



Intervention parlementaire

Réponse du Conseil-exécutif

N° de l'intervention : 128-2025
Type d'intervention : Interpellation
Motion ayant valeur de directive : ☐
N° d'affaire : 2025.GRPARL.323

Déposée le : 04.06.2025

Motion de groupe : Non
Intervention de l'organe du GC : Non
Déposée par : de Meuron (Thun, Les VERT-E-S) (porte-parole)
Gasser (Ostermundigen, PVL)
Kocher Hirt (Worben, PS)
Beutler-Hohenberger (Gwatt, PEV)
Speiser-Niess (Zweisimmen, UDC)
Patzén (Bern, Les VERT-E-S)

Cosignataires : 0

Urgence demandée : Oui
Urgence accordée : Oui 04.09.2025

N° d'ACE : 1165/2025 du 5 novembre 2025
Direction : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
Classification : Non classifié

Avenir des services d'obstétrique dans le canton de Berne : quelles marges de manœuvre pour encourager des modèles de soins plus adaptés aux femmes et à leurs besoins ?

Dans le canton de Berne, les services d'obstétrique subissent une pression croissante : dans les régions rurales comme l'Oberland bernois, certains ont été fermés, d'autres sont menacés. Tout cela s'insère dans le contexte d'un système financier qui intègre la prise en charge des personnes enceintes en bonne santé dans des modèles de caisses-maladie comme TarMed ou DRG – même si ces cas ne présentent aucune pathologie médicale. Parallèlement à cela, les exigences minimales qui relèvent des soins de base dans ce domaine ne sont pas clairement établies. Face à cette situation, des revendications politiques s'élèvent, notamment en faveur du maintien d'un service d'obstétrique à Frutigen, car la population craint que les soins de base ne soient plus assurés dans l'Oberland en cas de fermeture.

Ce système crée des incitations négatives, nuit à la liberté de choix des femmes et désavantage économiquement les hôpitaux, les maisons de naissance et les modèles d'accouchement assisté par une sage-femme. D'autres cantons (p. ex. : celui des Grisons, d'Uri, d'Obwald et de Nidwald ainsi que celui de Bâle-Campagne et de Bâle-Ville¹) et d'autres pays (p. ex. en Suède) développent des alternatives : chez eux, les accouchements à bas risque relèvent des soins de base et sont financés par les deniers publics. Citons également l'exemple du canton de Schwyz², où la clinique gynécologique de l'hôpital de Schwyz va devenir un pôle

¹ https://www.medinside.ch/graubuenden-500-franken-fuer-hebammen-pikettdienst-20250225?utm_source=chatgpt.com

² <https://www.spital-schwyz.ch/de/ueber-uns/aktuelles/news/neuer-chefarzt-gynaekologie-geburtshilfe.html>

régional de gynécologie et d'obstétrique qui place l'humain, la qualité et l'innovation au premier plan. Le canton de Berne a la possibilité – et aussi la responsabilité – d'examiner de nouveaux modèles de soins et de financement, de corriger les incitations négatives et de mettre activement à profit sa marge d'action aux niveaux cantonal et national.

Le Conseil-exécutif est chargé de répondre aux questions suivantes :

