



N° 4211

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 1^{er} juin 2021.

PROPOSITION DE LOI

visant à faire évoluer la profession de sage-femme,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Annie CHAPELIER, Pierre-Yves BOURNAZEL, Luc LAMIRAULT, Antoine HERTH, Loïc KERVRAN, Jean-Charles LARSONNEUR, Vincent LEDOUX, Patricia LEMOINE, Lise MAGNIER, Valérie PETIT, M'jid EL GUERRAB, Maina SAGE, Philippe HUPPÉ, Benoit POTTERIE, Christophe EUZET, Aina KURIC, Paul CHRISTOPHE, Dimitri HOUBRON, Thomas GASSILLOU, Philippe BERTA, Sandrine JOSSO, Aude LUQUET, Richard RAMOS, Cyrille ISAAC-SIBILLE, Maud PETIT, Philippe LATOMBE, Yolaine de COURSON, Bénédicte TAURINE, Jean-Philippe NILOR, Karine LEBON, Anne-France BRUNET, Philippe CHALUMEAU, Fannette CHARVIER, Jean-Charles COLAS-ROY, Fabienne COLBOC, Typhanie DEGOIS, Yannick HAURY, Danièle HÉRIN, Sonia KRIMI, Nicole LE PEIH, Claire O'PETIT, Patrice PERROT, Adrien MORENAS, Éric POUILLIAT, Mireille ROBERT, Marie SILIN, Sira SYLLA, Jean-Louis TOURAINE, Stéphane TROMPILLE, Laurianne ROSSI, Raphaël GÉRARD, Françoise BALLEET-BLU, Jacqueline MAQUET, Bertrand BOUYX, Barbara BESSOT BALLOT, Mireille CLAPOT,

Cécile RILHAC, Émilie BONNIVARD, Fabrice BRUN, Josiane CORNELOUP, Philippe MEYER, Jean-Luc REITZER, Jean-Marie SERMIER, Stéphane VIRY, Gérard MENUUEL, Robert THERRY, Isabelle VALENTIN, Sylvie BOUCHET BELLECOURT, Bérengère POLETTI, Jennifer DE TEMMERMAN, Jeanine DUBIÉ, Frédérique DUMAS, Olivier FALORNI, Bertrand PANCHER, Benoit SIMIAN, Martine WONNER, Sébastien NADOT, Delphine BAGARRY, Delphine BATHO, Guillaume CHICHE, Albane GAILLOT, Marie-France LORHO, Nicolas MEIZONNET, Hubert JULIEN-LAFERRIÈRE, Fiona LAZAAR, Cédric VILLANI, Marie-Noëlle BATTISTEL, Christine PIRES BEAUNE, Chantal JOURDAN, Béatrice DESCAMPS, Jean-Christophe LAGARDE, Pierre MOREL-À-L'HUISSIER, Christophe NAEGELEN, Nicole SANQUER, Valérie SIX, Michel ZUMKELLER, Jean-Luc WARSMANN, députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Elles font le plus beau métier du monde.

Elles sont les premières personnes à nous accueillir à notre naissance. Ce sont elles qui nous permettent de vivre ce moment si naturel et si exceptionnel en confiance et sécurité.

Pour la femme qui accouche, pour l'enfant qui naît, pour la famille qui s'agrandit, pour ces moments magiques, elles sont le lien unique, la personne ressource, le point d'ancrage.

Elles, ce sont les sages-femmes, métier si longtemps exclusivement féminin qu'aucun équivalent masculin n'a pu être créé dans notre langue.

Si les sages-femmes ont longtemps été cantonnées au rôle d'accoucheuses, à l'instar de toutes les professions de santé, leur rôle, leur domaine de compétences et leur champ d'action n'ont cessé d'évoluer, de s'élargir et continueront de le faire.

En 1945, l'ordre national des sages-femmes est créé, faisant de cette profession une profession médicale à compétences limitées. Dans un même temps, les femmes sont incitées à accoucher dans les maternités alors que les naissances se déroulaient jusqu'alors principalement dans la sphère privée.

Ces évolutions portent d'importantes conséquences sociétales et professionnelles.

Le mode d'exercice des sages-femmes devient majoritairement salarié.

Le statut de la sage-femme hospitalière de la fonction publique est créé par les décrets de 1989. Il ouvre une distorsion dans le statut des sages-femmes : médical en libéral, non médical en hospitalier. Le code de la santé publique considère les sages-femmes comme des professionnelles médicales, avec toutefois des nuances de taille :

- leur droit de prescription est limité à une liste ;
- il leur est impossible de cumuler exercice libéral et public ;
- les sages-femmes en centres hospitaliers font partie des personnels non médicaux.

Leurs grilles de salaires et leur évolution de carrière vont de pair :

– il leur est impossible de cumuler activité pratique et enseignement ou recherche ;

– les progressions en ancienneté sont similaires à celles des paramédicaux.

