelle notion correspond mieux à la marge de manœuvre laissée au législateur par l'art. 95, al. 1, Cst., puisqu'elle se rapproche de l'expression «activité économique lucrative privée» employée par la Cst. La LPMéd laisse aux cantons la compétence de réglementer le domaine de l'exercice de la profession dans un service public cantonal ou communal (cf. art. 34, al. 2).

Le fait que l'exercice de la profession ne soit réglé que pour les personnes qui exercent sous leur propre responsabilité professionnelle et qui ne se trouvent donc pas dans un rapport de subordination avec un autre professionnel respecte le principe de la proportionnalité.

Les modifications correspondent au droit supérieur. Elles sont conformes au droit de l'UE et à la Cst.

5.2 Compatibilité avec les obligations internationales

En vertu de l'ALCP, les règles relatives à la libre circulation des personnes doivent être appliquées en Suisse.

En septembre 2011, le Comité mixte de l'ALCP a décidé que la directive 2005/36/CE, à l'exception du titre II (libre prestation de services), devait être provisoirement appliquée en Suisse dès le 1^{er} novembre 2011.

La directive 2005/36/CE contient en principe le système actuel de reconnaissance des diplômes, mais avec des améliorations ponctuelles. Les modifications les plus importantes sont:

Consolidation: cette directive consolide la réglementation existante de la reconnaissance réciproque des diplômes.

Modernisation du système: le système général de reconnaissance des diplômes est appliqué à titre subsidiaire lorsque le certificat professionnel sectoriel n'est pas mentionné dans l'annexe III de l'accord sur la libre circulation des personnes.

Simplification des services: la procédure de déclaration pour les prestataires de services prévue par la directive 2005/36/CE dans son titre II constitue une nouveauté importante. A l'avenir, la reconnaissance d'un diplôme ne sera plus nécessaire pour les prestations de services transfrontalières (court séjour, au maximum 90 jours), même si la profession est réglementée. Des exceptions sont prévues pour les activités qui portent atteinte à la santé ou à la sécurité des personnes. Les Etats d'accueil peuvent toutefois exiger une déclaration préalable des prestataires de service, en lieu et place de la procédure de reconnaissance. Le 14 décembre 2012, le Parlement a adopté la loi fédérale du 14 décembre 2012 portant sur l'obligation des prestataires de services de déclarer leurs qualifications professionnelles dans le cadre des professions réglementées et sur la vérification de ces qualifications³³. Elle devrait entrer en

³³ FF 2012 8989

vigueur en septembre 2013. A partir de ce moment, la directive 2005/36/CE sera définitivement applicable en Suisse.

La présente révision contient les adaptations nécessaires à cette directive. Les connaissances linguistiques requises ne constituent plus une condition de reconnaissance des diplômes ou titres postgrades étrangers, mais elles sont examinées dans le cadre de l'octroi de l'autorisation.

5.3 Délégation de compétences législatives

L'art. 53, al. 3, du projet de révision délègue de nouvelles compétences législatives au Conseil fédéral en disposant que ce dernier peut prévoir des exceptions à l'accès public à certaines données lorsqu'il ne répond pas à l'intérêt de la santé publique.

5.4 Frein aux dépenses

En vertu de l'art. 159, al. 3, let. b, Cst., les dispositions relatives aux subventions, ainsi que les crédits d'engagement et les plafonds de dépenses, s'ils entraînent de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs, doivent être adoptés à la majorité des membres de chaque conseil. Puisque le projet ne contient ni disposition sur des subventions, ni décision relative à un financement, il n'est pas soumis au frein aux dépenses.