1. Comment le canton de Berne définit-il aujourd'hui le mandat de prestations dans le domaine de l'obstétrique ? L'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme – en particulier pour les grossesses à bas risque – entre-t-elle dans les prestations de soins garanties ?
2. Quel rôle le canton joue-t-il dans le financement des prestations spécifiques en cas de maternité ?
3. Quelles sont les participations aux coûts des caisses-maladie et des pouvoirs publics dans le domaine ambulatoire ou en cas d'hospitalisation ? Et comment ces participations influent-elles sur la viabilité de petites maternités dans les régions périphériques ?
4. Quelles possibilités s'offrent au canton pour corriger les incitations négatives que le système de financement actuel (TarMed, DRG) produit ou quelles solutions – comme par exemple des forfaits pour « cas à bas risque » – peut-il mettre en place ? Ces solutions pourraient-elles être mises en œuvre dans le cadre d'un « article d'expérimentation » cantonal ? Si oui, le Conseil-exécutif trouve-t-il que de telles mesures seraient pertinentes ?
5. Le Conseil-exécutif estime-t-il avoir la marge de manœuvre nécessaire et voit-il la nécessité d'introduire une distinction claire entre les grossesses/accouchements sans risque de complications (« cas à bas risque ») et les grossesses/accouchements avec complications (« cas à risque ») dans le financement, et comment des critères d'inclusion et d'exclusion fondés sur des preuves pourraient-ils être appliqués dans ce contexte ?
6. De quelles expériences le canton de Berne dispose-t-il, tirées de projets antérieurs ou en cours, sur l'accouchement assisté par une sage-femme ou sur des modèles de financement alternatifs ?
7. Existe-t-il des comparaisons avec d'autres cantons, notamment celui de Zurich ou celui des Grisons, où les modèles de financement sont davantage pris en charge par les pouvoirs publics ?
8. Quel rôle le Conseil-exécutif joue-t-il au sein de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ou d'autres organes pertinents pour influencer au niveau national sur le développement du financement et des prestations de soins pour les parturientes ?
9. Quelle est la position du canton quant à la demande de déclarer les prestations de soins aux parturientes en bonne santé comme faisant partie des services de base essentiels à la société et de garantir leur financement par les contribuables, à l'instar d'autres cantons (celui des Grisons, d'Uri, d'Obwald et de Nidwald ainsi que celui de Bâle-Campagne et de Bâle-Ville) et d'autres pays (p. ex. en Suède) ?
10. Quelles mesures le Conseil-exécutif pourrait-il prendre, dans le cas où les prestations d'obstétrique ne seraient pas garanties, notamment dans les régions rurales comme l'Oberland bernois ? Et quel rôle pourrait-il jouer dans l'instauration de nouveaux modèles de soins, comme des maisons de naissance ou un suivi post-partum intégré ?

11. Quelles offres d'accompagnement (p. ex : pilotes familiaux, suivi post-partum, conseils en allaitement) le Conseil-exécutif considère-t-il pertinentes pour garantir la couverture des soins de base, et lesquelles pourraient être cofinancées et renforcées dans le cadre d'une prise en charge globale ? Y a-t-il des projets pilotes prévus ou envisageables en ce sens ?

Motivation de l'urgence : une réponse rapide à cette question permettra d'identifier la marge de manœuvre du canton, et ce qu'il fait ou peut faire pour pérenniser les soins d'obstétrique et veiller à ce qu'ils soient axés sur les besoins et adaptés aux parturientes.

Réponse du 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 extracantonaux. 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.

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 enfants³.

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 voient le 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. 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 (36 0/7) 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. 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 a lieu 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.

³ Office fédéral de la statistique, STATPOP (2024)

Lorsqu'elles s'avèrent nécessaires, les césariennes d'urgence sont pratiquées dans un délai décision-naissance inférieur à 15 minutes.

Le Conseil-exécutif prend position comme suit.

Point 1

Comment le canton de Berne définit-il aujourd'hui le mandat de prestations dans le domaine de l'obstétrique ? L'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme – en particulier pour les grossesses à bas risque – entre-t-elle dans les prestations de soins garanties ?

La planification dans le domaine stationnaire incombe aux cantons, qui se chargent des mandats de prestations pour les établissements figurant sur la liste cantonale des hôpitaux. Dans ce cadre, les cantons peuvent soutenir le développement de modèles obstétriques en mode stationnaire. En revanche, ils n'exercent aucune influence sur les prestations obstétriques fournies en mode ambulatoire.

Dans le canton de Berne, il existe quatre mandats de prestations différents pour les soins obstétriques en mode stationnaire : « GEBH / NEOG : maisons de naissance », « GEB1 / NEO1 : soins de base en obstétrique et soins de base aux nouveau-nés », « GEB1.1 / NEOG1.1 : obstétrique et soins de base aux nouveau-nés », « GEB1.1.1 / NEOG1.1.1 : obstétrique spécialisée et soins aux nouveau-nés ». Des exigences spécifiques sont posées pour chacun de ces mandats de prestations (p. ex. disponibilité des médecins spécialistes, critères d'inclusion et d'exclusion pour un accouchement)⁴. La classification des mandats de prestations permet d'échelonner la prise en charge dans les soins obstétriques stationnaires.

