



Intervention parlementaire

Réponse du Conseil-exécutif

N° de l'intervention : 137-2025
Type d'intervention : Motion
Motion ayant valeur de directive : ☒
N° d'affaire : 2025.GRPARL.332

Déposée le : 05.06.2025

Motion de groupe : Non
Intervention de l'organe du GC : Non
Déposée par : Clauss (Biel/Bienne, PS) (porte-parole)
Speiser-Niess (Zweisimmen, UDC)
Beutler-Hohenberger (Gwatt, PEV)
Schär (Schönried, PLR)
Hurni (Frutigen, PS)
Hilty Haller (Bern, Les VERT-E-S)
Blatti (Oberwil i. S., UDF)

Cosignataires : 2

Urgence demandée : Non
Urgence accordée :

N° d'ACE : 1089/2025 du 22 octobre 2025
Direction : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
Classification : Non classifié
Proposition du Conseil-exécutif : **Vote point par point**
Points 1 + 2 : rejet
Point 3 : adoption et classement
Point 4 : adoption sous forme de postulat
Point 5 : rejet
Point 6 : adoption et classement

Les services d'obstétrique font partie des soins de base

Le Conseil-exécutif est chargé des mandats suivants :

1. Faire figurer l'accouchement assisté par sage-femme parmi les prestations relevant des soins de base dans la planification des soins et la loi sur les soins hospitaliers (LSH), et faire en sorte que cette prestation soit intégrée dans le paquet de base (PB) pour les hôpitaux répertoriés dans la liste des hôpitaux.
2. Le Conseil-exécutif est chargé de représenter les positions suivantes au sein de la CDS :
3. Les modèles de soins d'obstétrique avec les mandats de prestations « Maisons de naissance » (GEBH), « Obstétrique » (GEB1), « Soins de base aux nouveau-nés en maison de naissance » (NEOG) ou « Néonatalogie » (NEO1) sont décentralisés au niveau régional et planifiés en concertation avec la population locale.
4. La présence de services d'obstétrique dans un rayon d'environ 30 minutes doit être garantie, et, en cas de couverture insuffisante, un cadre approprié et un soutien financier pour des structures de sage-femmes doivent être mis en place.

5. L'obstétrique doit être développée en tant que soins intégrés et interdisciplinaires couvrant la grossesse, l'assistance à l'accouchement et le suivi post-partum dans l'établissement de soins et à l'extérieur. Elle doit être mise en place dans le cadre d'un modèle de soins intégrés, interdisciplinaires et interprofessionnels dans le domaine de l'obstétrique, comme le font par exemple aujourd'hui déjà les maisons de naissance.
6. La possibilité de réaliser un séjour post-partum doit être garantie dans chaque établissement obstétrique qui réalise aussi des accouchements.

Développement :

En avril 2025, un service d'obstétrique (à Frutigen) a de nouveau fermé. Grâce au système d'accompagnement par sage-femme qu'il proposait, il offrait un modèle de soins sur mesure pour la région. Avec cette nouvelle fermeture, la prise en charge des parturientes dans les régions périphériques se réduit comme peau de chagrin.

L'obstétrique en Suisse traverse une profonde crise, laquelle est principalement due aux contraintes économiques, et non à une planification des soins axée sur les besoins. Résultat : des maternités ont fermé et les services d'obstétrique ont été centralisés, alors même que la plupart des accouchements se déroulent naturellement, sans qu'une prise en charge clinique spécialisée ne soit nécessaire.

Comme la règle veut que tous les soins d'obstétrique relèvent de la catégorie des « prestations spécifiques », cela entraîne des coûts (souvent inutilement) élevés pour les prestations de base fixes. Les futurs parents et les familles qui vivent dans les régions rurales sont les premiers à faire les frais de cette évolution, car ils n'ont pas de structures de soins à proximité. Des études internationales montrent que, dans le cas de grossesses à bas risque, les accouchements assistés par sage-femme réussissent aussi bien, voire mieux, que les accouchements réalisés dans des cliniques dirigées par des médecins, notamment parce qu'ils nécessitent moins d'interventions médicales¹. De plus, il est de notoriété publique que ne pas avoir de services d'obstétrique à proximité peut accroître les risques et donner de moins bons résultats pour la mère et l'enfant².

