

PROPOSITION DE LOI SANTE POUR TOUTES

**PROPOSITION COMMUNE DES INSTANCES DE LA
PROFESSION DE SAGE-FEMME**

Mai 2023

Exposé des motifs :

Mesdames, Messieurs,

La santé des femmes est un enjeu sociétal et démocratique majeur : les droits sexuels et reproductifs permettent notamment l'émancipation des femmes. Cependant, leur mise en œuvre est très souvent entravée par des obstacles et résistances, notamment faute de prévention efficace et d'éducation à la sexualité.

En France, cette situation se retrouve dans les données épidémiologiques : les IST sont en augmentation de 10% depuis 2012 ; la contraception d'urgence est mal connue ; la couverture vaccinale VHB contre l'hépatite B est insuffisante tout comme celle du HPV contre le papillomavirus ; de nombreuses femmes renoncent à un suivi gynécologique faute de professionnel ou en raison du coût ; les femmes en situation de handicap ont très peu accès à ces soins.

En parallèle, les compétences gynécologiques des sages-femmes restent méconnues alors qu'elles pourraient répondre à certains besoins de santé.

La santé périnatale souffre en France d'une absence de pilotage et de stratégie. L'offre ne cesse pourtant d'évoluer depuis les années 70 : le nombre des maternités a été divisé par trois. Les décrets organisant le fonctionnement des maternités sont quant à eux désuets et n'ont pas été revus depuis 1998. Construits autour de la notion de « secteur naissance », ils négligent les activités non programmées de gynécologie et obstétrique qui dépassent ce cadre. Or, ce sont les mêmes personnels qui assurent la continuité et la permanence des soins pour ces activités. Dès lors, les soignants ne peuvent pas garantir la qualité et la sécurité des soins faute d'effectifs suffisants.

De plus, dans cette organisation, l'accompagnement des femmes et des parents est aujourd'hui limité, peu personnalisé et souvent calqué sur le modèle de la pathologie. La dimension psycho-sociale est négligée. L'absence de parcours coordonné de périnatalité est aussi une ornière. Souvent, les parents sont isolés et sans parcours déterminé à la sortie de la maternité ce qui favorise l'absence de suivi et l'émergence des dépressions du post-partum qui touchent aujourd'hui 10 à 20% des femmes.

Ces éléments se retrouvent dans le dernier rapport d'EUROPERISTAT (2018), la dernière enquête périnatale (2021) et le rapport de Santé Publique France (2022) qui montrent que si certains indicateurs de santé périnatale sont stables, d'autres sont en détérioration. Les femmes également témoignent de toutes les difficultés vécues lors de la période post-accouchement à travers l'hashtag #MonPostPartum. Elles désirent être mieux préparées et mieux accompagnées.

Dans le même temps, la profession de sage-femme traverse une crise inédite. En 2022, les radiations auprès de l'Ordre pour les sages-femmes en âge d'exercice ont augmenté ainsi de 110%. 20% des places en L2 maïeutique sont restées vacantes à la rentrée 2022. Le métier de sage-femme n'attire plus dans un système de santé aujourd'hui au bord de la rupture.

Les établissements de santé sont régulièrement sources de violence et de souffrance pour les femmes mais aussi pour les soignants dont l'exercice n'a que peu de sens, faute de pouvoir assurer leurs missions élémentaires. Ces conditions d'exercice dégradées poussent les sages-femmes à quitter les maternités et à fuir la profession, diminuant les effectifs déjà restreints et créant un cercle vicieux destructeur. Dans le même temps, le statut et la place des sages-femmes évoluent en effet à la marge. Leurs missions et compétences s'adaptent régulièrement aux urgences de santé publique sans vision globale et sans valorisation. Malgré les annonces, le statut inadapté des sages-femmes au sein de la fonction publique hospitalière reste un frein à l'attractivité.