Pour décider de l'inscription d'un établissement sur la liste cantonale des hôpitaux, le canton est tenu d'examiner notamment les critères de planification énoncés dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)⁵ et l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)⁶ que sont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations. Les prestations sont prises en charge par l'assurance-maladie à condition d'être éprouvées, applicables, adaptées et efficaces en matière de coûts. L'ensemble de ces critères doivent être remplis.

Si le Conseil-exécutif attribue un mandat de prestations à un hôpital ou une maison de naissance, ces fournisseurs de prestations sont inscrits sur la liste bernoise des hôpitaux. Ils sont ainsi autorisés à facturer les prestations stationnaires correspondantes à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Dans le canton de Berne, les soins obstétriques stationnaires ne sont pas compris dans les soins hospitaliers de base et d'urgence, lesquels doivent respecter des dispositions relatives à l'accessibilité pour la population dans le cadre de l'attribution des mandats de prestations pour les listes cantonales des hôpitaux (cf. article 11d OSH⁷). Les soins hospitaliers de base et d'urgence se limitent au mandat de prestations « Paquet de base Chirurgie et médecine interne (PB) ».

⁴ Cf. Exigences portant sur des prestations spécifiques de la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques du canton de Berne, disponible sur la page suivante : [Liste des hôpitaux](#).

⁵ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10)

⁶ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)

⁷ Ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (OSH ; RSB 812.112)

Points 2 et 3

Point 2 : quel rôle le canton joue-t-il dans le financement des prestations spécifiques en cas de maternité ?

Point 3 : quelles sont les participations aux coûts des caisses-maladie et des pouvoirs publics dans le domaine ambulatoire ou en cas d'hospitalisation ? Et comment ces participations influent-elles sur la viabilité de petites maternités dans les régions périphériques ?

Conformément à l'article 49a, alinéa 1 LAMal, les rémunérations des traitements stationnaires, y compris le séjour et les soins en hôpital ou en maison de naissance, sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective. Le canton de Berne prend en charge 55 % des rémunérations. Les traitements ambulatoires sont entièrement à la charge des assureurs-maladie.

Le montant de la rémunération dépend de deux facteurs. Le premier est le tarif facturable, fixé dans une convention tarifaire après négociation entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Dans le domaine stationnaire, il s'agit du prix de base SwissDRG et, dans le domaine ambulatoire, du point tarifaire TARMED ou du point tarifaire pour les prestations des sages-femmes. Il incombe au Conseil d'État de chaque canton d'examiner ces conventions sous l'angle de la rentabilité et de l'équité. Pour évaluer la rentabilité, on procède en règle générale à une comparaison des établissements à l'échelle nationale. Dans ce contexte, il n'est pas prévu d'accorder une attention particulière à la taille ou à la situation géographique. Le second facteur permettant de déterminer le montant de la rémunération est le nombre de points tarifaires qui peuvent être facturés pour des prestations ambulatoires, respectivement le coût relatif qui peut être facturé pour des prestations stationnaires. Dans le domaine stationnaire et pour TARMED (TARDOC à compter de 2026), ce second facteur est calculé sur la base de données fournies par les hôpitaux et est fixé dans des conventions nationales relatives à la structure tarifaire, qui sont signées par les fournisseurs de prestations et les assureurs. Dans les structures tarifaires SwissDRG (soins aigus), TARPSY (psychiatrie) et ST Reha (réadaptation), le coût relatif des différentes prestations est déduit des données relatives aux coûts et aux prestations des hôpitaux par la société SwissDRG SA, et réévalué chaque année.

Les prestations médicales dans le domaine ambulatoire sont définies dans la structure tarifaire TARMED (TARDOC à compter de 2026) sur la base des données des hôpitaux ; après l'introduction de TARDOC, les tarifs seront également réévalués et développés chaque année. Les tarifs concernant les prestations ambulatoires des sages-femmes ont fait l'objet de négociations entre les partenaires tarifaires et ont été fixés dans la convention correspondante.

Toutes les prestations se fondent sur une solution uniforme, fixée à l'échelle suisse. Le Conseil fédéral est compétent pour approuver les conventions nationales relatives aux structures tarifaires. Le canton n'est pas habilité à intervenir en la matière.