Un problème central est la perte du personnel qualifié : lorsque des offres stationnaires (dans les hôpitaux, les maisons de naissance) sont abandonnées, les sage-femmes et gynécologues viennent aussi à manquer en ambulatoire, car c'est une spécialité importante qui s'étirole. Le canton de Berne en est un exemple criant : l'agglomération compte quelque 144 sage-femmes indépendantes alors que les régions rurales comme le Simmental et le Pays de Gessenay n'en ont que trois.

La distance de la maternité la plus proche est un facteur critique pour une grossesse en toute sécurité. Les femmes qui vivent très loin se rendent moins souvent à des examens de prévention, ce qui fait que les grossesses à risque ou les complications sont identifiées trop tard, voire pas du tout. Une étude menée au Canada souligne d'ailleurs la pertinence de ce facteur³.

Un accouchement est plus qu'un acte médical à rationaliser. C'est un processus naturel, sensible aux contrariétés, qui peut affecter durablement la santé. La protection et

¹ Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. Accessed 04 April 2025.

² Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. BMC Health Serv Res. 2011 Jun 10;11:147. doi: 10.1186/1472-6963-11-147. PMID: 21663676; PMCID: PMC3126704.

³ The University of British Columbia: the Applied Policy Research Unit at the Centre for Rural Health Research (2015) System Enablers of Distributed Maternity Care for Aboriginal Communities in British Columbia: Disponible à l'adresse : https://med-fom-crhr.sites.olt.ubc.ca/files/2015/11/apru_the-safety-of-rural-maternity-services-without-local-access-to-c-section_2015.pdf

l'accompagnement de ce processus ne sont pas seulement « un plus », ce sont avant tout un outil de prévention et un investissement rentable pour l'avenir de la société. De plus, avoir des services d'obstétrique est un facteur économique important pour les régions rurales : sans eux, elles perdent de leur attrait pour les familles et les professions spécialisées.

Le nombre minimal de cas est un argument souvent invoqué pour justifier la fermeture des maternités, mais cet argument n'est pas fondé pour les soins de base en obstétrique délivrés lors des grossesses à bas risque. Il n'existe aucune preuve fiable que le nombre minimal de cas en obstétrique ait un effet qualitatif ou positif sur la mortalité, la morbidité ou d'autres paramètres pertinents.

Au cours des 25 dernières années, de nombreuses petites structures obstétricales appréciées, familiales, ont disparu dans le canton de Berne du fait de calculs économiques ou d'affirmations sans fondements sur la qualité. À chaque fois, la population s'est montrée fortement opposée, mais ni les femmes/parents concernés, ni les sage-femmes et les spécialistes n'ont été consultés ou sérieusement entendus dans le développement de nouvelles stratégies pour des prestations obstétriques décentralisées et accessibles sur l'ensemble du territoire.

Les conséquences de ces fermetures sur la qualité des soins que reçoivent les parturientes, les enfants et les familles, sur l'attrait des régions et sur l'exode du personnel qualifié n'ont jamais été systématiquement examinées. Nous critiquons vivement le fait que, pour des raisons strictement économiques, on mette en péril la naissance, fondement de la société.

Réponse du Conseil-exécutif

La présente motion porte sur un domaine ressortissant exclusivement au Conseil-exécutif (motion ayant valeur de directive), puisque sa réalisation relève des compétences du Conseil-exécutif à exécuter les actes législatifs, à statuer sur les recours et à remplir les tâches qui lui incombent (art. 90, al. 1, lit. d, f et h ConstC⁴). Le gouvernement dispose ainsi d'une latitude relativement grande en ce qui concerne le degré de réalisation des objectifs fixés, les moyens à mettre en œuvre et les modalités pratiques. Il lui appartient de décider en dernier ressort. La responsabilité de la planification des soins (art. 6 LSH⁵) et de la couverture des besoins (art. 12 LSH) revient au Conseil-exécutif.