C'est pourquoi, alors que cette ambiguïté crée un climat délétère tant pour les professionnels, médicaux et paramédicaux, que pour les structures, et surtout, pour les patientes, il nous semble que désormais le temps est venu de clarifier et d'entériner définitivement le statut médical des sages-femmes en l'affirmant comme médical quel que soit le mode d'exercice.

Symbole de ce flou, la nomenclature des activités françaises classe les sages-femmes au sein des professions paramédicales, en invoquant que leur statut médical est une spécificité française et qu'il est préférable de s'aligner sur le plus grand nombre. Nous pensons, au contraire, que la France peut s'enorgueillir de cette profession ultra qualifiée et qu'elle devrait plutôt être un modèle de profession de santé pour les autres pays européens.

L'enseignement connaît, lui aussi, d'importantes évolutions mais par à-coups, ne reconnaissant jamais pleinement la profession de sage-femme comme universitaire médicale : à partir de 1992, d'abord à Grenoble, avant d'être généralisée à toute la France en 2002, la première année de PCEM1 devient commune à toutes les écoles de sages-femmes, faisant passer de 4 à 5 le nombre d'années d'études.

Cette année commune bouleversera profondément la sociologie des étudiants en maïeutique puisque les promotions résulteront désormais d'un classement commun avec la médecine, l'odontologie, puis, à la création de la PACES, avec la pharmacie, et non plus exclusivement d'une orientation choisie par vocation.

Pendant l'hétérogénéité de l'enseignement perdure puisqu'il résulte de la compétence des régions, créant des disparités importantes sur le territoire national. L'universitarisation de l'enseignement est donc un impératif pour asseoir définitivement le statut médical de la profession de sage-femme.

Une timide masculinisation s'était amorcée par l'ouverture des études aux hommes en 1984 (seulement !) et par le jeu du classement PCEM1 puis PACES. Elle stagne depuis à environ 2 % de la profession.

On ne peut nier que les dimensions qui sous-tendent les logiques du métier sont genrées, empreintes d'une pensée naturaliste selon laquelle le rôle de sage-femme et les qualités professionnelles du métier requièrent les attributs symboliques propres au sexe féminin. C'est pourquoi, l'entrée des hommes au sein de la profession vient interroger l'identité professionnelle des sages-femmes. Mais du fait de la faible masculinisation et de la patientèle exclusivement féminine, la profession de sage-femme continue de souffrir d'une déconsidération sexuée : « des bonnes femmes qui s'occupent de bonnes femmes » comme le résumait l'une d'entre elles. C'est ainsi que leurs revendications ne sont que peu entendues. Quasi absentes du Ségur de la santé, en grève depuis le début de l'année, elles restent invisibles aux yeux de nos concitoyens - qui leur vouent pourtant un capital sympathie inaltérable - et de nos politiques.

Leur démographie a également connu une forte évolution. En augmentation constante depuis 2012 et avec une dynamique particulièrement forte jusqu'en 2017, le nombre de sages-femmes est de 23 400 en 2021. De 1987 à 2003, la spécialisation de gynécologue médical est suspendue pendant que le champ de compétences des sages-femmes est étendu, en particulier concernant la prévention et le suivi gynécologique. Ces deux éléments conduisent à des installations plus importantes en libéral, répartissant désormais équitablement activité publique et activité privée. Ce remaniement de la démographie et de la répartition géographique et d'exercice implique de renforcer et de redéfinir la coopération médecins/sages-femmes au travers de l'élaboration conjointe de protocoles de coopération. Le renforcement de ce partenariat œuvrerait dans l'intérêt des patientes en leur offrant une meilleure accessibilité et pertinence des prises en charge et des soins.

Enfin, nouveaux éléments mais non des moindres, l'évolution démographique causée par une baisse de la natalité et par l'allongement de l'espérance de vie, doit permettre de mieux définir les compétences de la sage-femme de demain. Dans ce cadre, il est nécessaire de faire évoluer sa formation initiale pour lui donner les outils nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Car parallèlement, la profession de sage-femme ne se limite plus au seul accompagnement de la naissance mais permet d'assurer le suivi gynécologique de toutes les femmes en bonne santé et de leur prescrire une contraception. Elles interviennent également désormais en orthogénie, en PMA, en rééducation périnéale, en prévention et en éducation.

Les référentiels de formation se sont donc enrichis pour répondre à cette extension de compétences et pour s'adapter à la progression spectaculaire

des techniques scientifiques et médicales au cours de ces 40 dernières années. Diagnostic anténatal, monitoring, échographie, nouvelles molécules sont autant d'éléments qui ont technicisé le suivi de grossesse et l'accouchement. La péridurale, promesse d'un accouchement « sans douleur », s'est aujourd'hui imposée dans les salles de naissances.

C'est pourquoi, nous proposons la création d'un troisième cycle d'études, portant à six le nombre d'années d'études et permettant l'obtention du diplôme d'état de docteur en maïeutique. Une réflexion doit également être menée tant sur une éventuelle réingénierie du contenu pédagogique que sur l'évolution de ce troisième cycle qui pourrait s'inspirer de celui des odontologistes et se décliner sous la forme d'un cycle court ou long.

