



Contribution UNSSF au Projet de Loi relatif à la Santé 2015

Les compétences spécifiques des sages-femmes sont adaptées aux femmes enceintes, aux femmes en âge de procréer, aux jeunes filles et aux nourrissons.

La sage-femme prend tout son rôle dans sa dimension d'acteur de prévention et de promoteur de la santé primaire.

L'adaptation des soins et le recours aux professionnels compétents que sont les sages-femmes permettraient de réaliser des économies de santé, mais également une régulation du financement du système de soin.

Pourtant, par invisibilité dans l'offre de soins globale, c'est une profession dont les compétences sont sous-utilisées ou mal exploitées.

L'UNSSF défend un système de santé performant et équitable qui réduirait les inégalités sociales et territoriales.

L'UNSSF s'engage pour une coordination des soins entre les professionnels de santé mais demande une reconnaissance des compétences et des spécificités de chaque acteur.

L'UNSSF s'engage pour offrir des soins adaptés.

L'UNSSF l'a démontré par :

- L'acceptation du zonage et de la régulation des installations libérales
- Un positionnement fort contre les dépassements d'honoraires
- Une volonté d'ouvrir le champ d'exercice des sages-femmes à tous les actes dont elles ont la compétence, dans tous les modes d'exercice (libéral, en établissement de santé, en PMI)
- Le souhait de travailler sur le terrain avec les autres acteurs de santé et tout particulièrement en libéral avec les médecins généralistes
- L'attachement au devoir de service public dont chaque professionnel de santé devrait se sentir investi.



➤ Article 31

Interruption volontaire de grossesse (IVG) :

- Recueil de la demande d'IVG par la sage-femme (art L. 2212-1) :

Cela nous paraît essentiel, d'une part pour les professionnelles qui se trouvent dans cette situation actuellement en centre d'orthogénie, afin de régulariser leur situation, d'autre part pour les femmes, de manière à leur faciliter l'accès à l'IVG, dans des délais raisonnables, et en permettant de débiter le délai de réflexion pour favoriser un accès moins tardif à la réalisation de l'interruption de grossesse.

- Possibilité de convention pour une sage-femme libérale ou en centre de planification pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville (art L. 2212-1) :

Nous sommes attachées à ce que la convention établie entre la sage-femme libérale ou de CPEF soit la même que celle des médecins qui réalisent des IVG médicamenteuses en ville.

- Recueil de la confirmation de demande d'IVG à l'issue du délai de réflexion (art L. 2212-5) :

Même réflexion que pour le 1^{er} alinéa (régularisation de ce qui se fait déjà en centre d'orthogénie, facilite l'accès pour les femmes en réduisant les délais de recours à l'IVG).

- Clause de conscience pour la réalisation d'IVG (art L. 2212-8) :

La profession attire l'attention sur l'importance de la possibilité pour les salariées de pouvoir faire valoir cette clause de conscience quand elles sont soumises à une telle pression que celle rencontrée actuellement dans les services (peur de perdre leur emploi si ne s'y plient pas).

- Ajout de l'IVG médicamenteuse à notre champ de compétence (art L. 4151-1) :

Nous soutenons également la demande de l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) de pouvoir réaliser les IVG par aspiration.



L'UNSSF envisage évidemment que le forfait pour la rémunération de l'IVG soit le même quel que soit le praticien qui la réalise, et que cet acte soit inscrit au plus tôt dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

- De plus, **l'UNSSF demande que la sage-femme soit réaffirmée comme personne qualifiée pour réaliser l'entretien pré-IVG dans l'article L. 2212-4 du CSP.** Il existe en effet de fortes disparités dans la lecture de cet article selon les centres d'orthogénie.

Pour rappel : art L 2212-4 « Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre. »

Vaccination :

« Par ailleurs, l'article étend les compétences des sages-femmes en matière de vaccination. L'objectif est qu'elles puissent participer efficacement à la mise en œuvre de la politique vaccinale et faciliter l'accès à la vaccination de l'entourage de la parturiente et du nouveau-né, selon la stratégie dite du « cocooning » autour de l'enfant recommandée par le Haut conseil de la santé publique pour la coqueluche. L'article prévoit que le médecin de famille demeure destinataire de l'ensemble des informations relatives aux vaccinations pratiquées. La liste des vaccinations sera fixée par arrêté ministériel. »

Présentation du projet de loi relatif à la santé – 15 octobre 2014

En terme d'objectif de santé publique, et notamment face à la recrudescence des cas de coqueluche en 2011 et 2012, il nous paraît intéressant de pouvoir participer à la politique vaccinale pour permettre de protéger au mieux les plus jeunes enfants, et ce d'autant que les contamineurs restent majoritairement les parents (> 50%).