Le canton de Berne dispose aujourd'hui d'une offre suffisante et accessible :

- Des prestations obstétriques en mode stationnaire sont proposées sur neuf sites hospitaliers situés dans le canton de Berne ainsi que sur trois sites extracantonaux⁶.
- Au moins un hôpital répertorié met à disposition une telle offre dans chacune des quatre régions de soins du modèle 4+ du canton de Berne.
- Outre les 12 hôpitaux répertoriés, le canton de Berne fait figurer sur la liste des hôpitaux en soins aigus somatiques les deux maisons de naissance Geburtshaus Luna AG et Maternité Alpine, qui proposent exclusivement des accouchements assurés par des sages-femmes (cf. point 3). À Steffisburg, une troisième maison de naissance, celle de Mülibach, vient d'ouvrir ses portes. Les demandes d'inscription sur la liste cantonale des hôpitaux ont été soumises au canton de Berne.

Le nombre de naissances dans le canton de Berne est en recul : en 2024, 8727 enfants y sont nés, ce qui représente une diminution de 11,5 % par rapport à l'année 2014, où l'on a enregistré la naissance de 9731 enfants⁷.

⁴ Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 (RSB 101.1)

⁵ Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.11)

⁶ Cf. note 7

⁷ Statistique de la population et des ménages (STATPOP) de 2024, Office fédéral de la statistique

Les futurs parents peuvent choisir entre un accouchement à l'hôpital ou dans une maison de naissance. Les hôpitaux disposent d'une infrastructure médicale plus étendue, tandis que les maisons de naissance proposent des accouchements naturels dans une atmosphère chaleureuse, accompagnés par des sages-femmes. Les maisons de naissance sont principalement destinées à des femmes en bonne santé dont les grossesses se déroulent normalement. Elles proposent une prise en charge individualisée par des sages-femmes, plus étroite qu'en milieu hospitalier. Dans le canton de Berne, environ 200 enfants viennent au jour chaque année dans une maison de naissance. Ce chiffre est relativement faible par rapport aux naissances en milieu hospitalier : seules 2,4 % des naissances ont lieu dans une maison de naissance gérée par des sages-femmes, contre 97,6 % dans un hôpital.

Les maisons de naissance doivent respecter des exigences identiques dans toute la Suisse (cf. points 1 et 2). Seuls des accouchements spontanés sans complications peuvent y être réalisés. Les sages-femmes en service doivent garantir la prise en charge des patientes 365 jours par an, 24 heures sur 24. Le respect de cette exigence est assuré par au moins trois sages-femmes avec autorisation de pratiquer à titre indépendant. Une sage-femme doit toujours être atteignable pour les patientes dès la 36^e semaine de grossesse jusqu'à la fin du post-partum. En outre, une sage-femme doit à tout moment pouvoir arriver à la maison de naissance en 30 minutes. Si une patiente est présente dans la maison de naissance, une professionnelle ou un professionnel doit se trouver sur place.

Les services d'obstétrique de tous les hôpitaux de Suisse doivent respecter des exigences plus strictes (cf. points 1 et 2). Ils conviennent à tous les types d'accouchements, y compris les grossesses à risques et les accouchements pouvant entraîner des complications, étant donné qu'une assistance médicale et chirurgicale est disponible en tout temps. La prise en charge des patientes doit être garantie 365 jours par an, 24 heures sur 24. Une ou un médecin au bénéfice d'une spécialisation en gynécologie-obstétrique se tient à disposition du service 365 jours par an, 24 heures sur 24. Si nécessaire, les césariennes en urgence sont pratiquées dans un délai décision-naissance inférieur à 15 minutes, ce qui implique que des ressources doivent être disponibles en conséquence.

Les exigences imposées aux services d'obstétrique ont augmenté pour différentes raisons : le recul des naissances se traduit par une diminution de la rentabilité des hôpitaux, la pénurie de personnel qualifié rend leur fonctionnement plus difficile et les forfaits par cas ne couvrent pas les frais d'exploitation ni les coûts des prestations de base fixes des cliniques dont la fréquentation est moins élevée. Au cours de cette année, deux hôpitaux ont fermé leurs services d'obstétrique : l'hôpital de Frutigen, qui a fusionné sa maternité avec celle de l'hôpital d'Interlaken, et l'hôpital de Langenthal, qui collaborera étroitement avec l'hôpital de Berthoud. Ces rapprochements visent à centraliser l'obstétrique au niveau régional – exception faite des examens préliminaires et du suivi – et à améliorer la qualité et la sécurité pour la patientèle en réunissant les expertises et en augmentant le nombre de cas. Selon le centre hospitalier régional (CHR) Spital Region Oberaargau (SRO AG), la maternité de Langenthal engendrait un déficit d'environ deux millions de francs par an. Quelque 430 enfants sont nés à Langenthal, alors que le double aurait été nécessaire pour couvrir les coûts de la maternité selon les estimations du CHR SRO AG. D'après le CHR FMI AG, la maternité de Frutigen ne disposait pas de suffisamment de personnel qualifié pour assurer l'exploitation 365 jours par an, 24 heures sur 24. En outre, les prestations de base fixes étaient trop élevées compte tenu des 260 naissances annuelles.