Dans les maternités, si les sages-femmes ont élargi leurs connaissances et compétences techniques, elles ont perdu en autonomie. Les décrets de 1998, dits de périnatalité, définissent les normes en matière de personnel et de locaux. Alors même que les conditions d'exercice ont profondément évolué en 20 ans, ces normes, quant à elles, n'ont pas connu de révision. Ce phénomène a créé une inadéquation entre charge de travail et effectifs. Il nous paraît donc urgent de réévaluer ces normes en particulier au niveau des indicateurs de périnatalité.

La profession de sage-femme prend en charge la naissance physiologique. Mais petit à petit, les conditions de suivi et de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du suivi post natal se sont surmédicalisées.

Aujourd'hui, 99 % des accouchements ont lieu à l'hôpital et 75 % sous péridurale. Pourtant, une femme sur quatre se dit insatisfaite de ces conditions en invoquant le sentiment d'avoir été dépossédée de son accouchement. Car si la surenchère de logique sécuritaire ne fait que répondre à une demande des parturientes, le paradoxe est constant : en effet, cette demande sécuritaire est couplée à l'exigence d'un accompagnement qui soit le plus « naturel » possible.

Les sages-femmes, de par leur statut médical, apportent cette exigence sécuritaire mais rappellent, de par leur champ de compétences que la naissance, bien qu'elle puisse être un moment périlleux dans la vie des femmes, reste un acte physiologique.

C'est ce constat, conjugué au souhait des patientes de pouvoir mettre au monde leur enfant de manière naturelle, qui a récemment abouti à l'expérimentation des maisons de naissance. Cette expérimentation

(7 maisons de naissance en métropole, 2 en outre-mer), bien qu'elle reste marginale, a largement montré ses bénéfices et va être étendue par la mise en place d'une vingtaine de maisons supplémentaires. Ce lieu, domaine des sages-femmes qui peuvent y exercer toute l'étendue de leurs compétences professionnelles, doit pouvoir devenir une réelle alternative pour l'accouchement, dès lors que celui-ci relève du domaine physiologique. Dans nombre de pays occidentaux, Allemagne, Pays-Bas, Canada, Royaume-Uni, les maisons de naissance existent depuis plusieurs décennies et sont largement reconnues au sein des parcours de périnatalité. Certaines évolutions, comme le renforcement de l'autonomie des maisons de naissance ou une rémunération plus adaptée pour les sages-femmes qui y exercent, doivent aboutir pour un plein succès de ces établissements.

Enfin, même si cette mesure n'est pas portée par cette proposition de loi, une réflexion sur le poids assurantiel au sein du domaine de la périnatalité devrait être conduite. En effet, ce poids est devenu une véritable contrainte dans l'exercice des praticiens gynécologues-obstétriciens. Nul doute que si, comme nous l'espérons, la profession de sage-femme évolue vers un champ de compétences plus large et une responsabilité accrue, en particulier au sein des maisons de naissance, la surenchère assurantielle pourrait être un frein considérable au développement de ces activités pourtant bénéfiques à la population et aux femmes en particulier.

En conclusion, nous invitons au travers de cette proposition de loi à reconnaître pleinement le statut médical des sages-femmes en corrigeant les incohérences statutaires existantes. Dans cette perspective, il est nécessaire d'y associer une réingénierie de leur formation initiale, en lui amenant une évolution et une densification à la hauteur des responsabilités et des compétences des sages-femmes. Cette proposition de loi ne se prétend pas exhaustive, n'abordant pas des points majeurs tels que les problèmes récents de recrutement ou les problèmes d'effectifs.

Cependant, à sa modeste échelle, elle essaie d'amener des solutions à ce mal-être grandissant et justifié de cette profession pourtant si aimée de nos concitoyens.

Aussi, entendons les sages-femmes qui nous disent : « On vous fait naître, il faut nous reconnaître ».

TITRE I^{ER} - FAIRE ÉVOLUER LA FORMATION INITIALE DES SAGES-FEMMES

Le **titre I^{er}** vise à faire évoluer la formation initiale des sages-femmes afin que celle-ci soit en adéquation avec les réalités du terrain et consacre le statut de profession médicale référente de la physiologie des sages-femmes de manière homogène sur l'ensemble du territoire français. Cette évolution s'articule notamment autour de l'universitarisation de la formation initiale de sage-femme s'accompagnant de la mise en place d'un troisième cycle d'études pour mieux répondre à l'évolution des compétences et des responsabilités de la profession de sage-femme. Elle s'articule également autour de mesures favorisant l'installation des sages-femmes dans les zones de désertification médicale et de la mise en place d'une formation transversale et commune visant à favoriser la coordination et la coopération entre toutes les professions de santé.

L'article 1^{er} pose les bases de l'intégration universitaire de la formation de sage-femme dans la perspective d'homogénéiser le niveau de formation des sages-femmes, de décloisonner les formations en santé et de tendre vers une plus grande égalité entre les étudiants en maïeutique. Cette intégration universitaire doit être l'occasion de revaloriser la formation initiale de sage-femme.