Point 4

Quelles possibilités s'offrent au canton pour corriger les incitations négatives que le système de financement actuel (TARMED, DRG) produit ou quelles solutions – par exemple des forfaits pour « cas à bas risque » – peut-il mettre en place ? Ces solutions pourraient-elles être mises en œuvre dans le cadre d'un « article d'expérimentation » cantonal ? Si oui, le Conseil-exécutif trouve-t-il que de telles mesures seraient pertinentes ?

La société SwissDRG SA est chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures tarifaires SwissDRG, TARPSY et ST REHA. En vertu de l'article 49, alinéa 2 LAMal, les structures élaborées et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires (les fournisseurs de prestations et les assureurs) au Conseil fédéral pour approbation. Selon le Tribunal administratif fédéral (ATAF 2014/36, arrêt de principe du 11 septembre 2014 concernant la détermination du tarif selon le système SwissDRG), les éventuelles incitations négatives ou les lacunes doivent être adaptées par le biais de la structure tarifaire et non du tarif. Les interventions dans la structure tarifaire ne relèvent pas de la compétence des gouvernements cantonaux.

Les partenaires tarifaires sont libres d'adapter la structure tarifaire afin de corriger les éventuelles lacunes. La structure SwissDRG est évaluée chaque année et les adaptations nécessaires sont effectuées par SwissDRG SA sur la base des données des hôpitaux. Ce même système devrait être appliqué pour la structure tarifaire ambulatoire TARDOC et les forfaits ambulatoires, sous la conduite de l'entreprise OTMA SA. La convention relative à la structure tarifaire pour les prestations ambulatoires des sages-femmes, approuvée par le Conseil fédéral, a été conclue entre les associations d'assureurs-maladie santé suisse et curafutura (aujourd'hui Prio Swiss), la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) et l'Association suisse des maisons de naissance (IGGH-CH). Les adaptations éventuelles doivent être négociées entre les partenaires tarifaires.

Le recours à un article de portée expérimentale n'est pas jugé pertinent, car l'obstétrique ne constitue ni une innovation ni une prestation innovante. Il n'est pas nécessaire de s'appuyer sur des modèles de financement alternatifs, car les prestations sont déjà indemnisées selon une classification définie en fonction des risques (cf. point 5).

Point 5

Le Conseil-exécutif estime-t-il avoir la marge de manœuvre nécessaire et voit-il la nécessité d'introduire une distinction claire entre les grossesses/accouchements sans risque de complications (« cas à bas risque ») et les grossesses/accouchements avec complications (« cas à risque ») dans le financement, et comment des critères d'inclusion et d'exclusion fondés sur des preuves pourraient-ils être appliqués dans ce contexte ?

Le financement des prestations spécifique de maternité est réglé à l'article 29 LAMal, qui définit quelles prestations sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Aucune distinction n'est faite entre les grossesses ou accouchements sans risque de complications et les grossesses ou accouchements avec complications. Le détail des prestations pouvant être facturées ainsi que les conditions applicables sont réglées soit dans la structure tarifaire, soit dans les conventions correspondantes. Comme expliqué ci-avant, le Conseil-exécutif ne dispose d'aucune marge de manœuvre pour intervenir directement dans la structure tarifaire.

Les accouchements sans complications sont généralement moins coûteux étant donné qu'ils nécessitent moins d'interventions médicales que les accouchements à risque. Ces derniers sont plus onéreux car ils peuvent exiger une surveillance accrue et des interventions potentielles telles que des accouchements chirurgicaux ou des traitements intensifs contre la douleur, qui sont facturées en conséquence. Cette différence est déjà prise en compte à l'heure actuelle dans le cadre des forfaits par cas SwissDRG, sachant que des coûts relatifs plus élevés s'appliquent en cas d'accouchement à risque particulièrement complexe.

Point 6

De quelles expériences le canton de Berne dispose-t-il, tirées de projets antérieurs ou en cours, sur l'accouchement assisté par une sage-femme ou sur des modèles de financement alternatifs ?

L'article 44 LAMal établit que les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente. Ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de cette loi (protection tarifaire).