Ce constat dramatique, partagé par les usagers et les professionnels, n'a pourtant reçu aucune réponse des pouvoirs publics. Dès lors, quelle peut être la portée d'une politique des 1000 jours ou de la santé des femmes si les questions fondamentales sont ignorées ?

Les étudiants sages-femmes alertent sur leur bien-être et sur la perte d'attractivité de leur formation

L'Association nationale des étudiants sages-femmes (Anesf) a révélé le 03 avril dernier son enquête bien-être 2023. Les résultats sont préoccupants : les plupart des indicateurs n'ont pas progressés depuis l'enquête de 2018 ou au contraire se sont dégradés. Ces chiffres doivent également être mis en perspective des 20% de places vacantes en deuxième année de sage-femme.

Ainsi, 31,4% des étudiants répondants ont déjà envisagé d'arrêter leurs études soit 4,4 points de plus par rapport à 2018. Un quart des étudiants envisagent une durée d'exercice de moins de 15 ans alors qu'il y a une pénurie nationale de sage-femme qui conduit notamment à la fermeture de maternités.

La santé des étudiants en maïeutique est inquiétante : ceux-ci pratiquent moins d'activité physique en moyenne que les autres étudiants, dorment mal et renoncent aux soins en raison d'emplois du temps surchargés.

Les étudiants sages-femmes sont aussi pénalisés par les frais liés aux études, notamment pour leur déplacement, qui favorisent la précarité. Ces frais sont alourdis par des coûts illégaux comme l'achat de tenues de stage ou de matériel pour les travaux pratiques.

Dès lors, **l'article premier** du présent texte demande au gouvernement un rapport afin de mettre en place une stratégie nationale de la santé sexuelle et reproductive afin de mieux garantir les droits et la santé des femmes et des personnes transsexuelles. Il devra évaluer l'opportunité d'organiser des états généraux de la santé de la femme et de mettre en place un institut pour la santé sexuelle et reproductive sur le modèle INCa afin d'améliorer le pilotage et la cohérence de cette politique publique indispensable à l'égalité entre les femmes et les hommes.

L'article 2 impose aux Agences régionales de santé (ARS) de développer dans le cadre du projet régional de santé un programme de santé sexuel et reproductif afin de favoriser la prévention, l'accès aux soins et de mieux garantir les droits fondamentaux des femmes.

L'article 3 vise à développer l'éducation et la prévention à la santé reproductive et prévention dans le cadre d'une approche globale de la santé génésique. Il est proposé de créer trois nouveaux rendez-vous interviennent à trois moments-clés de la vie des femmes pour accompagner la vie sexuelle et affective et prévenir l'apparition de facteurs de risque ou de pathologies.

Plus spécifiquement, il s'agira :

-Pour les adolescents, de renforcer l'éducation à la vie sexuelle et affective et la promotion de la santé sexuelle et reproductive, de développer une consultation spécifique visant à mobiliser tous les adolescents en faveur de leur santé sur le thème de la contraception, de la prévention et du dépistage précoce des IST, à favoriser l'accès à la contraception, aux outils de prévention (dont les vaccinations) et au dépistage des IST mais aussi à repérer les situations de violence ou de discrimination liées au genre ou à l'orientation sexuelle.

-Pour toutes les femmes en âge de procréer, de pouvoir bénéficier d'une consultation pré-conceptionnelle visant à accompagner les femmes ayant un désir de grossesse afin de promouvoir les actions de prévention (tabac, alcool, vaccinations, médicaments...) pouvant favoriser une grossesse et limiter l'apparition de complications obstétricales.

-Pour toutes les femmes âgées entre 45 et 55 ans de pouvoir bénéficier d'une consultation péri-ménopause afin d'accompagner l'évolution de leur vie génésique dans la perspective de la ménopause.

L'article 4 vise à généraliser le programme Handigynéco créé par l'ARS Ile-de-France afin de favoriser l'accès à la santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap par l'intervention de sages-femmes auprès des femmes en situation de handicap accueillies en établissements médico-sociaux ou au domicile de ces personnes. L'objectif d'Handigynéco est également d'améliorer l'accès à la prévention, à l'information sur la vie affective et sexuelle et de mieux lutter contre les violences faites aux femmes. Ainsi, dans une démarche « d'aller-vers », il s'agit de préserver la santé génésique de ces femmes qui est très souvent négligée voire ignorée.