L'article 2 vise à consacrer la création du troisième cycle d'études pour les étudiants en maïeutique. Ce dernier doit notamment permettre de développer les connaissances des sages-femmes relatives à la néonatalogie ainsi qu'aux nouvelles technologies et techniques concernant l'exercice en maïeutique et en périnatalité. Il doit également permettre de renforcer la capacité de discernement des sages-femmes entre les situations relevant du physiologique et celles relevant du pathologique pour une étroite collaboration avec les médecins. À l'issue de ce troisième cycle, les étudiants en maïeutique obtiennent le diplôme d'État de docteur en maïeutique.

L'article 3 vise à reconnaître et à entériner la profession de sage-femme comme une profession médicale référente de la physiologie. Il vise également à réaffirmer le devoir des sages-femmes de se concerter systématiquement avec un médecin en cas de situation pathologique constatée et d'adresser la femme à un médecin dès lors que cette situation pathologique n'entre pas dans son champ de compétences ou dans le protocole de coopération entre la sage-femme et le médecin.

L'article 4 vise à accorder la possibilité aux étudiants en maïeutique de signer un contrat d'engagement de service public. À l'instar des autres

professions de santé, les effectifs de sages-femmes sont inégalement répartis sur le territoire national. Cette mesure permettrait par conséquent de favoriser l'installation des sages-femmes dans les zones touchées par la désertification médicale.

L'article 5 vise à instaurer une formation transversale et commune à destination de toutes les professions de santé dans la perspective de leur offrir une meilleure connaissance mutuelle des parcours, des compétences et des actes de chaque profession. La réforme de notre système de santé reflète cette tendance progressive visant à encourager les coopérations entre professionnels de santé et la mise en œuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration entre tous les acteurs de santé sur le terrain.

L'article 6 demande un rapport au Gouvernement dans la perspective d'une réorganisation de la formation initiale des sages-femmes qui s'accompagnerait de la création d'un troisième cycle court, d'une durée d'un an, ou d'un troisième cycle long, de plusieurs années, s'accompagnant d'un internat en maïeutique.

TITRE II - FAIRE ÉVOLUER LE STATUT DES SAGES-FEMMES

Le **titre II** vise à faire évoluer le statut des sages-femmes dans la perspective de consacrer la profession de sage-femme en tant que profession médicale à part entière, et ce, quel que soit le mode d'exercice. Cette reconnaissance s'articule notamment autour de la reconnaissance du statut de praticien hospitalier, de la possibilité d'une bi-appartenance hospitalo-universitaire pour les sages-femmes ou encore de la mise en place d'un partenariat renforcé entre les professions de médecin et de sage-femme. Ce titre vise également à reconnaître la participation des sages-femmes aux soins primaires et aux activités relatives à la santé sexuelle et reproductive et prévoit l'affectation de sages-femmes à l'encadrement des soins et actes obstétricaux au sein des établissements de santé privés dans la perspective de garantir la qualité et la sécurité des soins pour les femmes sur l'ensemble du territoire national.

L'article 7 vise à faire aboutir un statut cohérent dans l'exercice salarié de la profession en accordant aux sages-femmes le statut de praticien hospitalier. Dans ce cadre, il aligne *de facto* leur droit au développement professionnel continu ainsi que leurs droits syndicaux sur ceux des praticiens hospitaliers. Le code de la santé publique reconnaît la profession de sage-femme comme une profession médicale. Malgré cela, les sages-femmes ne sont pas reconnues comme telles, notamment au sein de la fonction

publique hospitalière. Cette reconnaissance statutaire met fin à ce paradoxe juridique.

L'article 8 vise à prévoir la possibilité aux doctorants de la filière maïeutique d'exercer simultanément leur activité professionnelle et des activités d'enseignement et de recherche. Cette bi-appartenance est aujourd'hui possible pour les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les médecins mais pas pour les sages-femmes qui doivent encore choisir entre la pratique clinique et la pratique de l'enseignement et de la recherche. La bi-appartenance permettrait une combinaison optimale entre théorie et pratique pour une meilleure actualisation de leurs connaissances et de l'enseignement prodigué.

L'article 9 vise à instaurer un travail de coopération et un partenariat renforcé entre les professions de médecin et de sage-femme dans la perspective d'améliorer l'identification et la prise en charge des situations relevant du physiologique et de celles relevant du pathologique. Cet objectif peut notamment être atteint en consacrant les protocoles de coopération des professionnels de santé de la gynécologie, de l'obstétrique et de la maïeutique dans le cadre de l'exercice libéral du suivi gynécologique et de la périnatalité et en amenant une révision nécessaire du code de déontologie concerné.

L'article 10 vise à réaffirmer l'expertise des sages-femmes en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, notamment par le biais d'actions de prévention, de vaccination et de dépistage des IST. La sage-femme a également un rôle important en matière de conseil et d'éducation sanitaire, non seulement pour la femme mais aussi au sein de la famille et de la collectivité.