Points 1 et 2

Dans le domaine de l'obstétrique, les mandats de prestations sont intitulés de manière identique dans l'ensemble de la Suisse (« GEB1 + NEO1 », « GEB1.1 + NEO1.1 », « GEB1.1.1 + NEO1.1.1 » et « GEB1.1.1 + NEO1.1.1.1 »)⁸. Cette classification des mandats de prestations permet d'échelonner la prise en charge en fonction du degré de spécialisation. La plupart des établissements figurant sur la liste bernoise des hôpitaux pour les soins aigus somatiques⁹ proposent des soins de base pour les femmes enceintes et les nouveaux-nés (mandats de prestations « GEB1 + NEO1 »).

Les mandats de prestations supplémentaires « GEBH + NEOG » encadrent la prise en charge par des sages-femmes dans les maisons de naissance, en particulier la réalisation d'accouchements spontanés, vraisemblablement sans complications. À noter que les soins obstétriques assurés par des sages-femmes en mode stationnaire visent à compléter, et non à remplacer, l'obstétrique conventionnelle en milieu hospitalier. Les hôpitaux disposant de mandats de prestations « GEB1 + NEO1 » peuvent déjà proposer des soins obstétriques accompagnés par des sages-femmes en complément à leurs services d'obstétrique classiques. Par ailleurs, les hôpitaux peuvent aussi soumettre une demande pour les mandats de prestations « GEBH + NEOG » et offrir, comme le font les maisons de naissance, exclusivement une prise en charge assurée par des sages-femmes.

Une partie des exigences formulées par les motionnaires au point 1 est donc déjà remplie.

Le Conseil-exécutif estime cependant qu'il ne serait pas pertinent d'intégrer les soins obstétriques assistés par des sages-femmes en mode stationnaire (mandats de prestations « GEBH + NEOG ») dans les soins de base et d'urgence des hôpitaux de soins aigus. Une telle mesure contraindrait les hôpitaux de soins aigus disposant du mandat de prestations « Paquet de base (PB) » à proposer une prise en charge assistée par des sages-femmes et ce, qu'ils disposent ou non d'un service d'obstétrique conventionnel (mandats de prestations « GEB1 + NEO1 ») et que la demande soit importante ou non.

Au contraire, le Conseil-exécutif soutient la réglementation actuelle, qui consiste à réglementer les soins obstétriques assistés par des sages-femmes en mode stationnaire dans des mandats de prestations distincts sur la liste bernoise des hôpitaux. Le canton de Berne encadre l'approbation et l'exécution de ces mandats de prestations en appliquant la classification GPPH¹⁰, qui est harmonisée à l'échelle fédérale.

Si la prise en charge assistée par sage-femme devait figurer parmi les soins de base et d'urgence des hôpitaux, il n'est pas certain que le personnel spécialisé requis puisse être recruté. En outre, les retombées financières seraient considérables en termes de politique financière : les coûts de base fixes d'un service d'obstétrique hospitalier varient fortement en fonction de l'hôpital concerné, de la région et du type de prestations fournies. Ils englobent, entre autres, les frais relatifs au personnel, aux appareils médicaux et à l'infrastructure. Si le Conseil-exécutif obligeait les hôpitaux à proposer la prise en charge assistée par sage-femme en faisant figurer cette prestation dans le mandat de prestations « Paquet de base (PB) », le canton devrait financer les coûts de base fixes dans leur intégralité. En s'appuyant sur l'exemple du CHR SRO AG, ces coûts sont estimés à environ deux millions de francs par an et