Dès lors, trois types d'actions complémentaires doivent être déployées : un suivi gynécologique adapté pour ces femmes, une information sur la vie affective et sexuelle (VAS) et sur les violences faites aux femmes (VFF) pour l'ensemble des personnes accueillies dans les établissements ainsi qu'une formation à ces questions pour les professionnels travaillant dans ces structures.

L'article 5 propose que les sages-femmes puissent attester de l'état de la femme enceinte nécessitant un repos afin d'allonger le congé maternité sur le modèle du « congé pathologique ».

En effet, lors d'une grossesse, le congé maternité peut être augmenté de 15 jours maximum avant la grossesse lorsqu'un état pathologique est attesté par un médecin. Aujourd'hui, ce congé est fréquemment proposé dans un cadre de prévention (notamment la prévention de la menace d'accouchement prématuré) mais ne peut être fait par une sage-femme. La sage-femme peut uniquement réaliser des arrêts de travail dans le cadre de l'assurance maladie et non de l'assurance maternité. Ces arrêts étant indemnisés plus faiblement, soit les patientes sont pénalisées dans l'indemnisation de leurs arrêts, soit les sages-femmes doivent orienter les femmes vers un médecin qui ne suit pas la grossesse. Ceci consomme inutilement du temps médecin et contrevient à la simplification du parcours de soin.

L'article 6 propose que l'assurance maladie prenne en charge à 100 % dans le cadre du régime maternité l'entretien postnatal précoce ainsi que les séances postnatales afin d'en améliorer l'observance par les femmes.

En effet, si pour améliorer la prise en charge en suites de couches, un entretien postnatal précoce en miroir de l'EPP (entretien prénatal précoce) a été généralisé et deux séances de suivi post-natal sont désormais possibles jusqu'à 14 semaines après l'accouchement, ces examens sont pris en charge par l'assurance maladie et ne sont donc pas pris en charge à 100% dans le cadre du régime maternité.

L'article 7 propose que les sages-femmes puissent rédiger les certificats de santé prévus dans le cadre des examens obligatoires pour le nouveau-né afin qu'elles puissent réaliser certains de ces examens dont celui du 8eme jour.

L'article 8 et 9 visent à renforcer les effectifs sages-femmes pour les activités en gynécologie obstétrique mais aussi au sein des services de protection maternelle et infantile afin d'améliorer l'accompagnement de la femme, du couple et du nouveau-né. Dès lors, il est proposé que la HAS établisse des recommandations d'effectifs qui soient revues tous les 5 ans afin de garantir la sécurité des prises en charge.

L'article 10,11 et 12 visent à développer les alternatives sécurisées à l'accouchement organisé en maternité. Le premier formule une demande de rapport afin que le gouvernement propose un plan afin de développer l'ensemble des alternatives à l'accouchement organisé en maternité. Ce rapport devra notamment étudier les mesures incitatives pour faciliter l'accouchement dans le cadre de l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales mais également envisager la mise en place de services ou d'unités maïeutiques gérées par des sages-femmes. Le second prévoit d'intégrer les sages-femmes au dispositif

de l'accréditation des spécialités à risques par la HAS afin de garantir la sécurité des pratiques et de leur permettre d'accéder aux assurances professionnelles couvrant cette activité à la suite de l'établissement de recommandations par la HAS. Le troisième article afin de favoriser le développement des maisons de naissance sur l'ensemble du territoire assouplit les règles d'implantation des maisons de naissance en remplaçant la contiguïté par la proximité.