L'article 11 vise à offrir une reconnaissance aux sages-femmes dans leur participation aux soins primaires. Les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic de la pathologie positionnent la sage-femme comme praticien de premier recours en soins primaires pour la santé des femmes. Cette place dans le système de santé français nécessite d'être clairement identifiée.

L'article 12 vise à rendre obligatoire l'affectation de sages-femmes à l'encadrement des soins et actes obstétricaux au sein des établissements de santé privés. Aujourd'hui, ces derniers ne sont pas tenus de recruter une sage-femme pour respecter les obligations précitées. Mais le défaut de sage-femme de proximité est un indice révélant un défaut d'organisation de

l'établissement susceptible d'engager sa responsabilité civile en cas d'incident préjudiciable.

L'article 13 vise à reconnaître l'activité de sage-femme comme une activité de pratique médicale au sein de la nomenclature des activités françaises. Aujourd'hui, cette nomenclature la considère comme une pratique paramédicale, alors même que le code de la santé publique considère la profession de sage-femme comme une profession médicale. La nomenclature des activités françaises devant être proche de la nomenclature statistique des activités économiques dans la communauté européenne, cet article vise donc à se rapprocher autant que possible de la classification européenne, tout en tenant compte des spécificités françaises : la France est aujourd'hui le seul pays où la profession de sage-femme est considérée comme une profession médicale.

TITRE III - FAIRE ÉVOLUER LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES

Le **titre III** vise à faire évoluer les compétences des sages-femmes afin de consacrer le caractère médical de la profession. Cette évolution s'articule notamment autour de la suppression de la liste restrictive de prescription des sages-femmes, de la possibilité pour les sages-femmes de recevoir une personne dès la première consultation dans le cadre d'une demande de stérilisation et de la réaffirmation du rôle des sages-femmes dans le suivi gynécologique de prévention tout au long de la vie de la femme. Ces mesures viennent compléter les avancées amenées par la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dans la perspective d'une simplification et d'une fluidification des parcours de soins.

L'article 14 vise à supprimer la liste de prescription des sages-femmes afin de leur permettre de prescrire tous les actes, produits, examens, dispositifs médicaux et prestations nécessaires à l'exercice de leur profession, à l'instar de la pleine faculté de prescription dont bénéficient les chirurgiens-dentistes. Les sages-femmes peuvent aujourd'hui prescrire les actes, produits et prestations mentionnés sur des listes fixées par voie réglementaire. Ces listes, pouvant rapidement devenir obsolètes, exposent la patiente à une double consultation, d'abord chez la sage-femme, puis chez le médecin. Cet article vise par conséquent à ouvrir plus largement, mais strictement dans le champ de compétences des sages-femmes, leur droit de prescription, pour simplifier et faciliter partout sur le territoire l'accès aux soins, tout en en préservant la sécurité.

L'article 15 vise à permettre aux sages-femmes de recevoir directement une personne dans le cadre d'une demande de stérilisation. Aujourd'hui, la première demande de stérilisation s'effectue systématiquement auprès d'un gynécologue ou d'un médecin. Les sages-femmes ne peuvent être consultées qu'au bout de la deuxième consultation. Cette restriction va à l'encontre de la simplification des parcours de soins et suscite des coûts supprimables.

L'article 16 vise à réaffirmer la possibilité pour les sages-femmes d'intervenir dans le suivi gynécologique de prévention tout au long de la vie de la femme et notamment après la ménopause.

TITRE IV - MAISONS DE NAISSANCE

Le **titre IV** vise à promouvoir les maisons de naissance sur l'ensemble du territoire et à leur donner une véritable autonomie notamment en assouplissant le critère de contiguïté de ces établissements avec un établissement partenaire, en consacrant la création et la gestion exclusives des maisons de naissance par des sages-femmes et en prévoyant un accompagnement global à la naissance pour le paiement du forfait des sages-femmes libérales qui y exercent. Ces établissements offrent aux femmes une prise en charge moins technicisée du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum et répondent, à ce titre, aux aspirations d'un nombre croissant de femmes.

L'article 17 vise à assouplir le critère de contiguïté des maisons de naissance avec l'établissement partenaire afin de permettre à davantage de projets de maison de naissance de voir le jour. Les locaux des établissements de santé se situent pour la plupart dans un foncier à la superficie restreinte et ne permettent donc pas d'accueillir aisément une maison de naissance. Dans le cadre de l'expérimentation, l'exigence d'un « transfert en position allongée sans traversée de voie publique » couplée à celle de contiguïté avait déjà empêché l'aboutissement de projets au sein d'établissements de santé de type pavillonnaire.

L'article 18 vise à consacrer la création et la gestion exclusives des maisons de naissance par des sages-femmes notamment par l'élection annuelle d'un directeur en son sein, parmi les sages-femmes qui y exercent. Cette exclusivité semble indispensable pour conserver le caractère innovant de ces structures à taille humaine et pour en assurer le bon fonctionnement. L'indépendance, la liberté d'action et de décision des sages-femmes gestionnaires de la maison de naissance constitue la garantie que ces structures répondent aux besoins des parturientes, des familles et des nouveau-nés.