La structure tarifaire SwissDRG régit la rémunération des prestations stationnaires en hôpital ou en maison de naissance. Pour les maisons de naissance, les traitements stationnaires font l'objet de conventions tarifaires distinctes, négociées par l'IGGH-CH avec les assureurs. Ces conventions s'appuient sur un montant de base national pour un accouchement en maison de naissance, couvert par la structure tarifaire SwissDRG. Les deux maisons de naissance du canton de Berne n'ont pas adhéré à cette convention de l'IGGH-CH et négocient individuellement avec les assureurs.

Il n'est pas nécessaire de s'appuyer sur des modèles de financement alternatifs car les prestations sont déjà indemnisées selon une classification définie en fonction des risques (cf. point 5).

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 »). 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 somatiques proposent des soins de base pour les femmes enceintes et les nouveau-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. Ils sont le fruit de la motion 126-2013 Imboden (Berne, Les VERT-E-S) du 14 mai 2013 sur l'introduction du modèle de soins périnataux gérés par les sages-femmes⁸. 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.

Le Conseil-exécutif estime qu'il n'est pas nécessaire de lancer un nouveau projet sur les soins périnataux gérés par les sages-femmes en mode stationnaire (maison de naissance ou hôpital)

⁸ La motion 126-2013 Imboden (Berne, Les VERT-E-S) sur l'introduction du modèle de soins périnataux gérés par les sages-femmes a été déposée le 14 mai 2013 et adoptée sous forme de postulat en septembre 2013 par le Grand Conseil. Ce dernier a salué l'intervention, qui visait le soutien de l'offre de soins obstétriques accompagnés par des sages-femmes à titre de solution supplémentaire et non de remplacement de l'obstétrique conventionnelle en milieu médical. En réponse au postulat, un groupe de travail composé de représentantes et représentants de différentes organisations (Association suisse des maisons de naissance [IGGH-CH®], Fédération suisse des sages-femmes [FSSF], Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW], la filière de sages-femmes du département Santé de la Berner Fachhochschule [BFH] ainsi que Gynécologie suisse SSGO [Société suisse de gynécologie et d'obstétrique]) a élaboré, sous la direction des cantons de Berne et de Zurich, la définition ainsi que les critères d'inclusion pour le mandat de prestations « GEBH / NEOG : maisons de naissance ».

car il existe déjà un mandat de prestations correspondant. Celui-ci aborde les critères d'inclusion et d'exclusion pour un accouchement assisté par une sage-femme⁹.

Point 7

Existe-t-il des comparaisons avec d'autres cantons, notamment celui de Zurich ou celui des Grisons, où les modèles de financement sont davantage pris en charge par les pouvoirs publics ?

Il existe, dans les cantons mentionnés, des contributions au service de piquet ambulatoire des sages-femmes et au suivi post-partum. Il ne s'agit donc pas d'un financement alternatif de prestations stationnaires. Par exemple, dans le canton des Grisons, le service de piquet des sages-femmes en cas d'accouchement à domicile est désormais indemnisé à hauteur de 500 francs. Dans le canton de Zurich, certaines communes octroient une indemnisation en cas d'accouchement à domicile. Celle-ci n'est toutefois pas cofinancée par le canton.

Point 8

Quel rôle le Conseil-exécutif joue-t-il au sein de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ou d'autres organes pertinents pour influencer au niveau national sur le développement du financement et des prestations de soins pour les parturientes ?

Depuis 2011, la CDS recommande aux départements cantonaux de la santé d'appliquer les groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) développés par le canton de Zurich, y compris les exigences posées aux différents mandats de prestations. La définition et les critères d'inclusion pour le mandat de prestations « GEBH / NEOG : maisons de naissance » ont déjà été intégrés dans la classification GPPH (cf. point 6). Le Conseil-exécutif considère qu'aucune autre mesure n'est nécessaire concernant la définition des prestations obstétriques stationnaires. Quant aux prestations obstétriques ambulatoires, les cantons n'exercent aucune influence dans ce domaine.

Les partenaires tarifaires sont autorisés à faire des propositions concernant le développement des structures tarifaires, comme expliqué en réponse au point 3. Le conseiller d'État Pierre Alain Schnegg, directeur de la Santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI), siège en outre en qualité de représentant de la CDS au conseil d'administration de SwissDRG SA et à celui d'OTMA SA. Tous les partenaires tarifaires sont représentés au sein de ces deux organes, ce qui limite leur influence, y compris sur l'évolution du financement des prestations obstétriques.