L'article 13, 14 et 15 visent à améliorer la prise en charge et l'accompagnement des femmes et des couples lors d'un deuil périnatal. Le premier propose de rembourser à 100% un suivi sages-femmes après une interruption médicale ou spontanée de grossesse. Le second propose de créer un droit à un congé spécifique dans le cadre d'une fausse couche ou d'une IMG tandis que le troisième doit permettre à ces professionnels d'adresser directement ces femmes et ces couples vers un psychologue afin qu'elles puissent bénéficier de séances d'accompagnement psychologique prises en charge par l'assurance maladie.

L'article 16 et 17 visent à renforcer la place des sages-femmes dans le suivi gynécologique afin de faciliter l'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge de la santé génésique des femmes. Il est ainsi proposé de clarifier le rôle des sages-femmes en tant qu'intervenant de première intervention dans ce domaine tout en renforçant la mise en place de véritables parcours de santé génésique coordonnés dans les territoires en précisant par décret et après recommandations de la HAS les conditions d'exercice de cette compétence. Ce diagnostic a également été dressé par le dernier rapport IGAS concernant la réforme des études de sages-femmes au niveau de sa proposition 19. Cette situation permettra de conforter la place des sages-femmes face aux nombreuses interrogations dans la prise en charge de la santé génésique des femmes. L'article permet également aux sages-femmes de réaliser la première consultation dans le cadre d'une demande de stérilisation afin de mieux garantir les droits des femmes. Le second article supprime la liste limitative des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes afin d'améliorer et accélérer l'accès aux soins tout en simplifiant les parcours de soins des femmes.

L'article 18, propose de définir juridiquement les violences gynécologiques et obstétricales afin de mieux lutter contre. Il s'agit de clarifier le cadre normatif existant sans le complexifier, et de permettre de fonder les recours éventuels de patients comme de sécuriser les pratiques professionnelles.

Les articles 19 à 22 visent à reconnaître et à valoriser le caractère médical de la profession de sages-femmes. Ces articles doivent permettre de générer un choc d'attractivité pour une profession qui traverse une crise profonde comme le montre les éléments démographiques. Dès lors, l'article 19 indique que les sages-femmes rejoignent le statut des praticiens hospitaliers au sein de l'hôpital public comme l'ensemble des professions médicales. L'article prévoit un droit d'option pour les professionnels en exercice afin de conserver le bénéfice actuel de leur corps. L'article 20 permet en parallèle aux sages-femmes de bénéficier des dispositions relatives aux hospitalo-universitaires et donc bénéficier de la bi-appartenance afin de pouvoir mener à bien en même temps des activités cliniques, de recherche et d'enseignement. L'article 21 permet aux sages-femmes libérales de pouvoir bénéficier d'une rémunération sur objectifs de santé publique afin de valoriser notamment les activités de prévention. Enfin, l'article 22 correspond à une demande de rapport afin que le gouvernement formule un plan d'attractivité pour la profession et mette fin à la crise actuelle. Il devra notamment préconiser des actions afin de reconnaître et de revaloriser l'exercice médical des sages-femmes territoriales.

PROPOSITION DE LOI SANTE POUR TOUTES

**PROPOSITION COMMUNE DES INSTANCES
DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME**

Mai 2023

TITRE Ier
DOTER LA FRANCE D'UNE STRATEGIE NATIONALE DE LA SANTE
SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

ARTICLE Ier

Le gouvernement remet au parlement dans les six mois à compter de la publication de la présente loi, un rapport concernant les mesures qu'il entend mettre en place afin de bâtir une stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive à même de réduire les inégalités entre les hommes et les femmes, de prendre en compte les vulnérabilités, d'améliorer la santé génésique et de garantir les droits fondamentaux des femmes et des personnes transsexuels.

Ce rapport d'évaluation fait en particulier des propositions pour structurer la politique périnatale afin de garantir notamment l'accès à une offre diversifiée et structurée qui réponde aux attentes et besoins des femmes et des couples.

Ce rapport examine également l'opportunité d'organiser des états généraux de la santé de la femme et celle de la mise en place d'un institut national de la santé sexuelle et reproductive sur le modèle de l'INCa.