L'article 19 vise à prévoir un accompagnement global à la naissance pour le paiement du forfait des sages-femmes libérales qui exercent au sein des maisons de naissance. Ces sages-femmes doivent être rémunérées sur la base de l'intégralité du processus d'accouchement et non pas uniquement sur la base du simple acte d'accouchement comme c'est le cas aujourd'hui.

TITRE V - AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

Le **titre V** vise à améliorer le parcours de soins en périnatalité notamment en pérennisant le remboursement des actes de téléconsultation réalisés par des sages-femmes, en généralisant l'entretien postnatal précoce suite à l'accouchement et en améliorant les dispositifs pré et post-partum pour s'assurer du bien-être de la mère et d'un accompagnement optimal des parents dans la prise en charge du nouveau-né. L'arrivée d'un enfant peut effectivement s'accompagner de difficultés physiques ou psychiques, pour lui ou ses parents, et constitue un moment privilégié pour une approche globale et préventive.

L'article 20 vise à pérenniser le remboursement des actes de téléconsultation réalisés par des sages-femmes. Compte tenu de la crise sanitaire que nous traversons actuellement et de l'essor des nouvelles technologies, la téléconsultation est un moyen efficace de maintenir le contact avec les femmes désireuses d'obtenir une grossesse, de la poursuivre ou non, et d'assurer leur surveillance et leur prise en charge, malgré la distance.

L'article 21 vise à généraliser l'entretien postnatal précoce suite à l'accouchement comme le recommande la Haute Autorité de Santé depuis 2014 ou encore la commission des « 1 000 premiers jours de la vie ». Un tel entretien permettrait de s'assurer du bien-être émotionnel de la mère, mais aussi d'accompagner les parents dans la prise en charge du nouveau-né (soins, alimentation, rythmes...).

L'article 22 demande un rapport au Gouvernement dans le but d'étendre le dispositif de l'article 52 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 à l'ensemble du territoire. La généralisation de ce dispositif est essentielle pour définir des parcours lisibles pour les femmes, leur garantir la liberté de choix, réduire les inéquités de l'offre de soins et répondre aux besoins spécifiques des populations au sein de chaque territoire.

L'article 23 demande un rapport au Gouvernement dans le but d'améliorer les dispositifs de suivi post-partum et de prévenir le suicide des jeunes mères qui est aujourd'hui la première cause de mortalité maternelle.

L'article 24 demande un rapport au Gouvernement dans le but de promouvoir l'entretien prénatal précoce en vue de la systématisation de ces entretiens de prévention et de préparation à la naissance sur le territoire national.

L'article 25 demande un rapport au Gouvernement sur le développement de l'activité de doula et notamment sur sa formation, son exercice et son encadrement ainsi que sur la place de cette nouvelle forme d'accompagnement à la naissance au sein des parcours de périnatalité.

L'article 26 prévoit les dispositions relatives à la compensation de la charge pour les organismes de sécurité sociale.

PROPOSITION DE LOI

TITRE I^{ER}

**FAIRE ÉVOLUER LA FORMATION INITIALE
DES SAGES-FEMMES**

Article 1^{er}

- ① Le chapitre I^{er} du titre V du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② I. – L'article L. 4151-7 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 4151-7.* – La formation des personnes qui se préparent à la profession de sage-femme est assurée au sein des unités de formation et de recherche de médecine prévues à l'article L. 632-1 du code de l'éducation. Elle est ouverte aux candidats des deux sexes. Les modalités d'application du présent article, dont les dispositions s'appliquent à compter de la rentrée universitaire 2022-2023, sont précisées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. »
- ④ II. – Le 1^o de l'article L. 4151-5 est ainsi rédigé :
- ⑤ « 1^o Soit le diplôme français d'État de docteur en maïeutique ; ».
- ⑥ III. – Les articles L. 4151-7-1, L. 4151-8 et L. 4151-9 sont abrogés.

Article 2

- ① I. – Après le chapitre IV du titre III du livre VI de la troisième partie du code de l'éducation, il est inséré un chapitre V ainsi rédigé :
- ② « *CHAPITRE V*
- ③ « *Les études de maïeutique*
- ④ « *Art. L. 635-1.* – Le troisième cycle des études de maïeutique est accessible aux étudiants ayant obtenu la validation du deuxième cycle des études de maïeutique.
- ⑤ « Ce troisième cycle est d'une durée d'un an. Il vise en particulier à :

- ⑥ « 1° Réaffirmer les connaissances physiologiques des sages-femmes ;
- ⑦ « 2° Approfondir les connaissances relevant du domaine pathologique afin de mieux discerner la frontière physiologique-pathologique ;
- ⑧ « 3° Renforcer les connaissances en néonatalité ;
- ⑨ « 4° Développer les connaissances des sages-femmes relatives aux nouvelles technologies et techniques concernant l'exercice en maïeutique et en périnatalité.
- ⑩ « Le référentiel de ce troisième cycle d'études est fixé par décret.
- ⑪ « Après validation de ce troisième cycle et soutenance d'une thèse d'exercice, les étudiants obtiennent un diplôme d'État de docteur en maïeutique. »
- ⑫ II. – Au 2° de l'article L. 6153-1 du code de la santé publique, après le mot : « odontologie », est inséré le mot : « , maïeutique ».