⁸ CDS : groupes de prestations pour la planification hospitalière (concept GPPH) : soins somatiques aigus

⁹ Les listes bernoises des hôpitaux répertoriés sont disponibles sur le site Internet de la DSSI : www.dssi.be.ch > Thèmes > Santé > Prestataires de soins > Hôpitaux de soins aigus somatiques, de soins psychiatriques et de réadaptation > Planification des soins (lien)

¹⁰ Dans le domaine stationnaire, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) recommande aux cantons d'appliquer les groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH-ZH) du canton de Zurich ainsi que les exigences envers les différents groupes de prestations qui y sont liées (p. ex. disponibilité des médecins spécialistes, critères d'inclusion et d'exclusion pour un accouchement). La plupart des cantons suivent cette recommandation. Pour les cantons, hôpitaux et maisons de naissance, cela signifie que les mandats de prestations sont structurés de la même manière à l'échelle fédérale.

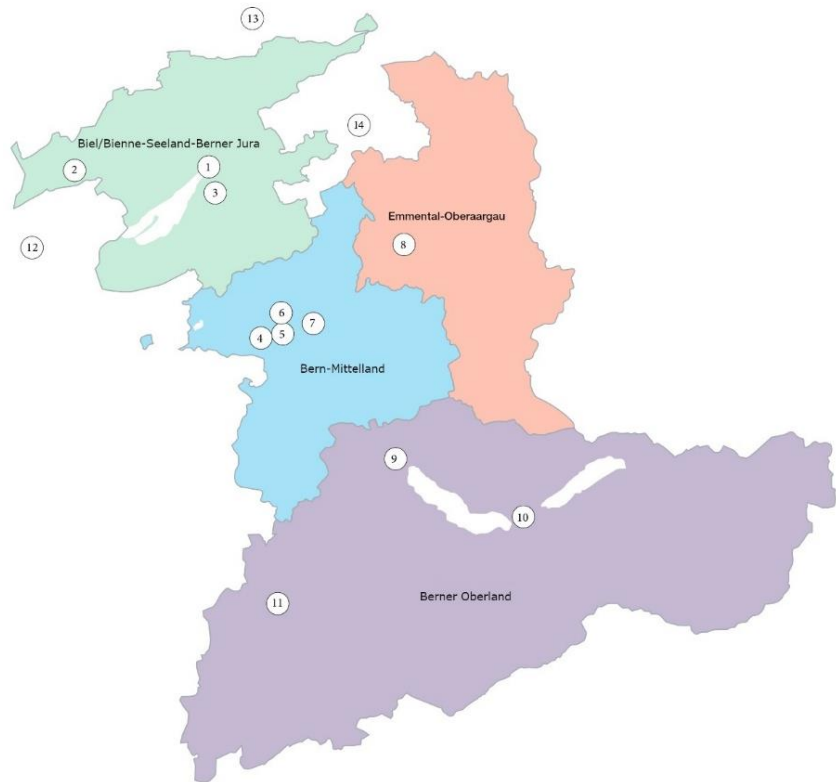
par site hospitalier. Pour les 22 hôpitaux bernois disposant du mandat de prestations « Paquet de base (PB) », le montant total s’élèverait à 44 millions de francs. Or ces coûts supplémentaires seraient, d’une part, mis à la charge d’autres tâches cantonales et devraient d’autre part être approuvés par le Grand Conseil. Partant, ce dernier devrait accorder une augmentation correspondante des crédits-cadres visés à l’article 139, alinéa 1 LSH tout en approuvant une augmentation du budget. Il s’agit en effet de subventions de politique régionale ou de prestations d’intérêt général qui doivent être assumées entièrement par le canton de Berne.

Compte tenu de ce qui précède, le Conseil-exécutif propose le rejet des points 1 et 2.

Point 3

Le canton de Berne dispose aujourd’hui d’une offre suffisante et accessible : l’illustration 1 représente les 12 hôpitaux et les 2 maisons de naissance répertoriés en fonction du niveau de prise en charge et du nombre de naissances vivantes.