Points 9 et 10

Point 9 : quelle est la position du canton quant à la demande de déclarer les prestations de soins aux parturientes en bonne santé comme faisant partie des services de base essentiels à la société et de garantir leur financement par les contribuables, à l'instar d'autres cantons (celui des Grisons, d'Uri, d'Obwald et de Nidwald ainsi que celui de Bâle-Campagne et de Bâle-Ville) et d'autres pays (p. ex. en Suède) ?

⁹ Cf. [Liste des hôpitaux](#), Documents de référence 2019

Point 10 : quelles mesures le Conseil-exécutif pourrait-il prendre, dans le cas où les prestations d'obstétrique ne seraient pas garanties, notamment dans les régions rurales comme l'Oberland bernois ? Et quel rôle pourrait-il jouer dans l'instauration de nouveaux modèles de soins, comme des maisons de naissance ou un suivi post-partum intégré ?

Actuellement, des prestations obstétriques stationnaires sont proposées dans chacune des régions de soins du modèle 4+. Pour garantir la présence de ces services sur l'ensemble de son territoire, le canton de Berne pourrait intégrer les dispositions relatives à l'accessibilité visées à l'article 11d OSH au mandat 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 de la loi sur les soins hospitaliers (LSH)¹⁰. Le Conseil-exécutif ne peut cependant pas contraindre un établissement à fournir des prestations obstétriques en mode stationnaire. Si un hôpital renonce à proposer de tels services en raison d'un manque de personnel, par exemple, l'offre ne peut pas être maintenue même avec un financement supplémentaire.

Les défis auxquels sont confrontés les services d'obstétrique se sont intensifiés pour diverses raisons, notamment économiques, car il n'est pas rentable pour un hôpital de pratiquer un faible nombre d'accouchements. À cela s'ajoute la pénurie de personnel qualifié. De plus, les forfaits par cas se révèlent problématiques, puisque pour les établissements dont la fréquentation est moins élevée, ils ne suffisent pas à couvrir les coûts d'exploitation et de maintien des services nécessaires.

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 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, avec une tendance à la hausse. Quelque 430 enfants sont nés à Langenthal, alors que selon les estimations du CHR SRO AG, le double aurait été nécessaire pour couvrir les coûts de la maternité. D'après le CHR Spitaler Frutigen Meiringen Interlaken (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 d'une moyenne de 260 naissances annuelles.

Point 11

Quelles offres d'accompagnement (p. ex : pilotes familiaux, suivi post-partum, conseils en allaitement) le Conseil-exécutif considère-t-il pertinentes pour garantir la couverture des soins de base, et lesquelles pourraient être cofinancées et renforcées dans le cadre d'une prise en charge globale ? Y a-t-il des projets pilotes prévus ou envisageables en ce sens ?

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

¹⁰ Loi du 13 juin 2016 sur les soins hospitaliers (LSH ; RSB 812.11)

parce que le canton ne peut actuellement exercer aucune influence sur l'offre d'obstétrique en mode ambulatoire.

Le canton de Berne soutient le Centre de puériculture cantonal. Compétent pour les questions relatives à la petite enfance, ce service a pour objectif de soutenir les parents et les personnes de référence dans leur travail de prise en charge et d'éducation, de la naissance de l'enfant à son cinquième anniversaire. Le Centre de puériculture a également pour mission d'aider les professionnelles et professionnels de la petite enfance à identifier les situations présentant une mise en danger du bien-être de l'enfant.

Dans le cadre du Programme d'action cantonal bernois en faveur de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé psychique des enfants, des adolescents et des personnes âgées 2022-2025, le canton de Berne soutient l'offre « Préparation à la naissance dans ta langue » de l'association mamamundo, ainsi que la fondation Promotion allaitement Suisse.

Le canton ne prévoit aucun projet pilote ni aucune contribution en sus, notamment parce qu'il ne peut pas influencer l'offre d'obstétrique en mode ambulatoire à l'heure actuelle. Il est notamment question des soins prénataux (contrôles réguliers de la mère et de l'enfant, échographies et cardiotocographie), de la prise en charge à domicile, en 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 conseils plus approfondis (p. ex. conseils en allaitement, massages pour bébés, gymnastique pour le renforcement du dos).

Destinataire

– Grand Conseil