Article 3

- ① L'article L. 4151-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au début du premier alinéa, sont ajoutées trois phrases ainsi rédigées : « La profession de sage-femme est une profession médicale référente de la physiologie. En cas de situation pathologique constatée, la sage-femme se concerta systématiquement avec un médecin. La sage-femme adresse la femme à un médecin dès lors que la pathologie constatée n'entre pas dans son champ de compétences ou dans le protocole de coopération entre la sage-femme et le médecin. »
- ③ 2° À la fin du deuxième alinéa, les mots : « à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée » sont supprimés.
- ④ 3° À la fin du troisième alinéa, les mots : « , sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique » sont supprimés.

Article 4

- ① Le premier alinéa de l'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Après la première occurrence du mot : « médecine », sont insérés les mots : « , de maïeutique ».
- ③ 2° Après la seconde occurrence du mot : « médecine », sont insérés les mots : « , en maïeutique ».

Article 5

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'aménagement d'une formation commune aux professionnels de santé visant à assurer une meilleure connaissance des parcours, des compétences et des actes de chaque profession. Cette formation comprend des cours transversaux et communs ainsi que des simulations interprofessionnelles à destination de tous les professionnels de santé.

Article 6

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport explicitant le référentiel de compétences, le contenu de la formation et l'accès aux études de sage-femme en vue d'une réorganisation de leur formation initiale s'accompagnant de la création d'un troisième cycle court, d'une durée d'un an, ou long, de plusieurs années, et d'un internat en maïeutique.

TITRE II

FAIRE ÉVOLUER LE STATUT DES SAGES-FEMMES

Article 7

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② I. – L'article L. 6152-1 est ainsi modifié :
- ③ 1° Aux 1°, 2° et 3°, après les mots : « des odontologistes », sont insérés les mots : « , des sages-femmes ».

- ④ 2° Au 4°, après les mots : « d'un odontologiste », sont insérés les mots : « , d'une sage-femme » et après les mots : « d'odontologie », sont insérés les mots : « , de maïeutique ».
- ⑤ II. – Aux articles L. 6152-5 et L. 6155-1, après le mot « odontologistes », sont insérés les mots : « , sages-femmes ».
- ⑥ III. – Aux premier et second alinéas de l'article L. 6155-4, après le mot : « pharmaciens », sont insérés les mots : « , sages-femmes ».
- ⑦ IV. – Au premier alinéa de l'article L. 6156-1, après le mot : « odontologistes », est inséré le mot : « , maïeutiques ».
- ⑧ V. – Au premier alinéa de l'article L. 6156-2, après la première occurrence du mot : « odontologistes », sont insérés les mots : « , sages-femmes » et après la deuxième occurrence du mot : « odontologistes », est inséré le mot : « , maïeutiques ».
- ⑨ VI. – À l'article L. 6156-3, après le mot : « odontologistes », est inséré le mot : « , maïeutiques ».
- ⑩ VII. – À l'intitulé de la section 2 du chapitre VI du titre V du livre I^{er} de la sixième partie, au premier alinéa de l'article L. 6156-4, aux premier et second alinéa de l'article L. 6156-5, après le mot : « odontologistes », est inséré le mot : « , maïeutiques ».

Article 8

- ① Le chapitre V du titre III du livre VI de la troisième partie du code de l'éducation, dans sa rédaction résultant de l'article 2 de la présente loi, est complété par un article L. 635-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 635-2.* – Les sages-femmes titulaires d'un doctorat peuvent prétendre à la bi-appartenance entre la pratique clinique et la pratique d'enseignement et de recherche.
- ③ « Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. »

Article 9

- ① La quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

- ② I. – Après l'article L. 4011-2, il est inséré un article L. 4011-2-1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 4011-2-1.* – Les protocoles de coopération prévus à l'article L. 4011-2 sont rédigés par les professionnels de santé de la gynécologie, de l'obstétrique et de la maïeutique pour l'exercice libéral du suivi gynécologique et de la périnatalité. »
- ④ II. – L'article L. 4127-1 est complété par les mots : « et peut être révisé. »

Article 10

- ① Le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « La sage-femme est une professionnelle de la santé sexuelle et reproductive. »