Illustration 1 : maisons de naissance et hôpitaux répertoriés du canton de Berne réalisant des soins obstétricaux



N°	Régions du modèle 4+	Établissements hospitaliers	Sites	Niveau de prise en charge	Nombre de naissance vivantes en 2023
1	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Centre hospitalier Bienne SA	Centre hospitalier Bienne	GEB1.1 + NEO1.1 Obstétrique (à partir de SG 32 0/7 et PN >=1250 g)	732
2	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Réseau de l’Arc SA	Hôpital de St-Imier	GEB1 + NEO1 Obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN >=2000 g)	141
3	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Hirslanden Clinique des Tilleuls SA	Clinique des Tilleuls	GEB1 + NEO1 Obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN >=2000 g)	529
4	Berne-Mittelland	Insel Gruppe AG	Hôpital de l’Ile	GEB 1.1.1 + NEO1.1.1 Obstétrique spécialisée	1714
5	Berne-Mittelland	Hirslanden Bern AG	Salem-Spital	GEB1 + NEO1 Obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN >=2000 g)	804

N°	Régions du modèle 4+	Établissements hospitaliers	Sites	Niveau de prise en charge	Nombre de naissance vivantes en 2023
6	Berne-Mittelland	Lindenhofgruppe AG	Hôpital Lindenhof	GEB1 + NEO1 Obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN >=2000 g)	1494
7	Berne-Mittelland	Geburtshaus Luna AG	Maison de naissance Luna à Berne	GEBH + NEOG – Maison de naissance (à partir de SG 36 0/7)	167
8	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG	Hôpital de Berthoud	GEB1 + NEO1 – Obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN >=2000 g)	796
9	Oberland bernois	Spital STS AG	Hôpital de Thoune	GEB1 + NEO1 Obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN >=2000 g)	1042
10	Oberland bernois	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG	Hôpital d'Interlaken	GEB1 + NEO1 Obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN >=2000 g)	310
11	Oberland bernois	Genossenschaft Geburtshaus	Maison de naissance Maternité Alpine	GEBH + NEOG – Maison de naissance (à partir de SG 36 0/7)	38
12	Canton du Jura	Hôpital du Jura SA	Site de Delémont	GEB1 + NEO1 Obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN >=2000 g)	Pas d'information
13	Canton de Neuchâtel	Réseau hospitalier neuchâtelois	Hôpital de Pourtalès	GEB 1.1.1 + NEO1.1.1 Obstétrique spécialisée	Pas d'information
14	Canton de Soleure	Solothurner Spitäler AG	Hôpital de Soleure	GEB1 + NEO1 Obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN >=2000 g)	Pas d'information

Source : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (état au 30.10.2025) SG = semaine de grossesse, PN= poids à la naissance

Outre la diminution du nombre de naissances et la pression croissante sur les coûts, les hôpitaux ne parviennent pas à recruter suffisamment de personnel spécialisé (sages-femmes, médecins) pour proposer une prise en charge sur chacun de leur site. Ces différents enjeux entraînent une concentration des prestations obstétriques sur un nombre restreint de sites, laquelle est nécessaire pour pouvoir garantir à l'avenir également une prise en charge globale et sûre de la mère et de l'enfant.

La planification hospitalière et l'établissement de la liste des hôpitaux qui en découle incombent aux cantons conformément à l'article 39 LAMal¹¹. Quant au développement des sites au plan tant médical qu'économique, il revient aux établissements hospitaliers et à leurs conseils d'administration. Les communes n'ont aucune responsabilité en termes de planification hospitalière, de liste hospitalière et de développement des sites. La population a, pour sa part, la possibilité de participer à la consultation publique relative à la planification des soins hospitaliers. Les prises de position correspondantes sont prises en compte dans le processus de décision. En outre, les représentantes et représentants politiques font valoir les intérêts de la population auprès du Grand Conseil. Enfin, des citoyennes et citoyens adressent régulièrement leurs demandes à la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI), qui les examine.

Compte-tenu de la bonne accessibilité de l'offre actuelle, le Conseil-exécutif demande l'adoption et le classement du point 3.

¹¹ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10)

Point 4

Pour garantir de manière ciblée la présence de services d'obstétrique dans les régions périphériques, le Conseil-exécutif est disposé à examiner les dispositions relatives à l'accessibilité visées à l'article 11d OSH¹² et, le cas échéant, à étendre les mandats de prestations « GEB1+ NEO1 ». Les hôpitaux nécessaires pour assurer la couverture en soins et qui fournissent des prestations obstétriques en mode stationnaire auraient alors la possibilité de demander un financement complémentaire conformément aux articles 67 et suivants LSH.