TITRE II

CONSTRUIRE DES POLITIQUES RÉGIONALES DE SANTÉ SEXUELLE ET
REPRODUCTIVE

ARTICLE II

I.- L'Article L1434-7 du code de santé publique est ainsi rédigé :

Dans chaque région, le projet régional de santé prévoit un programme relatif à la santé sexuelle et reproductive qui définit les objectifs pluriannuels de l'agence régionale dans ce domaine.

Ce programme prévoit notamment :

- un plan d'action pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive
- un plan d'action pour garantir l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse en prenant en compte les orientations nationales définies par le ministre chargé de la santé sur l'ensemble du territoire régionale.
- un plan d'action pour le développement d'une offre d'accouchements physiologiques diversifiée intra et extrahospitalière
- un schéma régional périnatal favorisant la coordination entre les professionnels de santé, les établissements et services de santé, la protection maternelle infantile, les centres de santé et les communautés professionnelles territoriales de santé.
- un décret en Conseil d'Etat peut étendre le contenu obligatoire de ce programme

II.- A la fin de l'alinéa 3 du III de l'article L1434-10 du code santé publique, ajouter la phrase suivante :

« Ce projet décline le programme définit à l'article L1434-7 du code de santé publique. »

TITRE III
RENFORCER LA PREVENTION EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET
REPRODUCTIVE

ARTICLE III

I.- Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 1411-6-2, il est inséré un article L. 1411-6-4 ainsi rédigé :

Art. L. 1411-6-3 – Des rendez-vous de prévention dédiés à la santé sexuelle et reproductive sont prévus à certains âges. Ils peuvent notamment donner lieu à des consultations de prévention et de promotion de la santé génésique réalisées par les médecins et les sages-femmes.

2° À l'article L. 1411-7 :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6, L. 1411-6-2 et L. 1411-6-3 »

b) Cet article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Le nombre et la périodicité des rendez-vous de prévention dédiés à la santé sexuelle et reproductive mentionnés au I de l'article L. 1411-6-3.

3° À l'article L. 1411-8 :

a) Au premier alinéa, après les mots : « mentionnés à l'article L. 1411-6-2 » sont insérés les mots : « et à l'article L. 1411-6-3 »

b) Au troisième alinéa, les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ; sont remplacés par les mots « aux articles L. 1411-6, L. 1411-6-2 et L.1411-6-3 »

II.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 5° de l'article L.160-8, les mots « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » sont remplacées par les mots suivants « aux articles L. 1411-6, L. 1411-6-2 et L.1411-6-3 »

2° À l'article L. 160-14 :

Rédiger le 21° ainsi : Pour les consultations et séances de prévention dédiées à la santé sexuelle et reproductive prévues par l'article L.1411-6-3 du code de santé publique ainsi que pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1

ARTICLE IV

I.- Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 1411-6-2, il est inséré un article L. 1411-6-4 ainsi rédigé :

Art. L. 1411-6-4 – 1° Toutes les femmes en situation de handicap bénéficient annuellement d'une consultation adaptée de suivi gynécologique.

2° L'ensemble des personnes handicapées résidant au sein des établissements sociaux et médico-sociaux bénéficient de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences faites aux femmes.

2° À l'article L. 1411-7 :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 à L. 1411-6-4 »

b) Cet article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Les modalités et les conditions de mise en œuvre du dispositif mentionnés au II de l'article L. 1411-6-3. Ces conditions peuvent prévoir une formation à la vie sexuelle et affective ainsi qu'aux violences faites aux femmes des personnels travaillant dans les établissements sociaux et médicaux sociaux accueillant des personnes en situation de handicap. »

3° À l'article L. 1411-8 :

a) Au premier alinéa, après les mots : « mentionnés à l'article L. 1411-6-2 » sont insérés les mots : « et à l'article L. 1411-6-4 »

b) Au troisième alinéa, les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ; sont remplacés par les mots « aux articles L. 1411-6 à L.1411-6-4 »