En revanche, la façon dont est rédigé l'article soulève chez les sages-femmes différentes questions, notamment lorsqu'il est écrit qu'elles « peuvent pratiquer les vaccinations de la femme et du nouveau-né » ainsi que celles « des personnes qui vivent régulièrement dans son entourage proche ou assurent sa garde ».

En effet le terme « pratiquer » peut être entendu comme le fait de pouvoir injecter les vaccins, mais sans en avoir assuré la prescription.

Nous ne souhaitons pas dissocier, si cette nouvelle compétence nous est donnée, la prescription de l'injection :

- Les vaccins sont soumis à prescription médicale, nous n'imaginons pas, que pour favoriser l'accès à la vaccination, le fait de se rendre d'abord chez son médecin traitant pour obtenir la prescription, puis chez la sage-femme pour être vacciné, facilite de quelque manière que ce soit l'accès à la vaccination (2 rendez-vous, 2 consultations/actes à payer).
- Comment envisager la réalisation de l'injection seule en terme de cotation et de rémunération ? nous n'avons plus de cotations d'acte infirmier, et ne souhaitons pas que ceux-ci réapparaissent. Les champs de compétences des sages-femmes et des infirmiers peuvent avoir des actes techniques communs mais ce n'est pas l'essentiel de notre pratique, et nous ne voyons pas l'intérêt de multiplier les acteurs de santé qui peuvent réaliser un même acte.

D'autre part, une fois de plus le terme de « nouveau-né » est très restrictif, puisqu'il s'agit des enfants âgés de 28 jours ou moins. Si l'on suit les recommandations du calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014, établi par le Ministère de la Santé, selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique, les vaccins ne sont administrés qu'à partir de 2 mois de vie.

De même pour l'entourage de l'enfant : il nous serait par exemple impossible de proposer une vaccination alors que nous rencontrons la diade mère/enfant au-delà du 1^{er} mois de vie (lors de la visite post-natale par exemple).

Si cette nouvelle loi permet aux sages-femmes de prescrire et vacciner les personnes énumérées dans cet article 31, il s'agira de :

- **Associer les sages-femmes, via les syndicats professionnels, à la détermination de la liste des vaccinations qui fera l'objet d'un arrêté du ministre.**
- **Les associer à la réflexion sur les conditions déterminées par décret qui permettront la vaccination des personnes de l'entourage.**



- **Envisager dès à présent, en partenariat avec la CNAM, la cotation et la rémunération de ces actes (prescription et injection), et les inscrire au plus tôt dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).**

En aucun cas, nous n'accepterons de vacciner les personnes concernées par cet article de loi si la prescription des vaccins n'y est pas associée. Si cela est envisagé ainsi, l'UNSSF demande la suppression de cet alinéa.

➤ Article 33

- La prescription de substitut nicotinique n'a de sens que dans le cadre d'un suivi permettant d'assurer l'accompagnement de la personne qui souhaite arrêter de fumer. Cela nécessite donc des consultations de suivi, qui aujourd'hui ne peuvent être organisées (il ne nous est pas possible d'assurer d'acte ou de consultation pour les hommes par exemple).
- Quelles cotations et rémunérations sont prévues ? à même acte il faut une même rémunération quel que soit le professionnel de santé (et inscription à la CCAM).

L'UNSSF réaffirme la nécessité absolue d'associer un suivi à la prescription de substitut nicotinique.

➤ Article 26

Sont cités les médecins, odontologistes, pharmaciens et personnels médicaux.
Les sages-femmes doivent figurer dans cet article, au même titre que les autres professionnels de santé



➤ Article 38

Les sages-femmes ont accepté la régulation des installations en libéral permettant une meilleure répartition de ces professionnelles sur le territoire. Ce sont les seules à avoir accepté ce zonage, et le constat aujourd'hui est amer :

- les critères de répartition ne sont pas du tout adaptés car ne prennent pas en considération l'ensemble des compétences des sages-femmes (et notamment le suivi gynécologique de prévention et la contraception),
- les conditions déterminées par les ARS peuvent varier de façon non négligeable d'une région à une autre,
- les périodes prévues pour la révision du zonage sont trop longues au vu des nombreuses installations et de la dynamique démographique de notre profession.