Le gouvernement ne peut cependant pas contraindre un fournisseur de prestations à fournir des prestations obstétriques en mode stationnaire. Si un hôpital renonce à proposer une telle offre en raison de la pénurie de main d'œuvre spécialisée et du manque de personnel, le financement complémentaire de l'offre ne serait dans ce cas plus assuré. En effet, des financements complémentaires peuvent être octroyés conformément aux articles 67 et suivants LSH uniquement pour compenser des déficits financiers résultant d'une faible demande.

Le Conseil-exécutif propose donc d'adopter le point 4 sous forme de postulat.

Point 5

Dans la stratégie partielle Soins intégrés, le Conseil-exécutif a présenté sa vision des soins intégrés et les mesures que le canton et les fournisseurs de prestations doivent adopter pour la mise en œuvre de l'objectif visé.

Pour garantir une prise en charge proche du domicile pendant la grossesse, à la naissance et pendant la période du post-partum, il convient d'élaborer des modèles de collaboration entre les fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires d'une part et les maternités gérées par des sages-femmes et les services d'obstétrique conventionnels, d'autre part. Il incombe aux différents fournisseurs de prestations de promouvoir ces modèles de collaboration, notamment parce que le canton ne peut actuellement exercer aucune influence sur l'offre d'obstétrique en mode ambulatoire. Il s'agit en particulier des soins prénataux (contrôles réguliers de la mère et de l'enfant, échographies et cardiotocographie), de la prise en charge à domicile ou en mode ambulatoire à l'hôpital ou en maison de naissance, du suivi post-partum (visites à domicile des sages-femmes pour la mère et l'enfant, soutien à l'allaitement et aux soins) ainsi que de cours et de conseils plus approfondis (p. ex. conseils en allaitement, massages pour bébés, cours de gymnastique pour le renforcement du dos).

Il est possible de citer à titre d'exemple le modèle de prise en charge « Schwangerschaftsweg Emmental-Oberaargau », qui a été introduit le 1^{er} octobre 2025 par le CHR Spital Emmental AG (SE AG) et le CHR SRO AG. En lieu et place de personnel médical spécialisé, ce sont des sages-femmes qualifiées du CHR SE AG et du CHR SRO AG qui assument la coordination des soins intégrés pour les femmes enceintes. Les sages-femmes établissent le premier contact, évaluent l'état de santé des femmes enceintes, prennent note de leurs besoins et organisent la suite de la prise en charge. En cas d'accouchements prévus sans complications (accouchements physiologiques), elles assurent également le suivi et la coordination, en parallèle aux examens médicaux réguliers. En cas de besoins ou de risques, les sages-femmes organisent et coordonnent d'autres mesures ou consultations médicales. Si la grossesse est à risque, la prise en charge est assurée par du personnel médical spécialisé. Ce modèle de prise en charge réorganise et renforce dans chaque domaine la répartition des compétences entre le personnel médical et les sages-femmes.

¹² Ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (OSH ; RSB 812.112)

Le recul du nombre de naissances va à l'encontre du développement des services d'obstétrique en mode stationnaire. En outre, le canton de Berne ne peut exercer aucune influence sur les prestations obstétriques fournies en mode ambulatoire.

Le gouvernement ne prévoit par conséquent pas la mise en œuvre de mesures. Pour ces motifs, le Conseil-exécutif propose de rejeter le point 5.

Point 6

Le Conseil-exécutif n'a connaissance d'aucun fournisseur de prestations disposant d'un mandat de prestations sur la liste cantonale (hôpital ou maison de naissance) qui ne propose pas de suivi post-partum après la naissance.

Si la santé de la mère et celle de l'enfant sont bonnes et si un suivi approprié a été convenu, la mère peut demander à ce que la sortie de l'hôpital ou de la maison de naissance ait lieu quelques heures après la naissance. Une partie des mères font d'ores et déjà usage de cette possibilité.

Le Conseil-exécutif propose l'adoption et le classement du point 6.

Destinataire

– Grand Conseil