II.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 5° de l'article L.160-8, les mots « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » sont remplacées par les mots suivants « aux articles L. 1411-6 à L.1411-6-4 »

2° À l'article L. 160-14 :

Rédiger le 21° ainsi : Pour les consultations et séances de prévention dédiées à la santé sexuelle et reproductive prévues par les articles L.1411-6-3 et L 1411-6-4 du code de santé publique ainsi que pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1

TITRE IV AMÉLIORER ET SIMPLIFIER LE PARCOURS PERINATAL

ARTICLE V

Ajouter l'alinéa suivant à la fin de l'article L1225-21 du code du travail :

« Lorsque la sage-femme atteste que l'état de santé de la femme enceinte nécessite un repos afin de prévenir une dégradation ou une aggravation de cet état résultant de la grossesse, le congé de maternité est augmenté de la durée de cet état dans la limite de deux semaines. »

ARTICLE VI

Ajouter l'alinéa suivant avant le dernier alinéa de l'article L160-9 du code de la sécurité sociale :

« 4° L'entretien postnatal précoce obligatoire défini au dernier alinéa de l'article L. 2122-1 ainsi que deux séances de suivi post-natal réalisées par une sage-femme dans les quatorze semaines suivant l'accouchement »

ARTICLE VII

Au premier alinéa de l'Article L2132-3 du code de santé publique, ajouter après les mots « le médecin », les mots suivants : « ou la sage-femme ».

ARTICLE VIII

Le chapitre IV du titre II du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6124-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6124-2. – Pour des raisons de sécurité, certaines activités de soins peuvent être soumises à des conditions de fonctionnement particulières requises pour l'accueil de patients. Celles-ci sont fixées par décret pour une période maximale de cinq ans après avis de la Haute Autorité de santé. »

ARTICLE IX

A l'article L212-4 du code de la santé publique, ajouter entre les mots « normes minimales d'effectifs » et « fixées par voie réglementaire », les mots suivants : « pour une période maximale de cinq ans après avis de la Haute Autorité de santé et ».

TITRE V

GARANTIR LE LIBRE CHOIX DU LIEU D'ACCOUCHEMENT

ARTICLE X

Le gouvernement remet au parlement dans les six mois à compter de la publication de la présente loi, un rapport concernant les mesures qu'il entend mettre en place afin de développer le suivi global et les offres physiologiques alternatives à l'accouchement « organisé » en maternité.

Ce rapport présente ainsi part les mesures prévues afin de relancer le déploiement des maisons de naissance.

Il présente également les mesures incitatives prévues pour favoriser les accouchements se réalisant dans le cadre de l'ouverture d'un plateau technique à une sage-femme ou un médecin libéral.

Il présente les mesures pour organiser et sécuriser régionalement les accouchements médicalisés à domicile.

Enfin, ce rapport envisage le développement de services ou d'unités de maïeutique organisés par des sages-femmes au sein établissements de santé afin d'assurer le suivi bas risque prénatal, per partum et postnatal.

ARTICLE XI

I. – Le III de l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Peuvent également bénéficier de cette aide, dans les mêmes conditions, les sages-femmes soumises à l'obligation d'assurance mentionnée à l'article L. 1142-2 dudit code pratiquant l'accouchement à domicile et accrédités ou engagés dans une procédure de renouvellement de leur accréditation. » ;

2° Aux première et seconde phrases du second alinéa, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « et les sages-femmes ».

II. – L'article L. 4135-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , ainsi que les sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile ou en maison de naissance, » ;

b) À la dernière phrase, les mots : « et les équipes médicales » sont remplacés par les mots : « les équipes médicales, dont les sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile ou en maison de naissance » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « et sages-femmes ».