Face à ces constats l'UNSSF demande :

- **qu'une directive nationale permette une homogénéisation des critères de mise en œuvre du zonage au sein des différentes ARS ;**
- **la modification rapide des critères établis concernant le zonage pour les sages-femmes (en particulier les bassins de population concernés) de façon à prendre en compte l'ensemble des compétences des sages-femmes et la population visée ;**
- **une périodicité de révision plus courte prenant en compte la dynamique démographique de notre profession ;**
- **la révision immédiate des arrêtés pris par les ARS qui arrivent à échéance, sans attendre la promulgation de cette loi relative à la Santé (en opposition avec l'article 38 – IV – C).**

➤ Professionnels de soins primaires (1^{er} recours)

Actuellement le parcours de soins dans le cadre d'un suivi de grossesse n'est pas codifié. Chaque femme fait le choix du professionnel de santé qu'elle identifie comme « approprié » sans pour autant connaître les différents intervenants possibles avec leurs domaines de compétences. Le parcours de soins est envisageable en libéral et à l'hôpital.



Cette notion de parcours de soins permet de développer les échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués dans l'intérêt du patient.

Il faut rendre le parcours de soins plus lisible pour les patientes. Tout en respectant le choix du praticien par l'usager, l'orientation des patientes en fonction du niveau de risque de leur grossesse vers le type de praticien le plus adapté permettrait d'utiliser les compétences de chacun des professionnels de santé à leur juste niveau.

Dissocier la physiologie de la pathologie avec des passerelles d'orientation dans les 2 sens correspond aux recommandations de l'HAS.

Concernant les grossesses, **l'UNSSF préconise qu'une première consultation d'orientation soit faite par une sage-femme ou un médecin généraliste**, afin d'opérer une première sélection des patientes par niveau de risque.

Une première consultation pourrait être assurée par l'un ou l'autre de ces professionnels, afin d'informer les patientes des différents parcours possibles sans oublier le principe de libre choix du patient.

L'UNSSF demande que soit modifié l'article L. 162-5-3 du Code la sécurité Sociale de façon à ce que les femmes suivies par une sage-femme dans le cadre de leur grossesse ou de leur suivi gynécologique de prévention ne soient pas pénalisées lorsqu'elles sont adressées à un spécialiste (par exemple à un dermatologue).

➤ Article 49

L'UNSSF soutient évidemment l'inscription dans la loi de la place légitime des sages-femmes en Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Nous questionnons le terme « praticien » dans la modification de l'article L. 6161-2 du CSP, concernant la mise en place d'une conférence médicale au sein des établissements de santé privé à but lucratif. **L'UNSSF souhaite que le terme « praticien » soit précisé comme dans l'article L. 6144-2**, pour ne pas laisser le champ libre à une mauvaise interprétation et ainsi inscrire de plein droit les sages-femmes dans ces conférences médicales.

La même précision est demandée pour l'article L. 6161-2-1 pour les commissions médicales en établissement de santé privé à but non lucratif.



➤ Proposition de modification de l'article L. 4151-3 du CSP

Pour rappel : « En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. »

Une modification de l'article L. 4151-3 du CSP est demandée de façon à pouvoir asseoir la prescription par la sage-femme en cas de pathologie.

L'UNSSF demande donc de modifier le mot « soins » par « prise en charge » pour préciser notre place active en cas de pathologie, non pas de simples exécutantes.

➤ Visite post-natale (article L. 4151-1 du CSP)

Il est nécessaire de repreciser la possibilité pour les sages-femmes de réaliser la visite post-natale : en fonction de la présence ou non d'une pathologie et non pas d'un accouchement dystocique (exemple en cas d'extraction foetale par ventouse pour efforts expulsifs insuffisants).

L'UNSSF propose de remplacer dans l'article L.4151-1 du CSP les mots « L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique » par « La sage-femme peut pratiquer la visite postnatale en dehors d'une situation pathologique ».

➤ Suppression de la liste des dispositifs médicaux (article L. 4151-4 du CSP)

L'ensemble des organes représentatifs de la profession souligne que cette liste devient obsolète dès parution.