Article 11

- ① Après l'article L. 4151-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4151-2-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4151-2-1.* – La sage-femme participe à la prise en charge des soins primaires auprès des femmes et de leurs enfants. Les missions de la sage-femme sont notamment les suivantes :
- ③ « 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant la prévention, le dépistage et le diagnostic des pathologies ainsi que l'éducation à la santé auprès des femmes et des enfants.
- ④ « 2° Orienter les patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- ⑤ « 3° Assurer la surveillance et la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration avec le médecin ainsi que la coordination des soins nécessaires à ces patients ;
- ⑥ « 4° Contribuer à l'accueil et à la formation des étudiants en formation.
- ⑦ « Ces missions peuvent aussi s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

- ⑧ « L'exercice de la profession de sage-femme peut également comporter la participation aux consultations de planification familiale. »

Article 12

- ① Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6161-12 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6161-12.* – Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.
- ③ « Les modalités d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire. »

Article 13

- ① L'activité des sages-femmes est intégrée à la section 86.2 de la nomenclature d'activités françaises qui regroupe les professions de médecin et de chirurgien-dentiste. Une section « 86.24 – Activité des sages-femmes » est créée à cet effet.
- ② Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire et entrent en vigueur deux ans après la promulgation du décret.

TITRE III

FAIRE ÉVOLUER LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES

Article 14

- ① L'article L. 4151-4 du code de la santé publique est remplacé par un article ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4151-4.* – Les sages-femmes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations strictement nécessaires à l'exercice de leur profession.
- ③ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des sages-femmes et du Conseil national de l'ordre des médecins, détermine les conditions d'application du présent article. »

Article 15

- ① L'article L. 2123-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « ou d'une sage-femme ».
- ③ 2° Au troisième alinéa, après les mots : « Ce médecin », sont insérés les mots : « ou cette sage-femme ».
- ④ 3° À l'avant-dernier alinéa, après les mots : « consultation médicale », sont insérés les mots : « ou d'une sage-femme ».

Article 16

Au troisième alinéa de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, les mots : « peut comporter », sont remplacés par le mot : « comporte » et après le mot : « prévention », sont insérés les mots : « de la femme tout au long de sa vie ».

TITRE IV

MAISONS DE NAISSANCE

Article 17

Au dernier alinéa de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique, les mots : « contiguë à » sont remplacés par les mots : « située à proximité immédiate d' ».

Article 18

- ① L'article L. 6323-4-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6323-4-1.* – Les maisons de naissance sont créées et gérées par plusieurs sages-femmes associées pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice.
- ③ « Dans ce cadre, un directeur est élu chaque année parmi les sages-femmes au sein de chaque maison de naissance. Il veille à la coordination et à la coopération entre les sages-femmes qui y exercent. Il est

responsable de la mise en place des réunions de service où se décide l'éligibilité des parturientes à une prise en charge en maison de naissance.

- ④ « Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. »

Article 19

- ① Après l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est inséré un article L. 162-1-7-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 162-1-7-1.* – La rémunération des sages-femmes qui exercent en maison de naissance donne lieu à une rémunération forfaitaire par l'assurance maladie. Cette rémunération englobe :
- ③ « 1° La surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement définie à l'article L. 2122-1 du code de la santé publique ;
- ④ « 2° La préparation à la naissance et à la parentalité définie par les recommandations de la Haute Autorité de santé ;
- ⑤ « 3° L'accouchement et les soins postnataux concernant la mère et l'enfant en maison de naissance ainsi qu'à domicile ;
- ⑥ « 4° Les surcoûts spécifiques engendrés par le paiement des astreintes et la présence de la seconde sage-femme au moment de l'accouchement.
- ⑦ « Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article. »

TITRE V

AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

Article 20

- ① À l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Par dérogation à l'article L. 162-1-7 et au premier alinéa du présent 1°, les consultations à distance des sages-femmes exerçant en libéral ou dans les autres structures mentionnées à l'article L. 162-1-7 sont valorisées à hauteur

d'une téléconsultation simple et prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. »

Article 21

- ① L'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Un entretien postnatal précoce est systématiquement proposé après l'accouchement. Il est réalisé par un médecin ou une sage-femme dans le mois qui suit l'accouchement. L'objet de cet entretien est de prévenir la dépression du postpartum et d'accompagner les parents. »

Article 22

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur l'extension du dispositif de l'article 52 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 à l'ensemble du territoire, sur son financement par une dotation populationnelle et sur le renouvellement des indicateurs de périnatalité.

Article 23

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la dépression post-partum pouvant conduire au suicide des jeunes mères. Il recense le nombre de suicides et détaille les moyens et les coûts de la mise en place d'un accompagnement psychologique post-partum.

Article 24

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport concernant l'entretien prénatal précoce prévu au dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique. Le rapport formule notamment des recommandations pour la promotion de ces entretiens de prévention et de préparation à la naissance en vue de leur systématisation sur le territoire national.

Article 25

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport concernant le développement de l'activité de doula et notamment sur sa formation, son exercice et son encadrement ainsi que sur la place de cette nouvelle forme d'accompagnement à la naissance au sein des parcours de périnatalité.

Article 26

- ① I. – La charge pour l'État est compensée, à due concurrence, par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② II. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.