III. – Un décret définit les conditions dans lesquelles l'offre d'accouchement à domicile accompagné est intégrée au projet régional de santé prévu à l'article L1434-1 après établissement par la Haute Autorité de santé de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

ARTICLE XII

A l'article L6323-4 du code de santé publique, remplacer le terme « contiguë à » par « à proximité d' »

TITRE VI

RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS SPONTANÉES OU MÉDICALES DE LA GROSSESSE

ARTICLE XIII

Ajouter à l'article L.160-14 du code de la sécurité sociale après le 28°, un 29° ainsi rédigé :

« 29° Les visites ou les consultations pour les femmes et les couples réalisées par un médecin ou une sage-femme dans le cadre d'un deuil périnatal à la suite d'une interruption spontanée ou médicale de la grossesse. Un décret pris après avis de la Haute Autorité de santé en fixe les conditions et le nombre.

ARTICLE XIV

I.- La sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre Ier de la troisième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'article L. 3142-1 est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Pour la femme et au partenaire lors de la survenue d'une interruption spontanée ou médicale de la grossesse. »

2° L'article L. 3142-4 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Trois jours pour la survenue d'une interruption spontanée ou médicale de grossesse.

ARTICLE XV

I.- Le I de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° est ainsi modifié :

a) Après la seconde occurrence du mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « En cas d'interruption spontanée ou médicale de grossesse, le partenaire de la patiente peut également faire l'objet d'un adressage par la sage-femme. » ;

2° Au dernier alinéa, après le mot : « médecins », il est inséré le mot : «, sages-femmes ».

TITRE VII

RENFORCER LA PLACE DES SAGES-FEMMES DANS LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

ARTICLE XVI

I.- L'article L4151-1 du code de santé publique est ainsi rédigé :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation à la naissance et à la parentalité, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles [L. 4151-2](#) à L. 4151-4.

La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.

L'exercice de la profession de sage-femme comporte également la réalisation de consultations de contraception et de gynécologie de premier recours dans des conditions fixées par décret en conseil d'Etat après avis de la haute autorité de santé.

L'exercice de la profession peut comporter la réalisation des interruptions volontaires de grossesse, dans des conditions fixées par décret.

La sage-femme peut réaliser la première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de ligature des trompes à visée contraceptive prévue à l'article L2123-1.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. »

II.- Ajouter l'alinéa suivant à la fin de l'article L2123-1 du code de la santé publique :

La sage-femme peut réaliser la première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de ligature des trompes à visée contraceptive prévue par cet article.

ARTICLE XVII

L'article L4151-4 du code de santé publique est ainsi rédigé :

Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux et médicaments, ainsi que les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire des substituts nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier. Un décret fixe les conditions de réalisation de ces prescriptions.

Elles peuvent prescrire aux partenaires de leurs patientes le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et les traitements de ces infections figurant sur une liste arrêtée par voie réglementaire.

TITRE VIII

CARACTÉRISER LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES

ARTICLE XVIII

I. – Après la section 3 ter du chapitre II du titre II du livre II du code pénal, est insérée une section 3 quater ainsi rédigée :

« Section 3 quater

« De la violence gynécologique et obstétricale

« Art. 222-33-4 I-Constitue une violence gynécologique et obstétricale, les atteintes à la personne humaine prévue au Titre II, du livre II de la partie législative du code pénal et les outrages prévus à l'article 621-1 du code pénal, commis par un professionnel de santé au cours du suivi gynécologique et obstétrical.

II-Les atteintes à la personne humaine constituant une violence gynécologique et obstétricale sont punies par les peines prévues au Titre II, du livre II de la partie législative du code pénal, par l'interdiction, suivant les modalités prévues par l'article 131-27, d'exercer une profession de santé et le suivi d'un stage prévu aux 1°, 4°, 5° ou 7° de l'article 131-5-1.

III- L'infraction d'outrage sexiste constituant une violence gynécologique ou obstétricale mentionnée au premier alinéa du présent article est punie de trois mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende. Ces personnes encourent également les peines complémentaires suivantes :

1° La peine de stage prévue aux 1°, 4°, 5° ou 7° de l'article 131-5-1 ;

2° Dans le cas prévu au III, un travail d'intérêt général pour une durée de vingt à cent vingt heures.

3° L'interdiction, suivant les modalités prévues par l'article 131-27, d'exercer une profession de santé

II.- Le chapitre II du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifié :

1° Après le 7° des articles 222-3 et 222-28, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

« 7° bis Par un professionnel de santé sur une personne qui recourt à ses services ou lui est confiée ; »

2° Après le 7° bis des articles 222-8 et 222-10, il est inséré un 7° ter ainsi rédigé :

« 7° ter Par un professionnel de santé sur une personne qui recourt à ses services ou lui est confiée ; »

3° Après le 5° de l'article 222-24, il est inséré un 5° bis ainsi rédigé :

« 5° bis Par un professionnel de santé sur une personne qui recourt à ses services ou lui est confiée ; ».

TITRE IX
RECONNAITRE ET VALORISER L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME
ARTICLE XIX

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – L'article L. 6152-1 est ainsi modifié :

1° Aux 1°, 2° et 3°, après les mots : « des odontologistes », sont insérés les mots : « , des sages-femmes ».

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 ».

II. – Aux articles L. 6152-5 et L. 6155-1, après le mot « odontologistes », sont insérés les mots : « , sages-femmes ».

III. – Aux premier et second alinéas de l'article L. 6155-4, après le mot : « pharmaciens », sont insérés les mots : « , sages-femmes ».

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 6156-1, après le mot : « odontologistes », est inséré le mot : « , maïeutiques ».

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 ».

VI. – À l'article L. 6156-3, après le mot : « odontologistes », est inséré le mot : « , maïeutiques ».

VII. – À l'intitulé de la section 2 du chapitre VI du titre V du livre 1er 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 ».

VII.- Les conditions de mise en œuvre de cet article sont définies par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit également les mesures transitoires permettant notamment aux sages-femmes titulaire de la fonction publique hospitalière de choisir d'intégrer le corps des praticiens hospitaliers ou de conserver le régime du corps auquel elles appartiennent.

ARTICLE XX

I.- L'article L952-23 est ainsi modifié par l'ajout d'un second alinéa :

« Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les modalités d'application de la présente section, et notamment le statut et les conditions de rémunération des sages-femmes ayant obtenu un doctorat permettant la bi-appartenance entre la pratique clinique et la pratique d'enseignement et de recherche. Le régime indemnitaire applicable à ces personnels est fixé par décret. »

II.- A l'article L6142-17 est ajouté un 6° ainsi rédigé :

6° Les conditions dans lesquelles certaines dispositions du présent chapitre peuvent être rendues applicables aux études de maïeutique et aux sages-femmes notamment les mesures transitoires nécessaires et les modalités du recrutement commun initial, hospitalier et universitaire, ainsi que les conditions dans lesquelles les enseignants de maïeutique des unités définies à l'article L635-1 du code de l'éducation ayant à la fois des fonctions hospitalières et universitaires peuvent demander à être intégrés dans le nouveau corps ou à conserver le régime du corps auquel ils appartiennent.

ARTICLE XXI

Ajouter après le 10° de l'article 162-9 du code de la sécurité sociale, un 10° ainsi rédigé :

10° Le cas échéant, des engagements individualisés et la contrepartie financière associée. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients vulnérables, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. Ces engagements et cette contrepartie peuvent être révisés durant la période conventionnelle par les instances conventionnelles compétentes. Ces révisions sont mises en œuvre par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

ARTICLE XXII

Le gouvernement remet au parlement dans les six mois à compter de la publication de la présente loi, un rapport concernant les mesures qu'il entend mettre en place afin de renforcer l'attractivité de la profession de sage-femme quel que soit son mode d'exercice.

Ce rapport formule notamment des propositions pour reconnaître et valoriser le caractère médical de l'ensemble de la profession quel que soit l'exercice. Il devra, en particulier, formuler des propositions pour une revalorisation statutaire des sages-femmes territoriales.